

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elke Hoff, Birgit Homburger,
Dr. Rainer Stinner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 16/11696 –**

Einschränkungen bei der Auftrags Erfüllung im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Lage im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr hat sich in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. Der Attraktivitätsvorteil der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung droht damit zunehmend verloren zu gehen. Allein 68 Ärzte haben in den ersten zehn Monaten des letzten Jahres die Bundeswehr verlassen. Auch die Bewerberzahlen sind dramatisch eingebrochen. Während sich 2006 noch 2 095 junge Menschen für den Dienst als Arzt in der Bundeswehr interessierten, so waren es 2007 gerade noch 1 497. Für 2008 musste die Bundesregierung bereits einen weiteren Einbruch der Bewerberzahlen um 20 Prozent einräumen. Die wesentlichen Ursachen hierfür sind bekannt. Die individuell hohe zeitliche Belastung im Tagesbetrieb, die überaus günstige Arbeitsmarktsituation für Mediziner auf dem zivilen Arbeitsmarkt oder auch die immer häufigeren Auslandseinsätze. Der Spagat zwischen Einsatz und Grundversorgung überschreitet derzeit die personelle Leistungsfähigkeit des Sanitätsdienstes. Ein weiterer Ansehensverlust des Sanitätsdienstes birgt die Gefahr, dass sich der Attraktivitätsvorteil der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung aufgrund des damit verbundenen Verzichts auf die freie Arztwahl ins Gegenteil verkehrt.

Auch die Bundesregierung konstatiert inzwischen, dass „personell und materiell in entscheidenden Bereichen des Dienstes Belastungsgrenzen erreicht worden sind, deren aktive Beeinflussung durch vorgegebene Rahmenbedingungen langwierig ist. [...] Eine Entspannung der Situation ist in den nächsten zehn Jahren nicht in Sicht.“ [Sachstandsbericht der Bundesregierung zur aktuellen Lage der Personalentwicklung im Sanitätsdienst der Bundeswehr vom 21. November 2008, Ausschussdrucksache 16(12)658].

Der Aufbau des Sanitätsdienstes als selbständiger Organisationsbereich neben den Teilstreitkräften bindet zu viel wertvolles Personal für reine Verwaltungsaufgaben, das deshalb der medizinischen Versorgung vor Ort nicht mehr zur Verfügung steht. Die Vielzahl der Sanitätskommandos und -ämter verhindert flexibles und schnelles Handeln und Umsteuern bei erkennbaren Missständen.

Gerade der Sanitätsdienst mit seinem Schichtbetrieb ist dringend auf rasch wirksame Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Dienst und Familie angewiesen. Arbeitsplatznahe Kindertagesstätten und -krippen müssen sowohl von ihrer Anzahl als auch von ihrer Flexibilität her auch auf den tatsächlichen Bedarf des Sanitätsdienstes ausgerichtet werden. Öffnungszeiten, die sich nicht an den Dienstzeiten orientieren sowie eine zu geringe Anzahl an Betreuungsplätzen nützen den Angehörigen des Sanitätsdienstes wenig.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die sanitätsdienstliche Versorgung der Soldatinnen und Soldaten im In- und Ausland ist gewährleistet.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr hat nach seiner Zentralisierung sowie im Rahmen der Transformation umfassende strukturelle und prozessuale Veränderungen durchlaufen. Die Bundeswehrkrankenhäuser, die regionalen Sanitätseinrichtungen (RegSanEinr) und die Sanitätstruppe wurden konsequent auf den Auftrag der Einsatzunterstützung ausgerichtet. Diese Zentralisierung hat die sanitätsdienstlichen Fähigkeiten der Streitkräfte gebündelt. Dies war die Grundlage für den Abbau teilstreitkraftbedingter Redundanzen und die ressourcensparende Führung des Sanitätsdienstes aus einer Hand. Neben dem Effizienzgewinn konnte so auch eine Weiterentwicklung der Versorgungsqualität im Einsatz und im Grundbetrieb erreicht werden. Dieses Modell dient zwischenzeitlich als Vorbild für vergleichbare Überlegungen unserer Verbündeten, insbesondere der USA. Die Umgliederungen zur Einnahme der Zielstruktur 2010, die in vielen Fällen mit Versetzungen und entsprechenden Belastungen für Soldaten und auch zivile Beschäftigte einhergingen, sind zu über 95 Prozent abgeschlossen.

Die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung ist dabei eine tragende Säule der Auftragerfüllung und der spezifischen Struktur der Streitkräfte. Im Vordergrund steht das dienstliche und fürsorgliche Interesse an der Gesundheit der Soldatinnen und Soldaten, auch mit dem Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung der uneingeschränkten Einsatzfähigkeit.

Kennzeichnend für den Sanitätsdienst der Bundeswehr ist eine besonders weitreichende Verzahnung mit dem zivilen Gesundheitswesen. Die enge Vernetzung mit dem zivilen Markt sowie mit regionalen Gesundheitseinrichtungen und damit die Behandlung von Zivilpatienten ist sowohl für die Funktionalität als auch für die Wettbewerbsfähigkeit essenziell.

Zur Wahrnehmung der sanitätsdienstlichen Versorgung der Soldatinnen und Soldaten im In- und Ausland gelang es in den zurückliegenden Jahren neben der Ausbildung von Sanitätsoffiziersanwärterinnen und -anwärtern, zusätzlich geeignetes ärztliches Personal auf dem zivilen Markt zu gewinnen und in den Personalkörper zu integrieren. Der notwendige Personalaufwuchs der Sanitäts-offiziere in Richtung Personalstrukturmodell 2010 verlief daher bis 2007 planmäßig. Inzwischen hat sich die Entwicklung umgekehrt. Das zivile Gesundheitssystem hat mit Anpassung der Stellenstrukturen, des Personalmanagements und der Prozesse sehr rasch reagiert. Durch erhebliche und vor allem schnelle Veränderungen der Tarifbedingungen und durch vielfältige außertarifliche Vergünstigungen konnte im zivilen Bereich die Attraktivität für qualifiziertes Personal deutlich erhöht werden. Erschwerend für die zukünftige Personalregeneration des Sanitätsdienstes kommt hinzu, dass sich im Gesundheitssystem in Deutschland ein zunehmender Ärztemangel entwickelt hat, einerseits durch Verminderung der Studierenden, andererseits durch erhebliche Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland bzw. in Managementpositionen im Gesundheitssystem abseits der kurativen Medizin. Darüber hinaus werden bis 2015 ca. 57 000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Altersgrenze er-

reichen und mit ihrem Eintreten in den Ruhestand das Problem weiter verschärfen.

Der sprunghafte Anstieg unplanmäßiger ärztlicher Personalverluste in 2008 führt zu einem erstmaligen Rückgang des Personalumfangs der Sanitätsoffiziere, der bei Verstetigung eine Realisierung des erforderlichen Aufwuchses unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht erwarten lässt. Angesichts dieser Entwicklung wurden bereits erste Maßnahmen zur verstärkten Personalbindung eingeleitet.

So können junge Sanitätsoffiziere künftig deutlich früher die Zusage für eine gebietsärztliche Weiterbildung erhalten, wenn ihre fachlichen Vorgesetzten in den Bundeswehrkrankenhäusern ihnen eine diesbezügliche Eignung attestieren. Entsprechend langfristig wird nun die künftige Verwendungsplanung erfolgen und somit gerade dem ärztlichen Nachwuchs eine höhere Zukunftssicherheit vermittelt. Darüber hinaus wurde eine monatliche Zulage in Höhe von 600 Euro für Sanitätsoffiziere Arzt, die als Gebietsarzt (Facharzt) qualifiziert und eingesetzt oder zur Inübunghaltung als Rettungsmediziner verpflichtet sind, in das Dienstrechtsneuordnungsgesetz eingebracht.

Jedoch sind unter dem Aspekt der Konkurrenz um qualifiziertes ärztliches Personal am Gesundheitsmarkt weitere Anreize und Verbesserungen zu prüfen, um gerade das bereits zeitaufwändig und kostenintensiv ausgebildete ärztliche Fachpersonal längerfristig zu binden. Der Bundesminister der Verteidigung hat deshalb eine abteilungsübergreifende ministerielle Arbeitsgruppe eingerichtet, die zukunftsweisende Vorschläge zur Verbesserung der Attraktivität und Funktionalität im Sanitätsdienst der Bundeswehr erarbeiten soll.

1. Wie bewertet die Bundesregierung die Entwicklung des Sanitätsdienstes seit dessen Aufstellung als selbständigen Organisationsbereich neben den Teilstreitkräften?

Die Aufstellung des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr (ZSanDstBw) als selbständiger Organisationsbereich ermöglicht einen ressourcensparenden Einsatz von Personal und Material durch die Vermeidung von früheren Parallelstrukturen in den Sanitätsdiensten der Teilstreitkräfte. Zudem wurde durch die Zentralisierung eine standardisierte Weiterentwicklung des komplexen sanitätsdienstlichen Versorgungsauftrags im Inland und die Sicherstellung der medizinischen Unterstützung und Versorgung der Einsätze im derzeitigen Umfang damit erst ermöglicht. Diese Weiterentwicklung umfasst neben wehrmedizinisch fachlichen Aspekten zwingend auch strukturelle und organisatorische Belange.

Strukturell ist der ZSanDstBw mit der einsatzorientierten Neuausrichtung der Bundeswehrkrankenhäuser und der Sanitätstruppe sowie der Neuordnung der flächendeckenden ambulanten sanitätsdienstlichen Versorgung in Deutschland gut aufgestellt.

Die personelle und materielle Leistungsfähigkeit des ZSanDstBw im In- und Ausland wurde seit der Aufstellung als eigenständiger Organisationsbereich konsequent weiterentwickelt und ist innerhalb der Teilstreitkräfte und bei internationalen Partnern anerkannt. Um allerdings diese Leistungsfähigkeit nachhaltig zu konsolidieren, sind vor dem Hintergrund der aktuellen Personallage, der demographischen Entwicklung und des langfristigen Ärztemangels in Deutschland gezielte Optimierungsprozesse eingeleitet. Diese betreffen neben strukturellen, organisatorischen und fachlichen Verbesserungen auch die zukunftsfähige Ausrichtung des Sanitätsdienstes zur Wahrnehmung der notwendigen Anknüpfungspunkte im deutschen Gesundheitssystem.

2. Wie soll die Grundaufgabe des Zentralen Sanitätsdienstes, nämlich die Versorgung der Soldaten im Inland, vor dem Hintergrund der im Sachstandsbericht der Bundesregierung zur aktuellen Lage der Personalentwicklung im Sanitätsdienst der Bundeswehr vom 21. November 2008 (Ausschussdrucksache 16(12)658) eingeräumten Probleme zukünftig strukturell sichergestellt werden?

Der Versorgungsauftrag des Sanitätsdienstes für die Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr beginnt im Einsatz und wird mit der so genannten Behandlungsebene 4 im Inland beendet. Dies erfordert insgesamt ein reibungslos funktionierendes komplexes Verbundsystem medizinischer Behandlungseinrichtungen, Verwundetentransportmittel und spezifischer Fähigkeiten. Im Inland wird medizinische Versorgung im Regelfall in Bundeswehrkrankenhäusern (BwKrhs) und RegSanEinr ambulant und stationär geleistet.

Durch die unvorhergesehenen Personalverluste des vergangenen Jahres wird es bereits heute absehbar zu Anpassungen bei der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung im Inland kommen. Die beschriebenen Personalverluste zwingen dazu, temporäre Kompensations- und regionale Priorisierungsmodelle zu untersuchen, um flächendeckend eine bedarfsgerechte sanitätsdienstliche Versorgung zu gewährleisten. Unter anderem wird zu prüfen sein, in welchem Umfang und welchem Zeitrahmen eine verstärkte Abstützung auf Leistungen des zivilen Gesundheitswesens unausweichlich ist, um die medizinische Versorgung sicherzustellen.

3. Wie beurteilt die Bundesregierung das Vertrauen der Angehörigen des Sanitätsdienstes in ihren Dienstherrn?

Auf eine belastbare methodische Untersuchung zu dieser Fragestellung kann nicht zurückgegriffen werden.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr verfügt über einen sehr differenzierten und vielschichtigen Personalkörper, der sanitätsdienstliche Laufbahnen der Mannschafts-, Unteroffiziers- und Offizierebene aufweist. Auf eine systematische Störung des Vertrauens der Angehörigen des Sanitätsdienstes in den Dienstherrn ergeben sich keine Hinweise. Vielmehr finden sich vereinzelt kritische Meinungsäußerungen stets mit Zielrichtung auf bekannte Problemfelder. Die beschriebenen Belastungsmomente und die Schaffung attraktiverer Arbeitsbedingungen wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe bereits aufgegriffen. Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

4. Kann nach Auffassung der Bundesregierung im Rahmen der Grundversorgung ein reguläres Arzt-Patienten-Verhältnis aufrechterhalten werden („Hausarzt der Soldaten“)?

Die medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr durch eigene Ärztinnen und Ärzte (Sanitätsoffiziere Arzt) ist ein elementarer Bestandteil der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung. Insofern erfüllen die Truppenärztinnen und Truppenärzte auch hausärztliche Funktion. Sie sind jeweils für eine gewisse Anzahl Soldatinnen und Soldaten in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich. Entsprechend besteht, wie im zivilen Bereich, ein Arzt-Patienten-Verhältnis.

Die spezifischen Erfordernisse des Soldatenberufes wie z. B. die Teilnahme an Auslandseinsätzen, Übungen und wiederholte Versetzungen bedingen Wechsel in der Arzt-Patienten-Beziehung und führen damit systemimmanent zu einer Einschränkung der Kontinuität.

Um eine langfristig stabile Arzt-Patienten-Beziehung zu ermöglichen, werden die Leiterdienstposten der RegSanEinr regelmäßig durch Sanitätsoffiziere (SanOffz) Facharzt besetzt, deren lange Stehzeiten eine hohe Kontinuität für die Behandlung älterer und chronisch kranker Soldatinnen und Soldaten garantieren.

5. Welche Arbeitsergebnisse und Zwischenstände kann die abteilungsübergreifende ministerielle Arbeitsgruppe aufweisen, die zur Identifizierung von Verbesserungsmöglichkeiten des Sanitätsdienstes eingerichtet worden ist?
6. Welche Verbesserungs- und Weiterentwicklungsvorschläge hat die ministerielle Arbeitsgruppe erarbeitet?

Mit der Schaffung einer Zulage für kurativ tätige Fachärztinnen und Fachärzte und SanOffz Arzt mit regelmäßig in Übung gehaltener rettungsmedizinischer Qualifikation sowie einer deutlich früheren Zusage der gebietsärztlichen Weiterbildung für junge Sanitätsoffiziere bei attestierter Eignung wurden rasch Sofortmaßnahmen mit Signalwirkung zur Steigerung der Laufbahnattraktivität der SanOffz Arzt getroffen. Darauf aufbauend wurde die Arbeitsgruppe „Attraktivität und Funktionalität des Sanitätsdienstes der Bundeswehr“ beauftragt, in einer ganzheitlichen Betrachtung konkrete Vorschläge zu erarbeiten, wie die Personalbindung an den Sanitätsdienst erhöht und Struktur und Funktionalität des Sanitätsdienstes verbessert werden können. Hierzu hat diese bei ihrer konstituierenden Sitzung am 9. Dezember 2008 sieben Unterarbeitsgruppen eingerichtet, denen jeweils eigenständige Untersuchungsfelder zugewiesen wurden:

UAG I. Funktionalität und Struktur

1. DP-Bündelung TrArzt (A14/15)
2. Dotierungsverbesserungen SanOffz im klinischen Bereich
3. Binnenstruktur der BwKrhs
4. Steuerung und Betrieb von BwKrhs
5. Auswirkungen von identifiziertem Änderungsbedarf mit Schwerpunkt aus den Handlungsfeldern 3 und 4 auf die Organisations- und Führungsstruktur des ZsanDstBw

UAG II. Finanzielle Aspekte

1. Angemessene Vergütung von Anwesenheits- und Rufdiensten SanOffz
2. Prämiensystem und Zulagenregelungen
3. Honorierung einsatzrelevanter Zusatzqualifikationen
4. Finanzielle Honorierung von besonderer Einsatzhäufigkeit

UAG III. Personalführung

1. Erweiterte Möglichkeiten der Personalgewinnung
2. Erweiterte Möglichkeiten der Personalführung
3. Erweiterte Möglichkeiten der Personalbindung
4. Marketing eines positiven Berufsbildes

UAG IV. Laufbahngestaltung und Versorgung

1. Einsatzzeitkonten
2. Besondere Altersgrenzen (BS-Flex) für SanOffz BS einsatzrelevanter Fachgebiete
3. Seiteneinstieg von Offz und Einstellungsmöglichkeit bis zum Dienstgrad Oberst (o. vglb.)

UAG V. Laufbahn Truppenoffiziere des Sanitätsdienstes (Offz TrD San) und mögliche Alternativen

1. Untersuchung und Bewertung der Möglichkeiten einer Einführung und Ausgestaltung einer Laufbahn Offz TrD San
2. Untersuchung und Bewertung von hierzu bestehenden Alternativen

UAG VI. Kompensation familienbedingter Abwesenheiten

1. Mehrfachnutzung militärischer DP bei Teilzeitdienst
2. Kompensationsmechanismen für familienbedingte Abwesenheiten

UAG VII. Sonstige Maßnahmen

1. Gewinnung ehemaliger SanOffz Arzt als Vertragsärzte
2. Einsatz von Zeitarbeitspersonal
3. Ausgestaltung zivil-militärischer Funktionsverbünde
4. Einsatzgerechtigkeit

Erste Vorschläge für die Priorisierung von vorrangig bzw. beschleunigt zu untersuchenden Lösungsansätzen sowie die zeitliche und inhaltliche Strukturierung der weiteren Arbeit der einzelnen Unterarbeitsgruppen sind erfolgt. Die Arbeitsgruppe liegt somit im Zeitplan der Vorgabe, bis zum 30. September 2009 einen Abschlussbericht zu einem Gesamtkonzept mit realisierbaren Vorschlägen zur Steigerung der Laufbahnattraktivität und Erhöhung der Funktionalität des Sanitätsdienstes vorzulegen.

7. Wie viele Ärztinnen und Ärzte haben im Jahr 2008 den Sanitätsdienst verlassen?

Im Jahr 2008 haben 97 SanOffz Arzt die Streitkräfte auf eigene Initiative verlassen, davon 85 durch Verbeamtung nach § 125 Beamtenrechtsrahmengesetz (BRRG) und 12 Berufssoldatinnen und Berufssoldaten durch Kündigung. 18 weitere SanOffz wurden aus gesundheitlichen Gründen als dienstunfähig entlassen. Drei SanOffz Arzt sind im Jahr 2008 verstorben.

8. Wie viele Ärztinnen und Ärzte haben seit 2006 Ausbildungskosten an den Dienstherrn zurückerstatten müssen, um aus dem Dienst ausscheiden zu können (aufgeschlüsselt nach Jahren und Umfang der Rückerstattung)?

Folgend aufgeführte Anzahl SanOffz verließen die Streitkräfte unter der Pflicht zur Rückerstattung von Ausbildungskosten:

2006	2007	2008	2009
10	8	85	8

In diesem Zeitraum wurden für die folgende Anzahl SanOffz Arzt die unten aufgeführten Rückforderungssummen errechnet:

2006	2007	2008	2009
17	10	6	–
1 479 426 €	825 613 €	537 710 €	–

Der Unterschied in der Anzahl der erstellten Bescheide und der ausgeschiedenen SanOffz liegt in der zeitlich aufwändigen Berechnung und Bescheidung begründet. Diese Berechnung liegt in Zuständigkeit der Wehrbereichsverwaltungen. In 2008 sind noch eine Anzahl von Leistungsbescheiden zu berücksichtigen, die noch nicht rechtskräftig sind. Darüber hinaus sind die Leistungsbescheide für die zahlenmäßig seit 2008 erheblich gestiegenen Entlassungen auf der Grundlage des § 125 BRRG in der gültigen Fassung noch zu erstellen. Bei den angegebenen Beträgen handelt es sich um die berechneten Gesamtsummen der Rückzahlungsforderungen; tatsächlich erfolgt die Rückzahlung in monatlichen Einzelraten.

9. Wie viele Ärztinnen und Ärzte haben seit 2006 auf Versorgungsleistungen ganz oder teilweise verzichtet, um aus dem Dienst ausscheiden zu können (aufgeschlüsselt nach Jahren und Umfang der Rückerstattung)?

Folgend aufgeführte Umfänge an SanOffz haben auf ihre Versorgungsleistungen ganz oder teilweise verzichtet, um aus dem Dienst ausscheiden zu können:

	2006	2007	2008	2009
Entlassung nach § 46 Abs. 3 SG	8	6	12	–
Entlassung nach § 46 Abs. 6 SG	1	–	–	–

Eine Rückerstattung von Ausbildungskosten ist in diesen Fällen nicht vorgesehen.

10. Wie hoch ist der jahresdurchschnittliche Personalumfang der Sanitätsoffiziere seit 2002?

Der jahresdurchschnittliche Personalumfang SanOffz hat sich seit 2002 wie folgt entwickelt:

Jahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ¹
Umfang	2 777	2 799	2 871	3 091	3 127	3 148	3 067

11. In welchem Maße stellte dies eine Abweichung vom Zielumfang dar?

Die personalstrukturelle Vorgabe für den schrittweise einzunehmenden Zielumfang der SanOffz wurde im Zuge der Einsatzausrichtung des Sanitätsdienstes im Jahr 2004 mit dem Personalstrukturmodell (PSM) 2000 von 2 900 auf zunächst 3 176 erhöht. Mit einer erneuten Erhöhung im Jahr 2006 auf 3 496 trug

¹ Personalstärke SanOffz für 2008 zum Stichtag: 31. Dezember 2008.

das PSM 2010 neben dem Wegfall der Phase als Arzt im Praktikum (AiP) auch den gestiegenen ärztlichen Weiterbildungsanforderungen im Ausbildungsumfang Rechnung.

Während in den Jahren 2002 bis 2007 durch die Ausbildung von Sanitätsoffizieranwärtern und -anwärterinnen (SanOA) und die Gewinnung Approbierter vom zivilen Arbeitsmarkt ein stetiger Aufwuchs an SanOffz planmäßig realisiert werden konnte, bedingen die in 2008 rasant angestiegenen Personalverluste erstmalig einen Rückgang dieses Personalumfangs.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PSM-Zielumfang	2 900	2 900	3 176	3 176	3 496	3 496	3 496
IST SanOffz	2 777	2 799	2 871	3 091	3 127	3 148	3 067
Differenz	123	101	305	85	369	350	429

Vor dem Hintergrund der aktuellen Personalstärke von 3 067 SanOffz ist ein weiterer Aufwuchs um 429 zu leisten. Während der Zielumfang bei SanOffz Zahnarzt, Apotheker und Veterinär bereits annähernd erreicht werden konnte, ist der weiterhin erforderliche Aufwuchs im Wesentlichen bei den Ärztinnen und Ärzten zu leisten.

12. Welchen jahresdurchschnittlichen Personalumfang der Sanitätsoffiziere prognostiziert die Bundesregierung für die Jahre 2009 bis 2012?
13. Wie hoch prognostiziert die Bundesregierung die Abweichung vom Zielumfang?

Die jährliche Ausbildung von SanOA ist geeignet, die erforderliche Regeneration an SanOffz zu 90 bis 95 Prozent zu decken. Mit der zusätzlichen Gewinnung von Seiteneinsteigern gelang es in den zurückliegenden Jahren, einen ausreichenden Personalaufwuchs zu realisieren. Vor dem Hintergrund der Personalverluste und der starken Konkurrenz des zivilen Arbeitsmarktes 2008 resultiert dagegen eine Abnahme der Anzahl SanOffz um 81 gegenüber dem Vorjahr.

Die weitere Entwicklung des Personalumfangs der SanOffz wird davon abhängen, ob es gelingt, den Dienst als SanOffz Arzt in den Streitkräften so attraktiv zu gestalten, dass in direkter Konkurrenz zum zivilen Gesundheitssystem die Personalbindung für bestehendes Personal erhöht wird und darüber hinaus approbierte Seiteneinsteiger in ausreichender Zahl gewonnen werden können. Eine quantitative Prognose ist vor dem Hintergrund bereits getroffener Sofortmaßnahmen und der Arbeiten an einem Konzept zur Steigerung der Attraktivität im Sanitätsdienst zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

14. Wie haben sich die Bewerberumfänge der Sanitätsoffiziersanwärterinnen und -anwärter in den Jahren 2000 bis 2008 entwickelt?
15. Wie prognostiziert die Bundesregierung die Entwicklung der Bewerberumfänge der Sanitätsoffiziersanwärterinnen und -anwärter für die Jahre 2009 bis 2012?

Die Entwicklung des Bewerbungsumfanges für die Laufbahn der Offiziere des Sanitätsdienstes stellt sich in den Jahren 2000 bis 2008 wie folgt dar:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Bewerbungen	2 195	1 444	1 398	1 247	1 444	1 700	2 095	1 497	1 194

Eine verlässliche Prognose der Entwicklung des Bewerbungsaufkommens für die Laufbahn der Offiziere des Sanitätsdienstes in den Jahren 2009 bis 2012 kann nicht erfolgen. Über die bekannte demographische Entwicklung hinaus wirken sich neben den individuellen Motivationslagen insbesondere auch die jeweilige, zum Teil auch regional unterschiedliche Arbeitsmarktlage auf die Entwicklung der Bewerbungsumfänge ursächlich aus.

16. Kann das Prinzip der Bestenauslese aufrechterhalten werden?

Unter Berücksichtigung des in den letzten Jahren nahezu unveränderten jährlichen Regenerationsbedarfes von 234 SanOA kann auch vor dem Hintergrund der aktuell rückläufigen Bewerbungsumfänge auf absehbare Zeit das Prinzip der Bestenauswahl aufrechterhalten werden.

17. Wie hoch ist die Tagesantrittsstärke der Truppenärzte, exklusive der Vertragsärzte (Abwesenheitsgründe aufgeschlüsselt nach Einsatz im Ausland, Urlaub, Weiterbildung, Mutterschutz, Krankheit etc.)?

Die so genannte Tagesantrittsstärke und damit der Anteil Truppenärztinnen und Truppenärzte, die zur ärztlichen Versorgung im Grundbetrieb tatsächlich zur Verfügung standen, betrug im Jahresdurchschnitt 2008 ca. 53 Prozent (Besetzungsgrad der Dienstposten durchschnittlich 90 Prozent). 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. Durch die zusätzliche Ausbringung von Dienstposten zur Kompensation der Einsatzabwesenheit konnte die Tagesantrittsstärke auf ca. 60 Prozent gesteigert werden. Die prozentuale Gewichtung der Abwesenheitsgründe bezogen auf die Gesamtzahl der Truppenärztinnen und Truppenärzte stellte sich wie folgt dar:

Aus-, Fort- und Weiterbildung	4 Prozent
Mutterschutz/Elternzeit	5 Prozent
Einsatz	7 Prozent
Krankheit	4 Prozent
Urlaub/Freistellung	14 Prozent
Sonstiges ²	3 Prozent
Vakante Dienstposten	10 Prozent

² U. a. Ausbildungsunterstützung/Sonderaufgaben.

Ein Instrument zur Kompensation vorübergehender Abwesenheiten von Truppenärztinnen und Truppenärzten und zur zeitlich begrenzten Steigerung der ärztlichen Präsenz in RegSanEinr ist der Einsatz von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten.

18. Erwägt die Bundesregierung, Sanitätsoffiziere, die nach 16 Dienstjahren regulär ausscheiden, darüber hinaus weiter zu beschäftigen?

Die grundsätzliche Verpflichtungsdauer der jährlich 234 eingestellten SanOA beträgt 17 Jahre und ist darauf ausgerichtet, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Studium und Weiterbildung auf der einen Seite und Dienstleistung für die Bundeswehr auf der anderen Seite herzustellen. Pro Jahr können 54 SanOffz in das Dienstverhältnis einer Berufssoldatin/eines Berufssoldaten (BS) übernommen werden.

Um stets eine ausreichende Anzahl SanOffz Arzt in allen Altersbändern und Qualifikationsstufen verfügbar zu haben, wird geeigneten Ärztinnen und Ärzten frühzeitig ein Angebot unterbreitet, welches diesen gegen eine Dienstzeitverlängerung von zumeist drei Jahren die Weiterqualifikation zur Fachärztin bzw. zum Facharzt garantiert. In den zurückliegenden Jahren wurde dieses Angebot regelmäßig von über 50 Prozent der Ärztinnen und Ärzte eines Offizierjahrganges bis zu einer maximalen Verpflichtungsdauer von 25 Jahren angenommen.

In der Zusammenschau realisierter Dienstzeitverlängerungen und BS-Übernahmen ehemaliger SanOA schieden in den zurückliegenden Jahren damit stets weniger als die Hälfte der SanOffz bereits nach Ablauf ihrer ursprünglichen Verpflichtungsdauer von 17 Jahren aus der Bundeswehr aus.

19. Wie viel höher sind die finanziellen Aufwendungen für einen Vertragsarzt gegenüber einem ggf. über das 16. Dienstjahr hinaus beschäftigten Sanitätsoffizier mit vergleichbarer Berufserfahrung und Qualifikation?

Grundsätzlich sind unmittelbare Vergleiche zwischen den Kosten für die Tätigkeit eines Vertragsarztes der Bundeswehr und einem SanOffz mit vergleichbarer Berufserfahrung und Qualifikation nur im Einzelfall möglich. Pauschalisiert lässt sich feststellen, dass unter Berücksichtigung der Kostenrichtlinie die Kosten für einen SanOffz der Besoldungsgruppe A14 (einschließlich der kalkulatorischen Versorgungsleistung) pro Stunde ca. 42 Euro betragen. Die Besoldungserhöhung 2008/2009 wurde bei der Berechnung berücksichtigt.

Die Vergütung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Bundeswehr beträgt grundsätzlich für eine oder die erste Doppelstunde 80 Euro, für die zweite Doppelstunde 50 Euro und 250 Euro als Tagespauschale.

In Einzelfällen, insbesondere zur Vertretung von Fachärztinnen und Fachärzten in BwKrhS, werden erforderlichenfalls erhöhte Vergütungen gezahlt.

20. Wie viele Vertragsärzte konnten zwischen 2002 und 2008 jährlich für den Dienst im Sanitätsdienst gewonnen werden?

Im Hinblick auf die Zusammenlegung der Wehrbereichsverwaltungen und Zentralisierung der Verwaltungsaufgaben wurde das Aufgabengebiet „Vertragsabschluss mit zivilen Ärztinnen und Ärzten“ in 2002 und 2003 reorganisiert. Gesicherte Zahlen für die in den Jahren 2002 und 2003 bestehenden Rahmenverträge mit Vertragsärzten der Bundeswehr liegen nicht vor.

Jeweils zu Beginn des Jahres bestanden Rahmenverträge mit folgender Anzahl an Ärzten:

2004	2005	2006	2007	2008
1 720	1 711	1 587	1 320	1 114

Die Anzahl abgeschlossener Rahmenverträge in den einzelnen Jahren war allerdings höher, da mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig Rahmenverträge zu verschiedenen Aufgabengebieten geschlossen hatten (z. B. Tagesdienst und Bereitschaftsdienst).

Von den zur Verfügung stehenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten wurde täglich jeweils nur ein Bruchteil mit der Wahrnehmung der Vertretung von SanOffz beauftragt.

21. Wie hoch ist der Anteil frühzeitiger Personalverluste bei den Vertragsärzten aufgrund nicht angetretener oder vorzeitig beendeter Eignungsübungen?

Mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der Bundeswehr wird ein Rahmenvertrag über ihre Tätigkeit geschlossen, dieser begründet kein Angestelltenverhältnis. Auf Grundlage dieses Rahmenvertrages werden die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Bundeswehr dann jeweils tageweise oder über einen längeren Zeitraum beauftragt, sofern z. B. Dienstposten nicht besetzt oder der Dienstposteninhaber nicht anwesend ist.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der Bundeswehr leisten demnach keine Eignungsübungen. Sofern eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt der Bundeswehr für eine Tätigkeit bei der Bundeswehr nicht mehr zur Verfügung stehen will oder kann, müsste sie bzw. er den Rahmenvertrag kündigen.

22. Wie viele der Vertragsärzte haben nach Antritt des Dienstes seit 2002 den Sanitätsdienst wieder verlassen?

Aus den in der Antwort zu Frage 20 dargelegten Zahlen ergibt sich, dass die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die einen Rahmenvertrag als Vertragsärztin oder Vertragsarzt der Bundeswehr geschlossen haben, leicht rückläufig ist.

23. Wie ist die Vergütung der Vertragsärzte geregelt?

Die Vergütung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Bundeswehr ist in einer zentralen Dienstvorschrift geregelt. Die Vergütung ist unterschiedlich hoch, je nachdem welche Tätigkeit wahrgenommen wird.

Für einen erheblichen Anteil der Tätigkeiten, z. B. anstelle einer Truppenärztin oder eines Truppenarztes, gilt grundsätzlich folgende Vergütung:

Für eine oder die erste Doppelstunde 80 Euro, für die zweite Doppelstunde 50 Euro und 250 Euro als Tagespauschale.

24. Welchen Stand hat der Aufwuchs klinischer Gebietsärztinnen und -ärzte im Hinblick auf die Einnahme der Zielstruktur erreicht (aufgeschlüsselt nach Fachgebiet/Funktion)?

Der Soll/Ist-Vergleich stellt sich für die klinischen Fachgebiete aktuell wie folgt dar:

Fachgebiet/Funktion	Dienstposten Facharzt (Zielstruktur)	Ist Facharzt (31. 10. 2008)
Augenheilkunde	34	24
Anästhesie	161	109
Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin	27	27
Chirurgie*	134	114
Neurochirurgie	26	14
Dermatologie	33	28
HNO	38	31
Innere Medizin	95	68
Hygiene/Öffentliches Gesundheitswesen	27	15
Labor	16	12
Mikrobiologie	29	14
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	18	13
Neurologie	18	12
Nuklearmedizin	7	6
Orthopädie	0	4
Pathologie	12	6
Pharmakologie/Toxikologie	9	4
Physiologie	5	3
Psychiatrie	40	22
Radiologie	42	33
Transfusionsmedizin	4	4
Urologie	27	22
Gesamt	802	585

* Chirurgie mit Spezialisierungen: Visceral-, Thorax-, Gefäß-, Herzchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Plastische und Wiederherstellungschirurgie

25. Wie prognostiziert die Bundesregierung den weiteren notwendigen Aufwuchs klinischer Gebietsärztinnen und -ärzte im Hinblick auf die Einnahme der Zielstruktur für die Jahre 2009 bis 2012 (aufgeschlüsselt nach Fachgebiet/Funktion)?

Die Einnahme der Struktur 2010 ging für die Fachgebiete Anästhesie, Chirurgie und Innere Medizin mit einem signifikanten Zuwachs an Dienstposten einher. Dem absehbar erforderlichen personellen Aufwuchs wurde frühzeitig

durch Maßnahmen zur verstärkten Personalbindung und vermehrten Personalgewinnung Rechnung getragen.

Vor dem Hintergrund der erheblich gesteigerten Attraktivität zivilberuflicher Alternativen zeigte sich im Jahr 2008 sowohl das Interesse an einer Übernahme in das Dienstverhältnis eines Berufssanitätsoffiziers als auch das Interesse von bereits approbierten Seiteneinsteigern an einer Einstellung als SanOffz Arzt deutlich rückläufig. Gerade die einsatzrelevanten Fachgebiete mit großem Personalbedarf (z. B. Anästhesie, Chirurgie) und einige Fächer mit vergleichsweise geringem personellen Multiplikator (Radiologie, Neurochirurgie) waren von dem quantitativ und qualitativ abnehmenden Bewerbungsinteresse betroffen.

Insgesamt weist die Bilanz aus zu erwartenden Weiterbildungsabschlüssen und absehbaren Zuruhesetzungen gegenwärtig für die klinischen Fachgebiete einen zu geringen Personalaufwuchs auf, um die personelle Zielgröße bis 2010 zu erreichen.

Die weitere Entwicklung des Personalumfangs klinischer Gebietsärztinnen und -ärzte wird primär davon abhängen, ob es gelingt, ausreichend approbierte Seiteneinsteiger vom mit hohem Konkurrenzdruck einwirkenden zivilen Arbeitsmarkt zu gewinnen. Eine quantitative Prognose ist vor dem Hintergrund bereits getroffener Sofortmaßnahmen und der Arbeiten an einem Konzept zur Steigerung der Attraktivität im Sanitätsdienst zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

26. Wie viele Dienstposten sind in den Regionalen Sanitätseinrichtungen seit 2002 jahresdurchschnittlich vakant?

Im Bereich der RegSanEinr waren in den Jahren 2002 bis 2008 zwischen ca. 3 und 10 Prozent der Dienstposten TrArzt über einen längeren Zeitraum³ vakant. Am 1. Februar 2009 waren dies 13 Prozent.

27. Wie prognostiziert die Bundesregierung die Entwicklung der vakanten Dienstposten in den Regionalen Sanitätseinrichtungen für die Jahre 2009 bis 2012?

Der Anstieg der unplanmäßigen ärztlichen Personalverluste in 2008 wirkt sich kurzfristig besonders in den RegSanEinr aus. In ca. 68 Prozent der Fälle (71 von 104)⁴ handelte es sich um junge Assistenzärztinnen und -ärzte in der ersten Hälfte der klinischen Weiterbildung bzw. zu Beginn der Verwendung als TrArzt, die den Streitkräften aktuell bzw. in naher Zukunft für die truppenärztliche Versorgung im Inland und die notfallmedizinische Versorgung im Auslandseinsatz sowie aufgrund ihrer weit in der Zukunft liegenden Dienstzeitenden für die langfristige Bedarfsdeckung und Facharztregeneration fehlen.

Weiterhin werden familienbedingte Beurlaubungen, die zwischenzeitlich von 12 Prozent^{5,6} der TrÄrzte und -ärztinnen in Anspruch genommen werden, an Bedeutung gewinnen und ihre Wirkung unmittelbar in den RegSanEinr.

³ Mindestens sechs Monate.

⁴ Personalverluste SanOffz Arzt (§125 BRRG/§46 Abs. 3 SG) 2008 (insgesamt 97) und 2009 (aktuell 7) mit Stichtag 27. Januar 2009.

⁵ Der tatsächliche Anteil familienbedingt beurlaubter Truppenärztinnen und Truppenärzte ist mit 12 Prozent deutlich höher als mit 5 Prozent familienbedingter Abwesenheiten in der Antwort zu Frage 17 erfasst, da ab einer 12-monatigen Beurlaubung eine Leerstelle zur Verfügung gestellt wird und der Dienstposten damit erneut besetzt werden kann. Diese Truppenärztinnen und Truppenärzte werden dann bei Betrachtung der Tagesantrittstärke nicht mehr mitgezählt.

⁶ 73 von 609 TrÄrzten der Dotierungshöhe A 13/14, einschließlich der Dienstposten Einsatzergänzungspersonal.

Der aktuelle Anteil vakanter Dienstposten TrArzt liegt bei 13 Prozent. Absehbar ist jedoch bereits jetzt ein weiterer Anstieg in der zweiten Jahreshälfte 2009.

Eine genaue Prognose ist nicht möglich, da dies von der Wirksamkeit der beschriebenen Maßnahmen zur Erhöhung der Personalbindung und -gewinnung abhängt.

28. Besteht die Absicht, die sechsmonatige Nachbesetzungssperre auf wichtigen Dienstposten in den Bundeswehrkrankenhäusern über die bisher bestehenden Ausnahmeregelungen hinaus aufzuheben?

Nein

29. Wenn nein, wieso?

Mit den Erlassen zu Einstellungsstopp und Nachbesetzungssperre wurde festgelegt, dass freie oder frei werdende Dienstposten, die intern, d. h. mit bereits bei der Bundeswehr beschäftigtem Zivilpersonal nicht nachbesetzt werden konnten, grundsätzlich für sechs Monate frei bleiben.

Soweit in begründeten Einzelfällen bei unabweisbar dringendem Bedarf eine externe Besetzung freier Dienstposten innerhalb der Frist von sechs Monaten erforderlich wurde, war unter Darlegung der maßgebenden Gründe mit Genehmigung des zuständigen Personalführungsreferates im Ministerium eine Nachbesetzung im unmittelbaren Anschluss an das Freiwerden des Dienstpostens möglich. Diese Ausnahmegenehmigungen wurden für das Fachpersonal in nahezu allen beantragten Fällen erteilt.

Mit Erlass vom 8. September 2008 wurde eine weitere Lockerung zur Besetzung struktursicherer Dienstposten in bestimmten Funktionsbereichen der BwKrhs zugelassen, um einen funktionalen Krankenhausbetrieb sicherzustellen. Hierzu gehören das Krankenpflegepersonal, das technische Assistenzpersonal sowie Arzthelfer/Arzthelferinnen. Die geschaffene Sonderregelung sieht vor, dass bestehende Arbeitsverhältnisse entfristet bzw. unbefristete Nachbesetzungen bereits mit Vakantwerden der Dienstposten erfolgen können, wenn erkennbar kein strukturbetroffenes Personal vorhanden ist und absehbar auch nicht zur Verfügung stehen wird. Zugleich wurde diesen Maßnahmen eine hohe Priorität gegenüber anderen Personalmaßnahmen durch Bereitstellung der erforderlichen Haushaltsmittel eingeräumt.

Darüber hinaus gehender Handlungsbedarf wird derzeit nicht gesehen.

30. Wie viele Abteilungen in den Bundeswehrkrankenhäusern können aufgrund der aktuellen Personalsituation am Notdienst dauerhaft oder vorübergehend nicht teilnehmen?

Im medizinischen Bereich ist der „Notdienst“ als „kassenärztlicher Notdienst“ definiert. An diesem „Notdienst“ nehmen Krankenhäuser und damit auch BwKrhs grundsätzlich nicht teil, da dies Teil der vertragsärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist.

Soweit Patientinnen und Patienten im Rahmen einer medizinischen Notfallsituation nicht ambulant behandelt werden können, erfolgt die Versorgung in Krankenhäusern, die über die erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten verfügen, also insoweit auch in BwKrhs.

Tritt aus Gründen, wie z. B. fehlenden personellen Ressourcen, unzureichender materieller Ausstattung für die Behandlung von spezifischen Erkrankungen oder Baumaßnahmen, die Situation ein, dass BwKrhS oder zivile Krankenhäuser, zeitlich begrenzt Patienten nicht aufnehmen können, erfolgt die Information seitens der Abteilungs- oder Krankenhausführung an die entsprechend zuständigen Stellen, wie z. B. die Leitstellen des Rettungsdienstes. Da es sich bei den Einschränkungen des Versorgungsumfanges meist um zeitlich begrenzte und auch kurzfristige Ausnahmetatbestände handelt, liegen hierzu keine statistischen Daten aus den BwKrhS vor.

31. Trifft es zu, dass im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz die Station, die schwere Brandverletzungen versorgen kann, geschlossen wurde, obwohl es die einzige Station dieser Art im Sanitätsdienst ist?

Eine uneingeschränkte Behandlung schwerstbrandverletzter Patienten ist derzeit am BwZKrhS Koblenz nicht möglich, da innerhalb eines Jahres ein hierauf spezialisierter SanOffz verstarb und ein zweiter krankheitsbedingt nicht einsetzbar ist.

32. Wenn ja, wieso?

Ursache für die derzeitige Einschränkung ist ein Personalengpass im gebietsärztlichen und pflegerischen Bereich. Bis sich die bereits eingeleiteten Regenerationsmaßnahmen auswirken können, erfolgt eine Zusammenarbeit der Bundeswehr mit spezialisierten zivilen Einrichtungen für Schwerstbrandverletzte.

33. Wie kann in Zukunft die unentgeltliche Truppenärztliche Versorgung in den Regionalen Sanitätseinrichtungen sichergestellt werden?

Die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung wird grundsätzlich auch in Zukunft durch SanOffz Arzt in RegSanEinr sichergestellt werden. Vorübergehende Vakanzen werden durch (über)regionales Vakanzenmanagement im Sinne einer Ressourcenbündelung sowie durch die verstärkte Einbindung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten kompensiert.

34. Mit welchen Anreizen soll qualifiziertes ärztliches Personal für die Umsetzung der neuen Stärke- und Ausrüstungsnachweisung (STAN) zum Dienst in der Bundeswehr gewonnen werden?
35. Welche Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung sind für Sanitätsoffiziere geplant?

Auf die Antwort zu den Fragen 5 und 6 sowie die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

36. Wie wird sichergestellt, dass das Personal in Übung gehalten wird?

Die Inübunghaltung (der Kompetenzerhalt) des medizinischen Assistenzpersonals sowie des ärztlichen Personals erfolgt entsprechend der Grundsätze für die Durchführung der fachlichen Inübunghaltung im ZSanDstBw sowie auf der Grundlage des Katalogs der einsatzbezogenen medizinischen Ausbildungs- und Inübunghaltungsziele, die der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr am 1. Januar 2004 für das medizinische Assistenzpersonal bzw. am 16. Mai 2006 für ärztliches Personal erlassen hat.

Die Umsetzung durch das Sanitätsamt der Bundeswehr beinhaltet weitere Vorgaben u. a. zu Art, Dauer, praktischen und theoretischen Anteilen. Die Steuerung der Maßnahmen zum Kompetenzerhalt ist Aufgabe der Sanitätskommandos.

Die einsatzbezogene Kompetenzentwicklung und der Erhalt der erworbenen Kompetenzen erfolgt bei SanOffz Arzt grundsätzlich in den BwKrhs und beinhaltet die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt entsprechend den Vorgaben der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern. Darüber hinaus werden über die zivile Systematik der Facharztweiterbildung hinausgehende ärztliche, wehrmedizinische und militärische Kompetenzen vermittelt und erhalten.

Durch eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Ausbildung durch die eigens hierzu eingerichtete Projektorganisation (ProjOrg WE Ausb SanDstBw) wird u. a. sichergestellt, dass der Kompetenzerwerb und -erhalt kontinuierlich den zivilen und militärischen Anforderungen entspricht.

37. Inwiefern wird die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung durch den Umstand beeinträchtigt, dass sich rund 900 Feldwebel im Sanitätsdienst jährlich in der Zivilerwerblichen Aus- und Weiterbildung (ZAW) befinden?
38. Wie beeinträchtigt dies die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung?

Die jährlich in der Zivilerwerblichen Aus- und Weiterbildung (ZAW) eingesteuerten ca. 350 Feldwebelanwärterinnen und -anwärter dienen der Personalregeneration für ausscheidende Zeit- und Berufssoldaten. Sie werden außerhalb von STAN-Dienstposten auf gesonderten Schülerstellen geführt und schränken somit die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung nicht ein.

Soldatinnen und Soldaten für Verwendungen mit Berufsbildern, die auf dem zivilen Arbeitsmarkt nur unzureichend gewonnen werden können, müssen zwangsläufig über den zeitintensiven Weg der ZAW ausgebildet werden. Zwischenzeitlich hat sich durch den stetigen Rücklauf von Sanitätsfeldwebeln aus der ZAW die in der anfänglichen Regenerationsphase, bedingt durch eine unerwartet hohe Fluktuation beim Zivilpersonal, zeitweilig kritische Lage in den BwKrhs bereits entspannt. So haben z. B. im Zeitraum IV/2004 bis III/2008 knapp 2 800 Soldatinnen und Soldaten des Sanitätsdienstes eine zivilerwerbliche Ausbildung in einem nichtakademischen Beruf des Gesundheitswesens absolviert. Im Zeitraum IV/2008 bis IV/2010 werden weitere 832 „Rückkehrer“ aus der ZAW erwartet. Mit Ausnahme der sehr ausbildungsintensiven Verwendungen Fachkrankenschwestern und Fachkrankenpfleger und Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten, die auch im zivilen Gesundheitssystem eine Mangelqualifikation darstellen, wird auf der Grundlage einer aktuellen Prognose eine Besetzung von mindestens 90 Prozent in allen Tätigkeitsbereichen bis Ende 2010 gelingen.

39. Wie viele Sanitätsoffiziere waren über den Zeitraum 2005 bis 2008 im Auslandseinsatz?
- Wie viele von diesen waren zwei Mal im Einsatz?
- Wie viele von diesen waren drei Mal und häufiger im Auslandseinsatz?

Im Zeitraum 2005 bis 2008 waren insgesamt 1 318 SanOffz im Einsatz, davon:

ein Mal	zwei Mal	drei Mal und häufiger
594	355	369

40. Wie hoch ist die jährliche Durchschnittsabwesenheitszeit durch Auslandseinsätze bei den Fachärzten, nur berechnet auf den Umfang der Fachärzte, die auslandsdienstverwendungsfähig sind und tatsächlich im Auslandseinsatz waren?

Nachfolgende Durchschnittsabwesenheitszeiten als Folge der Auslandseinsätze wurden für die Fachärztinnen und Fachärzte ermittelt⁷:

2005	2006	2007	2008
45 Tage	46 Tage	46 Tage	46 Tage

41. Wie hoch ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Sanitätsdienst, die nicht vorwiegend am Patienten tätig sind?

Im ZSanDstBw sind derzeit 1 895 Dienstposten für SanOffz Arzt ausgebracht. Zusätzlich werden weitere 480 SanOffz Arzt auf so genannte Schülerstellen (zbV) geführt. Somit sind insgesamt 2 375 Stellen für SanOffz Arzt vorhanden. Von diesen sind 2 048 (86,2 Prozent) für die unmittelbare ärztlich-kurative Versorgung ausgeplant, 209 (8,8 Prozent) für ärztlich-hoheitliche (z. B. Öffentliches Gesundheitswesen), ärztlich-gutachterliche oder fachdienstliche Aufgaben. In der Summe sind somit 95 Prozent aller verfügbaren Stellen unmittelbar approbationspflichtig. Die verbleibenden 118 (5 Prozent) der SanOffz Arzt sind vorwiegend nicht am Patienten tätig. Bei 54 dieser SanOffz wird jedoch die ärztliche Expertise für die Aufgabenwahrnehmung, z. B. im Bereich der Einsatzplanung, der Lehre oder des Qualitätsmanagements benötigt; die verbleibenden 64 (2,7 Prozent) Dienstposten können, bei entsprechender Anpassung der Aufgabenverteilung, auch durch entsprechend qualifizierte Truppenoffiziere besetzt werden.

42. Wie hat sich der Anteil, der nicht vorwiegend am Patienten tätigen Ärztinnen und Ärzte mit der sukzessiven Einnahme des Personalstrukturmodells 2010 verändert?

Die schrittweise Erhöhung des Gesamtumfanges an SanOffz im PSM kam ausschließlich dem unmittelbar ärztlich-kurativen Anteil zugute.

43. Ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die nicht vorwiegend am Patienten tätig sind, höher als in zivilen Krankenhäusern?

Nein, für das zivile Gesundheitswesen ergibt sich gemäß dem Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung⁸ ein mit 8,9 Prozent erheblich höherer Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die außerhalb von klassisch ärztlichen Tätigkeitsfeldern arbeiten.

Die BwKrhs werden durch Chefärztinnen und Chefärzte geführt, die mit den klinischen Direktoren der zivilen Kliniken vergleichbar sind. Darüber hinaus werden in den BwKrhs die Bereiche des Medizincontrollings und des ärztlichen Qualitätsmanagements, ebenso wie in zivilen Häusern, durch Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen. In den Stäben der BwKrhs ist darüber hinaus kein ärztliches Personal eingesetzt.

⁷ Zugrunde gelegt wurde die Summe der geleisteten Einsatztage bezogen auf den jeweiligen Jahreszeitraum dividiert durch die Anzahl der SanOffz mit einer Facharzt ATN, die tatsächlich im Beobachtungsjahr im Einsatz waren.

⁸ Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2007 für die Jahre 2001 bis 2006.

44. In welchem Umfang wird derzeit Sanitätspersonal zur Bewachung/Sicherung der Feldlager im Auslandseinsatz eingesetzt?

Sanitätspersonal wird vereinzelt zu Wach- bzw. Sicherungsaufgaben herangezogen.

Im Durchschnitt sind durch den Sanitätseinsatzverband KFOR ca. fünf bis sechs 24-Stunden-Dienste pro Woche zu stellen. Dieses trat insbesondere seit dem kurzfristigen Abzug der georgischen Sicherungskräfte ein. Zukünftig wird das Einsatzbataillon diese Aufgaben übernehmen.

45. Wie werden Angehörige des Sanitätsdienstes für Auslandseinsätze vorbereitet?

Die Vorbereitung des Personals des ZSanDstBw beinhaltet militärische wie fachliche Aus-, Weiter- und Fortbildungsanteile.

Die einsatzvorbereitende Ausbildung ist integraler Bestandteil der Truppen- sowie Führeraus- und -fortbildung. Sie erfolgt gemäß der Weisung des Generalinspektors der Bundeswehr für die einsatzvorbereitende Ausbildung für Konfliktverhütung und Krisenbewältigung (EAKK) in der aktuellen Version vom 18. Mai 2008 bzw. der Umsetzungsweisung des Inspektors des Sanitätsdienstes vom 30. Mai 2006 in einem ganzheitlichen Konzept und greift bereits in der Allgemeinen Grundausbildung (AGA) einsatzrelevante Themen auf. Sie führt über die Aufbauausbildung EAKK mit dem Schwerpunkt Individual- und Teamausbildung, sowie über die Auffrischungsausbildung EAKK mit dem Ziel des Haltens und Aktualisierens von Fähigkeiten und Fertigkeiten, um einen einheitlichen Abholpunkt für die unmittelbar vor Einsatzbeginn stattfindende Zusatzausbildung (ZA) EAKK (standortgebunden sowie in zentralen Ausbildungseinrichtungen) zu erreichen. Das Sanitätsführungskommando stellt vor dem Einsatz sicher, dass die notwendigen Ausbildungsabschnitte von jeder Soldatin und jedem Soldaten seines Verantwortungsbereichs absolviert werden.

Darüber hinaus erfolgen im Rahmen der fachlichen Einsatzvorbereitung zusätzliche einsatzvorbereitende Ausbildungen, z. B. um Fachärztinnen und Fachärzten oder medizinischem Assistenzpersonal zusätzliche Kenntnisse und Fähigkeiten aus anderen Fachgebieten zu vermitteln. Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

46. In welchem Umfang erfolgt eine Notfallversorgungs-Ausbildung?

Rettungsmedizinische und notfallmedizinische Kompetenzen werden entsprechend der Tätigkeit der Soldatin oder des Soldaten (Dienstposten) aus- und weitergebildet. Dies reicht von der Ausbildung in Selbst- und Kameradenhilfe des nicht-medizinischen Personals bis hin zu speziellen Zusatzbezeichnungen aus dem Bereich der Rettungs- und Notfallmedizin für SanOffz Arzt.

Letztere erwerben im Anschluss an das Hochschulstudium unabhängig vom angestrebten Fachgebiet grundsätzlich eine klinisch-notfallmedizinische Ausbildung, die den Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ermöglicht.

Im Rahmen der Kontingentausbildung des Sanitätspersonals wird zur weiteren Einsatzvorbereitung ein fünftägiger Lehrgang für Rettungsdienstpersonal (MEDEVAC) durchgeführt, der u. a. auf die Teamausbildung ausgerichtet ist.

Die Ausbildung im Rahmen der präklinischen Versorgung wird anhand der Erkenntnisse aus dem Einsatz durch eine separat eingerichtete Unterarbeitsgruppe der Projektorganisation Weiterentwicklung der Ausbildung im Sanitätsdienst weiterentwickelt.

47. In welchem Umfang werden im Auslandseinsatz Nicht-Fachärzte mit Facharztaufgaben betraut?

Die Dienstpostenlisten/Stellenbesetzungslisten sehen für die Einsatzkontingente der Bundeswehr im Bereich der Chirurgie und Anästhesie sowohl Dienstposten für Fachärztinnen und Fachärzte als auch für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Chirurgie bzw. Anästhesie vor. In den übrigen Fachgebieten sind ausschließlich Dienstposten für Fachärztinnen und Fachärzte vorgesehen.

Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt befinden, werden im Rahmen der Richtlinien der Ärztekammern unter Aufsicht von Fachärzten mit Aufgaben entsprechend ihres jeweiligen Kenntnisstandes betraut. Dies trifft für die Weiterbildung von SanOffz Arzt zur Fachärztin oder zum Facharzt innerhalb der Bundeswehr gleichermaßen zu.

Im Auslandseinsatz kommen auf Dienstposten für Fachärztinnen und Fachärzte grundsätzlich nur SanOffz mit abgeschlossener Weiterbildung im entsprechenden Fachgebiet zum Einsatz.

Bei Nichtverfügbarkeit eines SanOffz Facharzt kann im Ausnahmefall auf Antrag und Empfehlung des zuständigen Konsiliargruppenleiters ein SanOffz, der kurz vor der Facharztanerkennung steht und dem die Facharztstreife bestätigt wird, auf einem Facharzt-Dienstposten eingesetzt werden. Dies gilt jedoch nicht für Dienstposten für Chirurgen oder Anästhesisten.

48. Wie bewertet die Bundesregierung die Engpässe bei den Rettungssanitätern in den Auslandseinsätzen?

Bereits seit einigen Jahren werden in der Bundeswehr keine Sanitätsunteroffiziere Rettungssanitäter mehr ausgebildet bzw. eingesetzt. Stattdessen hat die Bundeswehr im Rahmen der fachlichen Qualifizierung ihrer Unteroffiziere die Ausbildung von Sanitätsfeldwebeln Rettungsassistent (SanFw RettAss) vorangetrieben, die über eine zivilberuflich anerkannte Ausbildung verfügen.

Damit wurde eine wesentliche Qualitätssteigerung in der sanitätsdienstlichen Versorgung erreicht. Aufgrund der verfügbaren SanFw RettAss besteht für die Besetzung der in den Auslandseinsätzen vorhandenen DP Rettungsassistenten keinerlei Engpass.

49. Wie möchte Sie diese zeitnah abstellen?

Auf die Antwort zu Frage 48 wird verwiesen.

50. Plant die Bundesregierung den Aufbau einer plastischen Chirurgie?

Die Plastische und Wiederherstellungschirurgie gehört zu den Fähigkeiten, die aufgrund der Einsatzerfordernisse im Sinne einer Rehabilitation verwundeter, aus dem Einsatz repatriierter Soldatinnen und Soldaten auf der Versorgungsebene 4 (BwKrhs) ausgebildet ist. Bei z. B. explosionsverwundeten Soldatinnen und Soldaten ist es aufgrund der destrukturierenden Splitterwirkungen oft erforderlich, sowohl zur Wiederherstellung von Körperteilen und deren Funktionalität, als auch zur Beseitigung oder Milderung von Entstellungen plastisch-chirurgische Eingriffe durchzuführen.

51. Wenn ja, zählt diese Teildisziplin zum zentralen Auftrag des Sanitätsdienstes?

Ja, auf die Antwort zu Frage 50 wird verwiesen.

52. Welche Maßnahmen zur Verbesserung zur Vereinbarkeit von Dienst und Familie plant die Bundesregierung?

Grundlage für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Dienst ist die gleichnamige Teilkonzeption, die entsprechenden Handlungsbedarf bzw. -möglichkeiten in den Aufgabefeldern Personalführung, Führungskompetenz, Organisation des Dienstes, Dienstzeit, Informationsarbeit, finanzielle und geldwerte Leistungen sowie Dienstleistungen für Familien aufzeigt.

Mit dem gegenwärtig in der Erarbeitung befindlichen Allgemeinen Umdruck 1/500 wird die Teilkonzeption in ein „Handbuch für die Vereinbarkeit von Familie und Dienst in den Streitkräften“ in Form einer Dienstvorschrift umgesetzt. Er wird die bereits geltenden Regelungen in der Bundeswehr enthalten und soll auch einen Überblick über zukunftsorientierte Ansätze geben. In diesem Zusammenhang wurde durch die Gesellschaft für Entwicklung, Beschaffung und Betrieb (g.e.b.b.) u. a. auf der Basis der Erfahrungen an vier Pilotstandorten ein „Leitfaden Kinderbetreuung“ entwickelt. In verschiedenen weiteren Pilotprojekten werden zurzeit darüber hinausgehende Unterstützungsmaßnahmen im Bereich der Kinderbetreuung (Eltern-Kind-Arbeitszimmer, Kinderbetreuungsportal) untersucht.

Vor dem Hintergrund einer in den vergangenen Jahren gestiegenen Zahl an „Berufspendlern“ werden Möglichkeiten der adäquaten Unterbringung nicht unterkunftspflichtiger Soldaten und Soldatinnen untersucht. Erste Erfolge zeichnen sich bezüglich der Bereitstellung von pendlergerechten Wohnungen am Standort Augustdorf ab. Am Pilotstandort Laupheim wurde ein Interessenbekundungsverfahren eingeleitet. An weiteren drei Standorten wird die Marktsichtung fortgesetzt. Mittel- und langfristige werden im Rahmen des Personalmanagements und der Dienstgestaltung neben der Weiterentwicklung und Flexibilisierung vorhandener Modelle wie Teilzeitbeschäftigung im Soldatenstatus, Telearbeit und Gleitzeit Kompensationsmöglichkeiten für familienbedingte Abwesenheiten, wie z. B. Mutterschutz, Elternzeit oder Betreuungsurlaub sowie Maßnahmen zur angemessenen finanzplanerischen Absicherung im Einzelplan 14 geprüft.

53. Wie beurteilt die Bundesregierung den Umstand, dass die in diesem Jahr eingerichtete Kindergartengruppe des Bundeswehrzentralkrankenhauses in Koblenz-Metternich nicht annähernd ausreichend Kindergartenplätze anbietet, die den tatsächlichen Bedarf des Personals des Bundeswehrzentralkrankenhauses in Koblenz-Metternich abdecken?

Durch die Einrichtung einer Betriebsgruppe mit 20 Belegplätzen mit erweiterten Öffnungszeiten für die Kinder von Beschäftigten des BwZKrhs Koblenz bei einem benachbarten Kindergarten im August 2008 konnte der angemeldete Bedarf in einem ersten Schritt zunächst weitgehend abgedeckt werden. Für das im August 2009 beginnende nächste Kindergartenjahr besteht derzeit ein angemeldeter Bedarf von 27 Plätzen, weitere Bundeswehrangehörige haben ihr Interesse bekundet. Auch aufgrund der positiven Resonanz prüft die Bundeswehr eine Erweiterung der Zahl der Belegplätze zunächst vorrangig bei dieser Einrichtung, die von den Eltern auch wegen ihrer unmittelbaren Nähe zum Krankenhaus bevorzugt wird.

54. Welchen Stand haben die Verhandlungen mit anderen Kindergartenträgern?

Auf die Antwort zu Frage 53 wird verwiesen.

55. Plant die Bundesregierung, innerhalb des Sanitätsdienstes eigene betriebliche Kindergärten und -krippen einzurichten?

Die Einrichtung von Kinderbetreuungsstätten in eigener Trägerschaft der Bundeswehr ist grundsätzlich nicht vorgesehen. An Standorten, an denen der Bedarf der Bundeswehrangehörigen an Kinderbetreuung durch die Kommunen nicht gedeckt werden kann, kommen in erster Linie Kooperationsmodelle sowie der Erwerb von Belegungsrechten in Betracht, wie im Falle des BwZKrhs Koblenz. Bei nachgewiesenem Bedarf wird über die Realisierung konkreter Projekte einschließlich der Finanzierung entschieden.

Für den Bereich des Sanitätsdienstes zeichnet sich nach den bisherigen Erhebungen ein besonderer Bedarf für die Beschäftigten des BwKrhs Westerstede ab. Die Prüfung hinsichtlich der Umsetzung und der Finanzierung läuft derzeit.

56. Wenn ja, welche Mittel sind dafür eingeplant und sollen eingeplant werden?

Auf die Antwort zu Frage 55 wird verwiesen.

