

**Antwort
der Bundesregierung**

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Rainer Arnold, Dr. Hans-Peter Bartels, Bernhard Brinkmann (Hildesheim), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

– Drucksache 17/1452 –

Gefährdung der Einsatzbereitschaft im zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr**Vorbemerkung der Fragesteller**

Die personelle Situation im zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr hat sich in den letzten Jahren dramatisch verschlechtert. Für Sanitätsoffiziere, speziell für Ärzte, ist der Dienst in den Streitkräften nicht mehr attraktiv genug. Ausgehend von den Ergebnissen der Auswahlkonferenz für Ärzte im Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit in das eines Berufssoldaten im Jahr 2009 ist festzustellen, dass das Interesse gerade junger und leistungsstarker Ärzte an einem Verbleib in der Bundeswehr nach wie vor zu gering ist. Die Bewerberzahlen für Neuanstellungen liegen deutlich unter dem benötigten Bedarf.

Der Personalumfang der Sanitätsoffiziere Arzt liegt aktuell signifikant unter dem Niveau der Jahre 2007 und 2008. Die zeitlichen Belastungen im Tagesbetrieb sind für die einzelnen Ärzte extrem hoch. Die Arbeitsmarktsituation für Mediziner auf dem zivilen Arbeitsmarkt ist zurzeit überaus günstig. Der einzelne Arzt wird immer häufiger zu Auslandseinsätzen herangezogen. Der Dienst zwischen Einsatz und Grundversorgung überschreitet derzeit die personelle Leistungsfähigkeit des Sanitätsdienstes.

Insbesondere vor dem Hintergrund hoher unplanmäßiger Kündigungen von Ärzten hat der Bundesminister der Verteidigung im November 2008 die Einrichtung einer abteilungsübergreifenden ministeriellen Arbeitsgruppe angewiesen, die Vorschläge zur Verbesserung der Attraktivität und Funktionalität im Sanitätsdienst der Bundeswehr erarbeitet hat. Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe wurden der Leitung des Bundesministeriums der Verteidigung im September 2009 vorgelegt. Die dringend notwendigen Maßnahmen mit Auswirkungen auf die Struktur sollen erst in eine noch einzusetzende Strukturkommission eingebracht werden.

Zur Erhaltung der Einsatzbereitschaft im zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr sind rasch wirksame Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung und sofortige Strukturentscheidungen notwendig. Der derzeitige Aufbau des Sanitätsdienstes als selbstständiger Organisationsbereich bindet viel Personal.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Um den gestiegenen Einsatzanforderungen Rechnung zu tragen, hat sich der Sanitätsdienst der Bundeswehr (SanDstBw) auch in Bezug auf die fachliche Qualifikation seines Personals und die Personalumfänge konsequent neu ausgerichtet. Damit ging ein zum Teil erheblicher personeller Aufwuchs in besonders einsatzrelevanten Fachgebieten einher.

Im Bereich der Unteroffiziere des Sanitätsdienstes verlief die Umgestaltung des Personalkörpers erfolgreich. Mit Ausnahme einiger weniger Spezialisten bei den Heil- und Gesundheitsberufen, z. B. den Operationstechnischen Assistenten, ist der erhöhte Zielumfang mit einer deutlich verbesserten Professionalisierung weitgehend erreicht worden.

Anders stellt sich die Situation für die Ärztinnen und Ärzte im Sanitätsdienst dar. Neben einem erheblichen personellen Fehl von derzeit knapp 400 Sanitätsoffizieren Arzt, das nicht zuletzt auf die massiven unvorhersehbaren Personalverluste im Jahr 2008 zurückzuführen ist, stehen rund 200 weitere Ärztinnen und Ärzte aufgrund familienbedingter Abwesenheiten zur Dienstleistung nicht zur Verfügung.

Insbesondere vor dem Hintergrund dieser hohen Personalverluste hat der Bundesminister der Verteidigung im November 2008 die Einrichtung einer abteilungsübergreifenden ministeriellen Arbeitsgruppe angewiesen, die auf Grundlage einer eingehenden Analyse der Gründe für diese Entwicklung zukunftsweisende Vorschläge zur Steigerung der Attraktivität und Funktionalität im Sanitätsdienst der Bundeswehr erarbeiten sollte, um eine nachhaltige Verbesserung der Personallage vor allem der Sanitätsoffiziere zu erzielen.

Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe „Attraktivität und Funktionalität des Sanitätsdienstes der Bundeswehr“ (AG Attraktivität SanDstBw) erfolgte unter Einbeziehung jeweils relevanter ministerieller Abteilungen, ziviler Experten sowie von Sanitätsoffizieren aus verschiedenen Verwendungsbereichen eine fundierte Sachstandsanalyse. Diese ergab, dass die Bundeswehr im Vergleich mit zivilen Gesundheitsanbietern deutlich an Attraktivität und damit an Konkurrenzfähigkeit im zunehmend schärferen Wettbewerb um qualifiziertes medizinisches Fachpersonal verloren hat. Damit wurden die mangelnde Attraktivität der Bundeswehr als Arbeitgeber und die Verfügbarkeit von sanitätsdienstlichem, insbesondere ärztlichem Fachpersonal als Hauptproblemfeld identifiziert. Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurde ein abgestimmtes Konzept sich ergänzender Maßnahmen erarbeitet, das vorrangig auf dieses Hauptproblemfeld abhebt. Das Spektrum der enthaltenen Maßnahmen reicht von sofort umsetzbaren und kostenneutralen Maßnahmen, deren Realisierung z. T. bereits eingeleitet oder sogar abgeschlossen wurde, bis hin zu struktur- und finanzwirksamen Maßnahmen, die teilweise aufgrund ihrer Komplexität mit hohem Abstimmungsbedarf verbunden sind.

Angesichts der massiven Personalverluste im Jahr 2008 wurde als eine erste Sofortmaßnahme für den zum Verlassen der Bundeswehr überwiegend genutzten Übertritt in ein ziviles Beamtenverhältnis nach § 125 des Beamtenrechtsrahmengesetzes ein Zustimmungsvorbehalt des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg) normiert. Seit Inkrafttreten des entsprechenden Gesetzes waren keine entsprechenden Entlassungen mehr zu verzeichnen.

Zusätzlich wurden sowohl parallel zur Arbeitsgruppe „Attraktivität und Funktionalität des Sanitätsdienstes der Bundeswehr“ als auch unmittelbar nach deren Abschluss einige als besonders wirksam bewertete Einzelmaßnahmen zur Personalbindung und -gewinnung realisiert.

Dies erfolgte im Bewusstsein, dass es sich hierbei nur um einen ersten Schritt handeln konnte, da erst durch Umsetzung eines umfassenden Bündels der vorgeschlagenen synergetischen Maßnahmen, die in verschiedenen Lebensphasen und Karriereabschnitten kurz-, mittel- und langfristig wirksam werden, eine umfassende, nachhaltige Wirkung erzielbar sein würde. Dabei wurden insbesondere im Bereich der Personalgewinnung Erfolge erzielt, die zumindest als Indikatoren für die Richtigkeit des beschrittenen Weges dienen können.

So stieg die Zahl der Bewerberinnen und Bewerber für die Laufbahn der Sanitätsoffizieranwärter in den Jahren 2009 und 2010. Es konnten trotz zunehmend schwierigerer Rahmenbedingungen deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte aus dem zivilen Arbeitsmarkt für den Dienst in der Bundeswehr gewonnen werden als in den Vorjahren. Auch wenn der Personalkörper der Sanitätsoffiziere (SanOffz) Arzt aktuell (2 430) das Niveau wie zu Jahresbeginn 2007 (2 427) erreicht hat und nur knapp unter dem Dreijahreshöchststand von 2008 (2 445) liegt, stellt sich die Personallage im SanDstBw wegen des noch immer bestehenden Fehls (Soll 2 804) an ärztlichem Personal als weiterhin kritisch dar.

Hinsichtlich der im Rahmen der Arbeitsgruppe vorgeschlagenen strukturwirksamen Maßnahmen ist es zweckmäßig, sie in die Arbeit der Strukturkommission einfließen zu lassen. Gerade für diese überwiegend komplexen Maßnahmen mit weitreichenden Auswirkungen muss eine Einbettung in ein stimmiges Gesamtkonzept erfolgen, um der bei einer isolierten Umsetzung bestehenden Gefahr nachfolgend notwendiger Korrekturen in kurzem Zeitabstand vorzubeugen.

Trotz der aktuellen Belastungen und des Nachsteuerungsbedarfs zur Verbesserung von Personalgewinnung und -bindung sowie zur strukturellen Optimierung kann der SanDstBw seinen Auftrag einschließlich der derzeitigen Einsatz erforderisse erfüllen.

1. Wie bewertet die Bundesregierung angesichts der sich drastisch verschlechterten personellen Lage die Entwicklung des Sanitätsdienstes als selbstständiger Organisationsbereich neben den Teilstreitkräften?

Der SanDstBw wurde im Jahr 2001 im Zuge der „Erneuerung der Bundeswehr von Grund auf“¹ umfassend restrukturiert, um den zunehmenden Einsatz erforderissen gerecht zu werden. Ziel war es, Leistungsschwerpunkte zu bilden, nicht Einsatzrelevante Strukturen abzubauen und die organisatorische Zersplitterung zu beseitigen. Hierzu wurden Kräfte und Mittel zentralisiert.

Die Bundeswehr verfügt mit dem SanDstBw über ein durchhaltefähiges und an den Erfordernissen des Einsatzes wie den aktuellen wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen ausgerichtetes militärisches Gesundheitssystem. Dies sichert eine an den besonderen Bedürfnissen der Streitkräfte ausgerichtete Gesundheitsversorgung, die für die Soldatinnen und Soldaten im Auslandseinsatz eine Behandlung gewährleistet, die im Ergebnis dem fachlichen Standard in Deutschland entspricht.²

Der SanDstBw hat sich zu einem der weltweit leistungsfähigsten Sanitätsdienste entwickelt.

Gleichwohl gibt es Problemfelder und daraus resultierenden Handlungsbedarf. Diese Problemfelder betreffen im Kern jedoch nicht die Struktur, vielmehr die Attraktivität und somit die Verfügbarkeit insbesondere von Fachpersonal. Erst sekundär werden teilweise organisatorische Aspekte berührt. Gerade vor dem

¹ Kommission „Gemeinsame Sicherheit und Zukunft der Bundeswehr“ vom 23. Mai 2000 – Bericht der Kommission an die Bundesregierung.

² Maxime des Sanitätsdienstes gemäß Weißbuch 2006 zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr, S. 118.

Hintergrund der Personalverluste ist der Erhalt eines eigenständigen Sanitätsdienstes mit weitestgehend zusammengefassten, ressourcensparenden Kräften und Mitteln alternativlos, da nur so eine bestmögliche effiziente Nutzung der begrenzten Ressourcen möglich ist (auf die Antwort zu Frage 6 wird verwiesen).

Die Einsatzrealität zeigte bereits Mitte der 1990er-Jahre, dass die Struktur mit mehrheitlich im die Teilstreitkräfte Heer, Luftwaffe und Marine integrierten sowie zusätzlichen zentralen Sanitätsdienststellen den Aufgaben einer Einsatzarmee nicht mehr gerecht werden konnte. Die Reibungsverluste zwischen den vier Sanitätsdienstanteilen der Bundeswehr, die bei Aufstellung und Ausbildung der teilstreitkräfteübergreifenden Einsatzkontingente entstanden, waren enorm – und das, obwohl für die damaligen Balkaneinsätze deutlich weniger Fachpersonal als heute auszuplanen war.

2. Welche Optimierungsprozesse sind seit Anfang 2009 eingeleitet worden, um den Sanitätsdienst zukunftsfähig auszurichten (vgl. Bundestagsdrucksache 16/12012)?

Möglichkeiten zur Optimierung wurden in einem hierarchieebenenübergreifenden Ansatz analysiert und erarbeitet. Dabei traten neben die ministerielle AG Attraktivität SanDstBw die Projektorganisation „Weiterentwicklung der Ausbildung im Sanitätsdienst der Bundeswehr“, die Projektgruppe „Systemanalyse der Regionalen Sanitätsdienstlichen Unterstützung“, die Arbeitsgruppe „Führungs-fähigkeit im Sanitätsdienst der Bundeswehr“ und letztlich auch die Arbeitsgruppe zur „Stärke- und Schwächeanalyse im Sanitätsdienst der Bundeswehr“ im Rahmen der Zuarbeit zur aktuell eingerichteten Strukturkommission der Bundeswehr.

Im Rahmen dieser Arbeits-/Projektgruppen wurde, neben dem Aspekt der personellen Verfügbarkeit, die Optimierung folgender Prozesse eingeleitet:

- a) Anpassung der Dotierung der Fachärzte in den Bundeswehrkrankenhäusern
- b) Anpassung der Dotierung der Fachärzte in den regionalen Sanitätseinrichtungen
- c) Berücksichtigung familienbedingter Abwesenheiten bei der Dienstpostenbe-messung für Sanitätsoffiziere
- d) Neuausrichtung der Bundeswehrkrankenhäuser
- e) Führung der Bundeswehrkrankenhäuser
- f) Betreuung der Sanitätsoffizieranwärterinnen und -anwärter
- g) Auftrag, Fähigkeiten und Führung der regionalen Sanitätseinrichtungen
- h) Verzahnung von Wissenschaft und Praxis im Bereich der Psychotraumatolo-gie
- i) Stärkung von internationaler Integration zur Nutzung von Synergien
- j) Weiterentwicklung der einsatzvorbereitenden Ausbildung (EVA)
- k) Einsatzbezogener fachlicher Kompetenzerwerb
- l) Postuniversitäre modulare Ausbildung von Sanitätsoffizieren.

3. Wie sehen die durch diese Optimierungsprozesse erreichten strukturellen, organisatorischen und fachlichen Verbesserungen aus?

Zu Buchstabe a (vgl. Antwort zu Frage 2)

Anpassung der Dotierung der Fachärzte in den Bundeswehrkrankenhäusern

Erhöhung des Anteils der nach A15 dotierten Dienstposten (DP) für Facharzt und Neubewertung der DP Sektionsleiter nach A16:

Ziel ist es, Fachpersonal für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie den (späteren) Verbleib in einem klinischen Fachgebiet zu gewinnen und in der Folge eine höhere Kontinuität auf dem DP zu erreichen.

Die Neubewertungen sind anhand der wahrzunehmenden Aufgaben begründet und haushaltsseitig anerkannt. Die Zuweisung der entsprechenden Planstellen erfolgte bereits für das Haushaltsjahr 2010. Die Organisationsmaßnahme wurde mit Wirksamkeit zum 27. März 2010 in Kraft gesetzt. Die darauf basierenden Personalmaßnahmen werden derzeit realisiert.

Zu Buchstabe b

Anpassung der Dotierung der Fachärzte in den regionalen Sanitätseinrichtungen

Neubewertung der DP Chef Sanitätsstaffel (SanStff) nach A15 und Etablierung eines Leiters Behandlung und Begutachtung (Facharzt für Allgemeinmedizin, A15) in großen Sanitätszentren:

Ziel ist es, zum Facharzt weitergebildete Truppenärzte A14 länger am Standort zu halten und die bislang erforderlichen Versetzungen zur Förderung zu vermeiden. Durch die erweiterten Stehzeiten vor Ort ergeben sich positive Effekte auf Akzeptanz und Motivation der betroffenen SanOffz, Verbesserung der Kontinuitäten sowohl in der Patientenversorgung als auch in der zielgerichteten Fortsetzung notwendiger Weiterbildungen (im Fachgebiet der Allgemeinmedizin) sowie für Führung und Betrieb der regionalen Sanitätseinrichtungen.

Die Neubewertungen sind haushaltsseitig anerkannt. Die Zuweisung der entsprechenden Planstellen erfolgte ebenfalls bereits für das Haushaltsjahr 2010. Auf Grundlage der in Kraft gesetzten Organisationsmaßnahme werden die darauf basierenden Personalmaßnahmen derzeit realisiert.

Zu Buchstabe c

Berücksichtigung familienbedingter Abwesenheiten bei der Dienstpostenbemessung für Sanitätsoffiziere

Neuausbringung von 107 DP für SanOffz auf der Basis einer Änderung der Jahresarbeitszeit im Funktionsdienst und des Personalbemessungsschlüssels Truppenarzt:

Das bisherige Rational für die Jahresarbeitszeit im Funktionsdienst ließ außer Acht, dass hinsichtlich querschnittlicher Forderungen an physische Fitness und individuelle Grundfertigkeiten an SanOffz die gleichen Anforderungen, somit aber auch der gleiche Zeitansatz für Ausbildung und Übung zu stellen sind wie für alle Soldaten und Soldatinnen. Zudem waren Ausfallzeiten aufgrund von Schwangerschaften und Mutterschutz zu berücksichtigen.

Diese Maßnahme ist bisher noch nicht realisiert. Zur Umsetzung ist eine Umfangserhöhung der Laufbahn SanOffz im Personalstärkemodell (PSM) notwendig. Diese erfordert entweder eine Kompensation, für die gegenwärtig jedoch keine tragfähigen Optionen aufgezeigt werden können, oder eine Erweiterung des PSM der Streitkräfte. Zudem bedingt dieser Vorschlag voraussichtlich Mehrkosten für die Regeneration und Qualifizierung dieser 107 zusätzlichen SanOffz.

Zu Buchstabe d**Neuausrichtung der Bundeswehrkrankenhäuser**

Entwickeln und Verzahnung von fachlichen Schwerpunktbereichen und Alleinstellungsmerkmalen der einzelnen Bundeswehrkrankenhäuser:

Ziel ist es, auf der Basis umfassender Regionalanalysen fachliche Schwerpunkte in den Bundeswehrkrankenhäusern zu entwickeln. In einem Systemverbund aller Bundeswehrkrankenhäuser soll zukünftig das klinische Gesamtleistungsspektrum zur Erfüllung der Einsatzaufträge realisiert werden.

Bei Stärkung der Leistungs- und Zukunftsfähigkeit von Abteilungen ist zu beachten, dass den wehrmedizinischen Besonderheiten umfassend Rechnung getragen wird.

Zu Buchstabe e**Führung der Bundeswehrkrankenhäuser**

Ziel ist es, die Beurteilungs- und Entscheidungsverantwortung für die Bundeswehrkrankenhäuser in einem zentralen Führungselement zu bündeln. Dadurch soll eine Verbesserung der Integration in das raschen und umfassenden Veränderungszyklen unterliegende zivile deutsche Gesundheitssystem erreicht werden. Durch eine gesteigerte Reaktionsfähigkeit auf regionale Entwicklungen und soziodemographische Gegebenheiten kann wehrmedizinischen Erfordernissen besser Rechnung getragen werden.

Dies kann aus Sicht des Sanitätsdienstes jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn die den örtlichen Verwaltungsabläufen übergeordneten Prozesse einschließlich der rechtlichen Vertretung in Vertrags- und Verwaltungsangelegenheiten, die bislang an unterschiedlichen Stellen außerhalb der Verantwortung des ZSanDstBw wahrgenommen werden, in diesem Zuge ebenfalls zusammengefasst werden.

Zur konkreten Ausgestaltung eines zentralen Führungselements wurde ein Planungsmodell für die Führung der Bundeswehrkrankenhäuser unmittelbar aus dem Sanitätsführungskommando (SanFüKdo) heraus entwickelt. Dies wäre in der aktuellen Struktur des ZSanDstBw, mit Konsequenzen für die Ebene der Sanitätskommandos, auch umsetzbar. Es ist aber nicht zweckmäßig, eine aufbauorganisatorische „Insellösung“ zu schaffen. Vielmehr ist ein Gesamtkonzept zur Struktur des Sanitätsdienstes erforderlich. Dieses soll im Rahmen der weiteren Transformation der Streitkräfte unter Berücksichtigung der Ergebnisse der gemäß dem Koalitionsvertrag eingesetzten Strukturkommission und weiterer Parameter wie der Verkürzung der Wehrpflichtdauer in ein Gesamtkonzept der Streitkräfte eingebracht werden. Aus diesem Grund wurden Teilelemente der fachdienstlichen Führung der Bundeswehrkrankenhäuser zunächst ablauforganisatorisch im SanFüKdo installiert.

Zu Buchstabe f**Betreuung der Sanitätsoffizieranwärterinnen und -anwärter**

Entwicklung eines Tutoren-/Mentorensystems für Sanitätsoffizieranwärter (SanOA):

Ziel ist es, mit Tutoren und Mentoren die militärische und sozial-berufliche Orientierung der SanOA während des Studiums zu verbessern. Dabei sollen auch Systemverständnis und Identifikation der SanOA mit den Streitkräften verbessert werden.

Tutoren sind dabei (bundeswehr-)erfahrene, kommunikationsfähige SanOffz mit Interesse an der Anleitung und Unterstützung junger Menschen. Mentoren sind Professoren der Universitäten (nach Möglichkeit im Reservistenstatus) als

Ansprechpartner in Fragen zur Universität, zum Studium und zu zivilen Bereichen.

Derzeit wird das Betreuungskonzept ausgestaltet. Anschließend ist ein Pilotvorhaben bei einem Sanitätskommando vorgesehen.

Zu Buchstabe g

Auftrag, Fähigkeiten und Führung der regionalen Sanitätseinrichtungen

Ziel ist es, die erkennbare Überlastung der regionalen Sanitätseinrichtungen durch divergierende parallele Aufträge zukünftig zu reduzieren. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass die regionale Zusammenführung der Fähigkeit zur präklinischen, notfallmedizinischen Versorgung (Behandlungsebene/Role 1) in geeigneten Organisationselementen des ZSanDstBw am besten die Balance zwischen Nähe zur Truppe und effizienterer Zusammenfassung der Kräfte bei gleichzeitiger Verzahnung militärischer und fachlicher Kompetenzen ermöglicht. So können taktische Ausbildung, fachlicher Kompetenzerhalt, Vernetzung mit der Truppe und Umgang mit dem Material verbessert werden.

Das Detailkonzept wird derzeit noch ausgearbeitet; eine abschließende Lösung soll in das Gesamtkonzept der SK eingebracht werden.

Zu Buchstabe h

Verzahnung von Wissenschaft und Praxis im Bereich der Psychotraumatologie

Ziel ist es, die Versorgung und Betreuung psychisch traumatisierter Soldatinnen und Soldaten zu optimieren. Vor diesem Hintergrund ist geplant, die derzeitige Trennung zwischen dem Fachbereich Psychische Gesundheit am Institut für den Medizinischen Arbeits- und Umweltschutz der Bundeswehr (Forschung) und der Abteilung Psychiatrie des Bundeswehrkrankenhauses Berlin (Praxis) aufzugeben und beide Anteile unter einem Dach im Bundeswehrkrankenhaus Berlin zu einem „Trauma-Zentrum“ zusammenzuführen. Dabei wird nicht die Zentralisierung der Behandlung verfolgt, sondern die enge Einbindung der Abteilung Psychiatrie des Bundeswehrkrankenhauses Berlin mit dem Ziel eines unmittelbaren Wissens- und Erfahrungstransfers zwischen wissenschaftlicher Grundlagenarbeit und Forschung sowie medizinischer Versorgung. Weiterführende Maßnahmen werden geprüft.

Zu Buchstabe i

Stärkung von internationaler Integration zur Nutzung von Synergien

Vertiefung der multinationalen Integration und Ausschöpfen der dadurch entstehenden Synergieeffekte im Bereich der Gesundheitsüberwachung im Einsatz und der Standardisierung der Prozesse multinationaler Zusammenarbeit sowie der Einsatzauswertung:

Mit dem im Jahr 2010 am Sanitätsamt der Bundeswehr eingerichteten „Deployment Health Surveillance Center“ ist es nunmehr möglich, im Rahmen der NATO gesundheitsrelevante Einsatzdaten (epidemiologische Lage) zentral zu erfassen, zu analysieren und zu beurteilen. Die multinationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Epidemiologie wird koordiniert, die NATO-Kommandobehörden werden in Fragen der Epidemiologie wehrmedizinisch relevanter Erkrankungen informiert, Handlungsoptionen zur Prävention von Erkrankungen im Einsatz für die militärische Führung und die sanitätsdienstliche Versorgung werden abgeleitet sowie die Gesamtthematik konzeptionell und technisch weiterentwickelt.

Im Herbst 2009 wurde ein Dienstposten für einen deutschen SanStOffz Arzt (Dotierung nach A 16) als stellvertretender Leiter und Chef des Stabes am durch Ungarn als Lead Nation aufgestellten „Centre of Excellence for Military

Medicine“ eingerichtet. Ziel ist es, eigene konzeptionelle Vorstellungen und Forderungen nach zertifizierten Qualitätsstandards für das Zusammenwirken im multinationalen Verbund an zentraler Stelle zu platzieren und gleichzeitig am Wissen der Partnernationen zu partizipieren.

Zu Buchstabe j

Weiterentwicklung der einsatzvorbereitenden Ausbildung (EVA)

Ziel ist es, die Soldatinnen und Soldaten des ZSanDstBw bestmöglich auf den Einsatz in Afghanistan unter der verschärften Gefährdungslage vorzubereiten. Dabei ist die Ausbildung einsatzorientiert, realitätsnah und am Bedarf der Truppe auszurichten.

Die EVA der mobilen Kräfte des SanDstBw ist seit 2008 deutlich erweitert worden, beginnend mit den sanitätsdienstlichen Anteilen der QRF³. Seit Ende 2009 nehmen alle mobilen Sanitätskräfte in der EVA für ISAF an einer erweiterten Zusatzausbildung EAKK⁴, die zeitnah und mit spezifischem Bezug zum Einsatz durchlaufen wird, sowie der gemeinsamen EVA mit dem Leitverband des Heeres teil (sogenannte Kohäsionsausbildung). Zusätzlich wird seit 2009 eine ergänzende Schießausbildung für die mobilen Kräfte beim DEU EinsKtgt ISAF durchgeführt.

Zu Buchstabe k

Einsatzbezogener fachlicher Kompetenzerwerb

Ziel ist es, die Kompetenzen des Fachpersonals noch stärker an den Anforderungen des Einsatzes zu orientieren.

Neben der Strukturierung und Professionalisierung der rettungsmedizinischen Aus- und Weiterbildung wurde in einem weiteren Schritt der Kompetenzerwerb in den chirurgischen Fachgebieten von Grund auf neu gestaltet. Der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr (InspSan) hat mit Weisung vom 29. Mai 2009 festgelegt, dass SanOffz Arzt Chirurgie zukünftig zwei Facharztqualifikationen (sogenanntes Modell DUO) sowie weitere spezifische Kenntnisse erwerben.

Derzeit wird die Strukturierung des Einsatzbezogenen Kompetenzerwerbs der SanStOffz Arzt Allgemeinmedizin erarbeitet; die Gebiete der Inneren Medizin, Anästhesie und Intensivmedizin folgen.

Zu Buchstabe l

Postuniversitäre modulare Ausbildung von Sanitätsoffizieren

Ziel ist es, SanOffz nach dem Studium auf die nachfolgenden fachlichen Verwendungen bzw. ihre Verwendungen in der Truppe vorzubereiten. Sie erhalten seit 2008 eine lehrgangsgebundene postuniversitäre modulare Ausbildung (PumA) von bis zu 22 Wochen Dauer. In diesem Rahmen absolvieren sie zu Beginn ihres Werdeganges die Aufbauausbildung EAKK, eine Sprachausbildung Englisch und erlangen approbationsgerecht die notwendigen Kenntnisse in der Notfallmedizin.

³ QRF = Quick Reaction Force. Schnelle Eingreiftruppe des RC NORTH.

⁴ EAKK = Einsatzvorbereitende Ausbildung für Konfliktverhütung und Krisenbewältigung.

4. Welche notwendigen Anknüpfungspunkte im deutschen Gesundheitssystem sind aufgrund der Optimierungsprozesse angelegt worden?

Neue Anknüpfungspunkte sind im Fokus in folgenden Bereichen angelegt worden:

- a) Vernetzung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Fachverbänden und Standesorganisationen,
- b) Entwicklung der zivil-militärischen Zusammenarbeit (ZMZ) im SanDstBw,
- c) Vernetzung im Rettungsdienst an den Standorten der Bundeswehrkrankenhäuser.

Vernetzung mit BMG, Fachverbänden und Standesorganisationen

Als Anknüpfungspunkte zum deutschen Gesundheitssystem sind Verbindungen zu verschiedenen Ansprechpartnern sowohl bei Fachverbänden als auch Standesorganisationen und anderen Ressorts aufgenommen bzw. intensiviert worden. Dies manifestiert sich u. a. durch die Vertretung des Führungsstabes im Sanitätsdienst bei der ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer und in der Expertenkommission des BMG zur Novellierung des Rettungsassistentengesetzes. Im Rahmen der Erarbeitung des Modells DUO (siehe Frage 3 zu Buchstabe k) bestand ein enger Schulterschluss mit chirurgischen Fachgesellschaften (Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V., Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V., die das Konzept fachlich mitgetragen haben.

Entwicklung der zivil-militärischen Zusammenarbeit (ZMZ) im SanDstBw

Auf der Basis der Teilkonzeption „Civil-Militärische Zusammenarbeit der Bundeswehr“ (ZMZBw) werden neun sogenannte ZMZ-Stützpunkte Sanitätsdienst betrieben, von denen aus die Sanitätstruppe neben ihrem militärischen Kernauftrag subsidiäre Aufgaben im Rahmen der Hilfeleistung, Not- und Amtshilfe übernimmt.

Ziel ist es, an jedem der neun ZMZ-Stützpunkte Kooperationen z. B. mit dem DRK und vergleichbaren Hilfsorganisationen zu etablieren.

Vernetzung im Rettungsdienst an den Standorten der Bundeswehrkrankenhäuser

Um ihren Auftrag zur Ausbildung und zum Kompetenzerhalt erfüllen zu können und das dazu erforderliche Patientengut zu erreichen, müssen die Bundeswehrkrankenhäuser zwingend zivile Patienten behandeln. Hierzu nehmen sie an der land- und luftgebundenen zivilen Rettung teil, um einerseits den Rettungsdienst als Zuführungsweg für Einsatzrelevante Erkrankungs- und Verletzungsfälle insbesondere in die stationäre Versorgung zu nutzen und andererseits einsatzrelevantes Fachpersonal durch professionelle Berufsausübung in Übung zu halten.

Mit der Neufassung des Vertrages zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Land Berlin über die Teilnahme des Bundeswehrkrankenhauses Berlin am zivilen landgebundenen Rettungsdienst vom Juli 2009 verpflichtete sich die Bundeswehr, neben dem bereits am Bundeswehrkrankenhaus Berlin stationierten Notarztwagen drei weitere Rettungstransportwagen ganzjährig 24 Stunden täglich in eigener Verantwortung für den Rettungsdienst in Berlin zur Verfügung zu stellen. Hierfür wurden die Strukturen entsprechend angepasst.

5. Welche Defizite bei den Strukturen des Sanitätsdienstes sind im Rahmen der Untersuchungen der ministeriellen Arbeitsgruppe „Attraktivität und Funktionalität des Sanitätsdienstes der Bundeswehr“ festgestellt worden?

Folgende strukturelle Defizite wurden im Rahmen der AG Attraktivität SanDstBw festgestellt:

- a) Unzureichende Dotierung der Fachärzte in den Bundeswehrkrankenhäusern
- b) Unzureichende Dotierung der Fachärzte in den regionalen Sanitätseinrichtungen
- c) Unzureichende Berücksichtigung familienbedingter Abwesenheiten bei der Jahresarbeitszeit für Sanitätsoffiziere
- d) Querschnittliche Strukturierung der Bundeswehrkrankenhäuser
- e) Dezentralisierte Führung der Bundeswehrkrankenhäuser.

Auf die Antworten zu den Fragen 2 und 3 wird verwiesen.

6. Wo liegen nach Auffassung der Arbeitsgruppe die Stärken der jetzigen Organisation des Sanitätsdienstes?

In den o. g. Arbeits- und Projektgruppen wurden folgende Stärken der derzeitigen Organisation und Leistungsprozesse herausgearbeitet:

Vernetzung der sanitätsdienstlichen Fähigkeitsträger in einen Systemverbund

Die Zusammenfassung der Systemfähigkeitsträger in einem Organisationsbereich bewirkte folgende Effekte:

- Standardisierung des Sanitätsdienstes hinsichtlich seiner Prozessabläufe, dabei insbesondere die fachliche Versorgung und sanitätsdienstliche Ausbildung in den Streitkräften, Strukturen, Ausrüstung sowie eine
- effizientere Leistungserbringung.

Als Beispiele für den unmittelbar messbaren Zugewinn durch die Standardisierung eines ganzen Prozesses in einem OrgBereich sind zu nennen:

- a) Rettungskette

Das frühzeitige, verzugslose und fachgerechte Einbringen ärztlicher Kompetenz ist insbesondere in der notfallmedizinischen Versorgung für das Überleben sowie das spätere Behandlungsergebnis von Erkrankten, Verletzten und Verwundeten⁵ von entscheidender Bedeutung. Um Leben zu retten und unnötige weitere Komplikationen zu verhindern, beginnt die sanitätsdienstliche Versorgung so nah wie möglich am Ort der Verwundung und wird durch eine geeignete Anschlussversorgung fortgeführt. Dies wird durch das Gesamtsystem der Rettungskette, die den Besonderheiten der jeweiligen Einsatzgebiete Rechnung trägt, erreicht. Die Rettungskette erlaubt eine flexible Verwundetensteuerung innerhalb ihrer fachspezifischen Anteile. Die Verwundeten werden verzugslos in die für ihre Behandlung am besten geeignete Sanitätseinrichtung transportiert. Die Rettungskette schließt den qualifizierten Verwundetenlufttransport (STRATAIRMEDEVAC) mit speziell dafür ausgestatteten Luftfahrzeugen aus dem Einsatzgebiet zur weiteren Behandlung und Rehabilitation ins Heimatland ein. Sie gewährleistet so eine den individualmedizinischen Fallkonstellationen gerecht werdende Behandlung.

⁵ Im weiteren Verlauf wird der Begriff Verwundung als Sammelbegriff für Erkrankung, Verletzung und Verwundung genutzt.

b) Vorbeugender Gesundheitsschutz

Vorbeugender Gesundheitsschutz in der Bundeswehr wird durch Individualmaßnahmen der Hygiene und Prävention, wie z. B. Impfmaßnahmen sowie durch ein entsprechendes Netzwerk von spezifischen Maßnahmen zum Schutz der militärischen Gemeinschaft vor Gesundheitsgefahren sichergestellt. Daran sind alle vier Approbationen beteiligt. Im Gegensatz zu den vielfach unterschiedlichen Zuständigkeiten im zivilen Bereich stellt eine zentrale Steuerung der Maßnahmen sicher, dass alle Angehörigen der Bundeswehr gleichermaßen erfasst werden. Dies trägt als Teil des vorbeugenden Gesundheitsschutzes wesentlich zum Erhalt der Einsatzbereitschaft der SK bei.

Diesem Ziel dienen auch die Fach- und Forschungsinstitute des SanDstBw. Sie unterstützen durch qualitativ hochwertige Forschung und Entwicklung die Effizienz der gesundheitlichen Prävention und sanitätsdienstlichen Versorgung der Soldatinnen und Soldaten und decken den erheblichen Beratungsbedarf von Bundeswehr und Politik in diesem Bereich. Der Wissenschaftsrat hat die Sorteforschungseinrichtungen des ZSanDstBw evaluiert und ihnen bis auf wenige Ausnahmen gute bis sehr gute wissenschaftliche Leistungen sowie ein Erbringen wissenschaftsbasierter Dienstleistungen auf hohem Niveau attestiert. Ein Beispiel für den forschungsbasierten Wissenstransfer ist die Task-Force Medizinischer ABC-Schutz, die im Rahmen von ABC-Gefährdungslagen eingesetzt und aus Experten der jeweiligen Institute gebildet wird. Dadurch können Krankheitsbilder, die im Klinikalltag nicht vorkommen und für die besondere Kenntnisse im Umgang mit bestimmten Substanzen und Erregern erforderlich sind, professionell erkannt und behandelt werden.

c) Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung (utV)

Die medizinische und zahnmedizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr ist gesetzlich im Soldaten- und Bundesbesoldungsgesetz verankert. Sie wird in Form der utV als Sachbezug gewährt. Die Unentgeltlichkeit hat ihre Grundlage im dienstlichen Interesse an der Gesundheit im Allgemeinen und in der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit der Soldatinnen und Soldaten im Besonderen. Auch medizinische Leistungen zur Gesunderhaltung, Früherkennung und Prophylaxe von gesundheitlichen Schäden werden von der utV erfasst. Soldatinnen und Soldaten unterliegen nach dem Soldatengesetz der Pflicht zur Gesunderhaltung und müssen Einschränkungen des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit, wie z. B. spezifische Impf- und Prophylaxemaßnahmen, und auch den Verzicht auf die freie Arztwahl tolerieren.

In einem funktionellen Ansatz werden für die Realisierung der utV Personal, Material und Einrichtungen des SanDstBw genutzt, die die SK ohnehin zur Erfüllung ihres Auftrages benötigen. Durch die Pflicht zur Erstvorstellung im Krankheitsfall bei der zuständigen Truppenärztin oder dem zuständigen Truppenarzt (Primärarztsystem) wird bundeswehreigene oder zivile fachärztliche Kompetenz erst hinzugezogen, wenn dies aus ärztlicher Sicht erforderlich ist. So werden unnötige und kostenintensive Erstkonsultationen von Fachärztinnen oder Fachärzten, wie sie im zivilen Bereich häufiger vorkommen, mit dem System der utV vermieden.

Im Unterschied zum zivilen Bereich berücksichtigt die utV dienstliche Interessen und sieht in diesem Sinne eine abgestufte Krankschreibung vor. So können auch gesundheitlich beeinträchtigte Soldatinnen und Soldaten eingeschränkt Dienst verrichten und stehen damit dem Dienstherrn zur Verfügung. Hieraus resultiert ein wesentlich niedrigerer Krankenstand als bei vergleichbaren zivilen Status- und Berufsgruppen. Der Geschäftsbereich des BMVg verzeichnet bei Soldatinnen und Soldaten lediglich fünf krankheitsbedingte Fehltage pro Jahr.

7. Wie wird zurzeit angesichts der eingeräumten Personalengpässe eine bedarfsgerechte sanitätsdienstliche Versorgung flächendeckend sichergestellt?

Da die flächendeckende truppenärztliche Versorgung der zu betreuenden Truppe folgt, haben Stationierungsentscheidungen eine erhebliche Auswirkung auf den Sanitätsdienst. Angepasst an die jeweilige Versorgungsstärke in einem Standort wurden Sanitätseinrichtungen von bedarfsentsprechender Größe ausgebracht. Dabei stellt sich die Herausforderung, mit relativ hohem Aufwand auch eine Vielzahl kleinerer Einrichtungen an Kleinststandorten zu betreiben, um die möglichst standortnahe Betreuung der Soldatinnen und Soldaten zu gewährleisten.

Die utV wird durch SanOffz Arzt in den regionalen Sanitätseinrichtungen und den Bundeswehrkrankenhäusern sichergestellt. Vorübergehende Vakanzen werden durch ein (über-)regionales Vakanzenmanagement im Sinne einer Ressourcenbündelung sowie durch die Einbindung von zivilen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten kompensiert. Mittelfristig wird sich der in diesem Jahr eingerichtete Personalpool für Rettungsmediziner ebenfalls entlastend auswirken, da kurzfristige einsatzbedingte Vakanzen im truppenärztlichen Bereich zunehmend vermieden werden können.

Bei fachlich begründeter Notwendigkeit einer heimatnahen stationären Versorgung wird auf qualifizierte Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens zurückgegriffen. Damit ist die umfassende Versorgung der Soldatinnen und Soldaten im Rahmen der utV gewährleistet.

8. In welchem Umfang erfolgt dabei eine Abstützung der truppenärztlichen Versorgung auf Leistungen des zivilen Gesundheitswesens?

Soldatinnen und Soldaten können zur Behandlung zu zivilen Einrichtungen/Krankenhäusern und Ärzten überwiesen werden. Hierfür können vielfältige Gründe gegeben sein, z. B. die Veranlassung von Spezialdiagnostik/-behandlung oder die Behandlung in Notfällen. Im Jahr 2009 erfolgten ca. 20 Prozent der bei Soldatinnen und Soldaten durchgeführten diagnostischen bzw. Behandlungsleistungen im zivilen Bereich.

9. Wie viele Sanitätsoffiziere erhalten die bis 2014 befristete monatliche Stellenzulage in Höhe von 600 Euro für Fachärzte und Rettungsmediziner?

Die Zulage erhalten derzeit 1509 SanOffz.

10. Auf welche Akzeptanz stieß diese Stellenzulage bei Sanitätsoffizieren mit nichtärztlicher Approbation?

Zu dieser Fragestellung liegen keine validierten Untersuchungsergebnisse vor. Einzelgespräche und Rückmeldungen Betroffener sowie eine insgesamt geringe Zahl entsprechender Eingaben und Beschwerden zeigen, dass die derzeitige Ausgestaltung der Zulage durch SanOffz nichtärztlicher Approbation angesichts der kritischen Personalsituation im ärztlichen Bereich zwar nicht in allen Bereichen positiv bewertet, so doch zumindest „hingenommen“ wird.

11. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung für eine Umwandlung dieser befristeten Stellenzulage in eine Leistungszulage für Fachärzte und Rettungsmediziner?

Die Zulage für Fachärzte und Rettungsmediziner wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2009 eingeführt und bis Ende des Jahres 2014 befristet. Bislang wird keine Notwendigkeit gesehen, diese in eine Zulage anderer Art umzuwandeln. Die Bundesregierung erwägt, zur Sicherung des Personalbestandes anderweitige finanzielle Verbesserungen zu schaffen. Ob und wann dies zu verwirklichen ist, kann noch nicht eingeschätzt werden.

12. Wie wirken sich die deutlich früheren Weiterbildungszusagen (bereits nach 18 statt bisher 36 Monaten) auf eine längerfristige Bindung an den Sanitätsdienst aus?

Junge SanOffz können mittlerweile bereits nach 18 Monaten ärztlicher Tätigkeit eine Facharztzusage erhalten. Die diesbezüglichen, seit Ende 2008 durchgeführten Auswahlkonferenzen finden ein durchweg positives Echo. Mehr als die Hälfte der betrachteten SanOffz hat die Weiterbildungszusage unter entsprechender Weiterverpflichtung bereits angenommen. Über die deutlich frühere Facharztzusage in den klinischen Fachgebieten hinaus werden seit Sommer 2009 bereits bei Abschluss des Studiums verbindliche Weiterbildungszusagen für die Allgemeinmedizin ausgesprochen, wodurch bisher bereits 31 Ärzte für das Fachgebiet gewonnen werden konnten. Insgesamt konnte durch bessere Planbarkeit des beruflichen Werdeganges die Personalbindung im Sinne einer höheren Berufszufriedenheit gesteigert werden. Inwieweit sich dies künftig auf eine erhöhte Bereitschaft zu noch längerfristigen Dienstzeitverlängerungen auswirkt, wird erst in einigen Jahren fundiert zu bewerten sein.

13. Wie sahen die im Sachstandsbericht der Arbeitsgruppe „Attraktivität und Funktionalität des Sanitätsdienstes der Bundeswehr“ (Ausschussdrucksache 17(12)160) intensivierten Werbemaßnahmen aus (bitte aufgliedern nach Printmedien, Hörfunk und Fernsehen sowie Internet im Vergleich 2008 zu 2009)?

Welche Zusatzkosten sind entstanden?

In Verantwortung der Personalgewinnungsorganisation der Streitkräfte wurden in den Jahren 2008 und 2009 personalwerbliche Maßnahmen für den SanDstBw ausschließlich im Bereich der Print- und der Onlinewerbung mit dem Ziel durchgeführt, eine zeitnah wirkende Reaktion zu erreichen. Mit Blick auf die Erstellung zeit- und kostenintensiver TV- und Radiospots erfolgte in den Bereichen Rundfunk und Fernsehen noch keine Werbung. Weitere Werbemaßnahmen im Rahmen des Zentralen Messe- und Eventmanagements der Bundeswehr und auf geeigneten Tagungen bzw. Messen finden regelmäßig statt.

Im Jahr 2008 erfolgte dabei die Schaltung von 17 Printanzeigen mit einem Kostenumfang von 60 850 Euro. Im Internet-/Onlinebereich wurden drei Anzeigen mit einem Kostenumfang von 20 456 Euro veröffentlicht.

Im Jahr 2009 wurden 18 Printanzeigen mit einem Kostenumfang von 135 449 Euro publiziert.

Die Kostensteigerung resultiert im Wesentlichen aus einer Schwerpunktverlagerung der Insertionen zugunsten des Deutschen Ärzteblattes sowie z. T. aus der Buchung kostenintensiverer Anzeigenformate. Im Internet-/Onlinebereich wurden zwei Anzeigen mit einem Kostenumfang von 17 034 Euro geschaltet. Insgesamt entstanden durch die Werbung für den SanDstBw somit im Jahr 2008

Kosten in Höhe von 81 306 Euro und im Jahr 2009 Kosten in Höhe von 152 483 Euro. Zusatzkosten sind nicht entstanden.

In Zuständigkeit des Zentralen Sanitätsdienstes wurde im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Schwerpunkt in 2009 auf die Internetpräsenz des Arbeitgebers Sanitätsdienst gelegt. In das Internet wurden ausgewählte Stellenanzeigen für SanOffz im Mangelverwendungen sowie 46 Beiträge und Jobporträts eingestellt. Darüber hinaus wurden 42 Internetkurzfilme produziert. Die Kosten der Filme beliefen sich auf 9 640 Euro. Seit dem IV. Quartal 2009 sind die Internetseiten der Personalgewinnungsorganisation der Streitkräfte sowie des SanDstBw miteinander verlinkt.

14. Wie wirkte sich diese zusätzliche Werbung auf die Anzahl der approbierten Seiteneinsteigerinnen und Seiteneinsteiger für den Sanitätsdienst aus (Vergleich der Jahre 2007 bis 2009)?

Im Vergleich zu den Vorjahren ist es 2009 gelungen, die Anzahl der approbierten Seiteneinsteigerinnen und Seiteneinsteiger zu erhöhen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Humanmedizin.

	2007	2008	2009
Einstellungen gesamt	61 (26 ⁶)	56 (43 ⁶)	81 (67 ⁶)
davon: Humanmediziner	50 (20 ⁶)	31 (22 ⁶)	63 (53 ⁶)

Bislang konnten im I. Quartal 2010 durch intensivierte personalwerbliche Maßnahmen bereits 36 (34⁶) Einstellungen approbieter Seiteneinsteigerinnen und Seiteneinsteiger, davon 27 (25⁶) mit ärztlicher Approbation, realisiert werden. Darüber hinaus verfügen weitere 26 Bewerberinnen und Bewerber, davon 20 Ärztinnen und Ärzte, über eine feste Einstellungszusage für dieses Jahr. Als besonders positives Signal ist zu werten, dass gegenüber dem Jahr 2007 (42,6 Prozent) mehr als doppelt so viele Seiteneinsteiger und Seiteneinsteigerinnen (in 2010 bisher 94,4 Prozent) nach Abschluss der Eignungsübung in das Dienstverhältnis eines Soldaten bzw. einer Soldatin auf Zeit übernommen werden konnten. Die relativ hohe Zahl von Verlusten in vergangenen Jahren war dadurch bedingt, dass noch parallel zur Eignungsübung weitere Bewerbungen im zivilen Gesundheitssystem verfolgt wurden.

15. Welche Qualifikation und fachärztliche Ausrichtung hatten diese Seiteneinsteiger?

Während im Jahr 2007 noch 50 Prozent aller eingestellten Seiteneinsteigerinnen und Seiteneinsteiger über eine fachärztliche Qualifikation verfügten, nahm der Anteil an eingestellten Fachärztinnen und Fachärzten vor dem Hintergrund der erheblich gesteigerten Attraktivität zivilberuflicher Alternativen in den Jahren 2008 (35 Prozent) und 2009 (25 Prozent) ab. Für das Jahr 2010 kann bisher wieder ein Anstieg an bereits fachärztlich qualifizierten eingestellten Seiteneinsteigerinnen und Seiteneinsteigern auf derzeit 44 Prozent beobachtet werden.

⁶ Tatsächliche Übernahme nach Ende der Eignungsübung.

Detaillierte Darstellung der eingestellten Seiteneinsteiger und Seiteneinsteigerrinnen, aufgeschlüsselt nach Qualifikationen, Fachgebieten und Jahren:

	Jahr der Einstellung und Qualifikation		
	2007	2008	2009
Zahnmedizin	4	4	2
Pharmazie	2	5	9
Veterinärmedizin	4	15	6
Psychologie	1	–	1

Humanmedizinische Fachgebiete:

Fachgebiet	Jahr der Einstellung und Qualifikation					
	2007		2008		2009	
	Facharzt	Assistenz- arzt	Facharzt	Assistenz- arzt	Facharzt	Assistenz- arzt
Allgemeinmedizin	1	3	2	4	3	12
Anästhesie	6	5	3	2	1	7
Arbeitsmedizin	–	4	–	–	1	–
Augenheilkunde	–	–	–	–	1	–
Chirurgie	5	4	3	1	–	11
Dermatologie	–	–	–	–	–	2
HNO	1	–	–	–	2	1
Innere Medizin	1	1	2	8	3	4
Mikrobiologie	1	1	–	–	1	1
Mund-Kiefer- Gesichts-Chirurgie	5	3	1	4	1	4
Neurochirurgie	2	2	–	–	–	1
Neurologie	–	–	–	–	–	2
Psychiatrie	1	1	–	–	2	1
Radiologie	–	–	–	–	–	1
Urologie	2	1	–	1	1	–

16. Welche zusätzlichen Qualifikationsmaßnahmen mussten für diese Seiteneinsteiger eingeleitet werden?

Jeder Seiteneinsteiger in der Laufbahn der SanOffz absolviert unmittelbar nach der Einstellung einen zweiwöchigen Einweisungslehrgang zur Vermittlung grundlegender militärischer Kenntnisse, der abhängig von der jeweiligen Ver-

wendung modular ergänzt wird. Bei längeren Verpflichtungszeiten mit absehbarer Teilnahme an Auslandseinsätzen ist die vollständige einsatzvorbereitende Ausbildung erforderlich. Der Umfang der erforderlichen fachlichen Qualifikationsmaßnahmen orientiert sich am Weiterbildungsstand bei Einstellung. Überwiegend wird dabei der Abschluss einer noch fehlenden Facharztanerkennung angestrebt, wobei für Assistenzärzte ohne Weiterbildung im Fachgebiet unterschiedlich strukturierte Modelle angeboten werden. Ziel ist es darüber hinaus, möglichst alle Seiteneinsteiger auch die einsatzspezifischen fachlichen Qualifikationen, z. B. die ATB Arzt Rettungsmedizin, erwerben zu lassen.

17. Ist die erhöhte Zahl der ab Wintersemester 2009/2010 der Bundeswehr zur Verfügung stehenden zivilen Medizinstudienplätze von 220 vollständig ausgenutzt worden (bitte Zahlen für das Wintersemester 2009/2010 und das Sommersemester 2010 angeben)?

Initial konnten von den 198 zum Wintersemester 2009/2010 zugewiesenen zivilen Humanmedizinstudienplätzen nur 184 genutzt werden. Dies begründet sich nicht in einem Mangel geeigneter Bewerber, sondern ist einer terminlichen Überschneidung von Einstellungsschluss und veränderter Studienplatzzuweisung im Rahmen der erhöhten Zuweisungsquote geschuldet.

Erstmals zum Wintersemester 2009/2010 wurde durch die ZVS eine erhöhte Zahl von Medizinstudienplätzen zur Verfügung gestellt. Diese war zum Einstellungstermin 1. Juli 2009 zwar dem Grunde nach in Aussicht gestellt worden, allerdings war die zeitgerechte Angabe des tatsächlichen Zuweisungsumfanges nicht möglich.

Auch wenn vorsorglich erheblich mehr Bewerberinnen und Bewerber zum 1. Juli 2009 eingestellt wurden als sonst üblich, reichte dies nicht aus, um die dann folgende überproportional hohe Studienplatzzuweisung vollständig auszuschöpfen zu können. Da mit Etablierung des Verfahrens die erforderlichen Einstellungsumfänge nunmehr zeitgerecht planbar sind, ist künftig die vollumfängliche Nutzung der zugewiesenen Medizinstudienplätze zu erwarten – so konnten alle 22 zum Sommersemester 2010 zugewiesenen Medizinstudienplätze vergeben werden.

18. Auf welche Art und Weise werden die Sanitätsoffiziere und Sanitätsoffizieranwärter intensiver als bisher in die Weiterentwicklung personeller Auswahlverfahren eingebunden?

Im Rahmen eines intensiven Informationsaustauschs bei Vortragsveranstaltungen und Tagungen wird den truppendienstlichen und fachlichen Vorgesetzten sowie allen interessierten SanOffz aktiv die Möglichkeit angeboten, mit der Personalführung in einen aktiven und zielgerichteten Dialog einzutreten. Grundlagen für Personalmaßnahmen werden hier transparent dargestellt und im Rahmen der Evaluation von Informations- und Einplanungsveranstaltungen festgestellter Optimierungsbedarf auf Realisierbarkeit geprüft und wo immer möglich umgesetzt. Die Anzahl der Multiplikatoren konnte hierdurch deutlich erhöht und wesentliche Erkenntnisse für effektive Anpassungen in der Laufbahngestaltung und Verwendungsplanung gewonnen werden (z. B. frühe Facharztusage, langfristige Verwendungsplanung, Einsatzpool RettMed).

Darüber hinaus gibt es konkrete Initiativen zur verstärkten Einbindung von SanOffz in personelle Auswahlverfahren. Zur Optimierung der SanOA-Ersteinplanung in die Bundeswehrkrankenhäuser und in die klinischen Fachgebiete zum Abschluss des Studiums wurde unter enger Einbindung des Deutschen SanOA e. V. ein „Credit-Point-System“ erarbeitet, welches Leistungen während

Offizierausbildung und Studium differenziert abbildet, und diese Einplanung auf eine breit akzeptierte, leistungsorientierte Grundlage stellt. Die Zusage der Facharztausbildung zum Ende des ersten klinischen Weiterbildungsabschnitts sowie die Einplanung in den Einsatzpool für SanOffz Rettungsmedizin werden unter Einbeziehung von fachlichen Stellungnahmen des jeweiligen klinischen Abteilungsleiters im Zielfachgebiet bzw. des Beauftragten für Rettungsmedizin getroffen. Sowohl die Einplanungsveranstaltung zum Abschluss des Studiums als auch die Einplanung in die Truppenarztverwendung werden evaluiert und fortlaufend angepasst, neue Maßnahmen der Personalentwicklung werden durch Informationsveranstaltungen begleitet.

19. Wie weit sind die Bemühungen gediehen, die Nutzung von Leerstellen insbesondere für das Sanitätspersonal bei Elternzeit bereits ab sechs Monaten Dauer gesetzlich zu ermöglichen?

Diese Thematik wird derzeit durch das Bundesministerium der Finanzen ressortübergreifend bearbeitet.

20. Wann ist mit der Einrichtung des im Sachstandsbericht (Ausschussdrucksache 17(12)160) angekündigten Personalpools für Rettungsmedizinerinnen und -mediziner zur Verbesserung der Verfahren von Ersatzgestellung bei kurzfristigem Ausfall von Personal bei Einsätzen zu rechnen?

Die entsprechende Erlassgrundlage ist erstellt, die Einrichtung des Pools angewiesen. Erste Einplanungen (zunächst 5 SanOffz) erfolgten im Januar 2010.

21. Wie sehen die Erfahrungen mit den am 13. November 2009 veränderten Durchführungsbestimmungen zu den Untersuchungen auf Auslands- und Tropendienstverwendungsfähigkeit aus?

Belastbare Zahlenangaben können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht erfolgen, da die neuen Durchführungsbestimmungen des SanFÜKdo erst seit einem Quartal zur Anwendung kommen. Tendenziell lässt jedoch das beschriebene Verfahren der abgestuften Untersuchung eine Zielerreichung mit ökonomischem Kräfteansatz erwarten.

22. Wie hoch ist die Tagesantrittsstärke der Truppenärzte, mit Ausnahme der Vertragsärzte, aufgeschlüsselt nach den Gründen der Abwesenheit?

Unter Berücksichtigung des Ergänzungspersonals zur Kompensation einsatzbedingter Abwesenheiten betrug die Tagesantrittsstärke und damit der Anteil Truppenärztinnen und Truppenärzte, die zur ärztlichen Versorgung im Grundbetrieb tatsächlich zur Verfügung standen, im I. Quartal 2010 ca. 50 Prozent (Besetzungsgrad der Dienstposten durchschnittlich 89 Prozent). Durch zusätzliche militärische Personalverstärkungen im Rahmen des übergreifenden Vakanzenmanagements konnte die Tagesantrittsstärke auf ca. 55 Prozent gesteigert werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass über die der Personalbemessung zugrunde gelegte Jahresarbeitszeit hinaus bereits Urlaub, Krankheit und allgemeinmilitärische Ausbildung als Abwesenheiten berücksichtigt sind und somit die anfallenden Aufgaben bei einer Anwesenheit von 75 Prozent erfüllt werden können. Verglichen mit den Werten aus dem Jahr 2008 sind vor allem die hohen Aufwendungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung aufgrund gestiegener militärischer oder ziviler Anforderungen hervorzuheben. Auch einsatz- oder familienbedingte Abwesenheiten sind weiterhin ein wesentlicher Faktor für die

unvermindert hohen Abwesenheiten im truppenärztlichen Bereich. Die prozentuale Gewichtung der Abwesenheitsgründe bezogen auf die Gesamtzahl der Truppenärzte stellte sich wie folgt dar:

Aus-, Fort- und Weiterbildung	7 %
Mutterschutz/Elternzeit	5 %
Einsatz	7 %
Krankheit	7 %
Urlaub/Freistellung	9 %
Sonstiges ⁷	4 %
Vakante Dienstposten	11 %

Ein Instrument zur Kompensation vorübergehender Abwesenheiten von SanOffz Truppenarzt und zur zeitlich begrenzten Steigerung der ärztlichen Präsenz in regionalen Sanitätseinrichtungen ist der Einsatz von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Dadurch wird eine ärztliche Tagesantrittsstärke in Höhe der Sollgröße von 75 Prozent insgesamt erreicht.

Mit den Maßnahmen zur Flexibilisierung der Handhabung von Teilzeit (Inanspruchnahme von Teilzeit auch von weniger als 50 Prozent der Rahmendienstzeit) und Leerstellen (Nutzung von Leerstellen bereits bei Elternzeit von sechs anstelle wie bisher zwölf Monaten) sollen weitere Werkzeuge zur Verfügung gestellt werden, die möglicherweise zu einer Verbesserung der Tagesantrittsstärke in den regionalen Sanitätseinrichtungen beitragen können.

23. Welche Möglichkeiten zur besseren Gewinnung von Vertragsärzten bzw. Zeitarbeitspersonal zur Deckung der Versorgungslücken im ärztlichen Bereich wurden ergriffen?

Zur Deckung von Versorgungsengpässen im ärztlichen Bereich werden grundsätzlich Vertragsärztinnen und Vertragsärzte herangezogen. Es sind unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung der Gewinnung von Vertragsärzten denkbar. Diese richten sich u. a. danach, in welcher Sanitätseinrichtung der potentielle Vertragsarzt tätig werden soll und an welchem Ort.

Derzeit wird die Verbesserung der Gewinnung von Vertragsärzten vor allem durch die Festlegung eines im Hinblick auf die angestrebte Tätigkeit am geplanten Einsatzort angemessenen Honorares unterstützt. Zudem werden, unter dem Aspekt der Kontinuität und zugunsten einer höheren beiderseitigen Planungsreichweite in Einzelfällen, anders als bisher üblich, vor allem Vertragsärzten in Regionalen Sanitätseinrichtungen, in denen ein vakanter Dienstposten wahrscheinlich längerfristig nicht besetzt werden kann, auch ausgedehnte Tätigkeitszeiträume (bis zu einem Jahr) angeboten.

⁷ Unter anderem Ausbildungsunterstützung/Sonderaufgaben.

24. Wie hoch war die Anzahl der Vertragsärzte, die 2009 im Vergleich zu 2008 für den Sanitätsdienst gewonnen werden konnten?

Mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der Bundeswehr wird ein Rahmenvertrag über ihre Tätigkeit geschlossen, dieser begründet kein Angestelltenverhältnis. Auf Grundlage dieses Rahmenvertrages werden die Vertragsärzte der Bundeswehr dann jeweils tageweise oder über einen längeren Zeitraum beauftragt, sofern z. B. Dienstposten nicht besetzt oder der Dienstposteninhaber nicht anwesend ist. Zum Ende des Jahres 2008 bestanden mit 1 433 Ärzten, zum Ende des Jahres 2009 mit 1 676 Ärzten Rahmenverträge.

25. Wie sieht der Soll-Ist-Vergleich beim Aufwuchs klinischer Gebietsärztinnen und -ärzte im Hinblick auf die Einnahme der Zielstruktur aus (aufgelschlüsselt nach Fachgebiet/Funktion und Standort/Bundeswehrkrankenhaus)?

Den Soll-Ist-Vergleich von Fachärzten klinischer Gebiete bitte ich nachstehender Darstellung zu entnehmen.

FachSanZ	HNO		Augenheilkunde		Dermatologie		Innere Medizin		Chirurgie/Orthopädie		Psychiatrie		Gesamt DP	
	DP FA	FA	DP FA	FA	DP FA	FA	DP FA	FA	DP FA	FA	DP FA	FA	DP FA	FA
Eggesin		1		1						1				3
Augustdorf			1	1	1	1	1	1	1	1	1		5	4
Bonn	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	6	5
Erfurt			1	1			1	1	1	1			3	3
Fritzlar			1	1			1	1	1	1	1		4	3
Hammelburg			1		1		1		1		1		5	
Hannover			1	1	1	1	1	1	1	1			4	4
Idar-Oberstein			1		1		1		1		1		5	
Kempten		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	6
Kiel	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	6
Köln-Wahn			1	1			1	1	1	1			3	3
Kümmersbrück			1	1	1		1	1	1		1	1	5	3
Leipzig			1	1	1	1	1		1	1	1	1	5	4
München			1	1			1	1	1	1			3	3
Münster			1				1		1		1		4	
Rostock	1		1	1			1	1	1	1	1	1	5	4
Seedorf			1		1		1	1	1		1		5	1
Sigmaringen			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5
Wilhelmshaven	1		1		1		1		1		1		6	
Gesamt	4	4	18	13	12	7	18	13	18	13	14	7	84	57

Fachgebiet	Facharzt DP BwKrhs Berlin	Anzahl Fachärzte	Facharzt DP BwKrhs Hamburg	Anzahl Fachärzte	Facharzt DP BwKrhs Ulm	Anzahl Fachärzte	Facharzt DP BwKrhs Westerstede	Anzahl Fachärzte	Facharzt DP BwZKrhs Koblenz	Anzahl Fachärzte	Facharzt DP FachSanZ	Anzahl Fachärzte	Facharzt DP ZInstSanBw	Anzahl Fachärzte	Facharzt DP Sonstige	Anzahl Fachärzte	Facharzt DP Gesamt	FA Gesamt	Stand 29.4.2010
Augenheilkunde	3	2	2	1	6	5	1	1	4	3	18	13			2	2	36	27	
Anästhesiologie	32	24	31	23	42	25	20	7	39	32					1	1	165	112	
Chirurgie/ Orthopädie	26	24	19	18	30	28	10	6	34	27	18	13			4	4	141	120	
Neurochirurgie	4	3	4	1	6	4	4	1	7	5							25	14	
Dermatologie	5	6	5	6	6	4	1	1	5	4	12	7					34	28	
HNO	6	7	7	7	11	12	3	1	9	10	4	4			2	2	42	43	
Innere Medizin	16	10	14	7	21	13	7	5	23	20	18	13			3	4	102	72	
Labormedizin	3	2	1	1	3	2			3	2			5	4	2	2	17	13	
Mikrobiologie				1	1								13	6	11	5	25	12	
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie				5	4	6	4		7	4							18	12	
Neurologie	4	3	4	3	6	3			4	4					2	0	20	13	
Nuklearmedizin	2	2			2	1			3	3							7	6	
Pathologie	2	1	2	0	4	2			4	3							12	6	
Physiologie													3	3	2	1	5	4	
Psychiatrie	6	2	8	3	6	3	1	1	6	6	14	7			3	2	44	24	
Radiologie	7	6	6	3	12	8	3	1	11	10					3	1	42	29	
Transfusions- medizin													3	3	1	1	4	4	
Urologie	7	5	8	5	7	7			7	5							29	22	
Summe	123	97	117	83	168	121	50	24	166	138	84	57	24	16	36	25	768	561	

ZInstSanBw	Facharzt DP Kiel	Anzahl FA	Facharzt DP München	Anzahl FA	Facharzt DP Koblenz	Anzahl FA	Facharzt DP Gesamt	Fachärzte Gesamt Stand 28.4.2010
Fachgebiet								
Labormedizin	3	2	1	1	1	1	5	4
Mikrobiologie	3	2	4	2	6	2	13	6
Physiologie					3	3	3	3
Transfusionsmedizin			1	1	2	2	3	3
Gesamt	6	4	6	4	12	8	24	16

26. Wie sah die Entwicklung der vakanten Dienstposten in den regionalen Sanitätseinrichtungen im Jahr 2009 aus?

27. Wie ist der aktuelle Stand der Vakanzen?

Im Bereich der regionalen Sanitätseinrichtungen lag unter Berücksichtigung des Ergänzungspersonals zur Kompensation einsatzbedingter Abwesenheiten der Anteil unbesetzter Dienstposten in der ersten Jahreshälfte 2009 bei ca. 6 Prozent bis 7 Prozent⁸. Im September 2009 war ein sprunghafter Anstieg auf 11 Prozent zu beobachten, der sich in den Folgemonaten im Bereich von ca. 12 Prozent verstetigte. Hier zeigt sich nunmehr, dass die bekannten Personalverluste vorzugsweise junger SanOffz Arzt im Jahr 2008 und zu Beginn des Jahres 2009 sich zunehmend in Form von vakanten Dienstposten Truppenarzt auswirken. Im I. Quartal 2010 waren durchschnittlich 11 Prozent der Truppenarztdienstposten unbesetzt.

28. Waren schon Auswirkungen der eingeleiteten Maßnahmen zur Erhöhung der Personalbindung und -gewinnung zu erkennen?

Die Anzahl der Bewerbungen zur Übernahme in das Dienstverhältnis eines Berufssoldaten bzw. einer Berufssoldatin war in den Jahren 2008 und 2009 entgegen dem Trend der Personalverluste stabil – allerdings auf qualitativ und quantitativ weiterhin unzureichendem Niveau. Gerade jüngere und leistungsstarke SanOffz müssen verstärkt als Berufssoldatinnen und Berufssoldaten gewonnen werden, um die Bildung eines ausgewogenen, bedarfsgerechten Personalkörpers zu ermöglichen.

Zudem konnten neben einer deutlich erhöhten Einstellung von Ärztinnen und Ärzten aus dem zivilen Arbeitsmarkt (auf die Antwort zu Frage 14 wird verwiesen) im Jahr 2009 sechs und im laufenden Jahr bisher vier Verlängerungen der Dienstzeit über die allgemeine Altersgrenze hinaus im Einvernehmen mit den betroffenen SanOffz realisiert werden.

Insgesamt wurden im Zusammenwirken dieser Effekte die Verluste der Jahre 2008 und 2009 zwischenzeitlich quantitativ (allerdings nicht qualitativ) nahezu ausgeglichen. Naturgemäß besteht bei Seiteneinsteigerinnen und Seiteneinsteigern zur Ausbildung wehrmedizinischer Expertise und eigener Einsatz erfahrung ein ergänzender militärischer und fachlicher Qualifizierungsbedarf, der erst im Laufe einer entsprechenden Dienstzeit erfüllt werden kann. Diese positiven Effekte lassen die bislang realisierten Einzelmaßnahmen als erfolgreich und zielgerichtet erscheinen. Sie sind jedoch noch nicht ausreichend. Zur Bildung des Zielpersonalkörpers besteht noch erheblicher Aufwuchsbedarf, der nur durch eine weitere deutliche Steigerung von Personalbindung und -gewinnung realisierbar ist. Hierzu stellt das von der AG Attraktivität SanDstBw vorgeschlagene Maßnahmenpaket eine zielführende Grundlage dar.

⁸ Abweichend von der Bundestagsdrucksache 16/12012 wird hier berücksichtigt, dass auch eingerichtete DP für Einsatzergänzungspersonal hinsichtlich der Tagesantrittsstärke Wirkung entfalten.

29. Wie ist der Stand der Initiative zur Schaffung eines § 50b des Bundesbesoldungsgesetzes im Hinblick auf die Einführung einer finanziellen Vergütung von ärztlichen Anwesenheits- und Rufdiensten in den Bundeswehrkrankenhäusern?
30. Welchen Beratungsstand hat der Entwurf zur Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes im Hinblick auf die Möglichkeit, Verpflichtungsprämien zur Gewinnung ärztlichen Personals für den Sanitätsdienst zu gewähren?

Die Gesetzentwürfe zur Vergütung ärztlicher Sonderdienste in Bundeswehrkrankenhäusern sowie zur Schaffung von Prämien zur Gewinnung ärztlichen Personals für militärische Verwendungen im Sanitätsdienst der Bundeswehr werden zurzeit zwischen BMVg und Bundesministerium des Innern abgestimmt. Sie sollen in das nächstmögliche geeignete Änderungsgesetz aufgenommen werden.

31. Wie sieht die konkrete Ausgestaltung des zentralen Führungselementes zur angekündigten Zentralisierung der Führung der Bundeswehrkrankenhäuser aus?

Auf die Antwort zur Frage 3 Buchstabe e wird verwiesen.

32. Welche Auswirkungen hat diese Änderung auf die Führungsstruktur des Bereichs der Sanitätskommandos?

Die Zentralisierung der Führung der Bundeswehrkrankenhäuser greift erheblich in das bisherige funktionale Grundrational des regionalen Einsatz-, Ausbildungs- und Inübunghaltungsverbundes ein, so dass ein Neuansatz für die Führungsstruktur des gesamten Kommandobereichs des SanFüKdo erforderlich ist. Konkrete Vorschläge hierzu werden im Rahmen der Arbeit der Strukturkommission bewertet.

33. Welches Bild vom Sanitätsoffizier steht hinter dem geplanten personalwerblichen Gesamtkonzept für die Laufbahn der Sanitätsoffiziere?

Personalwerbliche Maßnahmen für den Sanitätsdienst wurden in den letzten Jahren intensiviert (auf die Antwort zu Frage 13 wird verwiesen). Damit wurde der aufgrund der erheblichen Personalverluste formulierten Forderung des Sanitätsdienstes Rechnung getragen.

Für ein im Rahmen eines personalwerblichen Gesamtkonzepts zugrunde zu legendes Bild bzw. Anforderungsprofil des SanOffz sind folgende Eckpunkte bedeutsam:

- Primäre Forderung ist eine hohe fachliche Kompetenz, d. h. die Befähigung, approbationsspezifische Tätigkeiten vollverantwortlich wahrzunehmen.
- Diese Befähigung muss für das gesamte Spektrum der Einsatzversorgung in unterschiedlichsten Szenarien bestehen. Dazu muss ein Sanitätsoffizier über die belastbare Motivation verfügen, zusätzliche einsatzbezogene Aus- und Weiterbildungen zu durchlaufen, um die erforderliche breite Expertise zu erwerben.
- Neben der fachlichen sind gleichrangig eine wehrmedizinische und eine allgemeinmilitärische Kompetenz aufzubauen, kontinuierlich zu erhalten und weiterzuentwickeln.

- Mehr als im zivilen Gesundheitssystem sind Führungs- und fachliche Managementaufgaben zu übernehmen, hierzu müssen die Bereitschaft und die Befähigung bestehen bzw. zu entwickeln sein.

Ein werbliches Gesamtkonzept muss diese Forderungen in geeigneter Weise zum Ausdruck bringen und die entsprechenden Berufsbilder authentisch ansprechen. Erfahrungsgemäß besteht eine besondere Appetenz ziviler Bewerber für einen Seiteneinstieg aufgrund guter Weiterbildungsmöglichkeiten in den sanitätsdienstlichen Einrichtungen der Bundeswehr.

34. Wie hoch ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Sanitätsdienst, die überwiegend mit Verwaltungstätigkeiten beschäftigt sind?

Im ZSanDstBw sind 95 Prozent aller SanOffz Arzt in Verwendungen, die eine Approbation zwingend erforderlich machen. Hierzu gehören auch Tätigkeiten im Bereich des vorbeugenden Gesundheitsschutzes, in der Begutachtung oder auch in der wehrmedizinischen Forschung, die alle entscheidend für die Einsatzfähigkeit der Streitkräfte sind und von approbiertem Fachpersonal erbracht werden müssen.

Für lediglich 5 Prozent der Dienstposten ist eine Approbation gesetzlich oder standesrechtlich nicht vorgeschrieben. Diese könnten theoretisch auch durch Truppenoffiziere wahrgenommen werden. Der Großteil dieser Dienstposten, u. a. in den Aufgabenbereichen der Weiterentwicklung des Sanitätsdienstes, der Einsatzplanung oder auch der Lehre an der Sanitätsakademie, erfordert jedoch tiefgehende und weitreichende sanitätsdienstliche Kenntnisse und Erfahrungen (einschlägiges Studium und Vorverwendungen).

35. Ist dieser Anteil höher als in zivilen Krankenhäusern?

Im zivilen Gesundheitswesen, das als Referenz herangezogen werden könnte, sind nach aktuellen Untersuchungen der Bundesärztekammer⁹ 8,6 Prozent aller berufstätigen und dort erfassten Ärztinnen und Ärzte außerhalb des ambulanten bzw. stationären Sektors (z. B. in Behörden/Körperschaften) beschäftigt. Somit ist der in Rede stehende Anteil im zivilen Gesundheitssystem höher als im ZSanDstBw.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass derartige Vergleiche eine grundlegende Schieflage aufweisen. Die Fähigkeit zur sanitätsdienstlichen Unterstützung für eine Einsatzarmee kann nicht durch eine Kopie des zivilen Gesundheitssystems erfolgen. Vielmehr ist es erforderlich, unter völlig anders gearteten Rahmenbedingungen medizinische Leistungen zu erbringen, die im Ergebnis dem Standard in Deutschland gleichkommen. Dies bedingt aber bisweilen völlig differente Konzepte und in der Folge auch Strukturen. Selbst prima vista analog erscheinende Strukturelemente wie die Bundeswehrkrankenhäuser und zivile Krankenhäuser sind im Kern nicht vergleichbar, da Zweck und Ziele sich fundamental unterscheiden.

⁹ Vergleiche Kopetsch, Thomas, Mehr Ärzte – und trotzdem geringere Arbeitslosenquote, in: DÄrzteBl 107 (2010), S. 648–650.