

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten René Springer, Peter Felser,
Jens Kestner und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/6694 –**

Einsatzbedingte psychische Erkrankungen von Bundeswehrsoldaten (Nachfrage zur Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/5734)

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Anzahl der Bundeswehrsoldaten, die aufgrund einer einsatzbedingten psychischen Erkrankung untersucht und behandelt werden, steigt seit Jahren kontinuierlich an. Wurden im Jahr 2011 insgesamt 922 Soldaten in einer psychiatrischen Abteilung oder Fachuntersuchungsstelle der Bundeswehr untersucht bzw. behandelt, waren es im Jahr 2017 bereits 1 903 Fälle. Die Behandlungen durch zivile Psychiater bzw. Psychotherapeuten stiegen im gleichen Zeitraum von 1 564 im Jahr 2011 um mehr als das Fünffache auf 7 836 im Jahr 2017 an. Insgesamt wurden seit dem Jahr 2011 2 311 einsatzbedingte psychische Neuerkrankungen diagnostiziert, was etwa 330 Neuerkrankungen pro Jahr entspricht. Die tatsächliche Anzahl der einsatzbedingt psychisch erkrankten Bundeswehrsoldaten dürfte jedoch weitaus höher liegen. Einer in den Jahren 2009 bis 2013 durchgeführten Studie des Psychotraumazentrums der Bundeswehr und der TU Dresden zufolge konnte bei mehr als jedem fünften Einsatzrückkehrer (21 bis 22 Prozent) eine psychische Erkrankung festgestellt werden. Die sogenannte Dunkelziffer wird laut dieser Studie auf etwa 45 Prozent beziffert. Die Behandlung der psychisch erkrankten Bundeswehrsoldaten soll hauptsächlich in den psychiatrischen Abteilungen der Bundeswehrkrankenhäuser stattfinden. Dort sind von den eigentlich vorgesehenen 160 tagesklinischen Betten im Bereich der Psychiatrie aktuell jedoch nur 48 Betten (30 Prozent) tatsächlich vorhanden. Wann die benötigten tagesklinischen Betten zur Verfügung stehen, beantwortet die Bundesregierung nicht. Es wird darauf verwiesen, dass derzeit in allen Bundeswehrkrankenhäusern „umfangreiche Baumaßnahmen stattfinden“. Neben den tagesklinischen Betten, wurde auch das vorgesehene Personal bisher noch nicht wie vorgesehen aufgebaut. So beträgt der Personalbesetzungsgrad der psychiatrischen Abteilungen im bundesweiten Durchschnitt lediglich 76 Prozent. Auch das Ziel der am 1. April 2018 eingerichteten Terminkoordinierungsstelle, die Wartezeit in der Psychiatrie auf drei Wochen zu reduzieren, konnte bisher noch nicht erreicht werden. Aktuell beträgt die durchschnittliche Wartezeit etwa zwei bis drei Monate (Bundestagsdrucksache 19/5734).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die stationären und ambulanten Therapieangebote der Bundeswehr bei einsatzbedingten Traumafolgestörungen wurden jüngst durch das medizinische Fachexpertengremium des Wehrmedizinischen Beirates des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg) als qualitativ und quantitativ sehr gut beurteilt. Die Bundeswehreinrichtungen tragen einen wesentlichen Anteil des Versorgungsbedarfs, da dort die spezifischen Kenntnisse der besonderen Situation einer Einsatztraumatisierung im militärischen Kontext vorliegen.

Auf die erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungseinrichtungen wurde und wird strukturell durch umfangreiche Maßnahmen der Weiterentwicklung in Forschung, Behandlungskapazität und Fortbildung reagiert. Hierzu zählt auch die effektivere Einbindung ziviler Therapeuten insbesondere auch dann, wenn die Nähe zum Familien- und Freundeskreis therapeutisch geboten ist. Hierdurch soll und wird die Behandlung in Einrichtungen der Bundeswehr aber nicht komplett ersetzt werden. Darüber hinaus ist vorgesehen, zunächst an fünf Standorten ambulante Rehabilitationsschwerpunkte einzurichten. Hier werden die bestehenden Facharztzentren an den Sanitätsunterstützungszentren durch Psychotherapeuten-teams und Physiotherapieeinheiten ergänzt. Langzeiterkrankten Soldatinnen und Soldaten und PTBS-Erkrankten wird dadurch der Zugang zu Rehabilitation und Betreuung in der Fläche zugänglich gemacht und somit ein zusätzliches Betreuungsangebot im militärischen Kontext angeboten.

1. Bei wie vielen Soldaten, bei denen seit 2011 eine einsatzbedingte psychische Erkrankung diagnostiziert wurde (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 1), konnte nach Kenntnis der Bundesregierung die Behandlung bereits erfolgreich abgeschlossen werden (bitte getrennt nach Jahren sowie in absoluten und relativen Zahlen ausweisen)?

Es gibt keine belastbaren und verlässlichen Kriterien für den erfolgreichen Abschluss von Therapien einsatzbedingter psychischer Erkrankungen. Eine Statistik kann daher nicht geführt werden.

Untersuchungen zur stationären Therapie am Psychotraumazentrum der Bundeswehr konnten eine statistisch und auch klinisch relevante Besserung je nach betrachteter Testung bei ca. 50 bis 80 Prozent der Behandelten nachweisen.

2. Wie hoch ist nach Ansicht der Bundesregierung der „relevante Anteil“ der Soldaten, der sich aufgrund von Stigmatisierungsängsten nicht zeitgerecht in eine adäquate psychotherapeutische Behandlung begeben hat (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 3)?

Im Ergebnis der zwischen 2009 und 2013 durchgeführten Prävalenzstudie der Bundeswehr¹ wird der Anteil psychisch erkrankter Soldatinnen und Soldaten, die sich als Rückkehrer aus dem ISAF-Einsatz 2010 – 2011 ein Jahr nach Einsatzende nicht in Behandlung begeben hatten, auf rund 80 bis 90 Prozent geschätzt. Es wird angenommen, dass Stigmatisierungsängste die häufigste Ursache für eine mangelnde Behandlungsbereitschaft waren, wobei die individuellen Gründe, sich nicht zeitgerecht in eine Behandlung zu begeben, nicht erfasst werden können.

¹ Hans-Ulrich Wittchen, Peter Zimmermann et al.: „Traumatische Ereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei im Ausland eingesetzten Soldaten“ (Dunkelzifferstudie).

Wie in der Antwort zu Frage 3 näher ausgeführt, ist es vorrangiges Ziel der Bundesregierung, die Stigmatisierungsängste durch entsprechende Maßnahmen zu reduzieren, um zu erreichen, dass Betroffenen sich zeitgerecht in eine notwendige Behandlung begeben.

3. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bislang getroffen, um Stigmatisierungsängste bei den Soldaten abzubauen?

Wie beurteilt die Bundesregierung den Erfolg der getroffenen Maßnahmen, und woran macht die Bundesregierung den Erfolg fest?

Stigmatisierungsängste bei Betroffenen können in erster Linie durch Reduzierung der Stigmatisierung selbst abgebaut werden. Dies wird durch Aufklärungsmaßnahmen im näheren und weiteren Umfeld erreicht.

Um unterschiedlichste Zielgruppen über diverse mediale Kanäle zu erreichen, hat das Psychotraumazentrum der Bundeswehr die Broschüre „Wenn der Einsatz nicht endet“ veröffentlicht und eine Smartphone-App „Coach PTBS“ entwickelt.

Zudem erfolgt mit dem kontinuierlich fortentwickelten Internetportal „PTBS-Hilfe.de“ eine aktuelle zielgruppenorientierte Darstellung, deren Inhalte sich neben den Betroffenen an deren soziales Umfeld, Kameraden, Vorgesetzte, Truppenärzte sowie zivile und militärische Fachärzte und Psychotherapeuten richten. Die Angebote sollen sowohl das Interesse an weiterer Information wecken, als auch fachlich fortgeschrittenen Interessenten oder mittelbar Betroffenen weitergehende Informationen bieten und Anlaufstellen nennen. So können auch ehemalige Soldaten und Soldatinnen auf einfachem Weg wertvolle Informationen zum Thema erhalten.

Ein konventioneller Ansatz der Aufklärung mit dem Ziel der Entstigmatisierung erfolgt über Vortragsveranstaltungen. Vertreter der Wehrpsychiatrie referieren z. B. an der Offizierschule des Heeres oder an der Führungsakademie der Bundeswehr zur Thematik PTBS und Stigmatisierung vor künftigem Führungspersonal und Vorgesetzten.

4. Beabsichtigt die Bundesregierung, ein „Entstigmatisierungsprogramm“ für psychische Erkrankungen zu entwickeln bzw. einzuführen?

Wenn ja, welche konkreten Planungen wurden dazu bereits angestellt, wie weit sind die Planungen gegebenenfalls schon vorangeschritten, und wann ist mit einer Einführung voraussichtlich zu rechnen?

Die in der Antwort zu Frage 3 genannten Maßnahmen zur Aufklärung und Information Betroffener und ihres Umfeldes dienen unter anderem programmatisch dem Ziel der Entstigmatisierung.

5. Bei wie vielen Soldaten hat sich die festgestellte einsatzbedingte psychische Erkrankung nach Kenntnis der Bundesregierung bereits chronifiziert?

Es gibt keine belastbaren und verlässlichen Kriterien für eine Chronifizierung einsatzbedingter psychischer Erkrankungen. Eine Statistik wird daher nicht geführt.

Eine kürzlich abgeschlossene Untersuchung des Psychotraumazentrums der Bundeswehr hat ergeben, dass zwischen den Jahren 2014 und 2017 ein signifikanter Anstieg von Mehrfachdiagnosen und komorbiden Suchterkrankungen bei behandelten Soldatinnen und Soldaten mit posttraumatischer Belastungsstörung eingetreten ist. Dies kann als deutlicher Hinweis gewertet werden, dass es zumindest

bei den in Behandlung befindlichen Soldatinnen und Soldaten Anzeichen einer zunehmenden Chronifizierung gibt. Suchterkrankungen können in vielen Fällen als „Selbsteilungsversuch“ interpretiert werden, u. a. wenn ansteigende psychische Spannungen nicht mehr anderweitig kompensiert werden können. Sie korrespondieren daher mit Chronifizierungen.

6. Wie hoch ist nach Ansicht der Bundesregierung der Anteil der Soldaten, der bereits mit einer manifestierten, aber nicht erkannten psychischen Störung in den Einsatz geht (vgl. „Dunkelzifferstudie“)?

Dieser Anteil liegt nach der zwischen 2009 und 2013 durchgeführten Prävalenzstudie der Bundeswehr bei ca. 20 Prozent. Aktuellere Erkenntnisse hierzu liegen nicht vor.

7. Um wie viel höher ist nach Ansicht der Bundesregierung bei unerkannt „vorbelasteten“ Soldaten das Risiko, mit einer einsatzbezogenen neuen psychischen Erkrankung aus dem Einsatz zurückzukehren, bzw. im Falle episodischer Erkrankungen wie der Depression, neuerlich eine Krankheitsepisode zu erleiden (vgl. beide Studienteile der „Dunkelzifferstudie“)?

Schon vor dem Einsatz bestehende psychische Erkrankungen sind nach der durchgeführten Prävalenzstudie ein deutlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung während des Einsatzes, der allerdings nicht quantifiziert werden kann.

8. Welche vorbeugenden Maßnahmen hat die Bundesregierung bislang getroffen, um möglichst sicherzustellen, dass keine „vorbelasteten“ Soldaten in einen Auslandseinsatz gehen?

Wie beurteilt die Bundesregierung den Erfolg der getroffenen Maßnahmen, und woran macht die Bundesregierung den Erfolg fest?

Durch eine systematische truppenärztliche Begutachtung aller Soldatinnen und Soldaten auf ihre Verwendungsfähigkeit vor jedem Auslandseinsatz soll sichergestellt werden, dass die gesundheitliche Eignung für die unter den Bedingungen des jeweiligen Einsatzes zu erwartenden Belastungen in jedem Einzelfall gegeben ist.

9. Werden nach Kenntnis der Bundesregierung klinisch-diagnostische Screenings vor den Einsätzen durchgeführt, um im Vorfeld bereits bestehende psychische Störungen zu erkennen?

Wenn ja, seit wann, und in welcher Form werden diese Screenings eingesetzt?

Wenn nicht, warum werden solche Screenings bislang nicht eingesetzt?

Für die Bundeswehr ist ein psychodiagnostisches Verfahren zur Erfassung der psychischen Fitness beabsichtigt. Dieses basiert aus Verfahrensgründen und mit Blick auf die Persönlichkeitsrechte auf freiwilligen Selbstauskünften. Ab Mitte 2019 werden Einsatzrückkehrern diese Verfahren in Verbindung mit entsprechenden Entlastungsmaßnahmen im Rahmen der Einsatznachbereitungsseminare angeboten werden.

10. Welche konkreten Maßnahmen wurden aufgrund des Entschließungsantrags des Verteidigungsausschusses vom 14. Oktober 2015 getroffen, um die Bearbeitungsdauer der WDB-Verfahren (WDB = Wehrdienstbeschädigung) zu optimieren bzw. zu beschleunigen (bitte die getroffenen Maßnahmen einzeln ausweisen)?

Seit 2016 wurden im Wesentlichen folgende Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt:

- Die IT-Unterstützung wurde durch die Einführung des IT-Verfahrens Soziales Entschädigungsrecht im Dialog (SERiD) optimiert; neben der automatisierten Umsetzung der gesetzlichen Rentenanpassung zum 1. Juli jeden Jahres erfolgt auch die Bearbeitung der Wehrdienstbeschädigungs- (WDB)-Anträge seitdem in SERiD.
- Die Ablauforganisation wurde durch die Verkürzung der internen Bearbeitungsfristen, Erinnerungsschreiben und entsprechende Wiedervorlagen sowie die Erteilung von Teilbescheiden bzw. Vorbehaltsbescheiden in geeigneten Fällen verbessert. Zudem erfolgte die Einrichtung eines Sachgebiets für einsatzbedingte WDB, die Etablierung eines Vorgangs-Controllings sowie die Zentralisierung der Grundentscheidung über die Anerkennung bzw. Ablehnung einer WDB sowohl für aktive als auch für ehemalige Soldatinnen und Soldaten.
- Die Kapazitäten des versorgungsmedizinischen Dienstes wurden erhöht sowie Prüfärztinnen und Prüfärzte etabliert, die ihr jeweiliges Gebiet (Orthopädie, Psychiatrie und Allgemeinmedizin) fachlich leiten und verantworten.
- Es erfolgte eine Aufstockung von Personal zur Bearbeitung von Anträgen.

11. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung einen definierten Zeitraum oder eine Zielvorgabe, wann ein WDB-Verfahren im Regelfall bearbeitet oder abgeschlossen werden soll?

Wenn ja, innerhalb welches Zeitraums soll ein WDB-Verfahren in der Regel bearbeitet bzw. abgeschlossen sein?

Wenn nicht, warum werden keine derartigen Ziele definiert, die eine Erfolgskontrolle ermöglichen?

In dem Entschließungsantrag des Verteidigungsausschusses vom 14. Oktober 2015 wird gefordert, dass eine Verfahrensdauer von höchstens einem Jahr nicht überschritten wird. Die daraufhin ergriffenen Maßnahmen zur Beschleunigung und Optimierung des WDB-Verfahrens haben zu einer deutlichen Reduzierung der Bearbeitungszeiten geführt. Eine feste Zeitvorgabe für alle Verfahren ist jedoch im Hinblick auf komplexe Sachverhalte in Einzelfällen nicht möglich. Zudem findet die verwaltungsseitige Optimierung der Bearbeitungszeit ihre Grenzen bei Prozessschritten, die z. B. eine Mitwirkung durch Betroffene und Zeugen erfordern. Darüber hinaus können im Sinne des Betroffenen zeitintensive Ermittlungen für den nötigen Nachweis des im WDB-Verfahren vorgebrachten Sachverhaltes durchzuführen sein, um dem berechtigten Interesse des Antragstellers nach einer sachgerechten und fundierten Entscheidung Rechnung zu tragen.

12. Wie viele WDB-Verfahren wurden im Zuge des Zuständigkeitswechsels von den zivilen Versorgungsverwaltungen der Länder auf das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBW) am 1. Januar 2015 übertragen (bitte nach Jahren der Antragstellung getrennt ausweisen)?

Eine rückwärtige Erfassung der WDB-Verfahren, die durch die zivile Versorgungsverwaltung der Länder bearbeitet worden sind, ist – differenziert nach den geforderten Parametern – nicht möglich. Es wurden 397 127 Akten von den Ländern übernommen; dies umfasst sowohl Bestands- als auch Archivakten.

13. Wie viele der in Frage 12 übertragenen WDB-Verfahren wurden
- a) seit der Übernahme durch das BAPersBW bzw. die zuständige Stelle erfolgreich abgeschlossen,
 - b) seit der Übernahme durch das BAPersBW bzw. die zuständige Stelle noch nicht erfolgreich abgeschlossen bzw.
 - c) durch das BAPersBW bzw. die zuständige Stelle neu bewertet, was dazu führte, dass eine von den zivilen Versorgungsverwaltungen der Länder anerkannte WDB nachträglich widerrufen wurde?

Zu diesen Aspekten wird keine Statistik geführt.

14. Aus welchen Gründen wird der Anteil der Präsenzgutachten sukzessive erhöht, obwohl die Bundesregierung die Ansicht vertritt, dass „die Präsenzbegutachtung grundsätzlich nicht erforderlich“ ist und „eine Ausnahme darstellt“ (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 24)?

Wie in der Antwort der Bundesregierung zu Frage 24 auf Bundestagsdrucksache 19/5734 ausgeführt wurde, sind Präsenzbegutachtungen zur Beurteilung von Kausalität und Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung grundsätzlich nicht erforderlich. Diese Bewertung bezieht sich auf die Gesamtheit aller WDB-Verfahren, sowohl auf körperliche als auch auf psychische Erkrankungen.

In dem Teilbereich der WDB-Verfahren, in denen komplexe psychiatrische Fragestellungen zu erörtern sind, werden dennoch vermehrt Präsenzbegutachtungen durchgeführt. Zur Beurteilung der ursächlichen Anteile der psychiatrischen Erkrankung sind Aspekte relevant, die in den medizinischen Befund- und Behandlungsunterlagen häufig eine nachgeordnete Rolle spielen, deshalb nicht dokumentiert sind und zusätzlich erhoben werden müssen.

15. Bei wie vielen Soldaten wurde nach Kenntnis der Bundesregierung die regulär vorgesehene Schutzzeit von maximal fünf Jahren bereits verlängert?
Bei wie vielen Soldaten wurde die Schutzzeit bereits mehrfach verlängert (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 30)?

Es befinden sich aktuell 765 Soldatinnen und Soldaten in der Schutzzeit, davon 143 mehr als fünf Jahre.

Darüber hinaus wird zu dieser Fragestellung keine Statistik geführt. Dies folgt den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, da die Aufnahme dieser Detailspekte zur Aufgabenerledigung nicht erforderlich ist.

16. Wie hat sich der Besetzungsgrad bei den Sanitätsunterstützungszentren bei den Offizieren, Unteroffizieren mit Portepee, Unteroffizieren ohne Portepee und Mannschaften seit 2011 bis heute entwickelt (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 40; bitte den Besetzungsgrad in absoluten und relativen Zahlen für die einzelnen Jahre sowie nach der jeweiligen Dienstgradgruppe getrennt ausweisen)?

Die heutige Struktur der regionalen sanitätsdienstlichen Versorgung durch Sanitätsunterstützungszentren und nachgeordnete Sanitätsversorgungszentren besteht erst seit dem 1. Januar 2015.

Statusgruppe	Soll 10/18	Ist 10/18	% 10/18	Ist 01/19	% 01/19
Offiziere	177	147	83	155	88
Unteroffiziere mit Portepee	394	368	93	366	93
Unteroffiziere ohne Portepee	134	99	74	105	78
Mannschaften	52	26	50	30	58
Gesamt	757	640	85	656	87

Das Fehlen an Mannschaftsdienstgraden auf Dienstposten wird durch außerhalb von Dienstposten geführte Freiwillig Wehrdienstleistende (FWDL) Mannschaften kompensiert.

Für den Zeitraum vor 2018 liegen keine verlässlichen Daten vor.

17. Wie hat sich der Besetzungsgrad bei den Sanitätsversorgungszentren bei den Offizieren, Unteroffizieren mit Portepee, Unteroffizieren ohne Portepee und Mannschaften seit 2011 bis heute entwickelt (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 41; bitte den Besetzungsgrad in absoluten und relativen Zahlen für die einzelnen Jahre sowie nach der jeweiligen Dienstgradgruppe getrennt ausweisen)?

Die heutige Struktur der regionalen sanitätsdienstlichen Versorgung durch Sanitätsunterstützungszentren (SanUstgZ) und nachgeordnete Sanitätsversorgungszentren (SanVersZ) besteht erst seit dem 1. Januar 2015.

Statusgruppe	Soll 10/18	Ist 10/18	% 10/18	Ist 01/19	% 01/19
Offiziere	808	683	85	666	82
Unteroffiziere mit Portepee	659	534	81	550	83
Unteroffiziere ohne Portepee	609	497	82	507	83
Mannschaften	418	243	58	268	64
Gesamt	2.494	1.957	78	1.991	80

Das Fehlen an Mannschaftsdienstgraden auf Dienstposten wird durch außerhalb von Dienstposten geführte FWDL Mannschaften kompensiert.

Für den Zeitraum vor 2018 liegen keine verlässlichen Daten vor.

18. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher getroffen, um den Besetzungsgrad in den Sanitätsunterstützungszentren und Sanitätsversorgungszentren in der Dienstgradgruppe
- a) der Offiziere,
 - b) der Unteroffiziere mit Portepee,
 - c) der Unteroffiziere ohne Portepee und
 - d) der Mannschaften
- nachhaltig zu verbessern (bitte für die jeweiligen Dienstgradgruppen einzeln ausweisen)?

Die ergriffenen Maßnahmen lassen sich in zwei Schwerpunkte, die personalwerbliche Ansprache und die Personalentwicklung, unterteilen.

Eine Aufgliederung in einzelne Dienstgradgruppen ist nicht konsequent realisierbar, da zahlreiche Maßnahmen querschnittlich und laufbahnübergreifend angewandt werden.

Personalwerbung/-gewinnung:

Neben Technikern und IT-Spezialisten stehen insbesondere Menschen mit Qualifikationen in medizinischen Berufen kontinuierlich im Fokus personalwerblicher Bemühungen. Dies sind vor allem Ärztinnen und Ärzte, approbierte Seiteneinsteiger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Notfallsanitäterinnen und -sanitäter bis hin zu zivilen Auszubildenden für den Sanitätsdienst der Bundeswehr. Im Herbst 2016 wurde eine multimediale Kampagne gestartet, die sich bewusst auf das Umfeld von Kliniken und Bildungseinrichtungen für Heilberufe konzentrierte. Diese Kampagne lenkte die Aufmerksamkeit auf die Kombination aus Soldaten- und Heilberuf und akzentuierte besonders die Rolle des Sanitätsdienstes in den Auslandseinsätzen der Bundeswehr.

Im Jahr 2017 wurde die Arbeitgeberkampagne für den Sanitätsdienst der Bundeswehr fortgesetzt und die wichtige Bedeutung der Regionalen Sanitätseinrichtungen und der Bundeswehrkrankenhäuser im Inland betont. Recruiting-Anzeigen wurden im Deutschen Ärzteblatt, in weiteren Fach- und Publikumsmedien sowie auf Großflächen im unmittelbaren Umfeld von Krankenhäusern, Gesundheitseinrichtungen und Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens gezeigt.

Auch im Jahr 2018 standen Mediziner und Pflegekräfte angesichts des kontinuierlichen Bedarfs auf dem Kampagnenplan der Arbeitgebermarke, so dass im Zuge der „Berufekampagne“ erneut um die Spezialisten und Fachkräfte im Gesundheitswesen für die Bundeswehr geworben wurde. Neben den nationalen Kampagnen wird dem Personalbedarf der Sanitätsunterstützungszentren und Sanitätsversorgungszentren zusätzlich mit regionaler Werbung im Zuständigkeitsbereich der Karrierecenter der Bundeswehr Rechnung getragen.

Verpflichtungsprämien sowie Personalbindungszuschläge steigern darüber hinaus ebenso die Attraktivität sanitätsdienstlicher Verwendungen, wie die zahlreichen Maßnahmen der „Agenda Attraktivität“.

Die sich zunehmend ausweitenden Möglichkeiten für qualifizierte Seiteneinsteiger oder Wiedereinsteller sind ein geeignetes ergänzendes Mittel, Personalfehl und Vakanzen zu reduzieren.

Personalführung/-entwicklung:

Die Einnahme der neuen Struktur der regionalen sanitätsdienstlichen Versorgung durch Sanitätsunterstützungszentren und nachgeordnete Sanitätsversorgungszentren erfolgte ab Januar 2015 im Sinne eines weitgehenden und insbesondere verzugs- und lückenlosen Fähigkeitstransfers durch Überleitung des Bestandspersonals der früheren Leitsanitätszentren, Sanitätszentren und Sanitätsstaffeln.

Dies ging mit einem erheblichen Aufwuchs an Dienstposten für qualifiziertes medizinisches Assistenzpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung einher. Aufgrund der Spezifika dieser Berufsgruppen und des Ausbildungsganges – Aufbauqualifikation insbesondere für Medizinische Fachangestellte (MFA) – waren die Möglichkeiten eines kurzfristigen Personalaufwuchses durch die externe Regeneration begrenzt. Um dieser Entwicklung zu begegnen, wurden umfangreiche Maßnahmen und Anstrengungen der beruflichen Weiterqualifizierung des Bestandspersonals, insbesondere von Sanitätsunteroffizieren MFA zu Sanitätsfeldwebeln Ambulante Medizinische Versorgung (AmbMedVers) unternommen, ohne jedoch ein Ungleichgewicht in den eigentlichen Verwendungsreihen zu verursachen. Hierzu gehörten neben der gezielten Ansprache geeigneten Personals u. a. gezielte Entscheidungen hinsichtlich Laufbahnwechseln, fachlichen Weiterbildungen, Umschulungen von Personal aus anderen Fachverwendungsreihen, die Erhöhung der Berufssoldaten (BS)-Übernahmequoten im Zielwerdegang und die maximale Ausschöpfung von Weiterverpflichtungsmöglichkeiten bei Soldaten auf Zeit (SaZ). Auf truppdienstlicher Ebene wurden zudem regelmäßige Berufs- und Laufbahnberatungen auch ziviler Auszubildender zum MFA durchgeführt, um diese gezielt für die beruflichen Chancen in einem Soldatendienstverhältnis zu interessieren.

Im Ergebnis sind heute Dienstpostenbesetzungsstände von etwa 72 Prozent bei MFA und rund 90 Prozent bei Fachwirten AmbMedVers zu verzeichnen. Anhand der bereits jetzt bekannten Planungszahlen, Personalbestand in der Anwärterpersonalführung/Personal in der jeweiligen Fach- und Laufbahnausbildung, ist eine umfängliche Dienstpostenbesetzung nahe 100 Prozent, ab den Jahren 2020/2021 in diesen Verwendungsreihen zu erwarten.

Die Erhöhung der Anzahl ziviler Humanmedizin-Studienplätze seit 2010 ermöglichte die vermehrte Einstellung von Sanitätsoffizier-Anwärterinnen und Sanitätsoffizier-Anwärtern (SanOA). Die so für die Laufbahn der Sanitätsoffiziere erreichte Steigerung der Regeneration, erlaubt heute die verzugslose Nachbesetzung freiwerdender Dienstposten von Sanitätsoffizieren Arzt in den SanUstgZ. Daneben kann Vakanzen in den Dienststellen, die aufgrund von Teilzeitbeschäftigungen entstehen, durch die Einrichtung und Besetzung von sogenannten Kompensationsdienstposten begegnet werden.

Im Bereich der Mannschaften des Sanitätsdienstes ist bereits seit längerer Zeit eine umfängliche Bedarfsdeckung zu verzeichnen. Vakanzen treten allenfalls temporär und regional begrenzt auf. Ziel der Personalführung in dieser Laufbahn ist es vornehmlich, besonders geeignete Kandidatinnen und Kandidaten für eine langfristige Bindung an die Streitkräfte, vorzugsweise verbunden mit einer Fachausbildung und einem Laufbahnaufstieg, zu gewinnen.

19. Erachtet die Bundesregierung den aktuell durchschnittlichen Besetzungsgrad in den Sanitätsunterstützungszentren von 84,5 Prozent und den aktuell durchschnittlichen Besetzungsgrad in den Sanitätsversorgungszentren von 78 Prozent (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu den Fragen 40 und 41) als ausreichend?

Wenn ja, ab welchem Besetzungsgrad ist dies nicht mehr der Fall?

Der Grad der Dienstpostenbesetzung der Regionalen Sanitätseinrichtungen wird zum jetzigen Zeitpunkt als ausreichend bewertet. Eine vollständige Dienstpostenbesetzung wird jedoch weiterhin mit hoher Priorität verfolgt.

Sehr unterschiedliche Aufgabenbereiche in Versorgungseinrichtungen, die häufig mit einzelnen oder wenigen Spezialisten ausgeplant sind, lassen jedoch querschnittliche Aussagen zur Suffizienz von Besetzungsquoten nicht zu.

20. Teilt die Bundesregierung die Ansicht des Wehrbeauftragten, dass aufgrund von Einsatzverpflichtung, Lehrgängen, Urlaub, Krankheit oder sonstigen Gründen die Zahl der täglich vor Ort befindlichen Dienstposteninhaber, die Tagesantrittsstärke, in der Regel deutlich unter den Besetzungsgraden liegt (vgl. Bundestagsdrucksache 19/700, S. 90)?

Der Besetzungsgrad von Dienstposten gibt keine Auskunft über die tagesaktuelle Personalstärke vor Ort. Auch bei einem hohen Besetzungsgrad ist die Zahl der tatsächlich vor Ort befindlichen Dienstposteninhaber durch dienstliche Abwesenheiten wie Einsätze oder Aus-, Fort- und Weiterbildung, aber auch Teilnahme an Übungen u. Ä. sowie Maßnahmen im Rahmen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wie Arbeiten in Teilzeit in Abhängigkeit vom Aufgabenportfolio und der Personalstruktur mehr oder weniger gemindert.

21. Wurde der Planungsprozess „Tagesklinik“ für das Bundeswehrkrankenhaus Berlin bereits abgeschlossen?

Wenn nicht, wann ist mit dem Abschluss des Planungsprozesses voraussichtlich zu rechnen?

Der konzeptionelle Planungsprozess wurde abgeschlossen; auf dieser Grundlage wurde die Bedarfsforderung für die Baumaßnahme formuliert sowie das Infrastrukturverfahren eingeleitet.

Vorbemerkung der Bundesregierung zu den Fragen 22 bis 24, 26 bis 28 und 30 bis 34

Die Bundeswehrkrankenhäuser (BwKrhs) sowie das Bundeswehrzentralkrankenhaus (BwZKrhs) unterliegen einer ständigen Weiterentwicklung. Die Anwendung von modernsten Verfahren und die medizinische Behandlung nach wissenschaftlichen Standards sind grundlegende Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Dies hat permanente Bedarfsanpassungen und somit Infrastrukturmaßnahmen zur Folge, die fortlaufend realisiert werden müssen.

Die in den jeweiligen Antworten genannten Baudaten geben insofern den aktuellen Planungsstand wieder. Terminliche Risiken bestehen u. a. hinsichtlich der Auswirkungen vorgenannter Bedarfsanpassungen sowie der Auslastung im Bauwesen, die zu Verschiebungen in der Rahmenterminplanung führen können.

22. Wann genau wurde nach Kenntnis der Bundesregierung mit den Baumaßnahmen im Bundeswehrkrankenhaus Berlin begonnen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 45)?

Die Baumaßnahme „Neubau Psychotraumazentrum“ im BwKrhs Berlin wurde noch nicht begonnen. Der Baubeginn ist für das vierte Quartal 2022 vorgesehen.

23. Wann genau werden nach Kenntnis der Bundesregierung die Baumaßnahmen im Bundeswehrkrankenhaus Berlin nach aktuellem Stand abgeschlossen sein, sodass der vollumfängliche Betrieb der sollorganisatorisch vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 25 tagesklinischen Betten im Fachgebiet Psychiatrie, aufgenommen werden kann?

Nach aktuellem Planungsstand wird die Baumaßnahme „Neubau Psychotraumazentrum“ im BwKrhs Berlin im vierten Quartal 2025 abgeschlossen sein. Der vollumfängliche Betrieb der sollorganisatorisch vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 25 tagesklinischen Betten im Fachgebiet Psychiatrie, könnte dann aus infrastruktureller Sicht, nach Ausstattung und Möblierung, im ersten Quartal 2026 aufgenommen werden.

24. Wann genau werden nach Kenntnis der Bundesregierung die Baumaßnahmen im Bundeswehrkrankenhaus Berlin nach aktuellem Stand abgeschlossen sein, sodass der vollumfängliche Betrieb der sollorganisatorisch vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 25 vollstationären Betten im Fachgebiet Psychiatrie, aufgenommen werden kann?

Auf die Antwort zu Frage 23 wird verwiesen. Die Behandlungseinrichtungen für die vollstationären Betten werden mit der Baumaßnahme „Neubau Psychotraumazentrum“ realisiert.

25. Wurde der Planungsprozess „Tagesklinik“ für das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg bereits abgeschlossen?

Wenn nicht, wann ist mit dem Abschluss des Planungsprozesses voraussichtlich zu rechnen?

Der konzeptionelle Planungsprozess wurde abgeschlossen; auf dieser Grundlage wurde die Bedarfsforderung für die Baumaßnahme formuliert sowie das Infrastrukturverfahren eingeleitet.

26. Wann genau wurde nach Kenntnis der Bundesregierung mit den Baumaßnahmen im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg begonnen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 45)?

Der Baubeginn für das Interim Psychiatrie erfolgte im Oktober 2016. Der Baubeginn für den Neubau ist derzeit im zweiten Quartal 2022 geplant.

27. Wann genau werden nach Kenntnis der Bundesregierung die Baumaßnahmen im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg nach aktuellem Stand abgeschlossen sein, sodass der vollumfängliche Betrieb der sollorganisatorisch vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 30 vollstationären Betten im Fachgebiet Psychiatrie, aufgenommen werden kann?

Die Inbetriebnahme des Interims wird im dritten Quartal 2019 erfolgen. Damit sind die infrastrukturellen Voraussetzungen geschaffen, um einen weitestgehend vollumfänglichen Betrieb der vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 30 stationären Betten im Fachgebiet Psychiatrie, zu gewährleisten.

28. Wann genau werden nach Kenntnis der Bundesregierung die Baumaßnahmen im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg nach aktuellem Stand abgeschlossen sein, sodass der vollumfängliche Betrieb der sollorganisatorisch vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 20 tagesklinischen Betten im Fachgebiet Psychiatrie, aufgenommen werden kann?

Die Fertigstellung des Neubaus ist für das vierte Quartal 2024 geplant. Damit werden die infrastrukturellen Voraussetzungen für den vollumfänglichen Betrieb der vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 20 tagesklinischen Betten im Fachgebiet Psychiatrie, geschaffen.

29. Wurde der Planungsprozess „Tagesklinik“ für das Bundeswehrkrankenhaus Ulm bereits abgeschlossen?

Wenn nicht, wann ist mit dem Abschluss des Planungsprozesses voraussichtlich zu rechnen?

Der konzeptionelle Planungsprozess wurde abgeschlossen; auf dieser Grundlage wurden die Bedarfsforderung für die Baumaßnahme formuliert sowie das Infrastrukturverfahren eingeleitet.

30. Wann genau wurde nach Kenntnis der Bundesregierung mit den Baumaßnahmen im Bundeswehrkrankenhaus Ulm begonnen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 45)?

Das BwKrhS Ulm wird seit 2001 im laufenden Betrieb umfangreich saniert, modernisiert und erweitert. Die Baumaßnahme „Neubau Psychiatrie“ im Bundeswehrkrankenhaus Ulm wurde noch nicht begonnen. Der Baubeginn ist für 2022 vorgesehen.

31. Wann genau werden nach Kenntnis der Bundesregierung die Baumaßnahmen im Bundeswehrkrankenhaus Ulm nach aktuellem Stand abgeschlossen sein, sodass der vollumfängliche Betrieb der sollorganisatorisch vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 15 tagesklinischen Betten im Fachgebiet Psychiatrie, aufgenommen werden kann?

Eine konkrete Planung zur Neubaumaßnahme besteht noch nicht, da vorab andere Abschnitte im BwKrhS Ulm bei laufendem Betrieb umfangreich saniert, modernisiert und erweitert werden müssen.

32. Wurde der Planungsprozess „Tagesklinik“ für das Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz bereits abgeschlossen?

Wenn nicht, wann ist mit dem Abschluss des Planungsprozesses voraussichtlich zu rechnen?

Der konzeptionelle Planungsprozess wurde abgeschlossen; auf dieser Grundlage wurde die Bedarfsforderung für die Baumaßnahme formuliert und das Infrastrukturverfahren zu gegebener Zeit eingeleitet. Auf die Antwort zu den Fragen 33 und 34 wird verwiesen.

33. Wann genau wurde nach Kenntnis der Bundesregierung mit den Baumaßnahmen im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz begonnen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 45)?
34. Wann genau werden nach Kenntnis der Bundesregierung die Baumaßnahmen im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz nach aktuellem Stand abgeschlossen sein, sodass der vollumfängliche Betrieb der sollorganisatorisch vorgesehenen Behandlungseinrichtungen, insbesondere der 20 tagesklinischen Betten im Fachgebiet Psychiatrie, aufgenommen werden kann?

Die Fragen 33 und 34 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das BwZKrhs Koblenz wird infrastrukturell grundlegend neu aufgebaut. Hierfür wird derzeit der erste Bauabschnitt, Neubau OP- und Funktionsgebäude, geplant. Erst mit Beginn der Ausführungsphase des zweiten Bauabschnittes werden die baulichen Planungen für die psychiatrische Behandlungseinrichtung gestartet. Erst dann können konkrete Zeiträume zur Ausplanung und baulichen Umsetzung von tagesklinischen und vollstationären Betten im Fachgebiet Psychiatrie genannt werden.

35. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die aktuell vorhandenen tagesklinischen Betten (48 von 160 bzw. 30 Prozent) im Fachgebiet Psychiatrie ausreichend sind, um den aktuell bestehenden und zukünftigen Untersuchungs- und Behandlungsbedarf selbst adäquat, zeitgerecht und in vollem Umfang befriedigen zu können?

Wenn ja, auf welcher Grundlage kommt die Bundesregierung zu dieser Einschätzung?

Die stationären und ambulanten Therapieangebote der Bundeswehr bei einsatzbedingten Traumafolgestörungen wurden jüngst durch den Wehrmedizinischen Beirat als sehr gut beurteilt. Die Bundeswehreinrichtungen tragen einen wesentlichen Anteil des Versorgungsbedarfs, da hier die spezifischen Kenntnisse der besonderen Situation einer Einsatztraumatisierung im militärischen Kontext vorliegen.

Auf die erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungseinrichtungen wurde und wird strukturell durch umfangreiche Maßnahmen der Weiterentwicklung in Forschung, Behandlungskapazität und Fortbildung reagiert. Hierzu zählt auch die effektivere Einbindung ziviler Therapeuten insbesondere auch dann, wenn die Nähe zum Familien- und Freundeskreis therapeutisch geboten ist. Diese Einbindung ziviler Therapeuten soll und wird aber die ambulanten und stationären Therapieangebote der Bundeswehr nicht komplett ersetzen. Die Erhöhung der Kapazitäten aufgrund belastbarer Daten erfolgt unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Priorisierung innerhalb des der Bundeswehr vorgegebenen Fähigkeitsprofils.

36. Beabsichtigt die Bundesregierung, die Anzahl der tagesklinischen Betten im Fachgebiet Psychiatrie in den Bundeswehrkrankenhäusern über die aktuelle Sollstruktur hinaus weiter zu erhöhen?

Wenn ja, welche konkreten Planungen verfolgt die Bundesregierung?

Anzahl und Dislozierung der tagesklinischen wie auch vollstationären Betten im Fachgebiet Psychiatrie der BwKrhs und des BwZKrhs in der Zielstruktur 2020 wurden in mehreren Iterationen und unter Beteiligung der zuständigen Facharztkonsiliargruppen durch das Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr

(KdoSanDstBw) erarbeitet. Neben den erwarteten bzw. bislang nachgewiesenen Bedarfen sowie den im Lichte des Aufgabenprofils der Bundeswehr zu erwartenden Veränderungen sind die verfügbaren Ressourcen unter Beachtung der seitens Bundeshaushaltsordnung (BHO) geforderten Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit für die konkrete Ausgestaltung maßgeblich.

Aussagen zur letztendlichen finalen Auslastung der Soll-Struktur können jedoch erst nach vollständiger Einnahme derselben getroffen werden. Bislang liegen hierzu keine belastbaren Erkenntnisse vor.

37. Beabsichtigt die Bundesregierung, die Anzahl der vollstationären Betten im Fachgebiet Psychiatrie in den Bundeswehrkrankenhäusern über die aktuelle Sollstruktur hinaus weiter zu erhöhen?

Wenn ja, welche konkreten Planungen verfolgt die Bundesregierung?

Auf die Antwort zu Frage 36 wird verwiesen.

38. Beabsichtigt die Bundesregierung, das Einsatz-Weiterverwendungsgesetz um Leistungsansprüche Einsatzgeschädigter auf Einbeziehung von Familienangehörigen und Bezugspersonen in die Therapie zu erweitern?

Wenn ja, wie weit sind die Planungen dazu bereits vorangeschritten, und wann ist mit einer Änderung des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes voraussichtlich zu rechnen?

Zurzeit wird innerhalb der Bundesregierung eine dahingehende Änderung des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes abgestimmt. Die parlamentarische Befassung soll noch im ersten Halbjahr 2019 beginnen.

39. Beabsichtigt die Bundesregierung, zur Sicherstellung eines niedrighschwelligem Zugangs zu allen Maßnahmen der Hilfe und Unterstützung eine „Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle Einsatzfolgen“ im Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr einzurichten?

Wenn ja,

- a) wie viele Dienstposten wird die Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle voraussichtlich umfassen,
- b) wurden die hierfür benötigten Dienstposten bereits in die Personalplanung eingebracht,
- c) wann werden die Dienstposten voraussichtlich besetzt werden, bzw.
- d) wann wird die Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle voraussichtlich arbeits- bzw. einsatzfähig sein?

Der für die Einrichtung einer „Zentralen Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle für Menschen, die unter Einsatzfolgen leiden“ (ZALK) gemeldete Dienstpostenbedarf von insgesamt 19 Dienstposten wurde in den Prozess der Mittelfristigen Personalplanung (MPP) 2019 eingebracht und anerkannt.

Mit der Forderung von insgesamt 13 zusätzlichen Dienstposten sollen der bereits bestehenden Koordinierungsstelle für Einsatzgeschädigte, die bisher mit sechs Dienstposten ausgestattet ist, neue Aufgaben übertragen werden. Dadurch soll das Angebot für Menschen, die unter Einsatzfolgen leiden, verbessert werden.

Der Aufwuchs der ZALK kann erfolgen, sobald die Dienstposten organisatorisch ausgebracht und personell besetzt sind. Ziel ist es, den Aufwuchs der ZALK im Jahr 2019 zu realisieren.

40. Welche Maßnahmen des fachlichen Austausches zwischen der Bundeswehr und externen Stellen (z. B. Deutscher Hausärzterverband, Bundespsychotherapeutenkammer etc.) wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bereits eingeleitet?

Der Sanitätsdienst führt seit 2013 regelmäßig dezentrale Fortbildungen für niedergelassene Psychotherapeuten in Kooperation mit den Psychotherapeutenkammern der Länder durch. Bei diesen jeweils eintägigen Veranstaltungen wurden bisher ca. 1 000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fortgebildet. Grundlage für die Fortbildungen ist eine Vereinbarung zwischen dem Bundesministerium der Verteidigung und der Bundespsychotherapeutenkammer. Aufgrund der sehr positiven Resonanz dieser Maßnahme sind auf Wunsch und Antrag des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat (BMI) bereits vor zwei Jahren Vertreter der Bundespolizei in den Teilnehmerkreis aufgenommen worden.

41. Worauf ist es nach Ansicht der Bundesregierung zurückzuführen, dass die freien zivilen Facharzt-Dienstposten am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg und dem Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz bis dato bereits mehrfach erfolglos ausgeschrieben wurden?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung eingeleitet, um die vakanten Stellen möglichst zeitnah zu besetzen?

Bei den Ausschreibungen ziviler Facharzt-Dienstposten ist für alle Bundeswehrkrankenhäuser grundsätzlich festzustellen, dass nur wenige oder keine Bewerbungen eingehen.

Mögliche Ursachen für das eher zurückhaltende Bewerberaufkommen sind die auch im zivilen Gesundheitswesen angespannte personelle Situation bei den Ärzten/Fachärzten und mögliche finanzielle Anreize im zivilen Gesundheitswesen, die im Rahmen dieser Konkurrenzsituation einen Wettbewerbsvorteil darstellen.

Um dem geschilderten Umstand der zögerlichen Besetzung von zivilen Facharzt-Dienstposten zu begegnen, werden jedem Bewerber deutschlandweit seinem Qualifikationsprofil entsprechende, freie zivile Dienstposten angeboten. Sollte ein Bewerber das ausgeschriebene Qualifikationsprofil nicht vollumfänglich erfüllen, kann eine Hospitation durchgeführt werden – dies hat bereits zu erfolgreichen Einstellungen geführt.

Im Zuge des Einstellungsverfahrens schöpft die Personalführung alle rechtlichen Möglichkeiten aus, die Besoldung bzw. Vergütung möglichst attraktiv zu gestalten. Neben der Einstellung in ein höheres Amt nach § 25 der Bundeslaufbahnverordnung (BLV), wird neu eingestellten Bewerberinnen und Bewerbern ein Personalgewinnungszuschlag gemäß § 43 des Bundesbesoldungsgesetzes (BbesG) gewährt. Ferner werden neben der nach § 28 Absatz 1 und 2 Satz 2 BBesG vorgesehenen Anrechnung von hauptberuflichen Tätigkeiten und Zeiten eines Hochschulstudiums auf die Erfahrungsstufen auch zusätzliche Qualifikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 3 BBesG zur Deckung des Personalbedarfs im Rahmen der Erfahrungsstufe berücksichtigt. Auch bei der Einstellung von Tarifbeschäftigten wird eine Fachkräftegewinnungszulage gemäß § 16 des Tarifvertrages für den Öffentlichen Dienst (TVöD) gewährt.

Zudem werden auf die Zielgruppe ausgerichtete personalwerbliche Maßnahmen durchgeführt, welche die Vorteile einer Verbeamtung sowie die geregelte Tätigkeit beim Ärztlichen Dienst, wie z. B. Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung, Überstundenausgleich etc., gezielt bewerben. Zur Verbesserung der Bewerberlage wird neben dem klassischen personalwerblichen Mittel der Ausschreibung die direkte Ansprache (Active Sourcing) von Bewerberinnen und Bewerbern pilotiert.

Darüber hinaus werden die Bewerberinnen und Bewerber immer auch auf die Möglichkeit einer Tätigkeit als Sanitätsoffizier hingewiesen. Umgekehrt wird auch die Besetzung ziviler Dienstposten mit einem Sanitätsoffizier geprüft. Ist dies möglich und kann eine zivile Besetzung nicht erfolgen, kann über eine Änderung der Statuszuordnung der Dienstposten militärisch besetzt werden. Aufgrund der herausfordernden Lage der zivilen Personalgewinnung in diesem Bereich hat das BMVg in 2018 bundesweit 80 zivile Facharzt-Dienstposten in militärische Facharzt-Dienstposten umgewandelt, da aus dem Kreis der militärischen Facharztregeneration hinreichend militärisches Personal verfügbar ist.

42. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher getroffen, um den vom Wehrbeauftragten seit zehn Jahren bemängelten Personalengpass im Bereich der Diagnostik und der Behandlung psychisch erkrankter Soldaten zu beseitigen (vgl. Bundestagsdrucksache 17/900, S. 56 und Bundestagsdrucksache 19/700, S. 91)?

Wie beurteilt die Bundesregierung den Erfolg der bisher getroffenen Maßnahmen, und woran macht die Bundesregierung den Erfolg konkret fest?

Mit der nahezu vollständigen Dienstpostenbesetzung und Regenerationsplanung seitens des Bedarfsdeckers ist der bestehenden Sollorganisation a. h. S. umfangreich Rechnung getragen.

Hierbei ist zu ergänzen, dass mit dem Jahr 2018 in einem Pilotprojekt fünf zusätzliche zivile Psychotherapeutenteams in die regionale sanitätsdienstliche Versorgung eingebracht worden sind. Drei der fünf Pilotteams haben ihren Dienst bereits angetreten. Die Priorisierung der Dienstpostenausschreibungen richtete sich nach dem regionalen Bedarf. In den Jahren 2019 und 2020 sollen die letzten beiden Teams installiert werden. Danach ist eine Evaluierung des therapeutischen Angebots geplant.

43. Welche weiteren Maßnahmen plant die Bundesregierung, um den seit zehn Jahren vom Wehrbeauftragten bemängelten Personalengpass im Bereich der Diagnostik und der Behandlung psychisch erkrankter Soldaten (vgl. Bundestagsdrucksache 17/900, S. 56 und Bundestagsdrucksache 19/700, S. 91) zu beseitigen?

Im Bereich der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist planerisch eine umfassende Bedarfsdeckung nachhaltig sichergestellt.

Zu den fünf in der Antwort zu Frage 42 aufgeführten Psychotherapeutenteams, ist eine Ausweitung dieses Angebots auf den nachgeordneten Bereich aller 13 Sanitätsunterstützungszentren geplant, sofern die Evaluation entsprechende Effekte nachweisen kann.

44. Wie hat sich die Anzahl der zivilen Vertragsärzte und zivilen Vertragszahnärzte nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 2011 entwickelt (bitte nach Jahren sowie Vertragsarzt bzw. Vertragszahnarzt getrennt ausweisen)?

Entwicklung des Bestandes Vertragsärzte/-zahnärzte der ZDv A-1455/4 (alt: ZDv 60(gem. Kapitel 22-29)/7)			
Jahr	Anzahl Gesamt	Vertragsärzte	Vertragszahnärzte
2011*	715	628	87
2012*	739	642	97
2013	1.184	998	186
2014	1.026	813	213
2015	1.048	858	190
2016	955	757	198
2017	979	768	211
2018	845	761	84

*) ohne Bestand der ehemaligen WBV West

Zum 1. Mai 2013 wurde der Vertragsarztbestand der ehemaligen WBV West und Ost beim neu gebildeten Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) zusammengeführt.

Die Reduzierung der Anzahl der Vertragsärzte resultiert aus Bestandsprüfungen im Jahr 2018, in deren Ergebnis nicht mehr benötigte bzw. genutzte Verträge gekündigt wurden.

45. Welche Kosten sind der Bundeswehr seit dem Jahr 2011 nach Kenntnis der Bundesregierung durch den Einsatz von zivilen Vertragsärzten und zivilen Vertragszahnärzten entstanden (bitte die Kosten getrennt nach einzelnen Jahren ausweisen)?

Nachgeordnete Bewirtschafter sind angewiesen, Ausgaben in vorab definierten Funktionsbereichen (Haushaltsüberwachungslisten-Abschnitte – HÜL-Abschnitte) zu kategorisieren und zu melden. Für 2014 konnte die Erfassungsdatei aus technischen Gründen nicht wiederhergestellt werden. Für 2018 werden die Daten voraussichtlich erst Ende Februar 2019 vorliegen.

Die verfügbaren Daten sind der Anlage 1 zu entnehmen.

46. Welche Kosten sind der Bundeswehr seit dem Jahr 2011 nach Kenntnis der Bundesregierung durch den Einsatz von zivilen Psychiatern und Psychotherapeuten (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 51) bisher entstanden (bitte die Kosten getrennt nach einzelnen Jahren ausweisen)?

Zu dieser Fragestellung wird keine Statistik geführt.

47. Welche Kosten sind der Bundeswehr seit dem Jahr 2011 nach Kenntnis der Bundesregierung durch den Rückgriff auf „beauftragte Ärzte“ (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 57) bisher entstanden (bitte die Kosten getrennt nach einzelnen Jahren ausweisen)?

Zu dieser Fragestellung wird keine Statistik geführt.

48. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die aktuell vorhandenen bundeswehreigenen personellen Kapazitäten im Fachgebiet Psychiatrie ausreichend sind, um selbst den bestehenden und zukünftigen Untersuchungs- und Behandlungsbedarf adäquat, zeitgerecht sowie in vollem Umfang befriedigen zu können?

Wenn ja, auf welcher Grundlage kommt die Bundesregierung zu dieser Einschätzung?

Auf die Antwort zu Frage 35 wird verwiesen.

49. Wie beurteilt die Bundesregierung den Anstieg der ambulanten Behandlungen durch zivile Psychiater bzw. Psychotherapeuten von 1 564 im Jahr 2011 auf 7 836 im Jahr 2017 (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 51) vor dem Hintergrund, dass der zivile Versorgungssektor nur als „Unterstützung“ angedacht ist und die Therapien in eigenen Einrichtungen „auch zukünftig nicht ersetzen können“ (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu Frage 59)?

Psychotherapie durch Bundeswehr-eigene und Bundeswehr-erfahrene Psychotherapeuten spielt hinsichtlich Vertrauen und Systemkenntnis eine nicht zu unterschätzende Rolle bei Soldatinnen und Soldaten. Einer Ausweitung des therapeutischen Angebots durch interne Spezialisten trägt die Bundeswehr mit der Einrichtung zusätzlicher Therapeutenstellen in der regionalen sanitätsdienstlichen Versorgung Rechnung. Ergänzend wird auf die Antworten zu den Fragen 42 und 43 verwiesen.

Andererseits sind viele psychische Erkrankungen in Analogie zu den gesellschaftlichen Entwicklungen nicht spezifisch einsatz- bzw. soldatenbezogen (z. B. Wochenbettdepression, Burnout etc.). Hier ist die Inanspruchnahme des Angebots niedergelassener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten attraktiv, weil diese kurzfristig, bedarfsgerecht und individuell sowie vor allen Dingen in räumlicher Nähe zum Wohnort abrufbar sind.

Der qualitativen und quantitativen Optimierung der psychotherapeutischen Dienstleistung trägt die Bundeswehr mit ihren Fortbildungen für diese Klientel Rechnung.

Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 40 verwiesen.

50. Steht nach Ansicht der Bundesregierung der Anstieg der durchgeführten Behandlungen durch zivile Psychiater bzw. Psychotherapeuten um das Fünffache in den Jahren 2011 bis 2017 noch in einem angemessenen Verhältnis zum Anstieg von 48 Prozent der Behandlungskontakte, die durch bundeswehreigene Einrichtungen im gleichen Zeitraum erbracht wurden (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5734, Antwort zu den Fragen 5 und 51)?

Wenn ja, auf welcher Grundlage kommt die Bundesregierung zu dieser Einschätzung?

Die Entwicklung der Behandlungskontakte auf Grund von PTBS im Vergleich der Jahre 2011 und 2017 wird durch die Frage abweichend von der zitierten Bezugsquelle dargestellt:

Antwort zu Frage 5	Behandlungskontakte auf Grund PTBS		
	2011	Steigerung	2017
	922	+107 %	1.903

Antwort zu Frage 50	Zahlen ziviler ambulanter Behandlungen (Psychotherapien)		
	2011	Steigerung	2017
	1.564	+401 %	7.836

Die Behandlungen in zivilen und in bundeswehreigenen Einrichtungen haben erheblich zugenommen, während die angesprochene Spreizung zwischen der Inanspruchnahme ziviler und militärischer Behandlungskapazitäten moderater ausfällt, als dies die Frage suggeriert.

Folgende Entwicklungen tragen zum Anstieg der Behandlungszahlen und zur Verteilung auf die jeweiligen Behandlungseinrichtungen bei:

- Der Gesamtbedarf an Psychotherapie steigt in der gesamten Bevölkerung.
- Längst nicht jede psychische Erkrankung ist einsatzassoziiert.
- Die Bundeswehr betreibt umfangreiche und effektive Bemühungen zur Entstigmatisierung von einsatzassoziierten Folgestörungen und zu einer Steigerung des Gesundheitsbewußtseins hinsichtlich Stressbelastungen.
- Dieses Engagement führt in der Folge zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Psychotherapien auch ohne Einsatzhintergrund.
- Das zivile psychotherapeutische Angebot wird durch spezifische Fortbildungen der Bundeswehr verbessert.
- Dies wird flankiert durch eine Anhebung der Gebührenordnung für privat liquidierende Psychotherapeuten.
- Das Angebot ziviler Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist in räumlicher Nähe zum Wohnort abrufbar.

51. Hält die Bundesregierung weiterhin an ihrem Ziel fest, die Wartezeit auf einen Termin in den Fachuntersuchungsstellen der Kliniken für Psychiatrie bzw. den Abteilungen für Psychiatrie auf drei Wochen zu reduzieren?

Seitens der BwKrhs besteht fachübergreifend das Ziel, Soldatinnen und Soldaten innerhalb von drei Wochen einen Termin für eine ambulante Untersuchung zu ermöglichen. Diese Zielvorgabe gilt auch für die Fachuntersuchungsstellen (FU-Stellen) der Kliniken für Psychiatrie. Bezüglich stationärer Behandlungstermine gibt es keine feste Zielvorgabe, jedoch sollen auch hier bestehende Wartezeiten kontinuierlich im Sinne der Soldatinnen und Soldaten minimiert werden. Prinzipiell wird durch die FU-Stellen der BwKrhs bereits jetzt eine differenzierte Terminvergabe unter Einbindung der Truppenärzte durchgeführt, so dass besonders dringlichen Anforderungen jederzeit Rechnung getragen werden kann.

52. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bislang getroffen, um die Wartezeit auf einen Termin in den Fachuntersuchungsstellen der Kliniken für Psychiatrie bzw. den Abteilungen für Psychiatrie auf die geplanten drei Wochen zu reduzieren?

Sowohl personelle als auch strukturelle Maßnahmen wurden hierzu bereits in die Wege geleitet.

Auf die Antworten zu den Fragen 21 bis 34, 41 bis 43 und 48 wird verwiesen.

Die vorhandenen Dienstposten für Psychiater und Psychotherapeuten konnten zwischenzeitlich weitestgehend besetzt werden. Ob künftig zusätzliche Anpassungen der Soll-Organisation notwendig sind, wird erst auf der Zeitachse zu beurteilen sein. Mit den Terminkoordinierungsstellen der BwKrhs wurden Ansprechstellen eingerichtet, die eine optimale Nutzung vorhandener Ressourcen unterstützen. Seitens der Terminkoordinierungsstellen wird zukünftig das Zusammenspiel der FU-Stellen der BwKrhs mit den regionalen Sanitätseinrichtungen weiter optimiert werden.

53. Welche weiteren Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Wartezeit auf einen Termin in den Fachuntersuchungsstellen der Kliniken für Psychiatrie bzw. den Abteilungen für Psychiatrie auf die vorgesehenen drei Wochen zu reduzieren?

Wann werden die geplanten Maßnahmen voraussichtlich umgesetzt sein?

Auf die Antwort zu Frage 52 wird verwiesen. Weitere Maßnahmen sind aktuell nicht geplant.

54. Wann ist nach Ansicht der Bundesregierung damit zu rechnen, dass die Wartezeit auf einen Termin in den Fachuntersuchungsstellen der Kliniken für Psychiatrie bzw. den Abteilungen für Psychiatrie von drei Wochen erreicht wird?

Eine klare Terminierung wird aufgrund des mehrdimensionalen Maßnahmenkataloges, der sich stetig ändernden globalpolitischen Rahmenbedingungen und der dynamischen Auftragslage, Bedarf an psychiatrischen Behandlungskapazitäten in Abhängigkeit von der Qualität/Robustheit der Auslandseinsätze, als nicht empfehlenswert erachtet.

Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 52 verwiesen.

55. Wie viele Berichte des PTBS-Beauftragten (PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung) wurden nach Kenntnis der Bundesregierung, neben dem ersten Bericht vom 18. Oktober 2011, bislang erstellt (bitte die Anzahl der Berichte nach Jahr der Erstellung getrennt ausweisen)?

Der Beauftragte PTBS hat in den Jahren 2011 und 2013 zwei Berichte erstellt. Beide Berichte und die ministeriellen Bewertungen wurden durch den zuständigen Parlamentarischen Staatssekretär bei der Bundesministerin der Verteidigung dem Vorsitzenden des Verteidigungsausschusses zur Kenntnisnahme übersandt.

56. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung eine regelmäßige Berichtspflicht des PTBS-Beauftragten vorgesehen bzw. fest implementiert worden?

Wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen werden die Berichte des PTBS-Beauftragten erstellt, und wem gegenüber ist der PTBS-Beauftragte berichtspflichtig?

Wenn nein, warum ist keine regelmäßige Berichtspflicht des PTBS-Beauftragten vorgesehen?

Der Beauftragte PTBS unterliegt keiner Berichtspflicht. Er berät und informiert regelmäßig die Leitung des Ministeriums im persönlichen Vortrag.

57. Wo und in welcher Form werden die bisherigen Arbeitsergebnisse bzw. Erkenntnisse des PTBS-Beauftragten nach Kenntnis der Bundesregierung dokumentiert bzw. veröffentlicht (intern/extern)?

Auf die Antwort zu Frage 55 wird verwiesen.

58. Wie viele Soldaten haben bislang am Programm „PAUSE“ (Psychologische Maßnahmen zum Ausgleich psychoreaktiver Einsatzfolgen) teilgenommen (bitte nach Jahren getrennt ausweisen)?

PAUSE (Psychologische Ausgleichs- und Stärkungselemente) ist eine modular aufgebaute Maßnahme aus dem durch den Generalinspekteur der Bundeswehr erlassenen Konzept „Erhalt und Steigerung der Psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen“, mit dem einsatzbedingten Belastungen präventiv begegnet werden soll.

PAUSE ist noch nicht im Regelbetrieb etabliert. 2017 wurde eine Pilotstudie zur Machbarkeit durchgeführt, bei der unter den Rechtsgrundlagen einer Präventivkur die Rahmenbedingungen, Abläufe und Module des Verfahrens PAUSE angewandt und evaluiert wurden. An dieser Pilot-Studie haben 48 Soldatinnen und Soldaten nach Beendigung ihres Auslandseinsatzes teilgenommen.

59. Wie viele Soldaten haben nach Kenntnis der Bundesregierung seit 1999 nach einem Auslandseinsatz einen Antrag auf eine mehrwöchige Kurmaßnahme (Präventivkur) in einer zivilen Vertragsklinik gestellt (bitte nach Jahren getrennt ausweisen)?

Nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der beantragten und durchgeführten Präventivkuren seit 1999 nach Jahren dar:

Jahr	beantragt	durchgeführt
1999	5	**
2000	58	**
2001	72	**
2002	52	**
2003	61	**
2004	126	**
2005	120	**
2006	216	**
2007	397	**
2008	764	**
2009	1.623	1.424
2010	3.373	3.099
2011	4.347	4.053
2012	5.307	5.050
2013	5.585	5.570
2014	4.910	4.892
2015	2.444	2.415
2016	2.821	2.774
2017	3.626	3.619
2018*	3.796	3.780

* (bis einschl. 30. November 2018)

** Bis 2009 erfolgte keine statistische Erfassung der Durchführung.

60. Wie viele Soldaten haben nach Kenntnis der Bundesregierung seit 1999 nach einem Auslandseinsatz eine mehrwöchige Kurmaßnahme (Präventivkur) in einer zivilen Vertragsklinik durchgeführt (bitte nach Jahren getrennt ausweisen)?

Auf die Antwort zu Frage 59 wird verwiesen. Bis 2009 erfolgte keine statistische Erfassung der Durchführung.

61. Wie bewertet die Bundesregierung den Erfolg der durchgeführten Präventivkuren für einsatzbelastete Soldaten?

In den ersten Jahren nach Einführung der Präventivkur wurde der Teilnahme an dieser Maßnahme stellenweise mit Vorbehalten begegnet und diese von mancher Soldatin und manchem Soldaten als stigmatisierend empfunden. Die fortschreitende Aufklärung über den Umgang mit individuellen Stressreaktionen, siehe

auch Antwort zu Frage 3 und das positive Beispiel im Kameradenkreis haben zu einer deutlichen Steigerung der Akzeptanz und Entstigmatisierung dieser Maßnahme geführt.

Die Präventivkur ist eine Maßnahme, bei der Sport, Erholung, Regeneration und psychoedukative Elemente und psychosoziale Einzel- bzw. Gruppenberatung angeboten werden. Sie hat ausschließlich einen vorbeugenden, im Einzelfall auch einen sekundärpräventiven Charakter. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden an die Thematik der Stresserkennung und -vermeidung herangeführt und angeregt, ihr Verhalten zu modulieren. Steigende Zahlen und ein verbesserter Grad der Realisierung beantragter Maßnahmen sprechen zwischenzeitlich für eine hohe Akzeptanz dieser Maßnahmen bei den Betroffenen.

62. Welche Kosten sind nach Kenntnis der Bundesregierung seit 1999 für die mehrwöchigen zivilen Kurmaßnahmen (Präventivkuren) angefallen (bitte nach Jahren getrennt ausweisen)?

Mit der oben dargestellten Frage wird nach den Gesamtausgaben für Präventivkuren gefragt. Es wird davon ausgegangen, dass mit dieser Frage Präventivkuren im Zusammenhang mit mandatierten Einsätzen gemeint sind. Nur dieser Anteil wird nachgehalten. Vergleichbare Ausgaben für einsatzgleiche Verpflichtungen liegen nicht vor und können auch weder zentral noch zeitnah ermittelt werden.

Erst seit dem Haushaltsjahr 2014 erfolgt die Erfassung der Ausgaben im Zusammenhang mit Einsätzen, die durch den Bundestag mandatiert wurden, mit einer Detailschärfe, die die Zuordnung der Ausgaben für Präventivkuren uneindeutig zulässt. In den Jahren davor waren die Ausgaben für Präventivkuren in den Gesamtausgaben unter dem Oberbegriff Personalausgaben enthalten. Daher können für diese Frage lediglich die Ausgaben für die Jahre 2014 bis 2018 beantwortet werden.

Jahr	Kosten
2014	12,6 Mio. €
2015	6,3 Mio. €
2016	6,2 Mio. €
2017	8,3 Mio. €
2018	7,7 Mio. €

(bis November 2018)

63. Wie viele Berufssoldaten wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2010 nach § 44 Absatz 3 des Soldatengesetzes aufgrund ihres körperlichen Zustandes oder aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig in den Ruhestand versetzt (bitte nach Jahren getrennt ausweisen)?

Offiziere:

Jahr	Anzahl
2010	4
2011	12
2012	7
2013	22
2014	17
2015	17
2016	19
2017	27
2018	18

Unteroffiziere:

Jahr	Anzahl
2010	18
2011	17
2012	21
2013	16
2014	15
2015	24
2016	27
2017	30
2018	33

64. Wie hoch ist das Durchschnittsalter der Berufssoldaten, die im Sinne der Frage 63 vorzeitig in den Ruhestand versetzt wurden?

Zu dieser Fragestellung wird keine vollumfängliche Statistik geführt.

65. Wie hoch ist der Altersmedian der Berufssoldaten, die im Sinne der Frage 63 vorzeitig in den Ruhestand versetzt wurden?

Zu dieser Fragestellung wird keine vollumfängliche Statistik geführt.

66. In wie vielen Fällen im Sinne der Frage 63 wurde die Dienstunfähigkeit aufgrund des Gutachtens eines Arztes der Bundeswehr von Amts wegen festgestellt?

Die Dienstunfähigkeit einer Soldatin oder eines Soldaten wird aufgrund eines Gutachtens einer Ärztin oder eines Arztes der Bundeswehr festgestellt (vgl. § 44 Absatz 4 Satz 1, § 55 Absatz 2 Satz 2, § 58h Absatz 1 i. V. m. § 75 Absatz 1

Satz 2 Nummer 10 und § 44 Absatz 4 Satz 1 des Soldatengesetzes – SG – sowie der im Geschäftsbereich des BMVg geltende Zentralen Dienstvorschrift – ZDv – A-1420/20 Nr. 502).

Somit wurde in allen Fällen, die in der Antwort zu Frage 63 aufgelistet sind, die Dienstunfähigkeit durch ein Gutachten eines Arztes der Bundeswehr von Amts wegen festgestellt.

67. In wie vielen Fällen im Sinne der Frage 63 wurde die Dienstunfähigkeit aufgrund eines Antrages des Betroffenen festgestellt?

Zu dieser Fragestellung wird keine Statistik geführt.

68. Wie viele Berufssoldaten wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2011 nach § 44 Absatz 3 des Soldatengesetzes aufgrund einer einsatzbedingten psychischen Erkrankung in den Ruhestand versetzt (bitte nach Jahren getrennt ausweisen)?

Jahr	Anzahl
2015	0
2016	6
2017	9
2018	13

Zu dieser Fragestellung wurde bis 2015 keine Statistik geführt.

69. Wie hoch ist das Durchschnittsalter der Berufssoldaten, die im Sinne der Frage 68 vorzeitig in den Ruhestand versetzt wurden?

Durchschnittsalter
45

70. Wie hoch ist der Altersmedian der Berufssoldaten, die im Sinne der Frage 68 vorzeitig in den Ruhestand versetzt wurden?

Altersmedian
45

71. In wie vielen Fällen im Sinne der Frage 68 wurde die Dienstunfähigkeit auf Grund des Gutachtens eines Arztes der Bundeswehr von Amts wegen festgestellt?

Einleitung von Amts wegen
8

72. In wie vielen Fällen im Sinne der Frage 68 wurde die Dienstunfähigkeit auf Grund eines Antrages des Betroffenen festgestellt?

Auf Antrag des Soldaten
23

73. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der durchschnittliche monatliche Betrag, den ehemalige Soldaten aufgrund einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung erhalten?

Aus den beim BAPersBw geführten Statistiken können die in den Fragen 73 bis 76 erbetenen Informationen nicht abgeleitet werden.

Ehemalige Soldatinnen und Soldaten erhalten aufgrund einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz in Verbindung mit dem Leistungsrecht des Bundesversorgungsgesetzes sowie der Kriegsoferversorgung-Anpassungsverordnung in der jeweils geltenden Fassung. Dieses Leistungsrecht sieht für die nicht nur vorübergehenden Folgen der Schädigung eine monatliche Grundrente vor, deren Höhe je nach dem Grad der Schädigungsfolgen gestaffelt ist. Erwerbsunfähige Beschädigte, die durch die Schädigungsfolgen gesundheitlich außergewöhnlich betroffen sind, erhalten zusätzlich eine nach Stufen gestaffelte Schwerstbeschädigtenzulage, die ebenfalls einkommensunabhängig ist. Zu diesen einkommensunabhängigen Renten kommen je nach den individuellen Verhältnissen des Wehrdienstbeschädigten ggf. einkommensabhängige Leistungen, wie Ausgleichsrente, Berufsschadensausgleich und Leistungen der Kriegsopferfürsorge (Leistungen ähnlich dem Leistungsspektrum Sozialgesetzbuch – SGB XII) hinzu. Pflegebedürftigen Beschädigten wird daneben eine Pflegezulage gewährt. Falls die oder der Beschädigte an den Schädigungsfolgen verstirbt, erhalten die Hinterbliebenen Versorgungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Witwen-, Halbwaisen- oder Vollwaisenrenten, unter bestimmten Voraussetzungen Elternrenten), die teilweise einkommensabhängig, teilweise einkommensunabhängig gewährt werden. Die Rentenleistungen unterliegen der jährlichen Rentenanpassung und sind zum Teil einkommensabhängig.

Insgesamt wurden im Haushaltsjahr 2018 an wehrdienstbeschädigte ehemalige Soldatinnen und Soldaten sowie Hinterbliebene Leistungen aus der Beschädigtenversorgung in Höhe von 78 512 519,87 Euro erbracht, für Heil- und Krankenhausbildung im Rahmen der Beschädigten- und Hinterbliebenenversorgung Leistungen in Höhe von 9 431 442,19 Euro sowie 5 211 698,84 Euro für Leistungen der Kriegsopferfürsorge.

74. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der monatliche Betrag, den ehemalige Soldaten aufgrund einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung im Median erhalten?

Auf die Antwort zu Frage 73 wird verwiesen.

75. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der durchschnittliche monatliche Betrag, den ehemalige Soldaten aufgrund einer einsatzbedingten psychischen Erkrankung im Rahmen einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung erhalten?

Auf die Antwort zu Frage 73 wird verwiesen.

76. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der monatliche Betrag, den ehemalige Soldaten aufgrund einer einsatzbedingten psychischen Erkrankung im Rahmen einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung im Median erhalten?

Auf die Antwort zu Frage 73 wird verwiesen.

77. Wie viele Fahrkilometer und wie viele Minuten Fahrtzeit liegen die in Anlage 3 auf Bundestagsdrucksache 19/5734 aufgeführten Standorte, die über keinen fest stationierten Truppenarzt verfügen und für die kein beauftragter Arzt bestellt wurde, vom jeweils zuständigen bzw. nächsten Truppenarzt entfernt (bitte für die Standorte die Fahrkilometer und die Fahrtzeit jeweils einzeln ausweisen)?

Die Angaben können der Anlage 2 entnommen werden.

78. Vertritt die Bundesregierung die Ansicht, dass kleinere regionale Sanitätseinrichtungen nur als Ausnahme vertretbar sind, wenn für die Soldaten keine bundeswehreigene Einrichtung in zumutbarer bzw. vertretbarer Entfernung (Weg-Zeit-Aufwand bis zu 30 km bzw. 30 Minuten Fahrtzeit) erreichbar ist, mindestens aber knapp 500 Soldaten zu versorgen sind?

Das Konzept für die regionale sanitätsdienstliche Unterstützung für die Struktur 2020 sieht eine Konzentration der Kräfte in weniger, dafür aber hinsichtlich der personellen Durchhaltefähigkeit robusteren Einrichtungen vor. Diese werden grundsätzlich dort ausgeplant, wo mindestens drei Sanitätsstaboffiziere Arzt und zwei Sanitätsstaboffiziere Zahnarzt ausgelastet sind.

Bei der Planung der Struktur der Versorgungseinrichtungen, die mit dem Ergebnisbericht für die Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung im Inland von 2013 durch den Bundesminister der Verteidigung gebilligt worden ist, wurden Zumutbarkeitsgrenzen für die Entfernung und den Zeitbedarf zum Erreichen der zugewiesenen Einrichtungen im Umfang von etwa 30 Kilometern oder 30 Minuten festgelegt.

79. Welche Planungsprämissen liegen der am 1. Januar 2015 eingenommenen „Struktur 2020“ der regionalen sanitätsdienstlichen Versorgung zugrunde?
Wie viele Soldaten sind demnach notwendig, damit ein Standort über eine eigene Sanitätseinrichtung verfügen kann?

Auf die Antwort zu Frage 78 wird verwiesen.

80. Wie viele Standorte der Bundeswehr verfügen nach aktuellem Stand über keinen fest stationierten Truppenarzt und weisen einen Personalbestand
a) zwischen 1 und 250 Soldaten,

72 Standorte bzw. 68 Orte/Gemeinden

- b) zwischen 251 und 500 Soldaten,

9 Standorte bzw. 2 Orte/Gemeinden

e) zwischen 501 und 750 Soldaten bzw.

2 Standorte bzw. 0 Orte/Gemeinden

d) zwischen 751 und 1 000 Soldaten auf?

2 Standorte bzw. 0 Orte/Gemeinden

Anlage 1

	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
482		86.200,00	37.725,00	1.617.628,76	-	12.200,00	2.800,00
483		136.260,00	98.975,00	190.490,00	-	338.3232,31	522.057,62
484		22.640,00	9.470,00	47.717,69	-	257.997,41	228.167,82
485		180,00	-	340,00	-	350,00	400,00
486		5.213.570,56	5.288.718,00	4.663.168,07	-	5.438.392,74	4.716.727,34
487		5.002.100,00	4.911.810,00	4.946.998,62	-	5.590.520,00	5.753.667,48
488		314.418,00	326.955,86	290.484,05	-	218.950,20	186.743,97
489		231.250,00	434.670,00	500.340,00	-	701.265,00	708.820,00
490		-	-	-	-	-	595.469,16
491		-	-	354,31	-	-	-
	0,00	11.006.618,56	11.108.324,11	12.257.521,50	0,00	12.557.707,66	12.714.853,39

Anlage 2

Ort/Gemeinde	Betreuungsumfang militärischer Dienstposten (IST)	Ort des zuständigen TrArzt	Entfernung in km	Fahrzeit in min	Bemerkungen
Amberg	70	Kümmersbruck	3,4	6	Zwischenunterbringung bis Fertigstellung Baumaßnahmen SanVersZ Kümmersbruck
Andernach	33	Koblenz	18,7	16	
Arnsberg	7	Unna	39,5	31	
Aschaffenburg	1	Walldürn	63,3	59	
Augsburg	4	Untermeitingen	26,2	25	
Aurich	21	Wittmund	24,4	25	
Bad Aibling	2	Neubiberg	51,9	40	
Bad Kreuznach	2	Mainz	40,4	30	
Bad Neuenahr	98	Bonn	32,7	29	
Bad Segeberg	4	Plön	39,8	37	
Baumholder	132	Idar-Oberstein	20,1	21	
Bautzen	3	Dresden	64,6	48	
Bayrisch Eisenstein	16	Regen	27,8	23	
Bayreuth	7	Weiden i.d. Opf	58,6	53	
Beeskow	13	Storkow	28,2	31	
Bielefeld	2	Augustdorf	31,0	28	
Bochum	2	Unna	39,0	42	
Boostedt	6	Plön	38,6	40	
Brekendorf	12	Kropp	10,9	11	
Bremen	49	Delmenhorst	20,3	26	
Bremervörde	81	Seedorf	18,6	21	
Brück	67	Beelitz	16,3	19	
Büchel	1568	Cochem	17,1	18	
Cammin	184	Sanitz	17,7	18	
Cham	440	Roding	15,7	16	
Chemnitz	3	Frankenberg/Sachsen	14,2	24	
Cölpin	17	Trollenhagen	17,9	23	
Cuxhaven	7	Wurster Nordseeküste	29,3	23	
Deggendorf	4	Bogen	26,3	17	
Detmold	3	Augustdorf	11,7	17	
Donauwörth	108	Dillingen a.d. Donau	29,9	34	
Dortmund	4	Unna	21	28	
Düsseldorf	136	Hilden	19,4	27	
Elsfleth	1	Oldenburg (Oldenburg)	18,5	18	
Eschweiler	127	Aachen	20,5	29	
Essen	4	Hilden	41,4	39	
Euskirchen	736	Mechernich	15,8	18	Zwischenunterbringung bis Fertigstellung Baumaßnahmen SanVersZ Euskirchen
Freising	12	Erding	21,7	26	
Friedeburg	3	Schortens	14,3	16	
Friedrichsdorf (Köppern)	8	Mainz	63,4	46	
Gablingen	2	Untermeitingen	39,6	32	
Garching b. München	101	München	11,5	16	
Garmisch- Partenkirchen	79	Mittenwald	20,0	20	

Ort/Gemeinde	Betreuungsumfang militärischer Dienstposten (IST)	Ort des zuständigen TrArzt	Entfernung in km	Fahrzeit in min	Bemerkungen
Glücksburg	369	Flensburg	10,3	17	Im Ziel keine Umfänge der Bw mehr
Gnoien	270	Bad Sülze	18,2	19	
Golchen	9	Trollenhagen	22,7	23	
Göttingen	5	Fritzlar	75,4	54	
Grafenwöhr	27	Weiden i.d.OPf	21,8	22	
Grafschaft	498	Bonn	20,7	17	
Greding	17	Ingolstadt	4,01	26	
Hagen	2	Unna	31,4	30	
Halberstadt	2	Sondershausen	89	90	
Hallbergmoos	3	Erding	16	19	
Hamm	2	Ahlen	13,9	23	
Hamminkeln	5	Kalkar	32,2	37	
Hardheim	145	Waldürn	11,4	14	
Heidelberg	1	Bruchsal	35,5	27	
Heilbronn	2	Bruchsal	59,5	64	
Herford	3	Augustdorf	35,3	36	
Hermeskeil	7	Idar-Oberstein	46,6	34	
Hildesheim	3	Hannover	42,6	29	
Hilscheid	12	Idar-Oberstein	28,1	31	
Hohn	349	Kropp	13,2	12	
Hürth	12	Köln	7,4	16	
Itzehoe	2	Heide	48,7	31	
Immenstaad	5	Pfullendorf	37,3	44	
Jagel	1480	Kropp	6,5	7	
Jever	3	Schortens	6,5	13	
Jülich	12	Geilenkirchen	24,9	24	
Kaiserslautern	7	Zweibrücken	61,9	40	
Kalkhorst	12	Neustadt in Holstein	58,4	55	
Karlsruhe	35	Bruchsal	26,8	25	
Kassel	71	Fritzlar	29,5	28	
Kempten	3	Sonthofen	27,9	27	
Kleinaitingen	247	Untermeitingen	7,8	10	
Klietz	57	Havelberg	20,0	20	
Königsbrück	24	Dresden	29,3	33	
Kronshagen	201	Kiel	4,0	10	
Laboe	23	Kiel	18,7	25	
Lahnstein	354	Koblenz	9,1	10	
Landsberg am Lech	114	Untermeitingen	19,5	19	
Lauda Königshofen	17	Niederstetten	32,4	33	
Lörrach	1	Müllheim	40,5	32	
Lübeck	2	Neustadt in Holstein	34,9	35	
Magdeburg	52	Burg	31,7	29	
Manching	119	Ingolstadt	11,5	14	
Märkische Heide	7	Storkow	28,5	26	
Marlow	17	Bad Sülze	8,9	9	
Meckenheim	4	Bonn	16,2	18	
Meßstetten	14	Stetten a.k.M.	19,1	18	
Möckern	25	Burg	15,7	17	
Mühlhausen/Thüringen	3	Sondershausen	40,1	43	
Münchsmünster	21	Ingolstadt	27,9	27	
Naumburg/Saale	7	Weißenfels	17,3	23	
Neckarzimmern	20	Waldürn	41,4	38	
Neubrandenburg	496	Trollenhagen	7,0	11	Zwischenunterbringung bis Fertigstellung Baumaßnahmen

Ort/Gemeinde	Betreuungsumfang militärischer Dienstposten (IST)	Ort des zuständigen TrArzt	Entfernung in km	Fahrzeit in min	Bemerkungen
					SanVersZ Neubrandenburg
Neuharlingsiel	3	Wittmund	19,7	20	
Neuruppin	6	Havelberg	56,8	60	
Nobitz	12	Gera	31,0	33	
Nörvenich	754	Kerpen	12,4	14	Zwischenunterbringung bis Fertigstellung Baumaßnahmen SanVersZ Nörvenich
Oberamergau	32	Murnau a. Staffelsee	26,1	34	
Oberarnbach	31	Zweibrücken	29,3	28	
Oberschönau	70	Erfurt	69,1	59	
Offenburg	2	Illkirch-Graffenstaden	23,5	29	
Oldenburg in Holstein	217	Neustadt in Holstein	27,2	22	
Paderborn	5	Augustdorf	29,4	32	
Penzing	2	Untermeitingen	24,4	19	
Perl	19	Merzig	24,2	21	
Pfreimd	789	Oberviechtach	23,3	23	Zwischenunterbringung bis Fertigstellung Baumaßnahmen SanVersZ Pfreimd
Pirmasens	10	Zweibrücken	25,1	20	
Pöcking	181	Feldafing	2,6	6	
Potsdam	183	Schwielowsee	15,6	26	
Putgarten	12	Kramerhof	84,1	80	
Recklinghausen	5	Unna	41,7	29	
Rheinbach	681	Bonn	22,5	26	
Saarlouis	468	Merzig	22,0	20	
Sankt Augustin	51	Köln	32,4	27	
Saterland	40	Leer	25,1	27	
Schleswig	4	Kropp	17,1	21	
Schönefeld	4	Berlin	22,5	38	
Schrobenhausen	9	Neuburg a.d. Donau	25,0	26	
Schwäbisch Gmünd	3	Dornstadt	52,5	61	
Schwarzenbach am Wald	12	Weiden i.d.OPf	105	81	
Schwedeneck	1	Eckernförde	19,5	22	
Schwesing	387	Husum	5,9	9	Wird zum StO Husum gezählt.
Sendenhorst	5	Ahlen	12,3	16	
Setzingen	7	Dornstadt	19,5	21	
Siegburg	297	Köln	30,0	29	
Siegen	4	Erndtebrück	29,7	35	
Sigmaringen	12	Stetten a.k.M.	14,6	18	
Stade	3	Seedorf	41,8	46	
Starnberg	6	Feldafing	8,2	15	
Stendal	2	Gardelegen	46,0	41	
Straelen	9	Kalkar	41,3	43	
Stralsund	3	Kramerhof	6,6	13	
Taufkirchen (Ottobrunn)	39	Neubiberg	7,0	12	
Uedem	301	Kalkar	11,1	12	
Ulm	1548	Dornstadt	9,7	11	Zwischenunterbringung bis Fertigstellung Baumaßnahmen SanVersZ Ulm

Ort/Gemeinde	Betreuungsumfang militärischer Dienstposten (IST)	Ort des zuständigen TrArzt	Entfernung in km	Fahrzeit in min	Bemerkungen
Ulmen	77	Cochern	24,3	23	
Ummendorf	90	Laupheim	22,2	16	
Utzedel	16	Trollenhagen	39,0	35	
Visselhoevede	12	Rotenburg (Wümme)	20,6	22	
Walsrode	6	Munster	48,6	41	
Waren (Müritz)	5	Trollenhagen	53,4	58	
Warendorf	183	Münster	28,6	40	
Weener	5	Leer	13,9	14	
Weichering	12	Neuburg a.d.Donau	10,5	12	
Weilheim i.OB	3	Feldafing	18,6	18	
Weinheim	1	Bruchsal	56,1	43	
Weßling	2	Feldafing	19,7	24	
Wester-Ohrstedt	31	Husum	9,8	13	
Wiesbaden	84	Mainz	14,2	23	
Willich	1	Hilden	41,8	42	
Winterberg	2	Frankenberg/Eder	35,0	38	
Wittenberg	3	Schönewalde	43,5	46	
Würzburg	3	Veitshöchheim	10,2	15	
Zeithain	6	Dresden	51,7	58	
Zetel	14	Schortens	17,6	21	

Stand: 10.01.2019

Orte/Gemeinden der Bundeswehr mit militärischem Personal, die im Rahmen der Heilfürsorge auf die sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen sind.

