



## **Bericht**

der Landesregierung

### **Medizinstudienplätze an den Universitäten Kiel und Lübeck**

Drucksache 17/ 1188

Landtagsbeschluss vom 26. Januar 2011

**Federführend ist das Ministerium für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr**

## **A. Berichtsauftrag in Drucksache 17/1188 und Hinweis in der Stellungnahme des Wissenschaftsrats zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Schleswig-Holstein vom 8. Juli 2011**

Am 26. Januar 2011 hat der Landtag die Drucksache 17/1188, Bericht und Beschlussempfehlung des Finanzausschusses, beschlossen:

*Der Landtag hat am 19. März 2010 die Drucksache 17/377, Bericht und Beschlussempfehlung des Finanzausschusses zur Haushaltsrechnung und Vermögensübersicht für das Haushaltsjahr 2007 und zu den Bemerkungen 2009 des Landesrechnungshofs Schleswig-Holstein mit Bericht zur Landeshaushaltsrechnung 2007, beschlossen. Nummer 20 des genannten Berichts des Finanzausschusses lautete:*

*„Nr. 20 Zu viele Medizinstudienplätze an den Universitäten Kiel und Lübeck*

*Der Finanzausschuss nimmt zur Kenntnis, dass die Studienplätze nur im vorklinischen, aber nicht im kostenintensiven klinischen Studienabschnitt verringert worden sind. Damit sind maßgebliche Empfehlungen der Erichsen-Kommission nicht umgesetzt worden. Der Bildungsausschuss wird gebeten, dazu eine fachliche Stellungnahme abzugeben. Der Finanzausschuss wird auf dieser Grundlage die Beratung im 2. Halbjahr 2010 fortsetzen.“*

*Der Bildungsausschuss hat sich mehrfach, zuletzt am 2. Dezember 2010, mit der Thematik befasst, der Finanzausschuss am 13. Januar 2011.*

*Im Einvernehmen mit dem Bildungsausschuss empfiehlt der Finanzausschuss dem Landtag mit den Stimmen von CDU und FDP gegen die Stimmen von SPD, der LINKEN und SSW bei Enthaltung von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, wie folgt zu beschließen:*

*„Medizinstudienplätze an den Universitäten Kiel und Lübeck*

*Die Aufnahmekapazität des vorklinischen und des klinischen Studienabschnitts im Medizinstudiengang sollten einander entsprechen. Der Landtag empfiehlt, an den Standorten Kiel und Lübeck die klinische an die vorklinische Aufnahmekapazität anzupassen. Er unterstützt die Absicht des Wissenschaftsministeriums, die Aufnahmekapazität auch für den klinischen Studienabschnitt künftig stellenbezogen zu ermitteln, und bittet das Wissenschaftsministerium, ihm im dritten Quartal 2011 ein entsprechendes Berechnungsmodell vorzustellen.“*

Der Wissenschaftsrat hat in seiner am 8. Juli 2011 beschlossenen Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Schleswig-Holstein inzwischen dem Land ebenfalls empfohlen, die Studienplatzkapazität den finanziellen Möglichkeiten anzupassen und den deutlichen Überhang vor allem im klinischen Studienabschnitt abzubauen (vgl. dazu insbesondere S. 16 und S. 100 des Bewertungsberichtes).

## B. Bericht der Landesregierung

### 1. Ausgangslage

Die festgestellte unterschiedliche Entwicklung bei den Ausbildungskapazitäten im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt ist zum einen auf die bundesweit geltenden einheitlichen Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der Studienplatzkapazität und zum anderen auf die besondere Organisationsstruktur des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK S-H) als einzigem Träger der Maximalversorgung im Land mit einer relativ hohen Betten- und Krankenversorgungskapazität zurückzuführen.

#### a) Einheitliche Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der Studienplatzkapazität im Studiengang Humanmedizin

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem so genannten „*numerus clausus*“ - Urteil aus dem Jahr 1972 entschieden, dass *„absolute Zulassungsbeschränkungen für Studienanfänger einer bestimmten Fachrichtung nur verfassungsmäßig [sind], wenn sie in den Grenzen des unbedingt Erforderlichen unter erschöpfender Nutzung der vorhandenen Ausbildungskapazitäten angeordnet werden und wenn die Auswahl und Verteilung der Bewerber nach sachgerechten Kriterien mit einer Chance für jeden an sich hochschulreifen Bewerber und unter möglicher Berücksichtigung der individuellen Wahl des Ausbildungsortes erfolgen.“*

Das Bundesverfassungsgericht hat weiter ausgeführt, dass Bund und Länder insoweit eine gemeinsame Verantwortung für die Verteilung aller freien Studienplätze durch eine überregionale Stelle unter Anwendung einheitlicher Auswahlkriterien treffen.

Ausgehend von diesem Urteil haben die Länder auf Basis einer staatsvertraglichen Regelung die frühere Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS - jetzt: Stiftung für Hochschulzulassung) eingerichtet und einheitliche Kapazitäts- und Auswahlverordnungen zur Ermittlung der Studienplatzkapazitäten und zur Auswahl der Studierenden erlassen.

Einbezogen in die zentrale Studienplatzvergabe sind alle Studiengänge, in denen bundesweit nicht ausreichend Studienplätze für alle Studienbewerberinnen und -bewerber zur Verfügung stehen. Es handelt sich um die so genannten „harten“ oder absoluten numerus clausus Fächer, wie z. B. den Studiengang Humanmedizin.

Der aktuell gültige Staatsvertrag über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung vom 5. Juni 2008 und die darauf aufbauenden Kapazitätsverordnungen bestimmen für den Studiengang Humanmedizin, dass sich die jährliche Aufnahmekapazität sowohl im vorklinischen als auch im klinischen Studienabschnitt grundsätzlich nach den vorhandenen Stellen für das wissenschaftliche Personal richtet (Aufnahmekapazität aufgrund der personellen Ausstattung).

Zum wissenschaftlichen Personal zählen neben den Professorinnen und Professoren und den sonstigen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sämtliche Ärztinnen und Ärzte, soweit sie neben der Krankenversorgung Aufgaben in

Forschung und Lehre übernehmen. Dies ist gegenwärtig, wie in den meisten anderen Universitätsklinikum, bei nahezu dem gesamten ärztlichen Personal im UK S-H der Fall.

Der zusätzliche Personalbedarf für die Krankenversorgung wird im klinischen Studienabschnitt über einen so genannten abstrakten Krankenversorgungsabzug berücksichtigt. Der Personalbedarf für die stationäre Krankenversorgung erfolgt durch Abzug einer Stelle je 7,2 tagesbelegte Betten. Für den Personalbedarf für die ambulante Krankenversorgung wird eine Stelle je 1.200 Poliklinische Neuzugänge abgezogen.

Das so ermittelte Berechnungsergebnis ist anhand der patientenbezogenen Einflussfaktoren, wie der Gesamtzahl der tagesbelegten Betten und der Poliklinischen Neuzugänge, am jeweiligen Ausbildungsstandort zu überprüfen. (Patientenbezogene Aufnahmekapazität).

Als patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität sind 15,5 % der Gesamtzahl der tagesbelegten Betten des Klinikums anzusetzen. Liegt diese Zahl niedriger als die stellenbezogene Kapazitätsermittlung wird sie je 1.000 Poliklinische Neuzugänge im Jahr um die Zahl Eins erhöht, jedoch höchstens um 50 %.

Liegt das sich daraus ergebende gesamte Berechnungsergebnis der patientenbezogenen Einflussfaktoren niedriger als die stellenbezogene Ermittlung, ist allein die patientenbezogene Berechnung maßgebend.

Die Anwendung dieser ländereinheitlichen Berechnungsvorgaben führt wie bei den meisten Universitätsklinikum dazu, dass die stellenbezogene Kapazität am UK S-H deutlich höher ausfällt als die unter Berücksichtigung der patientenbezogenen Einflussfaktoren ermittelte Kapazität.

**Tabelle 1: Aufnahmekapazität aufgrund der personellen Ausstattung und patientenbezogene Aufnahmekapazität am UK S-H nach den geltenden kapazitätsrechtlichen Berechnungsvorgaben**

Aufnahmekapazität aufgrund der personellen Ausstattung (Überschlägige Berechnung anhand des Personalbestandes am UK S-H, Stand: 17.06.2011)		Patientenbezogene Aufnahmekapazität (Stand: WS 2010/2011 und SS 2011)	
Campus Kiel	Campus Lübeck	Campus Kiel	Campus Lübeck
669	711	239	216

**Anm.: Die personalbezogene Kapazität konnte nur überschlägig berechnet werden, da teilweise die erforderlichen Datengrundlagen fehlen oder noch nicht ermittelt werden konnten.**

Für die Ermittlung der Ausbildungskapazität im klinischen Studienabschnitt wird daher bundesweit sowohl von den Universitäten als auch von den zuständigen Verwaltungsgerichten bislang ausschließlich die patientenbezogene Berechnung herangezogen. Die stellenbezogene Berechnung ist für die Ermittlung der Ausbildungskapazitäten zurzeit bedeutungslos.

Ursächlich für die sehr unterschiedlichen Berechnungsergebnisse bei den stellenbezogenen und den patientenbezogenen Kapazitätsberechnungen sind die Rege-

lungen des Kapazitätsrechts zum abstrakten Krankenversorgungsabzug. Der abstrakte Krankenversorgungsabzug bildet nach allgemeiner Auffassung seit längerem nicht mehr ein ausreichendes Korrektiv für die tatsächlich von den Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen in der Krankenversorgung. Der geleistete Anteil der Krankenversorgung an der Gesamtarbeitszeit liegt deutlich höher als er nach dem abstrakten Krankenversorgungsabzug in die Berechnung der klinischen Ausbildungskapazität mit einfließt.

Eine Anpassung der entsprechenden Vorschriften in den Kapazitätsverordnungen an die tatsächliche Lage ist unter den Ländern aber bislang nicht mehrheitsfähig. Es bestehen Befürchtungen, dass Korrekturen bei den Regelungen zum abstrakten Krankenversorgungsabzug dazu führen könnten, dass die Aufnahmekapazität aufgrund der personellen Ausstattung noch unter die patientenbezogene Aufnahmekapazität absinkt. Vor dem Hintergrund der zurzeit steigenden Studierendenzahlen durch die anstehenden doppelten Abiturjahrgänge und die Abschaffung der Wehrpflicht wäre ein solches Ergebnis nicht erwünscht.

Hinzu kommt, dass im Ländervergleich Schleswig-Holstein insoweit eine Sonderrolle einnimmt. Anders als in nahezu allen anderen Universitätsklinika liegen die Ausbildungskapazitäten am UK S-H aufgrund der hohen Betten- und Krankenversorgungskapazität im klinischen Studienabschnitt höher als in der Vorklinik.

**Tabelle 2: Studienplatzangebot an den Universitäten Kiel und Lübeck und am UK S-H im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt, Stand: WS 2010/11 und SS 2011**

<b>Studienplätze (Stand: WS 2010/11 und SS 2011)</b>	<b>Vorklinischer Studienabschnitt</b>	<b>Klinischer Studienabschnitt</b>	<b>Differenz</b>
Kiel	204	239	35
Lübeck	186	216	30

Im Bundesvergleich stehen dagegen im klinischen Studienabschnitt deutlich weniger Studienplätze zur Verfügung als im vorklinischen Studienabschnitt. Dies führt dazu, dass bundesweit für einen größeren Teil der Studienanfängerinnen und -anfänger im Studiengang Humanmedizin lediglich Teilstudienplätze für den vorklinischen

Studienabschnitt angeboten werden können. Studierende mit einem solchen Teilstudienplatz können ihr Studium im klinischen Studienabschnitt nicht automatisch fortsetzen, sondern müssen sich neu bewerben.

Eine Anpassung der Regelungen zum abstrakten Krankenversorgungsabzug an die tatsächliche Lage könnte diesen Zustand noch weiter verschärfen.

**Tabelle 3: Studienplatzangebot im Bereich des vorklinischen und klinischen Studienabschnitts im Studiengang Humanmedizin für das WS 2009/2010 und SS 2010 aufgeschlüsselt nach den einzelnen Bundesländern**

Bundesland	Studienplätze		Differenz
	Vorklinischer Studienabschnitt	Klinischer Studienabschnitt	
Baden-Württemberg	1.444	1.410	-34
Bayern	1.583	1.431	-152
Berlin	600	600	0
Hamburg	362	281	-81
Hessen	1.028	836	-192
Mecklenburg-Vorpommern	383	403	<b>+20</b>
Niedersachsen	550	410	-140
Nordrhein-Westfalen	1.885	1.279	-606
Rheinland-Pfalz	331	288	-43
Saarland	259	190	-69
Sachsen	553	535	-18
Sachsen-Anhalt	429	429	0
Schleswig-Holstein	382	453	<b>+71</b>
Thüringen	260	260	0
<b>SUMME</b>	<b>10.049</b>	<b>8.805</b>	<b>- 1244</b>

Die Bundesländer Brandenburg und Bremen bieten kein Studium der Humanmedizin an.

**b) Betten- und Krankenversorgungskapazität am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein als ungeeignete Steuerungsgröße für die Studienplatzkapazität**

Die Studienplatzkapazitäten im klinischen Studienabschnitt sind damit, anders als in der Vorklinik, abhängig von der Betten- und Krankenversorgungskapazität am UK S-H. Dies kann nach der jeweiligen Krankenhausbedarfsplanung und der wirtschaftlichen Situation des Universitätsklinikums zu steigenden oder auch fallenden Ausbildungsplatzkapazitäten führen ohne dass ein Zusammenhang zu den Studienanfängerzahlen in der Vorklinik hergestellt werden könnte.

Auf Basis der patientenbezogenen Berechnung könnte eine Angleichung der Ausbildungsplatzkapazitäten folglich nur durch eine erhebliche Reduzierung der Betten- und Krankenversorgungskapazitäten am UK S-H erreicht werden. Eine solche zunächst auch von der Erichsen-Kommission vorgeschlagene Verkleinerung des Universitätsklinikums ist jedoch weder gesundheitspolitisch noch aus finanziellen Gründen erwünscht.

Als alternativer Lösungsweg bleibt damit nur die Entwicklung eines neuen stellenbezogenen Berechnungsmodells, welches unabhängig vom bisherigen abstrakten Krankenversorgungsabzug die tatsächlich geleistete Krankenversorgung des wissenschaftlichen Personals besser abbildet, so dass nicht mehr auf die patientenbezogene Kapazitätsermittlung zurückgegriffen werden muss.

## **2. Rechtliche und tatsächliche Anforderungen an ein stellenbezogenes Berechnungsmodell zur Ermittlung der Ausbildungskapazität im klinischen Studienabschnitt**

In einer vom Wissenschaftsministerium eingesetzten Arbeitsgruppe sind gemeinsam mit den Universitäten Kiel und Lübeck, dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und dem Landesrechnungshof verschiedene Lösungsmodelle diskutiert und bewertet worden, die eine Angleichung der Aufnahmekapazitäten im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt auf Basis einer stellenbezogenen Kapazitätsermittlung ermöglichen. An der Arbeitsgruppe haben teilweise außerdem Frau Herrmann, ehemalige Gruppenleiterin im Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen und Herr Rechtsanwalt Dr. Werner aus der Kanzlei Fettweis & Sozien, Freiburg, als auswärtige Sachverständige zum Kapazitätsrecht teilgenommen. Im Rahmen der Bewertung haben sich verschiedene Anforderungen an die Berechnungsmodelle herauskristallisiert, die vor der Darstellung möglicher Modellvarianten vorweg beschrieben werden sollen.

### **a) Realistischer Ansatz zur Berücksichtigung der tatsächlich geleisteten Krankenversorgung anstelle des abstrakten Krankenversorgungsabzugs- Kapazitätserschöpfungsgebot**

Um eine an den tatsächlichen Verhältnissen orientierte stellenbezogene Kapazitätsermittlung vornehmen zu können, ist es erforderlich, anstelle des bisherigen abstrakten Krankenversorgungsabzugs, den Umfang der von den Ärztinnen und Ärzten tatsächlich geleisteten Krankenversorgung in den Modellen zur Berechnung der stellenbezogenen Kapazität angemessen zu berücksichtigen. Dies könnte nach den in der Arbeitsgruppe diskutierten Ansätzen dadurch geschehen, dass die Regelungen zum abstrakten Krankenversorgungsabzug in den Kapazitätsverordnungen modifiziert werden oder indem durch organisatorische Veränderungen im Universitätsklinikum und bei den Universitäten sowie durch veränderte Ausgestaltung der Beschäftigungsverhältnisse der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Regelungen über den abstrakten Krankenversorgungsabzug nicht mehr angewendet werden.

Gleichzeitig ist jedoch dem verfassungsrechtlichen Gebot erschöpfender Kapazitätsauslastung Rechnung zu tragen. Danach ist es erforderlich objektivierte und nachprüfbar Kriterien für die Kapazitätsermittlung in normativer Form zu entwickeln, um allen Hochschulbewerbern gleiche Zulassungschancen zu gewährleisten. Das Kapazitätserschöpfungsgebot gilt nicht nur für die Universitätsverwaltung bei der Anwendung von zugangsbeschränkenden Vorschriften, sondern setzt auch dem Normgeber Schranken, soweit er kapazitätsbestimmende Regelungen schafft. Auch beim Erlass von Gesetzen und Verordnungen ist zu beachten, dass der Zugang zu den Hochschulen nur beschränkt werden darf, soweit das zum Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsgutes – Funktionsfähigkeit der Hochschule in Wahrnehmung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre – unbedingt erforderlich ist. Für die Kapazitätsverordnungen ergibt sich diese Schranke auch aus Art. 7 Abs. 2 des Staatsvertrages vom 23. Juni 1978 (jetzt: Art. 6 Abs. 2 des Staatsvertrages vom 5. Juni 2008), der die Gestaltungsfreiheit der Landesverordnungsgeber insoweit begrenzt (vgl. dazu Urt. des BVerfG v. 22.10.1991, Az.: 1 BvR 393/85 und 1 BvR 610/85).

Dem Kapazitätserschöpfungsgebot wird bislang durch die einheitlichen Kapazitätsverordnungen der Länder Rechnung getragen, die auch die Regelungen zum abstrakten Krankenversorgungsabzug mit einschließen. Modifizierungen dieser Regelungen oder die beschriebene organisatorische Neuausrichtung mit der Folge, dass der abstrakte Krankenversorgungsabzug keine Anwendung mehr findet, müssen deshalb rechtlich eingehend überprüft werden. Es gilt, die Neuregelungen mit dem Kapazitätserschöpfungsgebot in Einklang zu bringen.

**b) Berücksichtigung der Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) für die Ausbildung im klinischen Studienabschnitt**

§ 2 der ÄApprO schreibt für die Ausbildung im klinischen Studienabschnitt vor, dass den Studierenden ausreichend Gelegenheit zu geben ist, unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes am Patienten tätig zu werden, soweit dies zum Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich ist. Beim Unterricht am Krankenbett darf jeweils nur eine kleine Gruppe von Studierenden gleichzeitig unmittelbar am Patienten unterwiesen werden, und zwar

- beim Unterricht in Form der Patientendemonstration eine Gruppe von höchstens sechs,
- bei der Untersuchung eines Patienten durch Studierende eine Gruppe von höchstens drei.

Bei der praktischen Unterweisung am Patienten entfällt je die Hälfte der Unterrichtszeit auf den Unterricht in Form der Patientendemonstration und auf den Unterricht mit Patientenuntersuchung. Die Gesamtstundenzahl für den Unterricht am Krankenbett beträgt 476.

Um diese Vorgaben der ÄApprO einhalten zu können, bedarf es unabhängig von der am Universitätsklinikum vorhandenen Lehrkapazität einer bestimmten Anzahl an Ärzten, die den Gruppenunterricht neben dem Krankenversorgungsbetrieb im Universitätsklinikum sicherstellt. Um die nötige Flexibilität für medizinische Notfälle sicherzustellen, erscheint es darüber hinaus erforderlich, die Zahl der auszubildenden Ärztinnen und Ärzte nicht exakt festzulegen, sondern einen flexiblen Einsatz verschiedener Ärztinnen und Ärzte zu ermöglichen.

**c) Berücksichtigung des Umfangs der Lehrverpflichtung nach der Lehrverpflichtungsverordnung (LVVO) für Professorinnen und Professoren sowie sonstige wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im klinischen Studienabschnitt**

Bei einer Umstellung auf eine stellenbezogene Kapazitätsermittlung im klinischen Studienabschnitt werden die Vorgaben der LVVO erstmals auch für dasjenige wissenschaftliche Personal relevant, welches dort Lehrleistungen erbringt. In der Arbeitsgruppe wurde dazu festgestellt, dass bislang diese Vorschriften wegen der reinen patientenbezogenen Kapazitätsermittlung in den Hintergrund traten und in der Praxis keine entsprechende Berücksichtigung fanden. Es wurde vielmehr dem gesamten wissenschaftlichen Personal in den Arbeitsverträgen weitgehend eine einheitliche Lehrverpflichtungen zugewiesen, die für die Ausbildung der Studierenden je nach Bedarf abgerufen wurde, ohne den Umfang der geleisteten Lehre mit den Vorgaben der LVVO abzugleichen. Um den unter a) dargestellten rechtlichen Anforderungen der Verwaltungsgerichte bei einer stellenbezogenen Kapazitätsermittlung ausreichend Rechnung zu tragen, müsste bei einem stellen-

bezogenen Berechnungsmodell der Umfang der Lehrverpflichtungen des wissenschaftlichen Personal künftig exakt ermittelt und festgelegt werden.

### **3. Mögliche Modellvarianten zur Ermittlung einer stellenbezogenen Ausbildungskapazität im klinischen Studienabschnitt**

Die Arbeitsgruppe hat sich mit vier im Folgenden näher dargestellten Berechnungsmodellen für eine stellenbezogene Kapazitätsberechnung beschäftigt. Weitere geeignete Berechnungsmodelle existieren auch nach dem Kenntnisstand der hinzugezogenen auswärtigen Sachverständigen zum Kapazitätsrecht derzeit nicht.

#### **a) Trennungsmodell**

Um die dargestellten Schwierigkeiten mit dem abstrakten Krankenversorgungsabzug zu vermeiden, sieht das Trennungsmodell vor, die Beschäftigungsverhältnisse der Ärztinnen und Ärzte am Universitätsklinikum in solche mit Lehrverpflichtung und solche ohne Lehrverpflichtung zu trennen und außerdem die zurzeit festgestellten Lehrverpflichtungen der Professorinnen und Professoren sowie der sonstigen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgehend von den tatsächlich wahrgenommenen Krankenversorgungsaufgaben in Hinblick auf die Vorgaben der LVVO zu überprüfen.

Dazu wäre anhand der gewünschten Zielzahl von Studienplätzen im klinischen Studienabschnitt vorab der erforderliche Lehrbedarf zu ermitteln. Ausgehend von dieser Berechnung könnten anschließend die Beschäftigungsverhältnisse nach Ärztinnen und Ärzten mit Lehrverpflichtung (wissenschaftliches Personal mit Aufgaben in Lehre und Forschung) und Ärztinnen und Ärzten ohne Lehrverpflichtung (nichtwissenschaftliches Personal mit ausschließlich Krankenversorgungsaufgaben) aufgeteilt werden.

Die Ärztinnen und Ärzte mit Lehrverpflichtung werden nach diesem Modell weiterhin beim Land beschäftigt und bei der stellenbezogenen Kapazitätsberechnung berücksichtigt. Die Ärztinnen und Ärzte ohne Lehrverpflichtung werden, wie bislang das übrige nicht wissenschaftliche Personal, beim Universitätsklinikum beschäftigt und stehen künftig nicht mehr für die Ausbildung der Studierenden zur Verfügung.

Eine dem Trennungsmodell vergleichbare Organisationsstruktur existiert bereits bei der Klinikum Mannheim GmbH. Nach der dortigen Trägerstruktur gehören die Aufgaben der Krankenversorgung in den Bereich der Klinikum Mannheim GmbH, deren alleinige Anteilseignerin die Stadt Mannheim ist. Aufgaben in Forschung und Lehre sind dagegen der „Medizinischen Fakultät Mannheim“ der Universität Heidelberg zugeordnet und damit einer Einrichtung des Landes Baden-Württemberg. Die Beschäftigungsverhältnisse sind entsprechend aufgeteilt. Zurzeit ist zu der dort gewählten Aufteilung noch ein Verwaltungsgerichtsprozess anhängig.

#### **b) Modell Neue Stellengruppe „Arzt am Klinikum“**

Dieses Modell sieht die Bildung einer neuen Stellengruppe „Arzt am Klinikum“ anstelle der bisherigen Stellen für das wissenschaftliche Personal vor. Im Unterschied zum Trennungsmodell werden alle Ärztinnen und Ärzte des Universitätsklinikums weiterhin mit einem einheitlichen Arbeitsvertrag beim Land beschäftigt.

Um die tatsächlich geleistete Krankenversorgung angemessen zu berücksichtigen, sieht dieses Modell ausgehend von dem für die Ausbildung der Studierenden erforderlichen Lehrbedarf eine Reduzierung der Lehrverpflichtungen in der Lehrverpflichtungsverordnung des Landes vor. Parallel dazu wären die Regelungen im Kapazitätsrecht zum abstrakten Krankenversorgungsabzug entsprechend anzupassen.

**c) Stellenpoolmodell**

Das Stellenpoolmodell orientiert sich an den für den erforderlichen Lehrbedarf notwendigen Planstellen des Landes unter Berücksichtigung der geltenden Lehrverpflichtungsverordnung. Für den Lehrbedarf, der nicht aus Professorenplanstellen gedeckt werden kann, werden Planstellen für Forschung und Lehre ohne Krankenversorgung eingerichtet (Bereich 1). Daneben werden Stellen der Krankenversorgung für wissenschaftliches Personal ohne Lehrverpflichtung eingerichtet (Bereich 2). Alle Ärztinnen und Ärzte werden weiterhin als wissenschaftliches Personal einheitlich beim Land beschäftigt. Ein Arbeitgeberwechsel für einen Teil der Beschäftigten ist nicht erforderlich. In den neu abzuschließenden Arbeitsverträgen wird geregelt, mit welchen Stellenbruchteilen aus den Bereichen 1 und 2 die Ärztinnen und Ärzte beschäftigt werden.

Die erforderlichen Planstellen für Ärztinnen und Ärzte in den Bereichen „Forschung und Lehre“ und „Krankenversorgung“ werden jeweils anhand des tatsächlichen Bedarfs ermittelt. Das Stellenpoolmodell verzichtet damit vollständig auf den abstrakten Krankenversorgungsabzug für das wissenschaftliche Personal und erfordert eine Anpassung der entsprechenden Vorschriften im Kapazitätsrecht. Wie beim Trennungsmodell müssten darüber hinaus die Lehrverpflichtungen der Professorinnen und Professoren überprüft werden.

Dieses vom Landesrechnungshof vorgeschlagene Modell ist bislang in der Praxis noch nicht erprobt.

**d) Eingeschränktes Einkaufsmodell**

Nach diesem Modell verzichten die medizinischen Fakultäten der Universitäten Kiel und Lübeck grundsätzlich auf eigenes wissenschaftliches Personal für die Ausbildung ihrer Studierenden im klinischen Studienabschnitt. Alle Ärztinnen und Ärzte werden künftig ohne normativ festgelegte Lehrverpflichtung am Universitätsklinikum als nicht wissenschaftliches Personal beschäftigt. Davon ausgenommen bleiben lediglich die Professuren. Der notwendige Lehrbedarf für die Ausbildung der Studierenden, der nicht durch die Professuren abgedeckt werden kann, wird von den medizinischen Fakultäten auf rahmenvertraglicher Basis beim Universitätsklinikum „eingekauft“. Parallel dazu wird normativ festgeschrieben, dass das Universitätsklinikum die Ausbildung der Studierenden im klinischen Studienabschnitt durch Bereitstellung von Lehrpersonal garantieren muss. Die Arbeitsverträge der Ärztinnen und Ärzte werden entsprechend ausgestaltet. Auch dieses Modell setzt wie die beiden anderen Modelle eine Überprüfung der derzeit vertraglich festgeschriebenen Lehrverpflichtungen voraus.

Das Einkaufsmodell in seiner reinen Form (die Professuren werden in das Einkaufsmodell mit einbezogen) findet bereits als so genanntes „Bochumer Modell“ an der Ruhr-Universität Bochum Anwendung.

#### 4. Bewertung der Modellvarianten durch die Arbeitsgruppe

Alle vorgestellten Modelle sind von der Arbeitsgruppe auf ihre rechtliche und praktische Umsetzbarkeit überprüft und bewertet worden. Im Folgenden wird das Ergebnis der Bewertung jeweils modellbezogen dargestellt.

##### a) Trennungsmodell

Wie dargestellt, unterliegt das am Klinikum Mannheim bereits praktizierte Trennungsmodell zurzeit noch einer juristischen Überprüfung durch die Verwaltungsgerichtsbarkeit. Gegenstand des laufenden Gerichtsverfahrens ist insbesondere die Frage, ob und in welcher Weise eine klare Trennung zwischen wissenschaftlichem Personal für Forschung und Lehre und nichtwissenschaftlichem Personal für die Krankenversorgung erfolgt. Abschließende Aussagen zu einer rechtlich abgesicherten Ausgestaltung dieses Modells können zurzeit daher nicht getroffen werden.

Die Arbeitsgruppe sieht darüber hinaus Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzbarkeit. Bislang werden alle Ärztinnen und Ärzte am Universitätsklinikum flexibel für die Ausbildung der Studierenden am Krankenbett eingesetzt. Die Ausbildungsvorgaben nach der ÄApprO können so sichergestellt werden. Gleichzeitig besteht beim Einsatz der Ärztinnen und Ärzte die nötige Flexibilität, um in medizinischen Notfällen anlassbezogen reagieren zu können. Durch das Trennungsmodell würde diese Flexibilität stark eingeschränkt, da die Zahl der für die Ausbildung der Studierenden zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte sich deutlich verringert. In der Arbeitsgruppe wurde deshalb die Befürchtung geäußert, dass sich das Trennungsmodell in der Praxis nur schwer durchhalten lasse. Es müsse damit gerechnet werden, dass auch Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich der Krankenversorgung wieder für die Lehre eingesetzt werden. Dies wäre wiederum kapazitätsrechtlich problematisch und könnte bei einer gerichtlichen Überprüfung kapazitätssteigernd berücksichtigt werden. Das Ziel einer Angleichung der Zahl der Studienplätze im vorklinischen und im klinischen Studienabschnitt würde so nicht erreicht. Die Arbeitsgruppe empfiehlt deshalb, das Trennungsmodell nicht weiterzuverfolgen.

##### b) Modell Neue Stellengruppe „Arzt am Klinikum“

Das Modell Neue Stellengruppe „Arzt am Klinikum“ vermeidet die beim Trennungsmodell dargestellten Schwierigkeiten einer Aufteilung in wissenschaftliches Personal für Forschung und Lehre und nichtwissenschaftliches Personal für die Krankenversorgung. Es bietet damit die nötige Flexibilität beim Einsatz der Ärztinnen und Ärzte für die Ausbildung der Studierenden.

Dieses Modell läuft allerdings darauf hinaus, dass für eine Angleichung der Ausbildungskapazitäten im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt die Lehrverpflichtungen des wissenschaftlichen Personals nach der LVVO deutlich reduziert werden müssten. Nach vorläufigen Berechnungen der Arbeitsgruppe müsste die Lehrverpflichtung für die Ärztinnen und Ärzte sowie die sonstigen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeweils auf einen Wert von unter einer Lehrverpflichtungsstunde (LVS) anstelle der in der LVVO vorgesehenen 4 bis 9 LVS abgesenkt werden. Ob eine solche deutliche Reduzierung von der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung in Hinblick auf das oben dargestellte Kapazitätserschöpfungsgebot rechtlich Bestand haben kann, wird von der

Arbeitsgruppe bezweifelt. Darüber hinaus würde eine solche Reduzierung der Lehrverpflichtung allein für das wissenschaftliche Personal im Fachbereich Medizin zu Ungleichbehandlungen gegenüber den übrigen Fachbereichen der Universitäten führen. Die Arbeitsgruppe empfiehlt deshalb, auch dieses Modell nicht weiterzuverfolgen.

### c) Stellenpoolmodell

Das Stellenpoolmodell vermeidet ebenfalls die beim Trennungsmodell entstehenden Schwierigkeiten einer organisatorischen Trennung von Aufgaben in Forschung und Lehre sowie Krankenversorgungsaufgaben der Ärztinnen und Ärzte und bietet damit die nötige Flexibilität bei der Ausbildung der Studierenden. Anstelle des abstrakten Krankenversorgungsabzugs ermöglicht es eine realistische Ermittlung des tatsächlich geleisteten Arbeitsaufwandes der Ärztinnen und Ärzte für die Krankenversorgung.

Dieses Modell hat darüber hinaus den Vorteil, dass die bestehende Organisationsstruktur am UK S-H weitgehend beibehalten werden kann und lediglich eine Anpassung der Arbeitsverträge entsprechend der Modellvorgaben in geringem Umfang erforderlich wird.

Da für dieses Modell die ländereinheitlichen Kapazitätsvorschriften modifiziert werden müssten, bedarf es darüber hinaus einer vertieften Prüfung, ob und inwieweit dieses Modell mit dem verfassungsrechtlichen Gebot erschöpfender Kapazitätsauslastung und den daraus abgeleiteten Vorgaben für eine bundesweit einheitliche Kapazitätsberechnung im Staatsvertrag vom 5. Juni 2008 vereinbar ist.

In Hinblick auf die praktische Umsetzung bleibt außerdem näher zu prüfen, ob zusätzlich die Lehrverpflichtungen nach der LVVO reduziert werden müssten, damit sich dieses Modell praktisch realisieren lässt. Überschlägige Berechnungen in der Arbeitsgruppe haben insoweit gezeigt, dass selbst bei einer angemessenen Berücksichtigung der von den Ärztinnen und Ärzten tatsächlich geleisteten Krankenversorgung sich voraussichtlich die gewünschte Angleichung der Ausbildungskapazitäten nur schwer erreichen lässt. Eine Reduzierung der Lehrverpflichtungen wäre aber mit den bereits unter 4. b) beschriebenen Umsetzungsschwierigkeiten verbunden.

Wegen der dargestellten offenen Rechtsfragen und der nicht abschließend geklärten Umsetzungsschwierigkeiten ist die Arbeitsgruppe der Ansicht, dass vor einer Entscheidung für dieses Modell sowohl die rechtliche als auch die tatsächliche Umsetzbarkeit dieses Modells genauer untersucht werden sollte, eventuell auch durch eine externe juristische Stellungnahme.

### d) Einkaufsmodell

Das Einkaufsmodell bietet über den Weg eines pauschalen Einkaufs der erforderlichen Lehrleistungen am Universitätsklinikum den Vorteil eines flexiblen Einsatzes aller Ärztinnen und Ärzte für die Ausbildung der Studierenden. In seiner reinen Form (siehe dazu unter 3.d) wird es darüber hinaus bereits an der Ruhr-Universität in Bochum angewendet und ist dort von den Verwaltungsgerichten als rechtlich zulässiges Modell zur Berechnung der Ausbildungskapazität akzeptiert. In diesem Zusammenhang hat die Arbeitsgruppen allerdings festgestellt, dass die Organisationsstruktur in Bochum eine andere ist als am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. In Bochum gibt es zwischen der Universität und den beteiligten Krankenhäusern keine organisatorischen Verknüpfungen. Es handelt sich

vielmehr um verschiedene rein privatrechtlich organisierte Krankenhäuser, die lediglich vertraglich an die Ruhr-Universität gebunden sind und Lehrleistungen für die Ausbildung der Studierenden im klinischen Studienabschnitt zur Verfügung stellen. Von der Verwaltungsgerichtsbarkeit werden diese privaten Krankenhäuser deshalb kapazitätsrechtlich als außeruniversitäre Krankenanstalten eingestuft. Ob dieses Modell auf die derzeitige Organisationsstruktur des Universitätsklinikums mit einer deutlich engeren Verknüpfung zwischen Klinikum und Universitäten übertragbar ist, bedarf noch einer vertieften Klärung.

Das Einkaufsmodell setzt in jedem Fall eine erhebliche Umstrukturierung der Beschäftigungsverhältnisse voraus. Alle bisher direkt beim Land beschäftigten Ärztinnen und Ärzte müssten künftig über das Universitätsklinikum beschäftigt werden. Es wäre ein Arbeitgeberwechsel mit allen daraus entstehenden Konsequenzen erforderlich.

Von der Universität zu Lübeck wurde außerdem in der Arbeitsgruppe die Sorge geäußert, dass bei einer Umsetzung des Einkaufsmodells die Attraktivität der Forschungsstandorte Kiel und Lübeck leiden könne. Frau Herrmann vom nordrhein-westfälischen Wissenschaftsministerium hat demgegenüber darauf hingewiesen, dass auch nach dem „Bochumer Modell“ Forschungsmöglichkeiten für die Ärztinnen und Ärzte bestehen.

Die Arbeitsgruppe wird deshalb die praktische Umsetzbarkeit dieses Modells genauer zu prüfen.

## **5. Zusammenfassung und Empfehlungen der Arbeitsgruppe**

Die Ausbildungskapazitäten im vorklinischen und im klinischen Studienabschnitt des Studiengangs Humanmedizin unterscheiden sich nach wie vor deutlich. Zurzeit beträgt die Differenz zwischen klinischer und vorklinischer Ausbildungskapazität 35 Studienplätze am Campus Kiel und 30 Studienplätze am Campus Lübeck.

Die unterschiedliche Entwicklung bei den Ausbildungskapazitäten ist zum einen auf die bundesweit geltenden einheitlichen Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der Studienplatzkapazität und zum anderen auf die besondere Organisationsstruktur des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein als einzigem Träger der Maximalversorgung im Land mit einer relativ hohen Betten- und Krankenversorgungskapazität zurückzuführen.

Während im vorklinischen Studienabschnitt die Ausbildungskapazität anhand der vorhandenen Stellen für das wissenschaftliche Personal ermittelt wird, ist für den klinischen Studienabschnitt die patientenbezogene Berechnungsmethode anhand der Gesamtzahl der tagesbelegten Betten und der Poliklinischen Neuzugänge maßgebend.

Die Berechnung der Ausbildungskapazität im klinischen Studienabschnitt ist damit abhängig von der Krankenhausbedarfsplanung und wirtschaftlichen Entscheidungen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und nicht von der Zahl der Studienanfängerinnen und –anfänger im vorklinischen Studienabschnitt.

Um die Ausbildungskapazitäten in beiden Studienabschnitten anzugleichen, wäre deshalb entweder eine Reduzierung der Betten- und Krankenversorgungskapazitäten

am Universitätsklinikum erforderlich oder die Entwicklung eines neuen stellenbezogenen Berechnungsmodells, so dass nicht mehr auf die patientenbezogene Kapazitätsermittlung zurückgegriffen werden muss.

Da eine mit der Reduzierung der Betten- und Krankenversorgungskapazität einhergehende Verkleinerung des Universitätsklinikums zurzeit weder gesundheitspolitisch noch aus finanziellen Gründen erwünscht ist, bleibt nur die Entwicklung eines neuen stellenbezogenen Berechnungsmodells als alternative Lösungsmöglichkeit übrig.

Das Wissenschaftsministerium hat hierzu eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Universitäten Kiel und Lübeck, des Universitätsklinikums und des Landesrechnungshofes eingesetzt, die sich mit insgesamt vier möglichen Modellen zur Ermittlung einer stellenbezogenen Berechnung der Ausbildungskapazität befasst hat.

Von den vier untersuchten Berechnungsmodellen empfiehlt die Arbeitsgruppe, das Trennungsmo-  
dell und das Modell Neue Stellengruppe „Arzt am Klinikum“ nicht weiterzuverfolgen.

Das Stellenpoolmodell des Landesrechnungshofes und das Einkaufsmodell bedürfen nach Auffassung der Arbeitsgruppe noch einer vertieften Prüfung, gegebenenfalls auch durch Einholung eines externen juristischen Gutachtens, ob und inwieweit sich diese Modelle unter rechtlichen Gesichtspunkten und in der praktischen Umsetzbarkeit tatsächlich realisieren lassen.

Für die Umsetzung des Stellenpoolmodells müssten die ländereinheitlichen Vorschriften im Kapazitätsrecht zum abstrakten Krankenversorgungsabzug modifiziert werden. Eine unter den Ländern abgestimmte Änderung dieser Regelungen ist bislang nicht mehrheitsfähig. Eine einseitige Änderung dieser Vorschriften durch das Land Schleswig-Holstein bedürfte in Hinblick auf das verfassungsrechtliche Kapazitätserschöpfungsgebot und die Vorgaben des Staatsvertrages der Länder über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung vom 5. Juni 2008 einer näheren juristischen Prüfung.

Während das Stellenpoolmodell auf der gegenwärtigen Organisationsstruktur des UK S-H aufbaut, setzt das Einkaufsmodell erhebliche organisatorische Veränderungen am Universitätsklinikum und bei den Beschäftigungsverhältnissen der Ärztinnen und Ärzte voraus. Insbesondere wäre zur Umsetzung des Einkaufsmodells ein Arbeitgeberwechsel vom Land auf das UK S-H erforderlich. Die Arbeitsgruppe strebt an, ihre Prüfung bis zum Jahresende abzuschließen.