

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes vom 1. Oktober 2026

zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

zum Antrag der AfD-Bundestagsfraktion

**„Ärztliche Ausbildung und Weiterbildung zum Facharzt
bei Ambulantisierung der Versorgung sicherstellen und
weiterentwickeln“**

Bundestags-Drucksache 21/1748

Stand: 2. Oktober 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

I. Vorgesehene Regelungen des Antrags

Der Antrag der AfD-Bundestagsfraktion (BT-Drs. 21/1748) greift die Folgen einer zunehmenden Ambulantisierung für die ärztliche Ausbildung und Weiterbildung auf. Er geht davon aus, dass künftig mehr für die Facharztweiterbildung relevante Tätigkeiten aus dem Krankenhaus in ambulante oder sektorenübergreifende Versorgungsformen verlagert werden und deshalb auch Weiterbildung stärker außerhalb des klassischen stationären Settings organisiert werden muss.

Gefordert wird insbesondere die Einrichtung einer Regierungskommission beim Bundesministerium für Gesundheit. Diese soll den Bedarf an Medizinstudienplätzen und an Weiterbildungsmöglichkeiten ermitteln, die Kosten der Weiterbildung in allen Fachgebieten quantifizieren und Vorschläge für eine sektorenübergreifende Weiterbildung entwickeln. Genannt werden unter anderem erleichterte Wechsel zwischen Weiterbildungsstätten, arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Fragen, Abrechnungsmöglichkeiten für Leistungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie Finanzierungsoptionen durch Bund, Länder, Kostenträger und ärztliche Organisationen.

Darüber hinaus fordert der Antrag, keine Medizinstudienplätze mehr für Nicht-EU-Ausländerinnen und -Ausländer ohne deutschen Schulabschluss zu reservieren und die für den Sanitätsdienst der Bundeswehr vorgesehenen Studienplätze vollständig durch den Bund zu finanzieren.

II. Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes

Zusammenfassende Bewertung

Der AOK-Bundesverband teilt die im Antrag enthaltene Grundannahme, dass die ärztliche Aus- und Weiterbildung bei der weiteren Ambulantisierung und Überwindung sektoraler Grenzen mitgedacht werden muss. Wenn medizinisch geeignete Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden, müssen auch die für die Weiterbildung erforderlichen Kompetenzen dort erworben werden können, wo die Versorgung tatsächlich stattfindet.

Daraus folgt jedoch nicht, dass stationäre Strukturen zur Sicherung von Ausbildung und Weiterbildung erhalten werden sollten. Vielmehr müssen Weiterbildungsordnungen, Weiterbildungsverbünde, Finanzierung und arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen so weiterentwickelt werden, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Patientinnen und Patienten über Sektorengrenzen hinweg folgen können. Weiterbildung muss der Versorgung folgen – nicht umgekehrt.

Die im Antrag vorgenommene Verengung der Bedarfsdebatte auf die Zahl der Medizinstudienplätze greift zu kurz. Deutschland verfügt heute über deutlich mehr berufstätige Ärztinnen und Ärzte als vor vier Jahrzehnten. Gleichzeitig verändern Teilzeit, Altersstruktur, Zuwanderung, Fachgebietswahl, regionale Verteilung und neue Formen angestellter Tätigkeit die tatsächlich verfügbare Versorgungskapazität. Die entscheidende Steuerungsfrage lautet daher nicht nur, wie viele Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, sondern in welchen Fachgebieten, Regionen und Versorgungsformen ihre Arbeitskraft tatsächlich ankommt. Insbesondere im Hinblick auf die zukünftige professionsübergreifende Primärversorgung ist zu berücksichtigen, dass die medizinische Versorgung zukünftig nicht nur durch Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden wird. Dadurch werden ärztliche Versorgungskapazitäten freigesetzt und sind zielgerichtet zu nutzen.

1. Langfristige Entwicklung: Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte hat sich mehr als verdoppelt

Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zeigt einen langfristig starken Anstieg der Zahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte. 1985 waren 198.845 Ärztinnen und Ärzte berufstätig. 1990 waren es 237.750, 2000 bereits 294.676 und 2010 333.599. Ende 2025 lag die Zahl bei 446.120. Gegenüber 1985 entspricht dies einem Anstieg um rund 124 Prozent.

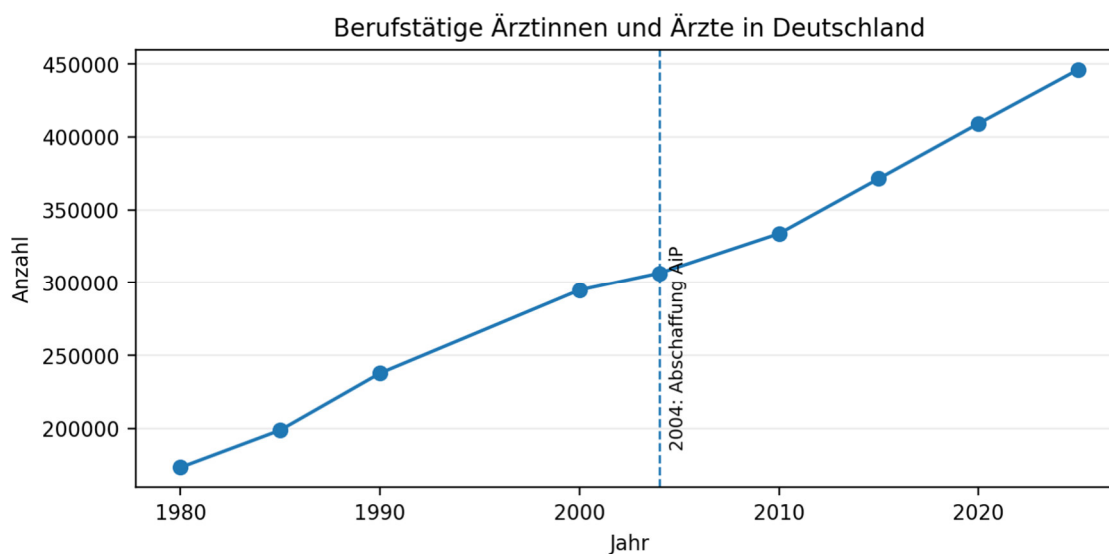


Abbildung 1: Entwicklung der Zahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte. Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik; ausgewählte Jahre. Eigene Darstellung. Die Zäsur 2004 markiert die Abschaffung des Arztes/der Ärztin im Praktikum (AiP).

Die Entwicklung zeigt, dass heutige Versorgungsengpässe nicht allein aus einer zu geringen absoluten Zahl von Ärztinnen und Ärzten erklärt werden können. Kopfzahlen sind jedoch ebenso wenig mit verfügbarer Versorgungskapazität gleichzusetzen. Nach Angaben der Bundesärztekammer stieg der Teilzeitanteil der Ärzteschaft von 15 Prozent im Jahr 2014 auf 28 Prozent im Jahr 2024. Ende 2025 waren 23,4 Prozent

der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte 60 Jahre oder älter. Zugleich besaßen 16 Prozent der berufstätigen Ärzteschaft keine deutsche Staatsangehörigkeit. Eine belastbare Personalplanung muss deshalb Arbeitszeitvolumen, Altersstruktur, Zuwanderung, Fachgebiete und regionale Verteilung gemeinsam betrachten.

2. Historische Zäsur: Vom Arzt im Praktikum zur heutigen Weiterbildungsstruktur

Bis 2004 schloss sich an das Medizinstudium vor Erteilung der Vollapprobation eine Pflichtzeit als Arzt bzw. Ärztin im Praktikum an. Diese AiP-Phase wurde zum 1. Oktober 2004 abgeschafft. Die damalige Reform war Teil einer gesundheitspolitischen Debatte, in der sich die Wahrnehmung von einer früher diskutierten „Ärzteschwemme“ hin zu erwarteten ärztlichen Engpässen verschoben hatte.

Die historische Entwicklung verdeutlicht, wie stark sich die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit verändern können. Für die heutige Reformdebatte folgt daraus: Ausbildungs- und Weiterbildungsstrukturen müssen regelmäßig an die tatsächliche Versorgung angepasst werden. Eine Weiterbildungsordnung, die Kompetenzerwerb überwiegend an stationäre Leistungsorte bindet, gerät zwangsläufig unter Anpassungsdruck, wenn relevante Leistungen zunehmend ambulant erbracht werden.

3. Die eigentliche Herausforderung ist die Verteilung der ärztlichen Kapazität

Im Jahr 2025 wurden bundesweit 16.195 Facharztanerkennungen ausgesprochen. Die Allgemeinmedizin lag mit 2.147 Anerkennungen nach der Inneren Medizin mit 2.283 Anerkennungen an zweiter Stelle. In der Kinder- und Jugendmedizin wurden 914 Anerkennungen erteilt. Die Zahl der Anerkennungen in der Allgemeinmedizin ist damit zuletzt nicht rückläufig; bereits 2024 lag sie mit 2.140 um 26,3 Prozent über dem Niveau von 2019.

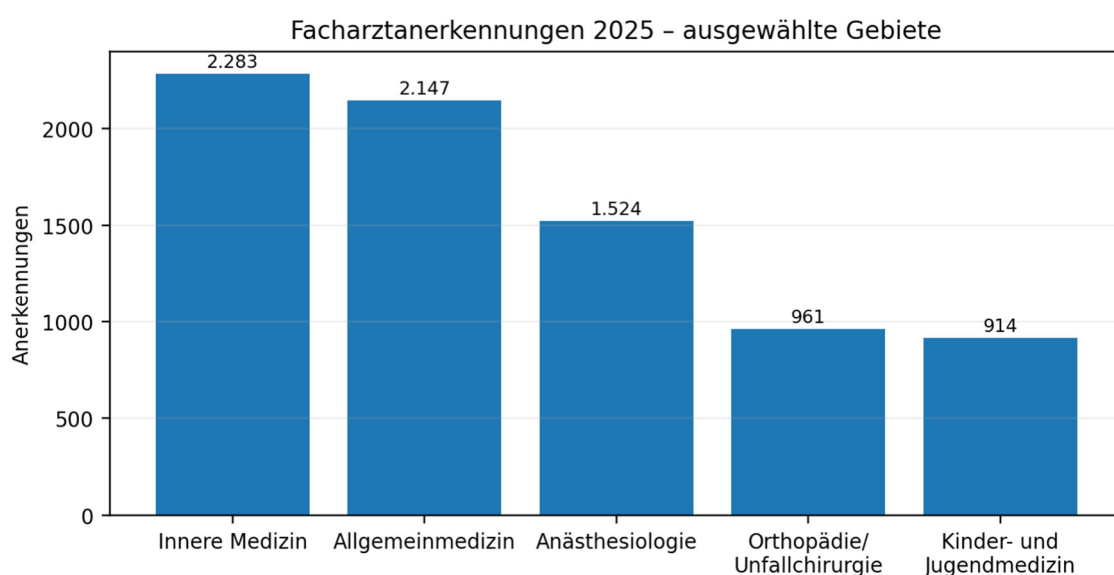


Abbildung 2: Facharztanerkennungen 2025 in ausgewählten Gebieten. Quelle: Bundesärztekammer/KBV, Ärztestatistik 2025. Eigene Darstellung.

Diese Entwicklung spricht gegen die pauschale Aussage, Deutschland bilde generell zu wenig Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner aus. Gleichwohl bleibt zu prüfen, ob Zahl und regionale Verteilung der Weiterbildungsabschlüsse angesichts der Altersstruktur der hausärztlichen Versorgung und einer politisch gewollten Stärkung der Primärversorgung ausreichen. Ebenso relevant ist, wie viele Fachärztinnen und Fachärzte nach der Weiterbildung tatsächlich in der unmittelbaren Patientenversorgung, in welchem zeitlichen Umfang und in welcher Region tätig werden. Dabei ist die künftige Versorgung stärker teamorientiert zu denken: Qualifizierte Gesundheitsberufe können im Rahmen ihrer Kompetenzen zusätzliche Aufgaben übernehmen und so ärztliche Kapazitäten für Tätigkeiten freisetzen, für die ärztliche Expertise erforderlich ist. Solche frei werdenden Kapazitäten können zugleich dazu beitragen, die Anleitung und Begleitung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung im ambulanten Bereich zu stärken.

Ökonomische Anreize können die Wahl eines Fachgebietes und der späteren Tätigkeit beeinflussen. Vergütungsunterschiede sind dabei jedoch nur ein Faktor neben Arbeitsbedingungen, Planbarkeit der Arbeitszeit, Weiterbildungsqualität, Niederlassungsrisiken, regionaler Attraktivität und persönlichen Präferenzen. Eine bedarfsgerechte Weiterbildungssteuerung sollte deshalb nicht auf einen einzelnen Erklärungsfaktor reduziert werden. Zugleich sind der staatlichen Steuerung individueller Berufsentscheidungen Grenzen gesetzt; die Berufsfreiheit ist zu beachten. Umso wichtiger sind Rahmenbedingungen, die eine Tätigkeit in versorgungsrelevanten Fachgebieten und Regionen attraktiv machen.

4. Ambulantisierung verändert die Orte der Weiterbildung

Der Krankenhaus-Report 2026 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zeigt in einer Modellrechnung ein erhebliches Potenzial zur Vermeidung oder ambulanten Erbringung heutiger Krankenhaufälle. Für die 15,2 Millionen Krankenhaufälle des Jahres 2024 wurden bundesweit rund 8,6 Millionen Fälle als potenziell ambulantisierbar oder vermeidbar identifiziert. In den Ländern liegt das modellierte Potenzial zwischen 53 und 58 Prozent. Besonders groß ist es in der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie; dort liegt es jeweils bei über 60 Prozent.

Gerade diese Fachgebiete gehören traditionell zu den zentralen Lern- und Weiterbildungsorten im Krankenhaus. Wenn relevante Diagnostik, Eingriffe und Nachbehandlungen ambulant erbracht werden, verändern sich deshalb auch die notwendigen Lernorte. Dies ist kein Argument gegen Ambulantisierung. Es ist ein Auftrag, Weiterbildung sektorenübergreifend zu organisieren.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sollte der Grundsatz gelten: Medizinisch geeignete Leistungen werden dort erbracht, wo sie für Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert und wirtschaftlich sinnvoll erbracht werden können. Die Weiterbildung muss diesen Versorgungswegen folgen. Stationäre Behandlung darf nicht allein deshalb aufrechterhalten werden, weil Weiterbildungsstrukturen noch nicht an die Ambulantisierung angepasst sind.

5. Die ambulante Weiterbildungsförderung ist bereits ein etabliertes Instrument

Die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin besteht seit 1999. Seit 2015 ist sie in § 75a SGB V verankert. Bundesweit sind mindestens 7.500 Stellen in der Allgemeinmedizin zu fördern. Zusätzlich stehen bis zu 2.000 Förderstellen für weitere Fachgebiete zur Verfügung. Die Förderung wird jährlich durch eine gemeinsame Lenkungsgruppe von GKV-Spitzenverband, KBV, Deutscher Krankenhausgesellschaft, PKV-Verband und Bundesärztekammer evaluiert.

Das Finanzvolumen ist erheblich gestiegen. Im ambulanten Bereich erhöhte sich das Gesamtvolumen der Gehaltsförderung von 171 Millionen Euro im Jahr 2016 auf 522 Millionen Euro im Jahr 2024. Davon entfielen 2024 398 Millionen Euro auf die Allgemeinmedizin und 124 Millionen Euro auf weitere Fachgruppen. Die ambulante Gehaltsförderung wird paritätisch von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kostenträgern finanziert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch die Finanzierungsanteile der Kassenärztlichen Vereinigungen letztlich aus Mitteln stammen, die der vertragsärztlichen Versorgung aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Die Weiterbildungsförderung wird damit im Ergebnis in erheblichem Umfang aus Beitragsmitteln der Versicherten und Arbeitgeber finanziert.

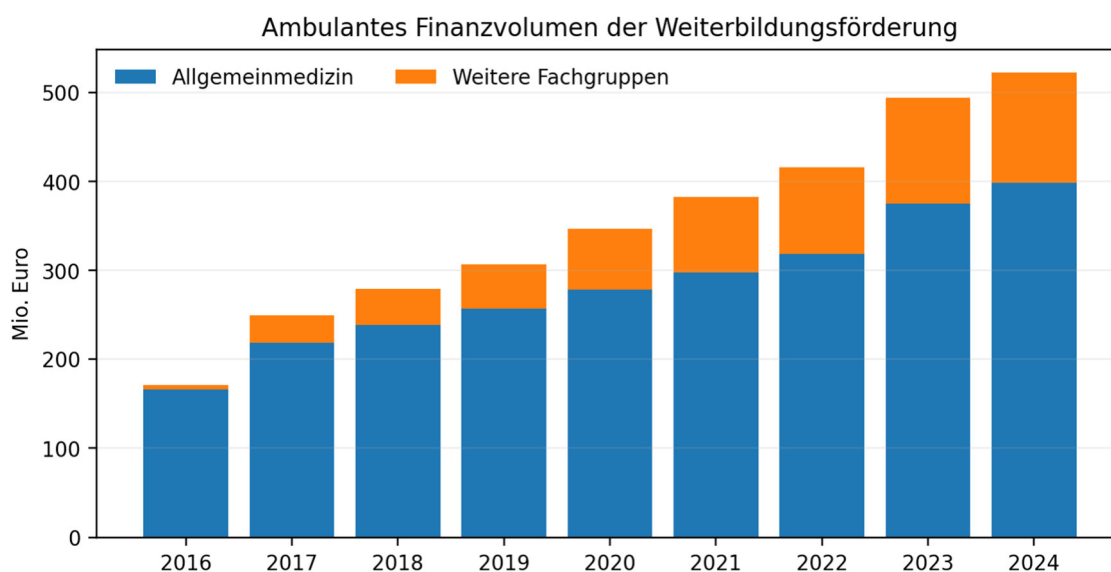


Abbildung 3: Ambulantes Finanzvolumen der Weiterbildungsförderung 2016–2024. Quelle: Evaluationsbericht 2024 zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V. Eigene Darstellung.

Die Entwicklung zeigt, dass die Finanzierung ambulanter Weiterbildung bereits heute eine erhebliche gemeinsame Aufgabe der Selbstverwaltung ist. Eine weitere Ambulantisierung kann zusätzlichen Finanzierungs- und Organisationsbedarf auslösen. Vor einer Ausweitung der Finanzierungsverantwortung der GKV muss jedoch transparent ermittelt werden, welche Weiterbildungskosten tatsächlich zusätzlich entstehen, welche Mittel bisher implizit in stationären Strukturen enthalten sind und welche Verantwortung Arbeitgeber, Länder und andere öffentliche Träger tragen.

6. Weiterbildung sollte sektorenübergreifend und verlässlich organisiert werden

Der Antrag beschreibt zutreffend, dass häufigere Wechsel zwischen Krankenhaus, Praxis, Medizinischem Versorgungszentrum und anderen ambulanten Einrichtungen zu organisatorischen und arbeitsrechtlichen Hürden führen können. Diese Hürden sollten reduziert werden. Ziel sollten verlässliche Weiterbildungsverbünde sein, in denen Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung ohne vermeidbare Vertragsunterbrechungen und mit klaren Verantwortlichkeiten absolvieren können.

Dabei sollten insbesondere folgende Punkte geprüft werden:

- Ausbau regionaler Weiterbildungsverbünde und Koordinierungsstellen, die stationäre und ambulante Weiterbildungsabschnitte verbindlich miteinander verbinden;
- Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnungen hin zu kompetenzorientierten Anforderungen, die nicht unnötig an einen bestimmten Sektor gebunden sind;
- verlässliche arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen bei Wechseln zwischen Weiterbildungsstätten;
- angemessene Abbildung der Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung in den Vergütungs- und Abrechnungssystemen, ohne Qualitäts- und Aufsichtsvoraussetzungen abzusenken;
- transparente Ermittlung der tatsächlichen Kosten von Weiterbildung in den verschiedenen Versorgungsbereichen und eine klare Zuordnung der Finanzierungsverantwortung.

7. Medizinstudienplätze: Bedarf seriös bestimmen statt mit einer Einzelzahl argumentieren

Der Antrag begründet seine Forderung unter anderem mit der Aussage, die Zahl der Medizinstudienplätze sei in rund 30 Jahren von etwa 16.000 auf etwa 11.000 pro Jahr gesunken. Diese Gegenüberstellung ist methodisch problematisch, weil historische Kapazitätsangaben, Studienanfängerzahlen, staatlich finanzierte Plätze und zusätzliche private Studienangebote nicht ohne Weiteres dieselbe Bezugsgröße abbilden. Aus ihr lässt sich daher kein belastbarer aktueller Fehlbedarf von rund 5.000 Studienplätzen ableiten.

Ein zusätzlicher Bedarf an Ausbildungskapazitäten kann bestehen, sollte aber auf einer transparenten Bedarfsanalyse beruhen. Dabei müssen neben demografischer Entwicklung und Ruhestandseintritten auch Teilzeit, Zuwanderung und Abwanderung, Fachgebietswahl, regionale Verteilung, neue Aufgabenverteilungen in multi-professionellen Teams, Digitalisierung und Produktivitätsentwicklung berücksichtigt werden. Die Finanzierung universitärer Ausbildung ist grundsätzlich eine staatliche Aufgabe. Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen nicht zum Ersatz unzureichender Hochschulfinanzierung werden.

8. Ambulantisierung und Kapazitätsrecht: Betten dürfen nicht zum Hemmnis moderner Ausbildung werden

Der Antrag weist auf einen realen Zusammenhang zwischen klinischer Ausbildungskapazität und stationärer Versorgung hin. In kapazitätsrechtlichen Regelungen der Länder wird die patientenbezogene Ausbildungskapazität im klinischen Studienabschnitt teilweise anhand stationärer Patientenzahlen bzw. tagesbelegter Betten bestimmt. Sinkende stationäre Fallzahlen können daher bei unveränderten Berechnungsmodellen rechnerisch auf Studienkapazitäten wirken.

Daraus sollte jedoch nicht gefolgert werden, stationäre Betten allein zum Erhalt von Studienplätzen vorzuhalten. Vielmehr muss das Kapazitätsrecht der Versorgungsrealität folgen. Berlin berücksichtigt in seiner seit August 2026 geltenden Kapazitätsverordnung neben vollstationären ausdrücklich auch teilstationäre tagesbelegte Betten. Auch ambulante Behandlungsfälle und Kooperationen mit Lehrkrankenhäusern können in Kapazitätsmodellen berücksichtigt werden. Nordrhein-Westfalen geht bereits in diese Richtung: Nach der dortigen Kapazitätsverordnung werden bei der patientenbezogenen Aufnahmekapazität neben voll- und teilstationären tagesbelegten Betten unter bestimmten Voraussetzungen auch ambulante Kontakte des Klinikums berücksichtigt.

Der AOK-Bundesverband spricht sich deshalb dafür aus, kapazitätsrechtliche Berechnungsmodelle so weiterzuentwickeln, dass Ambulantisierung nicht unbeabsichtigt Ausbildungskapazitäten reduziert. Nicht die Versorgung sollte sich veralteten Berechnungsmodellen anpassen; die Berechnungsmodelle müssen eine moderne, sektorenübergreifende Versorgung abbilden.

9. Bewertung der einzelnen Forderungen des Antrags

- Zu Nummer 1: Eine bessere Koordination von Bund, Ländern, Selbstverwaltung, Ärztekammern, Hochschulen und Versorgungseinrichtungen ist sinnvoll. Ob hierfür eine neue Regierungskommission erforderlich ist, sollte am konkreten Auftrag und an bestehenden Strukturen gemessen werden. Doppelstrukturen sind zu vermeiden.
- Zu Nummer 2: Eine belastbare Bedarfsanalyse für Medizinstudienplätze ist sinnvoll. Sie darf sich nicht allein an Bettenzahlen oder historischen Studienplatzzahlen orientieren. Die Weiterentwicklung des Kapazitätsrechts ist gegenüber dem Erhalt stationärer Strukturen aus Ausbildungsgründen vorzuzugung.
- Zu Nummer 3: Die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Facharztweiterbildung ist erforderlich. Besonders relevant sind Weiterbildungsverbünde, arbeitsrechtlich verlässliche Rotationen, kompetenzorientierte Weiterbildungs-

ordnungen, geeignete Abrechnungsmöglichkeiten und eine transparente Kostenanalyse. Eine pauschale zusätzliche Finanzierungsverpflichtung der GKV ist daraus nicht abzuleiten.

- Zu Nummer 4: Konkrete bundesrechtliche Änderungen sollten nach einer belastbaren Analyse zügig umgesetzt werden, soweit sie die sektorenübergreifende Weiterbildung erleichtern und Zuständigkeiten von Ländern und Ärztekammern respektieren.
- Zu Nummer 5: Die geforderte Abschaffung von Studienplatzkontingenten für Nicht-EU-Ausländerinnen und -Ausländer ohne deutschen Schulabschluss steht in keinem unmittelbaren sachlichen Zusammenhang mit der Ambulantisierung oder der Organisation der Facharztweiterbildung.
- Zu Nummer 6: Die Finanzierung von Studienplatzkontingenten für den Sanitätsdienst der Bundeswehr (220 p. a.) betrifft die Aufgaben- und Finanzierungsverteilung zwischen Bund und Ländern. Für die Weiterentwicklung der ambulanten Facharztweiterbildung ist diese Frage nicht zentral.

Fazit

Der Antrag benennt mit der Verlagerung ärztlicher Leistungen in den ambulanten Bereich eine reale Herausforderung für die ärztliche Aus- und Weiterbildung. Die richtige Konsequenz besteht jedoch nicht darin, stationäre Strukturen oder Bettenzahlen aus Ausbildungsgründen zu konservieren. Ausbildung und Weiterbildung müssen an eine zunehmend ambulante, sektorenübergreifende und teamorientierte Versorgung angepasst werden.

Deutschland verfügt heute über mehr als doppelt so viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte wie Mitte der 1980er Jahre. Gleichzeitig zeigen Teilzeit, Altersstruktur, regionale Unterschiede und die Verteilung auf Fachgebiete, dass eine steigende Kopfzahl allein Versorgungssicherheit nicht gewährleistet. Eine zukunftsfähige Strategie muss deshalb Ausbildungskapazitäten, Weiterbildungsstruktur, tatsächlichen Versorgungsbedarf – auch unter Berücksichtigung der Telemedizin – sowie die Einbindung weiterer Berufsgruppen in die medizinische Versorgung gemeinsam betrachten.

Leitgedanke: Wenn Versorgung ambulant wird, muss Weiterbildung ambulant werden können. Entscheidend ist nicht allein, wie viele Ärztinnen und Ärzte wir ausbilden, sondern für welche Versorgung, in welchen Fachgebieten und an welchen Orten ihre Kompetenz tatsächlich gebraucht wird.

Quellen und weiterführende Evidenz

- Bundesärztekammer: Ärztestatistik 2025; Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960; Anerkennung von Facharztbezeichnungen.
- Bundesärztekammer: Allgemeine Informationen zum Medizinstudium; Abschaffung der Pflichtzeit als Arzt im Praktikum zum 1. Oktober 2004.

- Bundesärztekammer/KBV/GKV-Spitzenverband/DKG/PKV: Evaluationsbericht 2024 zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V.
- Wissenschaftliches Institut der AOK: Krankenhaus-Report 2026 – Reformperspektiven; Analyse des Ambulantisierungspotenzials.
- Land Berlin: Kapazitätsverordnung, § 17, Fassung vom 28. Juli 2026.
- Land Nordrhein-Westfalen: Kapazitätsverordnung, § 17, Fassung gültig ab 31. Juli 2025.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Weiterbildungsförderung und Weiterbildungsabschlüsse, Stand 2026.