

Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege
- IV E 3 / V B 9 -
Tel.: 9026 (926) 5253/5109

An das

Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

Vorlage

- zur Kenntnisnahme -

gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin

über Vierunddreißigste Verordnung zur Änderung der Kapazitätsverordnung

Ich bitte, gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin zur Kenntnis zu nehmen,
dass die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege die nachstehende
Verordnung erlassen hat:

**Vierunddreißigste Verordnung
zur Änderung der Kapazitätsverordnung**

Vom 28. Juli 2026

Auf Grund des § 19 Nummer 1 und 2 Buchstabe a in Verbindung mit § 3 Absatz 2 des Berliner Hochschulzulassungsgesetzes vom 9. Oktober 2019 (GVBl. S. 695), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (GVBl. S. 149) geändert worden ist, und Artikel 6 Absatz 3 Satz 6 sowie Artikel 12 Absatz 1 Nummer 7 des Staatsvertrages über die Hochschulzulassung vom 21./27. März 2019 und 4. April 2019 (GVBl. S. 695) verordnet die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege:

Artikel 1

Die Kapazitätsverordnung vom 10. Mai 1994 (GVBl. S. 186), die zuletzt durch Verordnung vom 22. Juli 2025 (GVBl. S. 386) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17

(1) Das Berechnungsergebnis für den klinischen Teil des Studiengangs Medizin ist anhand der patientenbezogenen Einflussfaktoren (§ 14 Absatz 2 Nummer 4) zu überprüfen. Als patientenbezogene Aufnahmekapazität sind zu berücksichtigen:

1. 16,22 Prozent des Quotienten, der sich aus der Zahl der im Vorjahr vollstationären tagesbelegten Betten des Klinikums und 365 ergibt,
2. 5,86 Prozent des Quotienten, der sich aus der Zahl der im Vorjahr teilstationären tagesbelegten Betten des Klinikums und 250 ergibt,
3. 6,23 Prozent des Quotienten aus der Anzahl der täglichen ambulanten Kontakte des Klinikums im Vorjahr und 250 mit Ausnahme der persönlichen Ermächtigungen und der spezialfachärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches, jedoch nicht mehr als 50 Prozent der Summe aus den Zahlen nach Nummer 1 und Nummer 2.

(2) Soweit in außeruniversitären Krankenanstalten Lehrveranstaltungen vereinbarungsgemäß und auf Dauer durchgeführt werden, erhöht sich die patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität entsprechend.

(3) Liegt das Berechnungsergebnis nach den Absätzen 1 und 2 niedriger als das des Zweiten Abschnitts unter Berücksichtigung der Überprüfung nach § 14 Absatz 2 Nummer 1 bis 3, 7 und 8 sowie Absatz 3 Nummer 1 bis 3, ist es der Festsetzung der Zulassungszahl zugrunde zu legen; § 14 Absatz 2 Nummer 6 bleibt unberührt.“

2. Dem § 17a wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Zur Überprüfung der nach den Absätzen 1 und 2 errechneten Aufnahmekapazität wird die Lehrereinheit Vorklinische Medizin gebildet. Liegt das Berechnungsergebnis der Aufnahmekapazität auf Grundlage der personellen Ausstattung der Lehrereinheit Vorklinische Medizin niedriger als das Berechnungsergebnis nach den Absätzen 1 und 2, ist es der Festsetzung der Zulassungszahl zugrunde zu legen. Der Zweite Abschnitt gilt entsprechend.“

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft.

A. Begründung

a) Allgemeines

Mit der Änderung wird § 17a um eine Überprüfung der anhand der patientenbezogenen Einflussfaktoren errechneten Aufnahmekapazität für den Modellstudiengang Medizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin (Charité) erweitert.

Die bisherige Regelung bestimmt die Aufnahmekapazität für den Modellstudiengang ausschließlich anhand patientenbezogener Einflussfaktoren. Dies beruht auf der besonderen Struktur des Modellstudiengangs, in dem die für den Regelstudiengang vorgesehene Untergliederung in einen vorklinischen sowie einen klinischen Teil entfällt (vgl. § 1a) und stattdessen die klinische Lehre einschließlich Unterricht am Krankenbett in Sinne der Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 7. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 148) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung bereits ab dem ersten Fachsemester stattfindet.

An dieser Grundentscheidung wird festgehalten. Die Ergänzung trägt jedoch dem Umstand Rechnung, dass auch im Modellstudiengang die grundlagenmedizinischen, im Regelstudiengang dem vorklinischen Abschnitt zugeordneten Ausbildungsinhalte in gleichwertiger Weise zu vermitteln und zu prüfen sind. Die Approbationsordnung für Ärzte verlangt für den Modellstudiengang insbesondere, dass die im Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung nachzuweisenden Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten gleichwertig geprüft werden und dass die in den Anlagen der Approbationsordnung für Ärzte beschriebenen Anforderungen im Modellstudiengang erfüllt werden.

Damit kann neben dem patientenbezogenen Engpass auch die personelle Ausstattung im Bereich der vorklinischen Medizin kapazitätsbestimmend werden. Kapazitätsrechtlich entspricht es dem allgemeinen Engpassgedanken, dass die Zulassungszahl im Ergebnis nach demjenigen Faktor zu bestimmen ist, der die Ausbildungskapazität tatsächlich begrenzt. Dieser Gedanke liegt auch den im Dritten Abschnitt der Kapazitätsverordnung geregelten Überprüfungstatbeständen zugrunde, etwa § 18 für den Regelstudiengang Medizin und § 19 für den Studiengang Zahnmedizin.

Die Einführung einer solchen wechselseitigen Engpassprüfung steht zudem im Einklang mit den Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020, Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 21. September 2018 (Wissenschaftsrat-Drucksache 7271-18, S. 92) zur Weiterentwicklung der Kapazitätsberechnung bei vertikal integrierten medizinischen Curricula. Danach sollen bei einer Verschränkung vorklinischer und klinischer Inhalte sowohl die personelle Ausstattung als auch die Patientenverfügbarkeit berücksichtigt werden. Maßgeblich soll die jeweils engere Kapazitätsberechnung sein (vgl. Geis, Rechtsgutachten über Fragen einer Neuregelung der Kapazitätsberechnung bei bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen, Wissenschaftsrat-Drucksache 7252-18, S. 34).

Die Regelung berücksichtigt schließlich die gesetzgeberische Entscheidung nach Maßgabe des Vierten Gesetzes zur Änderung des Berliner Universitätsmedizingesetzes (Abgeordnetenhaus-Drucksache 19/2763), die Zielzahlen für die jährliche Aufnahmekapazität in den Studiengängen Medizin und Zahnmedizin der Charité anzupassen. Die Absenkung der Zielzahlen steht nach der Gesetzesbegründung im Zusammenhang mit geänderten finanziellen Rahmenbedingungen, sinkenden Landeszuschüssen und dem Ziel, die Qualität der medizinischen Ausbildung langfristig zu sichern. Die Zielzahlen geben der Charité nach dem Willen des Gesetzgebers verbindlich vor, ihre Ausstattung für die medizinische und zahnmedizinische Ausbildung an der jeweiligen jährlichen Aufnahmekapazität auszurichten. Das Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg hatte in der Vergangenheit zu den Vorgängerregelungen entschieden, dass die Festlegung der Studienanfängerzahl durch Gesetz als politischer Auftrag zur Kapazitätsreduktion zu verstehen sei (OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 16. Oktober 2007 - OVG 5 NC 35.07) und dass kapazitätsmindernde Maßnahmen wie der Stellenabbau zur Umsetzung der gesetzlichen Zielzahl reduzierten Anforderungen unterliegen (OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 25. Oktober 2004 - OVG 5 NC 128.04). Auch nach der neueren Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts Berlin-Brandenburg ist die im Berliner Universitätsmedizingesetz festgelegte Zahl als Zielzahl zu verstehen, die der Charité verbindlich vorgibt, die Ausstattung für die medizinische Ausbildung an dieser vorgegebenen jährlichen Aufnahmekapazität auszurichten und dass Kapazitätsreduzierungen bis hin zu diesen gesetzlich geregelten Zulassungszahlen auch ohne Ermessenserwägungen im Einzelfall nicht zu beanstanden sind (Beschluss vom 18. März 2014 - OVG 5 NC 76.13).

Die durch den Gesetzgeber vorgegebenen Zielzahlen können und sollen nicht durch einen Abbau der Patientenzapazitäten erreicht werden. Die gesetzlich vorgegebene Ausrichtung der Ausbildungskapazität kann sachgerecht nicht über eine Verminderung patientenbezogener Einflussfaktoren umgesetzt werden. Die Zahl der für die Lehre geeigneten Patientinnen und Patienten bildet in erster Linie die tatsächlichen Gegebenheiten der Krankenversorgung ab und ist nicht disponibel zur Steuerung der Aufnahmekapazität. Angesichts der aktuellen Versorgungslage und der demografischen Entwicklung im Land Berlin ist eine Reduzierung der Krankenhauskapazitäten zum gegenwärtigen Zeitpunkt schlechterdings nicht vertretbar. Das kontinuierliche Bevölkerungswachstum der Metropole sowie die zunehmende Morbidität einer alternden Stadtgesellschaft führen zu einem objektiv steigenden Bedarf an stationären, teilstationären und ambulanten klinischen Leistungen, der eine Verknappung der Ressourcen ausschließt. Da Berlin zudem als medizinisches Zentrum die Hochleistungsversorgung für die gesamte Region Berlin-Brandenburg sicherstellt, würde ein Abbau von Kapazitäten in der Patientenversorgung die Stabilität der Maximalversorgung gefährden und den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung unterminieren. Jede erhebliche Reduktion liefe zudem dem verfassungsrechtlich gebotenen Schutz der Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens zuwider, da sie angesichts der bestehenden Auslastungsgrade und der notwendigen Vorhaltekapazitäten für Krisensituationen die Patientensicherheit unmittelbar bedrohen würde. Eine Anpassung der Kapazitäten nach unten ist daher aus medizinischen, sozialen und rechtlichen Erwägungen zum jetzigen Zeitpunkt nicht darstellbar.

Auch damit die Charité ihrem gesetzgeberischen Auftrag nachkommen kann, ist die Einbeziehung eines personalbezogenen vorklinischen Engpasses als Kontrollberechnung geboten.

Im Übrigen wird § 17 an die geltende Beschlusslage im Stiftungsrat der Stiftung für Hochschulzulassung angepasst. In Umsetzung von Artikel 5 Absatz 1 Nr. 3 des Staatsvertrags über die Hochschulzulassung wird damit die Übereinstimmung der Rechtsverordnungen der Länder zu Sicherstellung einheitlicher Maßstäbe bei der Festsetzung von Zulassungszahlen in den Studiengängen des zentralen Verfahrens wiederhergestellt.

b) Einzelbegründung

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (Neufassung von § 17)

Nachdem der Stiftungsrat im Jahr 2021 basierend auf den Ergebnissen einer umfassenden Studie eine Neuregelung der Berechnung der patientenbezogenen Kapazität in den Modellstudiengängen Medizin beschlossen hatte, wurde zwischenzeitlich geprüft, ob die Ergebnisse der Studie auch auf die Regelstudiengänge Medizin übertragbar sind. Hierfür hatte die Stiftung für Hochschulzulassung eine spezielle Arbeitsgruppe eingesetzt, deren Auftrag insbesondere darin bestand, die Parameter zur Ermittlung der patientenbezogenen Kapazität empirisch zu untersuchen. Die Überprüfung folgte der Beobachtungspflicht der Ordnungsgeber nach der Sammlung von Erfahrungen mit den medizinischen Modellstudiengängen nach § 41 der ärztlichen Approbationsordnung. Zielsetzung war eine Anpassung der kapazitätsbestimmenden Parameter an die tatsächlichen Verhältnisse in den die Modellstudiengänge tragenden Universitätskliniken.

Die aufwändige Datenerhebung durch ein Erhebungsinstitut erfolgte an den sechs Standorten mit Modellstudiengängen Medizin (Aachen, Berlin, Düsseldorf, Hamburg, Hannover und Köln). Alle Standorte zeichnen sich durch eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis ab dem ersten Semester und einem damit grundsätzlich verbundenen höheren Gewicht der patientenbezogenen Kapazität aus. Auf der Grundlage der Erhebung erstellte die AG einen Endbericht, der Basis für die vorliegende Neuregelung ist. Unter Einbeziehung der Expertise des Medizinischen Fakultätentages wurde festgestellt, dass die Ergebnisse der Studie auch auf die Regelstudiengänge Medizin übertragbar sind. Dementsprechend wird nunmehr die bisherige Regelung für die Modellstudiengänge auf die Regelstudiengänge übertragen.

Zu Absatz 1

In Nummer 1 wird der Begriff der „tagesbelegten Betten“ ersetzt durch „vollstationäre tagesbelegte Betten“. Damit wird klargestellt, dass sich die Nummer 1 – in Abgrenzung zu Nummer 2 – allein auf den vollstationären Bereich bezieht. Für diesen Sektor wird ein neuer Äquivalenzwert festgesetzt. Die Zahl der vollstationären tagesbelegten

Betten wird ermittelt aus der Summe der abrechnungsrelevanten nach Mitternachtszählung zu erfassenden vollstationären Pflage tage der bettenführenden Organisationseinheiten/Einrichtungen. Inbegriffen sind auch Privatpatientinnen und Privatpatienten sowie ausländische Patientinnen und Patienten.

Die „1-Tagespatientinnen und -patienten“ (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) sowie 24-Stunden-Fälle (stationäre Aufnahme ist erfolgt, jedoch unter 24 Stunden Verweildauer) sollen hingegen weiterhin nicht bei der Ermittlung der tagesbelegten Betten berücksichtigt werden. Der Aufenthalt dieser Patientengruppen ist aufgrund der kurzen Verweildauer auf Station geprägt durch administrative Prozesse und abklärende ärztliche Untersuchungen. Insbesondere weil die stattfindenden ärztlichen Untersuchungen wiederum typischerweise nicht im vollstationären Bereich erfolgen, können diese Patientengruppen kaum sinnvoll in einen stationären Ausbildungsablauf integriert werden.

Die konkrete Berechnung für die Anzahl der vollstationären tagesbelegten Betten wird durch den Ordnungsgeber nicht geregelt. Grundsätzlich sind jedoch einheitlich die Pflage tage des Vorjahres ins Verhältnis gesetzt zu den Kalendertagen eines Jahres heranzuziehen, um sicherzustellen, dass die Berechnung auf aktuellen Zahlen basiert.

Die neu geschaffene Nummer 2 normiert explizit die Einbeziehung des teilstationären Bereichs, da die betreffenden Patientinnen und Patienten von Nummer 1 aufgrund der Mitternachtszählung nicht erfasst werden (s.o.). Sie schafft eine einheitliche Regelung durch die Einführung eines entsprechenden Äquivalenzwertes. Dieser basiert ebenfalls auf der o.g. Studie, in der die Eignungsparameter für die Tageskliniken gesondert ermittelt und somit kapazitätsrechtliche Aussagen zur Einbeziehung dieser Patientengruppe ermöglicht wurden. Eine getrennte Betrachtung dieser Gruppe ist auch aufgrund des empirisch belegten geringeren Äquivalenzwertes erforderlich. Dieser begründet sich durch die geringe Belastungszeit sowie durch die geringere Eignung dieser Patientengruppe. Bei dieser Gruppe sind ebenfalls ausländische Patientinnen und Patienten sowie Privatpatientinnen und Privatpatienten inbegriffen.

Die Zahl der teilstationären tagesbelegten Betten wird ermittelt aus der Summe der abrechnungsrelevanten Pflage tage. Für die Berechnung werden grundsätzlich die abrechnungsrelevanten Pflage tage des Vorjahres geteilt durch den Wert 250 zugrunde gelegt. Der Grund für den abweichenden Wert von 250 im Vergleich zu dem Wert von 365 für die vollstationären Patientinnen und Patienten liegt in der Tatsache, dass die Tageskliniken nicht durchgängig geöffnet sind.

Nummer 3 regelt die kapazitäts Berücksichtigung der ambulanten Patientinnen und Patienten neu. Unter Angleichung der Formel für den ambulanten Sektor an die Formel für den stationären Bereich wird ein Äquivalenzwert für den ambulanten Bereich festgesetzt. Zugrunde gelegt wird hierfür die Anzahl der täglichen ambulanten Kontakte pro Jahr. Mit der nun gewählten Formulierung „Kontakt“ wird verdeutlicht, dass neben den bisher in die Zählung einbezogenen Neuzugängen auch wiederholte Behandlungen und Konsile als Kontakte gezählt werden sollen. Somit wird die Einbeziehung der ambulanten Patientinnen und Patienten einheitlicher geregelt.

Von der Einbeziehung ausgenommen werden die persönlichen Ermächtigungen nach § 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Gründe für die Ausnahmen sind,

- dass sich das Tätigwerden aufgrund einer persönlichen Ermächtigung aus einer persönlichen Eignung des einzelnen Mediziners im Verhältnis zu seiner Patientin/seinem Patienten herleitet, der die ärztliche Versorgung im ambulanten Bereich (weiter) aufgrund besonderer diagnostischer Methoden im Klinikum begleitet, oder in Form einer Nachbetreuung aus der vorherigen – in die Zählung in der Regel einzubeziehenden – stationären Behandlung besteht;
- dass die spezialfachärztliche Versorgung Versorgungstätigkeiten beinhaltet, die nicht im Bereich der kassenärztlichen Versorgung erbracht werden können; damit geht einher, dass es sich um die Versorgung in medizinischen Rand- und Spezialgebieten handelt, bei denen der besondere Versorgungsauftrag des Klinikums im Vordergrund steht.

Privatpatientinnen und Privatpatienten sowie ausländische Patientinnen und Patienten werden entsprechend der gewählten Systematik zu den Nummern 1 und 2 ebenfalls einbezogen. Grundlage der Berechnung sind grundsätzlich die so ermittelten abrechnungsrelevanten Kontakte des Vorjahres, soweit sie nicht den Nummern 1 und 2 unterfallen. Die so ermittelte Zahl wird geteilt durch 250 Kalendertage. Zwar haben die Notaufnahmen durchgehend geöffnet, weshalb eine Division durch 365 zunächst plausibel erscheint. Alle anderen Formen der ambulanten Krankenversorgung finden in den Universitätskliniken aber nicht durchgehend statt. Deshalb wird der gleiche Teiler wie bei den teilstationären Behandlungstagen verwendet. Bei dem pauschalisierten Wert 250 handelt es sich um eine normative Festlegung, die kapazitätsfreundliche Auswirkungen hat.

Die Deckelung der durch ambulante Patientinnen und Patienten entstehenden Aufnahmekapazität bei 50 Prozent der Summe der Zahlen aus dem stationären und teilstationären Bereich wird beibehalten, um dem in der Ärztlichen Approbationsordnung vorgesehenen strukturellen Vorrang der stationären Ausbildung von Medizinstudierenden weiterhin Rechnung zu tragen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bildet wortgleich den bisherigen Absatz 1 Nummer 3 ab. Dieser ist aus systematischen Gründen vom ersten Absatz getrennt und in den neuen Absatz 2 überführt worden.

Zu Absatz 3

Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3, ergänzt um den zusätzlichen Verweis auf Absatz 2.

Zu Nummer 2 (Änderung von § 17a)

Der neue Absatz 3 ordnet an, dass zur Überprüfung der nach Absatz 1 und 2 errechneten patientenbezogenen Aufnahmekapazität die Lehrereinheit Vorklinische Medizin gebildet wird. Die Bildung dieser Lehrereinheit erfolgt ausschließlich kapazitätsrechtlich und nur zum Zweck der Kontrollberechnung. Sie führt nicht dazu, dass der Modellstudiengang entgegen § 1a in einen vorklinischen und einen klinischen Studienabschnitt untergliedert wird. Vielmehr bleibt die besondere Struktur des Modellstudiengangs unberührt. Die Regelung stellt lediglich sicher, dass die für die Vermittlung grundlagenmedizinischer Inhalte maßgebliche personelle Ausstattung kapazitätsrechtlich erfasst wird und bildet die infolge der gesetzlichen Zielzahlen zulässigerweise anzupassende personelle Ausstattung kapazitätsrechtlich ab.

Die Berechnung auf Grundlage der personellen Ausstattung der Lehrereinheit Vorklinische Medizin erfolgt nach den entsprechend für anwendbar erklärten Vorgaben des Zweiten Abschnitts. Ergibt diese Berechnung eine niedrigere Aufnahmekapazität als die nach Absatz 1 und 2 ermittelte patientenbezogene Kapazität, ist der niedrigere Wert der Festsetzung der Zulassungszahl zugrunde zu legen. Ergibt die Kontrollrechnung nach der personellen Ausstattung dagegen keinen niedrigeren Wert, verbleibt es bei der nach Absatz 1 und 2 ermittelten patientenbezogenen Aufnahmekapazität.

Absatz 3 stellt damit klar, dass § 17a nicht zu einer Zulassungszahl führen soll, die zwar patientenbezogen tragfähig erscheint, aber aufgrund der vorhandenen vorklinischen Stellen tatsächlich nicht ausbildungsadäquat bewältigt werden kann. Die Vorschrift dient der realitätsgerechten Ermittlung des maßgeblichen Engpasses, der Sicherung der Ausbildungsqualität und der kapazitätsrechtlichen Abbildung der Ausstattung der Charité. Sie ist zugleich folgerichtig, weil die gesetzlich vorgegebenen Zielzahlen eine Ausrichtung der Ausstattung der Charité an der jeweiligen jährlichen Aufnahmekapazität verlangen.

Zu Artikel 2

Artikel 2 regelt das Inkrafttreten.

B. Rechtsgrundlage

§ 19 Nummer 1 und 2 Buchstabe a in Verbindung mit § 3 Absatz 2 des Berliner Hochschulzulassungsgesetzes und Artikel 6 Absatz 3 Satz 6 sowie Artikel 12 Absatz 1 Nummer 7 des Staatsvertrages über die Hochschulzulassung

C. Gesamtkosten

Keine

D. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen

Keine

E. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg

Keine

F. Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung

a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben

Keine

b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen

Keine

Berlin, den 28. Juli 2026

Dr. Ina Czyborra
Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege

Anlage zur Vorlage an das Abgeordnetenhaus

I. Gegenüberstellung der Verordnungstexte

Geltende Fassung	Kapazitätsverordnung Neue Fassung
§ 17 (1) Das Berechnungsergebnis für den klinischen Teil des Studiengangs Medizin ist anhand der patientenbezogenen Einflußfaktoren (§ 14 Abs. 2 Nr. 4) zu überprüfen. Da- bei ist wie folgt vorzugehen: 1. Als patientenbezogene jährliche Auf- nahmekapazität für den Studienab- schnitt zwischen dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach § 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 der Approbationsordnung für Ärzte und dem Beginn des Prakti- schen Jahres nach § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 der Approbationsordnung für Ärzte sind 15,5 Prozent der Gesamtzahl der tagesbelegten Betten des Klinikums an- zusetzen. 2. Liegt die Zahl nach Nummer 1 niedriger als das Berechnungsergebnis des Zwei- ten Abschnitts unter Berücksichtigung der Überprüfung nach § 14 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3, 7 und 8, Abs. 3 Nrn. 1 bis 3, er- höht sie sich je 1 000 Poliklinische Neu- zugänge im Jahr um die Zahl Eins. Die Zahl nach Nummer 1 wird jedoch höchstens um 50 Prozent erhöht. 3. Soweit in außeruniversitären Kranken- anstalten Lehrveranstaltungen für die- sen Studienabschnitt vereinbarungsge- mäß und auf Dauer durchgeführt wer- den, erhöht sich die patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität entspre- chend.	§ 17 (1) Das Berechnungsergebnis für den klinischen Teil des Studiengangs Medizin ist anhand der patientenbezogenen Einfluss- faktoren (§ 14 Absatz 2 Nummer 4) zu über- prüfen. Als patientenbezogene Aufnahme- kapazität sind zu berücksichtigen: 1. 16,22 Prozent des Quotienten, der sich aus der Zahl der im Vorjahr vollstatio- nären tagesbelegten Betten des Klini- kums und 365 ergibt, 2. 5,86 Prozent des Quotienten, der sich aus der Zahl der im Vorjahr teilstatio- nären tagesbelegten Betten des Klini- kums und 250 ergibt, 3. 6,23 Prozent des Quotienten aus der Anzahl der täglichen ambulanten Kon- takte des Klinikums im Vorjahr und 250 mit Ausnahme der persönlichen Er- mächtigungen und der spezialfach- ärztlichen Versorgung nach dem Fünf- ten Buch des Sozialgesetzbuches, je- doch nicht mehr als 50 Prozent der

Geltende Fassung	Kapazitätsverordnung Neue Fassung
(2) Liegt das Berechnungsergebnis nach Absatz 1 niedriger als das des Zweiten Abschnitts unter Berücksichtigung der Überprüfung nach § 14 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3, 7 und 8, Abs. 3 Nrn. 1 bis 3, ist es der Festsetzung der Zulassungszahl zugrunde zu legen; § 14 Abs. 2 Nr. 6 bleibt unberührt. § 17a (1) Die Aufnahmekapazität für den Modellstudiengang Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin ist anhand der patientenbezogenen Einflussfaktoren zu berechnen. Als patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität sind zu berücksichtigen: 1. 16,22 Prozent der Zahl der vollstationären tagesbelegten Betten des Klinikums, 2. 5,86 Prozent der Zahl der teilstationären tagesbelegten Betten des Klinikums, 3. 6,23 Prozent der täglichen ambulanten Kontakte pro Jahr mit Ausnahme der Kontakte im Rahmen von Behandlungen gemäß § 116 Satz 1 und § 116b Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, jedoch nicht mehr als 50 Prozent der	<u>Summe aus den Zahlen nach Nummer 1 und Nummer 2.</u> <u>(2) Soweit in außeruniversitären Krankenanstalten Lehrveranstaltungen vereinbarungsgemäß und auf Dauer durchgeführt werden, erhöht sich die patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität entsprechend.</u> <u>(3)</u> Liegt das Berechnungsergebnis nach Absatz 1 <u>und Absatz 2</u> niedriger als das des Zweiten Abschnitts unter Berücksichtigung der Überprüfung nach § 14 <u>Absatz 2 Nummer 1</u> bis 3, 7 und 8 sowie <u>Absatz 3 Nummer 1</u> bis 3, ist es der Festsetzung der Zulassungszahl zugrunde zu legen; § 14 Absatz 2 Nummer 6 bleibt unberührt. § 17a [unverändert]

Kapazitätsverordnung	
Geltende Fassung	Neue Fassung
Summe aus den Zahlen nach Nummer 1 und Nummer 2. (2) Soweit in außeruniversitären Krankenanstalten Lehrveranstaltungen vereinbarungsgemäß und auf Dauer durchgeführt werden, erhöht sich die patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität entsprechend.	[unverändert] <u>(3) Zur Überprüfung der nach den Absätzen 1 und 2 errechneten Aufnahmekapazität wird die Lehrinheit Vorklinische Medizin gebildet. Liegt das Berechnungsergebnis der Aufnahmekapazität auf Grundlage der personellen Ausstattung der Lehrinheit Vorklinische Medizin niedriger als das Berechnungsergebnis nach den Absätzen 1 und 2, ist es der Festsetzung der Zulassungszahl zugrunde zu legen. Der Zweite Abschnitt gilt entsprechend.</u>

II. Wortlaut der zitierten Rechtsvorschriften

1. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung

(Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195) geändert worden ist

§ 116

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Absatz 1 Satz 3 oder 4 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.

§ 116b

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

(1) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie

- a) onkologische Erkrankungen,
- b) rheumatologische Erkrankungen,
- c) HIV/AIDS,
- d) Herzinsuffizienz
(NYHA Stadium 3 – 4),
- e) Multiple Sklerose,
- f) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie),
- g) komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
- h) Folgeschäden bei Frühgeborenen oder

- i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;

bei Erkrankungen nach den Buchstaben c bis i umfasst die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nur schwere Verlaufsformen der jeweiligen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen;

- 2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
 - a) Tuberkulose,
 - b) Mukoviszidose,
 - c) Hämophilie,
 - d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
 - e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
 - f) biliäre Zirrhose,
 - g) primär sklerosierende Cholangitis,
 - h) Morbus Wilson,
 - i) Transsexualismus,
 - j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
 - k) Marfan-Syndrom,
 - l) pulmonale Hypertonie,
 - m) Kurzdarmsyndrom oder
 - n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie
- 3. hochspezialisierte Leistungen wie
 - a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
 - b) Brachytherapie.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat, zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen nicht möglich ist. Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss nach Satz 1 teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann von dem anzeigenden Leistungserbringer zusätzlich erforderliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 4 unterbrochen. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Nach Satz 4 berechnete Fristen haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Erkrankungs- und Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt. Erfüllt der Leistungserbringer die für ihn nach den Sätzen 1 und 2 maßgeblichen Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht mehr, hat er dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunkts ihres Wegfalls gegenüber dem Landesausschuss nach Satz 1 anzuzeigen sowie den in Satz 7 genannten Stellen zu melden. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren seit seiner erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten späteren Überprüfung seiner Teilnahmeberechtigung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt. Die Sätze 4, 5 und 8 gelten entsprechend.

(3) Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 90 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit

den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. Die dem Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt. Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3. Bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1. Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den

Sätzen 9 und 10 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, es sei denn, dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 oder 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- a) kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- b) er dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten keinen zur Kooperation mit ihm bereiten geeigneten Leistungserbringer finden konnte.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses, der für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a oder Buchstabe b getroffen wurde, die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen. Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. Im Übrigen gilt Absatz 4 entsprechend.

(6) Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen. Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder

teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5 insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Absätzen 4 und 5 angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 7 gilt entsprechend. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. Die Bereinigung darf nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

(7) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 6 Satz 12 zu regeln. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

(8) Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden, gelten weiter. Bestimmungen

nach Satz 1 für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung vergütet.

(9) Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten. Gegenstand der Bewertung sind insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Abrechnung der Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen. Die Ergebnisse der Bewertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zuzuleiten. Die Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dem Spitzenverband Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam.

2. Staatsvertrag über die Hochschulzulassung

Vom 21./27. März 2019 und 4. April 2019 (GVBl. S. 695)

Artikel 6

Kapazitätsermittlung und Festsetzung von Zulassungszahlen

(1) ¹Für die Vergabe von Studienplätzen in Studiengängen, die in das Zentrale Vergabeverfahren einbezogen sind, sind Zulassungszahlen nach Artikel 12 Absatz 1 Nummer 8 und nach Maßgabe des Landesrechts festzusetzen. ²Zulassungszahl ist die Zahl der von der einzelnen Hochschule höchstens aufzunehmenden Bewerberinnen und Bewerber in einem Studiengang. ³Sie wird auf der Grundlage der jährlichen Aufnahmekapazität festgesetzt. ⁴Zulassungszahlen dürfen nur für einen bestimmten Zeitraum, höchstens für die Dauer eines Jahres, festgesetzt werden.

(2) ¹Die Zulassungszahlen sind so festzusetzen, dass nach Maßgabe der haushaltsrechtlichen Vorgaben und unter Berücksichtigung der räumlichen und fachspezifischen Gegebenheiten eine erschöpfende Nutzung der Ausbildungskapazität erreicht wird; die Qualität in Forschung und Lehre, die geordnete Wahrnehmung der Aufgaben der Hochschule, insbesondere in Forschung, Lehre und Studium sowie in der Krankenversorgung, sind zu gewährleisten. ²Bei der Erprobung neuer Studiengänge und -methoden, bei der Neuordnung von Studiengängen und Fachbereichen und beim Aus- oder Aufbau der Hochschulen können Zulassungszahlen abweichend von Satz 1 festgesetzt werden.

(3) ¹Die jährliche Aufnahmekapazität wird auf der Grundlage des Lehrangebots, des Ausbildungsaufwands und weiterer kapazitätsbestimmender Kriterien ermittelt. ²Dem Lehrangebot liegen die Stellen für das hauptamtlich tätige wissenschaftliche Personal, soweit ihm Lehraufgaben übertragen sind, die Lehraufträge und die dienstrechtlichen Lehrverpflichtungen zugrunde unter Berücksichtigung festgelegter Reduzierungen, insbesondere im medizinischen Bereich für Krankenversorgung und diagnostische Leistungen. ³Der Ausbildungsaufwand ist durch studiengangspezifische Normwerte festzusetzen, die den Aufwand festlegen, der für die ordnungsgemäße Ausbildung einer oder eines Studierenden in dem jeweiligen Studiengang erforderlich ist. ⁴Bei der Festsetzung von Normwerten sind ausbildungsrechtliche Vorschriften sowie der Ausbildungsaufwand in gleichartigen und vergleichbaren Studiengängen zu beachten. ⁵Die Normwerte haben eine gleichmäßige und erschöpfende Auslastung der Hochschulen zu gewährleisten; in diesem Rahmen sind die Hochschulen bei der Gestaltung von Lehre und Studium frei. ⁶Die Normwerte werden durch Rechtsverordnung nach Artikel 12 festgesetzt. ⁷Weitere kapazitätsbestimmende Kriterien sind insbesondere die räumlichen und sächlichen Gegebenheiten, zusätzliche Belastungen auf Grund der bisherigen Entwicklung der Studienanfängerzahl und der Zahl der Studierenden, die Ausstattung mit nichtwissenschaftlichem Personal, das Verbleibeverhalten der Studierenden (Schwund) und die besonderen Gegebenheiten in den medizinischen Studiengängen, insbesondere eine ausreichende Zahl von für die Lehre geeigneten Patientinnen und Patienten.

(4) Vor der Festsetzung von Zulassungszahlen legt die Hochschule der zuständigen Landesbehörde einen Bericht mit ihren Kapazitätsberechnungen vor.

(5) Bei der Feststellung der Aufnahmekapazität gemäß Absatz 3 bleiben Maßnahmen zum Ausgleich zusätzlicher Belastungen auf Grund der bisherigen Entwicklung der Studienanfängerzahl und der Zahl der Studierenden unberücksichtigt; sie sind gesondert auszuweisen.

Artikel 12 Verordnungsermächtigung

(1) Die Länder bestimmen durch Rechtsverordnungen die Einzelheiten des Verfahrens und der dabei anzuwendenden inhaltlichen Kriterien, insbesondere:

1. die Auswahlkriterien (Artikel 8 und 9 sowie Artikel 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1),
2. das Nähere zu Verfahren und Methoden der Herstellung einer annähernden Vergleichbarkeit der Abiturdurchschnittsnoten (Artikel 10 Absatz 1 Satz 3),
3. die Quoten nach Artikel 9 Absatz 1, insbesondere auch in Bezug auf den Erlass von Zulassungen, Zulassungsangeboten und Bescheiden in der Quote nach Artikel 9 Absatz 1 Satz 2,
4. im Fall des Artikels 2 Absatz 1 Nummer 2 den Ablauf des Bewerbungsverfahrens, insbesondere die Fälle, in denen Bewerbungen an die Stiftung zu richten sind, einschließlich der Fristen; dabei kann die Verpflichtung zur elektronischen Antragstellung und ein elektronischer Bescheidversand vorgesehen werden,

5. im Fall des Artikels 2 Absatz 1 Nummer 2 den Ablauf des Vergabeverfahrens sowie die Vergabe nicht in Anspruch genommener oder aus anderen Gründen frei gebliebener Plätze auch an Bewerberinnen und Bewerber, die die Fristen versäumt haben,
6. die Vergabe der Studienplätze nach Artikel 8 Absatz 5,
7. die Normwerte sowie die Kapazitätsermittlung nach Artikel 6,
8. die Festsetzung von Zulassungszahlen nach Artikel 6, soweit das Landesrecht dafür keine andere Rechtsform vorsieht,
9. die Gleichstellung weiterer Personen mit Deutschen auf Grund zwischenstaatlicher Vereinbarungen nach Artikel 5 Absatz 2 Satz 3,
10. die Einzelheiten zur Durchführung des Dialogorientierten Serviceverfahrens nach Artikel 2 Absatz 2.

(2) Die Rechtsverordnungen der Länder nach Absatz 1 müssen übereinstimmen, soweit dies für eine zentrale Vergabe der Studienplätze und für den Abgleich von Mehrfachzulassungsmöglichkeiten und -studienmöglichkeiten im Dialogorientierten Serviceverfahren notwendig ist.

3. Berliner Hochschulzulassungsgesetz

Vom 9. Oktober 2019 (GVBl. S. 695), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (GVBl. S. 149) geändert worden ist

§ 3

Zulassungsbeschränkungen

(1) Die Zulassung zum Studium an den Hochschulen des Landes Berlin kann für einzelne Studiengänge durch Festsetzung der Zahl der von der einzelnen Hochschule höchstens aufzunehmenden Bewerberinnen und Bewerber in einem Studiengang (Zulassungszahl) nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Staatsvertrages beschränkt werden.

(2) In Studiengängen des örtlichen Vergabeverfahrens gilt bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung Artikel 6 des Staatsvertrages entsprechend.

(3) Zulassungszahlen sind festzusetzen, wenn die nach den Bestimmungen der Kapazitätsverordnung vom 10. Mai 1994 (GVBl. S. 186), die zuletzt durch Verordnung vom 13. Juni 2019 (GVBl. S. 403) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung ermittelten Aufnahmequoten für einen Studiengang im ersten Fachsemester zu den letzten beiden Zulassungsterminen durch die tatsächlich erfolgten Einschreibungen deutlich überschritten wurden oder die ordnungsgemäße Ausbildung der Studierenden nicht mehr gewährleistet werden kann.

§ 19

Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen

Die für Hochschulen zuständige Senatsverwaltung wird ermächtigt, folgende Regelungen durch Rechtsverordnung zu treffen:

1. Regelungen zur Studienplatzvergabe durch die Stiftung für Hochschulzulassung gemäß Artikel 12 Absatz 1 des Staatsvertrages,
2. Regelungen zur Studienplatzvergabe durch die Hochschulen
 - a) in den Vorabquoten und Hauptquoten im Zentralen Vergabeverfahren nach den §§ 8 und 9,
 - b) in den Vorabquoten und Hauptquoten im örtlichen Vergabeverfahren nach den §§ 10 und 11,
 - c) für besondere Studiengänge nach § 13,
 - d) für höhere Fachsemestern nach § 14,
 - e) für konsekutive und weiterführende Masterstudiengänge nach den §§ 15 und 16,
3. verfahrensrechtliche Regelungen einschließlich Regelungen zu einer optionalen Einbeziehung von elektronischen Verfahren zur Studienplatzvergabe durch die Hochschulen,
4. Bestimmungen zu dem Ausgleichsverfahren nach § 11 Absatz 2.
4. Kapazitätsverordnung

Vom 10. Mai 1994 (GVBl. S. 186), die zuletzt durch Verordnung vom 22. Juli 2025 (GVBl. S. 386) geändert worden ist

§ 1a

Für die Berechnung der Aufnahmekapazität für den Modellstudiengang Medizin, den die Charité – Universitätsmedizin Berlin nach § 41 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005) geändert worden ist, erprobt, gilt ausschließlich § 17a; für diesen Studiengang entfällt abweichend von § 7 Absatz 3 die Untergliederung in einen vorklinischen und einen klinischen Teil.

§ 18

(1) Liegt das Berechnungsergebnis für den klinischen Teil des Studiengangs Medizin niedriger als das Berechnungsergebnis für den vorklinischen Teil des Studiengangs, kann die Zulassungszahl für den Studiengang Medizin nur dann höher als das Berechnungsergebnis für den klinischen Teil festgesetzt werden, wenn die für die Hochschulen zuständige

Senatsverwaltung die Fortsetzung des Studiums nach dem vorklinischen Teil gewährleisten kann. Ist der klinische Teil des Studiengangs an einer Hochschule nicht vorhanden, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Soweit die Fortsetzung des Studiums nach dem vorklinischen Teil nicht gewährleistet werden kann, ist die Differenz zwischen der nach Absatz 1 festgesetzten Zulassungszahl und dem nach dem Dritten Abschnitt überprüften Berechnungsergebnis für den vorklinischen Teil des Studiengangs als gesonderte Zulassungszahl festzusetzen.

(3) Liegt das Berechnungsergebnis für den vorklinischen Teil des Studiengangs Medizin niedriger als für den klinischen Teil des Studiengangs, wird die Zulassungszahl nach dem Berechnungsergebnis des vorklinischen Teils festgesetzt.

§ 19

(1) Das Berechnungsergebnis für den Studiengang Zahnmedizin ist anhand der klinischen Behandlungseinheiten der Lehrereinheit Zahnmedizin zu überprüfen. Als Grenzwert für die jährliche Aufnahmekapazität ist 0,67 Klinische Behandlungseinheiten für die Zahnerhaltungs- und Zahnersatzkunde je Studentin oder Student anzusetzen.

(2) Weichen die Berechnungsergebnisse nach Absatz 1 und nach dem Zweiten Abschnitt unter Berücksichtigung der Überprüfung nach § 14 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3, 5 und 7 und Abs. 3 Nrn. 1 bis 3 voneinander ab, so ist der Festsetzung der Zulassungszahl der niedrigste Wert zugrunde zu legen.