Deutscher Bundestag **Drucksache 21/8916**

21. Wahlperiode 03.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch Alexander Arpaschi, Adam Balten, Dr. Michael Blos, René Bochmann, Erhard Brucker, Boris Gamanov, Dr. Ingo Hahn, Udo Theodor Hemmelgarn, Olaf Hilmer, Karsten Hilse, Dr. Malte Kaufmann, Dr. Michael Kaufmann, Kurt Kleinschmidt, Heinrich Koch, Knuth Meyer-Soltau, Arne Raue, Dr. Rainer Rothfuß, Volker Scheurell, Lars Schieske, Martina Uhr, Sven Wendorf, Dr. Daniel Zerbin, Jörg Zirwes und der Fraktion der AfD

Facharztausbildung grundlegend modernisieren – Versorgung durch Effizienz, Kompetenz und Innovation sichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die medizinische Versorgung in Deutschland, insbesondere in den ländlichen Regionen, leidet bereits heute unter einem akuten und sich verschärfenden Facharztmangel.[1,2] Es ist unverantwortlich, die Versorgungskapazitäten durch starre, zeitbasierte Strukturen in der Ausbildung künstlich zu drosseln.

Deutschland leistet sich eines der zeitintensivsten Weiterbildungssysteme weltweit. Während die Facharztausbildung hierzulande in der Regel fünf bis sechs Jahre in Anspruch nimmt, zeigen internationale Vergleiche, dass eine gleichwertige oder höhere Qualität in deutlich kürzerer Zeit erreichbar ist.[3,4] Wissenschaftliche Studien attestieren dem deutschen System eine „Außenseiterposition“, in der die Ausbildungsqualität aufgrund fehlender strukturierter Curricula international als unzureichend bewertet wird.[5,6,7]

Das aktuelle System ist durch bürokratische Lasten gelähmt. Sowohl die ausbildenden Chef- und Oberärzte als auch die Assistenzärzte geben im bestehenden System ihr Bestes, sind jedoch in dessen starren Strukturen gefangen. Die hohe

[1] https://www.tagesschau.de/inland/hausarztmangel-studie-100.html
[2] https://www.youtube.com/watch?v=ppIG0JHJqnU
[3] https://journals.publisso.de/de/journals/jme/volume34/zma001140
[4] https://www.gesru.de/fileadmin/Dateien_und_Bilder/Urologische_Facharztausbildung_im_internationalen_Vergleich-_Wo_stehen_wir_in_Deutschland_.pdf
[5] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5617919/
[6] https://journals.publisso.de/de/journals/jme
[7] https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR622z1.html

klinische Arbeitslast und die erdrückende Dokumentationspflicht lassen kaum Raum für die eigentliche Lehre. Ausbilder werden durch wirtschaftlichen Druck an der Weiterbildung gehindert; Assistenzärzte werden primär als stationsgebundene Arbeitskräfte eingesetzt, anstatt proaktiv zur Facharztreife geführt zu werden.[8,9]

Der Deutsche Bundestag stellt daher fest: Wir müssen unser Weiterbildungssystem grundlegend modernisieren. Der Fokus muss weg von starren Zeitvorgaben und hin zu einem reinen Kompetenzerwerb verschoben werden. Wer fleißig ist und die geforderten Kriterien schneller erfüllt, muss schneller fertig werden dürfen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem, unter Wahrung der ärztlichen Freiberuflichkeit, aber in Wahrnehmung der staatlichen Gewährleistungsverantwortung für die Versorgungssicherheit, ein verbindlicher gesetzlicher Rahmen geschaffen wird, der die Selbstverwaltungskörperschaften (Ärztekammern) dazu verpflichtet, folgende Punkte umzusetzen:

1. Ergebnisorientierter Rechtsrahmen statt Zeitvorgaben: Der Gesetzgeber definiert das Ziel (Versorgungssicherheit durch kompetente Fachärzte) und die Maximaldauer der Ausbildung. Die ärztliche Selbstverwaltung legt die fachlichen Kompetenzen (EPAs) fest. Ein Rechtsanspruch auf vorzeitige Prüfungszulassung bei Kompetenznachweis ist gesetzlich zu verankern („Kompetenz vor Zeit“).
2. Schaffung eines zentralen Weiterbildungsfonds und mobiler Budgets: Die bisherige Praxis, Ausbildungskosten innerhalb der allgemeinen Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser abzubilden, ist zu beenden. Stattdessen ist ein zentraler, von den Klinikträgern unabhängiger Weiterbildungsfonds einzurichten. Aus diesem erhalten Assistenzärzte ein personenbezogenes Budget („Ausbildungs-Rucksack“). Dieses Budget folgt dem Arzt zu jedem zertifizierten Ausbilder (Klinik, Praxis, Simulationszentrum) und dient als Verrechnungseinheit für die erbrachte Lehre.
3. Etablierung des EPA-Modells: Die Weiterbildungsordnungen sind auf das Prinzip der „Entrustable Professional Activities“ (EPAs) umzustellen. Statt Dienstjahren gilt die nachweisliche Beherrschung konkreter klinischer Tätigkeiten als objektiver Maßstab für die Facharztreife.
4. Verbindliche Verbundweiterbildung und Mentoring-Budgets: Kliniken werden gesetzlich verpflichtet, Kooperationen einzugehen, die den Assistenzärzten den schnellen Durchlauf aller erforderlichen Module ermöglichen. Lehre muss als fester, finanziell hinterlegter Bestandteil der ärztlichen Arbeitszeit (sowohl für Ausbilder als auch für Auszubildende) im Dienstplan verankert werden.
5. Flächendeckende Simulationszentren als „Effizienz-Turbo“: Schaffung der finanziellen Rahmenbedingungen für standardisierte Trainingszentren, um den Kompetenzerwerb (operative und diagnostische Verfahren) unabhängig vom zufälligen Patientenaufkommen im Klinikalltag zu beschleunigen.

[8] https://www.praktischarzt.de/magazin/aerztliche-weiterbildung-zeitmangel-personalmangel/
[9] https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2024-hohe-belastung-unzureichende

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Berlin, den 3. November 2026

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Der eklatante Facharztmangel lässt kein „Weiter so“ zu. Die Modernisierung der Facharztausbildung ist der schnellste Hebel, um tausende Facharztjahre früher in die Versorgung zu bringen.

Die Analogie zur Pilotenausbildung: Kompetenz statt Dienstjahre Ein Pilot wird nicht Kapitän, weil er zehn Jahre als Copilot im Cockpit „mitgeflogen“ ist, sondern weil er im Simulator und in der Praxis nachweislich alle Flugmanöver beherrscht. In der Luftfahrt ist das Prinzip „Kompetenz vor Dienstzeit“ der Garant für höchste Sicherheit. Es ist Zeit, dieses Prinzip der Effizienz und Sicherheit auch auf die medizinische Ausbildung zu übertragen.[10]

Staatliche Rahmenkompetenz vs. Staatsmedizin Die Reform ist keine „Staatsmedizin“. In den USA gibt es keine staatliche Medizin, dennoch setzt der Staat über die Finanzierung (GME-Funding) strenge Effizienz- und Qualitätsstandards. Der Staat definiert dort nicht, was medizinisch gelehrt wird, aber er definiert, dass die Ausbildung sicher und effizient sein muss. Diesen Weg muss Deutschland gehen: Die Ärztekammern behalten die fachliche Hoheit, aber der Staat setzt den notwendigen Rahmen für die Effizienz der Fachkräfteausbildung.

Internationale Erfolgsmodelle

USA, Kanada & Niederlande (EPA-Modell): Hier ist das EPA-Konzept (Entrustable Professional Activities) der Goldstandard. Statt abstrakter Zeitvorgaben wird die Ausbildung in konkrete, klinische Aufgaben unterteilt. Ein Arzt wird nicht nach Kalendertagen beurteilt, sondern nach der nachgewiesenen Fähigkeit, eine Aufgabe (z. B. Appendektomie) eigenständig zu beherrschen. Wer schnell lernt, ist nach 3 Jahren fertig – ein Modell, das in den USA trotz privater Organisation zu Weltklasse-Qualität führt.[11,12]

Frankreich: Das französische System nutzt ein nationales, straffes Zuteilungsverfahren („Internat“). Ein zentral organisierter, strukturierter Durchlauf stellt sicher, dass jeder Assistenzarzt in ca. 3 Jahren alle notwendigen Stationen durchläuft. Dies verhindert das „Verschleppen“ von Ausbildungsabschnitten.[13]

Dänemark: Dänemark setzt konsequent auf digitale „Roadmaps“. Jeder Assistenzarzt hat einen digitalen Pfad, der transparent macht, welche Module noch fehlen. Wartezeiten zwischen den Rotationen werden durch ein zentrales Monitoring eliminiert.[14]

Österreich: Seit der Reform 2015 nutzt Österreich ein modulares Bausteinprinzip (Basisausbildung, Grundausbildung, Schwerpunktausbildung). Dies ermöglicht eine enorme Flexibilität in kleinen, erreichbaren Etappen.[15]

Schweiz & Vereinigtes Königreich (Rotation als Pflicht): In diesen Systemen ist die Rotation fester Bestandteil der Ausbildung. Da der Arzt nach einer festen Zeit zur nächsten Station weiterzieht, müssen die Kliniken die Zeit für Lehre maximal effizient nutzen – sie können den Arzt nicht jahrelang als bloße Stations-Hilfskraft binden.[16,17]

[10] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4710114/
[11] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5840559/
[12] https://www.aamc.org/about-us/mission-areas/medical-education/cbme/core-epas
[13] https://www.singapour.campusfrance.org/system/files/medias/documents/2019-05/Medicine.pdf
[14] https://healthcaredenmark.dk/media/qfmf4wyz/digitalization-in-danish-healthcare-2026.pdf
[15] https://www.aerztekammer.at/aeao-2015
[16] https://siwf.ch/files/pdf23/breckwoldt-2018-epa-v1.pdf
[17] https://www.nhsemployers.org/news/medical-training-prioritisation-act-2026-enters-law

Australien: Als Pionier des EPA-Modells nutzt Australien „Milestone-based assessments“. Das Erreichen definierter Meilensteine schaltet die nächste Stufe der Verantwortung frei.[18]

Der Systemwechsel: Vom versteckten Kostenfaktor zum mobilen Gutschein Die bisherige Praxis, Ausbildungskosten innerhalb der allgemeinen Betriebskosten der Krankenhäuser „mitzuzahlen“, ist gescheitert. Unabhängig davon, ob Krankenhäuser über Fallpauschalen oder Vorhaltebudgets finanziert werden: Solange die Lehre keinen eigenen, zweckgebundenen Posten darstellt, bleibt der Assistenzarzt für den Träger primär eine Arbeitskraft, deren Ausbildung Zeit und Geld kostet. Die Forderung nach einem zentralen Weiterbildungsfonds bricht dieses System auf: Das Geld für die Lehre wird aus dem allgemeinen Budget herausgelöst und dem Arzt direkt als mobiles Budget zugeordnet. Damit wird die Weiterbildung für den Ausbilder zur Einnahmequelle: Nur wer den Arzt kompetent ausbildet, kann dessen Gutschein einlösen. Da das Geld aus einem zentralen Fonds kommt, kann der Arzt Module bei spezialisierten Anbietern oder in Simulationszentren „einkaufen“, ohne dass sein Hauptarbeitgeber dies aus eigenen Betriebsmitteln finanzieren muss. Dies ermöglicht echte Mobilität und beendet die Abhängigkeit von einer einzigen Klinik.

Umschichtung statt neuer Steuern: Die Finanzierung des zentralen Weiterbildungsfonds folgt dem Prinzip: Keine neuen Belastungen, sondern effiziente Mittelverwendung. Die Ausbildungskosten sind heute bereits als kalkulatorische Größe in den Klinikbudgets und Fallpauschalen enthalten. Das Problem: Sie sind dort nicht zweckgebunden, sondern werden vom Arbeitgeber oft für andere Zwecke verwendet. Wir fordern lediglich, diesen Ausbildungsanteil aus den bisherigen Budgets herauszulösen und in den zentralen Fonds zu überführen. Das Geld ist also bereits im System vorhanden, es muss lediglich treffsicherer verteilt werden.

Solidarisches Umlageverfahren: Ergänzend wird ein moderates, bundeseinheitliches Umlageverfahren für alle Kliniken und Praxen eingeführt, die Ärzte beschäftigen. Wer ausbildet, erhält aus dem Fonds eine Refinanzierung, die über den Kosten der Ausbildung liegt – wer nicht ausbildet, zahlt in den Fonds ein. Dies schafft einen fairen Ausgleich zwischen ‚Ausbildungskliniken‘ und ‚Profiteuren‘, die bisher nur fertig ausgebildete Ärzte abwerben, ohne selbst in Lehre zu investieren.

Simulation als „Effizienz-Turbo“ Simulation entkoppelt die Ausbildung vom klinischen Zufall. In den USA (American College of Surgeons) ist „Simulation-based training“ Standard.[19] Es erlaubt, „Hunderte Stunden Erfahrung“ in wenigen Wochen zu komprimieren. Ein Assistenzarzt muss nicht mehr auf den „richtigen Patienten“ warten, sondern beweist seine Fertigkeit am Simulator. Dies ist objektiver als die subjektive Einschätzung durch einen überlasteten Oberarzt.[20]

Dieser Paradigmenwechsel – „Lernen durch Standardisierung“ statt „Lernen durch Warten“ – ist die notwendige Voraussetzung, um junge Ärzte in Deutschland schneller in die volle Verantwortung zu bringen und damit die Versorgung in der Fläche nachhaltig zu sichern.

[18] s. FN. 3
[19] https://www.facs.org/for-medical-professionals/education/programs/acsase-medical-student-simulation-based-surgical-skills-curriculum/
[20] https://www.thieme-connect.de/media/10.1055-s-00025515/20190102/lookinside/10-1055-s-0036-1595647-1.jpg

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.