

# Geglückter Spagat?



## Geglückter Spagat?

### Der Sanitätsdienst der Bundeswehr zwischen Einsatzverwendung und Inlandsauftrag

Jochen Moos

Die Bundeswehr befindet sich in der Transformation. Diese ist darauf ausgerichtet, die Streitkräfte bis zum Jahr 2010 ihrer Struktur wie ihrer Ausrüstung nach auf ihren gewandelten Auftrag einzustellen. Drei Dokumente aus dem Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) sind diesbezüglich richtungweisend: die aktuellen Verteidigungspolitischen Richtlinien (VPR) vom 21. Mai 2003<sup>1)</sup> und die darin vorgenommene Definition des Auftrages der Bundeswehr; die Konzeption der Bundeswehr (KdB) vom 9. August 2004<sup>2)</sup> mit den darin enthaltenen operativen, personellen, strukturellen und materiellen Vorgaben zur effektiven Auftragsbefreiung sowie schließlich das Weißbuch zur Sicherheitspolitik und zur Zukunft der Bundeswehr vom 25. Oktober 2006,<sup>3)</sup> das konkrete Zielvorgaben für den Einsatz im neuen Auftragspektrum beinhaltet. Die Bundeswehr, so die Quintessenz der drei Dokumente, ist eine Armee im Einsatz.

Von den seit 1992 frequenter, länger und intensiver werdenden Einsatzaufträgen ist die Bundeswehr in ihrer Gesamtheit betroffen, einschließlich des Personals der zivilen Truppenverwaltung. Dennoch lässt sich mühelos eine Reihe von Bereichen identifizieren, innerhalb derer die Beanspruchungen durch Auslandseinsätze höher sind als in anderen.<sup>4)</sup> Einen dieser Bereiche rückt das vorliegende Diskussionspapier in das Zentrum seiner Betrachtungen: den Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr. Dieser bildet seit seiner Aufstellung im April 2002 einen eigenständigen Organisationsbereich innerhalb der Streitkräfte. Als solcher führt er das medizinische Personal von Heer, Marine und Luftwaffe weitgehend vollständig zusammen und erfüllt einen zentralen Auftrag: die medizinische Versorgung der Bundeswehrangehörigen. Dieser gilt grundsätzlich losgelöst von der Frage, ob ein erkrankter, verletzter oder verwundeter Soldat eine medizinische Versorgung im In- oder Ausland benötigt. Seitdem jedoch Planungen der verantwortlichen Stellen im BMVg die Zukunftsaufgaben der Bundeswehr v.a. im Auslandseinsatz identifizieren, konzentriert sich auch der Auftrag des Sanitätsdienstes hierauf. Manifest wurde dies schon in den Fachlichen Leitlinien für die sanitätsdienstliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr im Auslandseinsatz vom 27. September 1995. Diese identifizierten Auslandseinsätze des Sanitätsdienstes als zentrale Herausforderung und definierten hiervon ausgehend die Maxime, dass im Auslandseinsatz erkrankte, verletzte oder verwundete Soldaten eine medizinische Versorgung erhalten sollen, die im Ergebnis dem Standard in Deutschland entspricht. Personal- und Ausrüstungsplanungen sollen entsprechend ausgerichtet werden. Diese Vorgaben hat zuletzt auch der Leitfaden Grundsätze für Führung und Einsatz des Sanitätsdienstes der Bundeswehr vom 21. Juli 2006 noch einmal aufgegriffen und weiter ausgeführt.

Die in den beiden Dokumenten definierte Maxime trägt den aktuellen Entwicklungen im Auftragspektrum des Zentralen Sanitätsdienstes Rechnung. Gleichwohl werden hierdurch auch Fragen aufgeworfen. Diesen wendet sich das vorliegende Papier zu. Den Ausgangspunkt bildet dabei die Frage, wie genau der Auftrag des Sanitätsdienstes formuliert ist und in welchen Strukturen dieser erfüllt werden soll. In einem dritten Abschnitt wird es darum gehen, die Beanspruchungen des Sanitätsdienstes durch Auslandseinsätze darzulegen. Zu fragen ist insbesondere, ob die Auslandseinsätze den Sanitätsdienst der Bundeswehr signifikant höher beanspruchen als andere Teile der Streitkräfte. Um diesbezüglich eine auch empirisch fundierte Aussage treffen zu können, wird im entsprechenden Abschnitt eine prozentuale Einsatzverwendung von Truppengattungen aus dem medizinischen Bereich ermittelt und diese in Relation zu entsprechenden Werten anderer Truppengattungen gesetzt. Maßgebliche Quelle hierfür sind Zahlen aus dem BMVg, die dem Deutschen Bundestag im August 2007 vorgelegt wurden. In einem weiteren Abschnitt wird dann der Frage nachgegangen, wie sich die Auslandseinsätze des Sanitätsdienstes auf dessen Fähigkeit zur Gewährleistung der medizinischen Inlandsversorgung auswirken. Ausgehend von der Feststellung, dass Inlands- und Einsatzauftrag den Sanitätsdienst aktuell in ein Dilemma stürzen und ein „Weiter so!“ mithin nicht möglich ist, formuliert der letzte Abschnitt des Papiers Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der aktuell schwierigen Situation des Sanitätsdienstes.

### Der Auftrag des Sanitätsdienstes

Der Auftrag des Sanitätsdienstes, fixiert zuletzt im Weißbuch, besteht darin, die Gesundheit der Soldaten zu schützen, zu erhalten und gegebenenfalls wiederherzustellen. Dabei ist es grundsätzlich unbeachtlich, ob die sanitätsdienstliche Behandlung im Rahmen einer normalen Funktionsverwendung oder im Zuge eines Auslandseinsatzes erfolgt. Angesichts des gewandelten Auftrages der Streitkräfte ist die sanitätsdienstliche Einsatzversorgung jedoch inzwischen zur primären Aufgabe des Sanitätsdienstes geworden. Aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn entsprechend §31 Soldatengesetz folgt auch die Verpflichtung, gesundheitliche Beeinträchtigungen der Soldaten nach Möglichkeit gar nicht erst entstehen zu lassen. Wo solche dennoch auftreten, sollen sie durch entsprechende Behandlung seitens des Sanitätsdienstes beseitigt werden.

Im Inland bedeutet sanitätsdienstliche Versorgung der Soldaten insbesondere die Bereitstellung einer allgemeinmedizinischen Versorgung. Verantwortet wird diese v.a. durch die 75 Standortsanitätszentren und die dort eingesetzten Truppenärzte. Soweit fachärztliche Untersuchungen oder Behandlungen erforderlich sind, können Soldaten auf Leistungen der 18 Fachsanitätszentren sowie der aktuell noch fünf, demnächst vier, Bundeswehrkrankenhäuser zurückgreifen. Letzteren obliegt zusätzlich die stationäre Versorgung der Angehörigen der Bundeswehr.

Die zunehmende Frequenz und Intensität von Auslandseinsätzen hat die politische und militärische Führung der Bundeswehr dazu gezwungen, den Auftrag des Sanitätsdienstes auch speziell mit Blick auf Auslandseinsätze zu bestimmen. Entsprechende konzeptionelle Vorgaben enthält v.a. der Leitfadensatz für Führung und Einsatz des Sanitätsdienstes der Bundeswehr vom 21. Juli 2006. Kern dieses Dokumentes ist der darin formulierte Anspruch, den Soldaten im Einsatz eine medizinische Versorgung zuteil werden zu lassen, die im Ergebnis dem fachlichen Standard in Deutschland entspricht. Dies schließt auch die Angehörigen verbündeter und befreundeter Staaten mit ein. Die in den Grundsätzen definierten sanitätsdienstlichen Grundlagen rücken die Notfallversorgung der Soldaten im Einsatzland ins Zentrum und identifizieren ein Verbundsystem aus Sanitätseinrichtungen verschiedener Behandlungsebenen sowie eine leistungsfähige Rettungskette als Voraussetzung für die Erfüllung der Maxime.

Die in den Grundsätzen vorgenommene Definition von insgesamt vier Behandlungsebenen greift Vorgaben der NATO auf,<sup>5)</sup> erweitert diese aber noch um das Element der Selbst- und Kameradenhilfe: Jeder Soldat der Bundeswehr soll als Helfer im Sanitätsdienst ausgebildet sein und als solcher lebensrettende Sofortmaßnahmen einleiten können. An die durch die jeweiligen Kameraden durchzuführende Erstversorgung schließen auf der Behandlungsstufe 1 lebensrettende sanitätsdienstliche bzw. notfallmedizinische Maßnahmen an. Diese sollen - je nach Lage - von (luftbeweglichen) Sanitätstrupps, Landtransportbegleittrupps oder (luftbeweglichen) Arztrupps durchgeführt werden. Letztere bilden eine Neuerung und werden immer von einem Sanitätsoffizier Arzt geführt, der über die Qualifikation Rettungsmediziner verfügt. In Form der Rettungsstationen werden ebenfalls noch auf der Ebene 1 Sanitätseinrichtungen vorgehalten. Hier sollen verwundete Soldaten eine allgemein- und notfallmedizinische Erstversorgung erfahren und ihr Zustand so weit stabilisiert werden, dass ein Verwundetentransport in Einrichtungen der Behandlungsebene 2 oder 3 möglich wird. Die Rettungszentren auf der Behandlungsebene 2 sollen so eingerichtet sein, dass hier eine erste (notfall)-chirurgische Akutversorgung sowie eine begrenzte postoperative Pflege geleistet werden können. Auch eine begrenzte fachärztliche Versorgung soll hier schon zur Verfügung stehen. Auf der Behandlungsebene 3, den Einsatzlazaretten, sollen die Fähigkeiten der vorhergehenden Ebenen durch Facharzt- und Pflegemodule erweitert werden, sodass im Ergebnis auch Mehrfachverwundete in annähernd allen wesentlichen Fachgebieten der Medizin versorgt und für eine Verlegung per STRATAIRMEDEVAC vorbereitet werden können.

Die Behandlungsebene 4 schließlich wird nicht mehr im Ausland gewährleistet, sondern in der Sanitätsbasis Inland. In den Krankenhäusern der Bundeswehr und den Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens soll die abschließende Behandlung in allen medizinischen Fachgebieten erfolgen und mit der Rehabilitation des verwundeten Soldaten abschließen.

## Die Struktur des Sanitätsdienstes

Ausgehend von dem in den VPR definierten Auftrag soll die Struktur der Bundeswehr bis zum Jahr 2010 auf die Durchführung von Einsätzen zur Krisen- und Konfliktbewältigung einschließlich des internationalen Terrorismus ausgerichtet werden. Mit Eingreif-, Stabilisierungs- und Unterstützungskräften werden drei Kräftekategorien geschaffen, die mit spezifischen Fähigkeiten zur Auftragsbefreiung der Streitkräfte beitragen sollen.<sup>6)</sup> Diese Aufspaltung findet sich auch im Bereich des Sanitätsdienstes wieder.

Tab. 1 Verbände, Truppenteile und Dienststellen der Sanitätskommanden				
SanKdo und Standort	SanKdo I (Kiel)	SanKdo II (Diez)	SanKdo III (Weißenfels)	SanKdo IV (Bogen)
Einrichtung				
Krankenhäuser	Hamburg	Koblenz	Berlin	Ulm
Lazarettregiment	11 (Breitenburg)	21 (Rennerod)	31 (Berlin)	41 (Horb am Neckar)
Sanitätsregiment	—	22 (Ahlen)	32 (Weißenfels)	42 (Kempten/Allgäu)
Sanitätszentren	26	17	11	21
Fachsanitätszentren	6	5	2	5

Quelle: Darstellung des Autors nach [www.sanitsdienst-bundeswehr.de](http://www.sanitsdienst-bundeswehr.de)

Die Eingreifkräfte mit einem angestrebten Umfang von 2.000 Soldaten sollen insbesondere die Fähigkeit zur Unterstützung von Einsätzen multilateraler Verbände entwickeln. Das heißt konkret, in der Lage zu sein, leichte und mobile Sanitätseinrichtungen zur Unterstützung auch luftbeweglicher Kräfte bereitzuhalten und diese gegebenenfalls sehr rasch zu verlegen. Denkbar und angestrebt ist weiterhin, dass entsprechende Kräfte nicht nur zur Beendigung bewaffneter Konflikte, sondern auch für humanitäre Einsätze verfügbar gemacht werden. Entsprechend der KdB sollen sich die Eingreifkräfte zur Erfüllung ihres Auftrages materiell auf luftverlegbare Sanitätseinrichtungen und Rettungszentren stützen; personell sollen sie sich v.a. aus den 1.900 Angehörigen des Kommandos Schnelle Einsatzkräfte Sanitätsdienst (KSES) speisen und gegebenenfalls durch Angehörige anderer Kräftekategorien verstärkt werden.

Auf den Schultern der rund 4.500 Angehörigen der Stabilisierungskräfte wird zukünftig die Hauptlast der Auslandseinsätze des Sanitätsdienstes liegen. Angehörige dieser Kräftekategorie sollen die sanitätsdienstlichen Komponenten in den Einsatzkontingenten stellen, die für die Bewältigung von Operationen mittlerer und niedriger Intensität aufgestellt werden. Personell rekrutieren sich die für diese Aufträge vorgesehenen Soldaten aus Sanitäts- und Lazarettregimentern sowie aus Teilen des sanitätsdienstlichen Truppendienstes. Zur Bewältigung ihres Auftrages sollen entsprechende Kräfte zunächst auf modulare, containerbasierte Sanitätseinrichtungen zurückgreifen können; soweit sich indes eine Einsatzdauer von mehr als zwölf Monaten abzeichnet, wird angestrebt, die modularen Einrichtungen durch eine feste Infrastruktur zu ersetzen.

Die Unterstützungskräfte mit einem Umfang von 13.220 Frauen und Männern, darunter 2.300 Grundwehrdienstleistende, umfassen grundsätzlich alle Kräfte zur Aufrechterhaltung der sanitätsdienstlichen Versorgung im Inland. Dazu sollen v.a. zwei weitere Aufgaben treten: die Abstellung medizinischen Personals für den STRATAIRMEDEVAC sowie das Bereithalten eines Pools von sanitätsdienstlichem Fachpersonal, das gegebenenfalls als Verstärkung für Eingreif- und Stabilisierungskräfte herangezogen werden kann. Schließlich übernehmen diese Kräfte alle Maßnahmen zur fachlichen und personellen Unterstützung der beiden übrigen Kräftekategorien während der Einsatzvorbereitung und -durchführung.

Die neue Kommandostruktur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr gleicht derjenigen der übrigen Teilstreitkräfte bzw. der Streitkräftebasis (SKB) als zweitem militärischem Organisationsbereich der Bundeswehr. Dem direkt beim Bundesministerium angesiedelten Führungsstab unter der Leitung des Inspektors des Sanitätsdienstes unterstehen das Sanitätsführungscommando sowie das Sanitätsamt als obere Kommandobehörden. Beiden ist jeweils eine Reihe weiterer Kommandobehörden unterstellt.<sup>7)</sup> Im Falle des hier betrachteten Sanitätsführungscommandos handelt es sich dabei um vier Sanitätskommandos (SanKdo) sowie das KSES. Jedes SanKdo seinerseits gliedert sich noch einmal in verschiedene sanitätsdienstliche Verbände, Truppenteile und Dienststellen.

Den wesentlichen Auftrag der SanKdo bildet die Gewährleistung der sanitätsdienstlichen Versorgung der im Aufgabenbereich des Kommandos stationierten Angehörigen aller Teilstreitkräfte und militärischer Organisationsbereiche. Daneben sollen sie im Inland Ausbildungs- und Übungsunterstützung leisten. Mit Blick auf die Auslandseinsätze zentral ist die Aufstellung von Einsatzkontingenten auf Befehl des Führungskommandos. Diesbezüglich tragen die jeweiligen SanKdoen Verantwortung für die Bereitstellung von sanitätsdienstlichen (Teil-) Kontingenten, führen einsatzvorbereitende Ausbildungen für alle Teilstreitkräfte durch und stellen schließlich Stabspersonal für nationale und multinationale Hauptquartiere.

Das KSES gliedert sich in Initial Entry- und Follow On Forces sowie Kräfte der Führungs- und Einsatzunterstützung. Ausbildung und Ausrüstung sind darauf ausgerichtet, eine notfallmedizinische und chirurgische Grundversorgung durch Initial Entry Forces bereits eine Stunde nach Ankunft im Einsatzgebiet gewährleisten zu können. Spätestens nach 72 Stunden sollen dann, unter Rückgriff auf Follow On Forces, medizinische Kapazitäten auf dem Niveau eines Rettungszentrums bereitgehalten werden. Diese Vorgaben sind zunächst an der Unterstützung von multilateralen (Einsatz-)Verbänden orientiert und auf Operationen der Divisionen für spezielle und luftbewegliche Operationen (DSO, DLO) der Bundeswehr ausgerichtet. Daneben sollen Kräfte des KSES auch für Versorgungs- und Evakuierungsoperationen sowie Aufträge der humanitären Not- und Katastrophenhilfe herangezogen werden. Das Kommando Führungs- und Einsatzunterstützung als dritter Bestandteil des KSES ist mit der Bereitstellung von Führungsmitteln, Gefechtsfeldorganisation sowie Fernmeldeverbindungen beauftragt. Schließlich soll das Kommando den Aufbau einer leistungsfähigen Logistik zum Transport von Verwundeten sowie zur Versorgung mit Sanitätsmaterial, Arzneimitteln, Betriebsstoffen und Verpflegung gewährleisten.

## Beanspruchungen des Sanitätsdienstes durch Auslandseinsätze

Dass die Auslandseinsätze für die Bundeswehr insgesamt eine große Herausforderung darstellen, wird heute nicht mehr bezweifelt. Dies schließt das medizinische Personal der Bundeswehr ein; bisweilen wird auch die Auffassung vertreten, Beanspruchungen durch Auslandseinsätze betreffen dieses in besonderem Maße. Entsprechend lassen sich Äußerungen aus Regierung, Parlament, Sanitätsdienst, Wissenschaft und Publizistik vernehmen. Inwieweit sich diese Auffassung empirisch bestätigen lässt, wird nachfolgend ausführlicher diskutiert.<sup>8)</sup>

Die Auswertung des zur Analyse herangezogenen Materials aus dem BMVg deutet an, dass die vorliegend unter dem Oberbegriff Sanitätsdienst zusammengefassten Truppengattungen mit medizinischer Funktion zwar in der Tendenz stärker durch Auslandseinsätze beansprucht werden als die übrigen Truppengattungen der Streitkräfte. So eindeutig wie dies bisweilen vertreten wird, ist die These einer starken Beanspruchung empirisch indes nicht zu belegen. Entsprechend den Zahlen des BMVg stehen 56.829 aktiven Soldaten aller Teilstreitkräfte und Truppengattungen sowie allen einsatzverwendungsfähigen Laufbahngruppen - also Berufs- und Zeitsoldaten sowie FWDL - mit Auslandseinsatz 154.827 Soldaten gegenüber, die entsprechende Verwendungen bisher nicht durchlaufen haben. Dies entspricht einem prozentualen Wert von Soldaten mit Auslandseinsatz von knapp 27%. Diesem Wert gegenüber steht derjenige des Sanitätsdienstes. Dieser besteht aus insgesamt 20.846 grundsätzlich für Auslandseinsätze heranziehbaren Soldaten, von denen wiederum 6.819 schon mindestens ein Mal in einen entsprechenden Einsatz befohlen waren. Dies entspricht einem Anteil von knapp einem Drittel. Damit ist zwar eine leicht überdurchschnittliche durch Auslandseinsätze bedingte Beanspruchung des Sanitätsdienstes insgesamt zu konstatieren; allerdings fällt diese weniger signifikant aus, als dies angesichts der immer wiederkehrenden Berichte über dessen Beanspruchungen zu erwarten gewesen wäre.

Tab. 2 Truppengattungen mit häufigster Verwendung im Auslandseinsatz				
Teilstreitkraft	Truppengattung	Soldaten mit Einsatzbefähigung	Soldaten mit Einsatzverwendung	Einsatzverwendung prozentual
Luftwaffe	Flugmedizin	11	9	81,82
Heer	Apotheker	124	99	79,84
Heer	Feldnachrichtentruppe	220	173	78,64
Heer	Ärzte	1.075	797	74,14
Luftwaffe	Pharmazie und Sanitätsnachschiebe	41	29	70,73
Heer	Veterinäre	79	53	67,09
Marine	Humanmedizin	267	162	60,67
Luftwaffe	Betriebswesen	74	43	58,11
Marine	Pharmazie	23	13	56,62
Luftwaffe	Luftfahrzeugführer Transport und Verbindung	711	385	54,15
Anmerkung: Fettauslegung im Text: Truppengattungen mit sanitätsdienstlicher Funktion				
Quelle: Darstellung des Autors nach BT-Drucksache 16/6283, Anlagen 1 und 2				

Dieser Feststellung ungeachtet verdeutlicht Tabelle 2, dass von den zehn am stärksten durch Auslandseinsätze beanspruchten Truppengattungen der Streitkräfte insgesamt sieben medizinische Funktionen erfüllen. Insofern ist die These von der überdurchschnittlichen Beanspruchung des medizinischen Personals der Bundeswehr zutreffend und auch empirisch belegbar.<sup>9)</sup>

Die voran abgebildete Tabelle 2 bietet auch Anlass, den Blick detaillierter auf die Offiziere des Sanitätsdienstes und damit (implizit) auch auf das ärztliche Personal zu richten. In diesem Kontext ist der Frage nachzugehen, ob die Offiziere des Sanitätsdienstes im Vergleich zu jenen anderer Truppengattungen besonders von Auslandseinsätzen betroffen sind und ob - folglich - das ärztliche Personal einer besonderen Beanspruchung unterliegt.<sup>10)</sup> Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass etwa ein Drittel aller Offiziere der Bundeswehr mindestens einen Auslandseinsatz absolviert hat. Dem steht der Wert der Offiziere aus dem sanitätsdienstlichen Bereich gegenüber. Von den hier insgesamt 4.351 Offizieren waren mehr als 47% (oder total 2.151) zu mindestens einem Auslandseinsatz befohlen. Diese Erkenntnis unterstreicht zunächst ganz grundsätzlich eine besondere Beanspruchung des sanitätsdienstlichen Offizierspersonals durch Auslandseinsätze.

Allerdings ist auch vorliegend vor pauschalen Bewertungen zu warnen. Zwei Gründe sind hierfür maßgeblich: Zum einen gibt es unter dem sanitätsdienstlichen Offizierspersonal erhebliche Unterschiede hinsichtlich der prozentualen Heranziehung zu Auslandseinsätzen. Zum anderen wird auch das Offizierspersonal anderer Truppengattungen teilweise mit hohen prozentualen Werten zu entsprechenden Einsätzen herangezogen. Die nachfolgende Tabelle gibt abschließend eine Übersicht über die höchste Beanspruchung von Offizierspersonal durch Auslandseinsätze im medizinischen wie nicht-medizinischen Bereich.

Tab. 3 Offiziere im Auslandseinsatz - am stärksten beanspruchte Truppengattungen im medizinischen und nicht-medizinischen Bereich					
Teilstreitkraft	Truppengattung (med. Bereich)	Einsatzverwendung prozentual	Teilstreitkraft	Truppengattung (nicht-med. Bereich)	Einsatzverwendung prozentual
Luftwaffe	Flugmedizin	100,00	Heer	Feldnachrichtentruppe	84,62
Heer	Ärzte	74,44	Luftwaffe	Luftfahrzeugführer Transport und Verbindung	81,58
Luftwaffe	Pharmazie und Sanitätsnachschub	73,68	Luftwaffe	Luftfahrzeugführer Jagd und Jagdbomber	60,73
Heer	Apotheker	73,13	Heer	Heeresfliegertruppe	48,11
Heer	Veterinäre	67,09	Heer	operative information	48,10

Quelle: Darstellung des Autors nach BT-Drucksache 16/5283, Anlagen 1 und 2

Ziel der vorangegangenen Ausführungen und deren Quintessenz war der Hinweis darauf, dass es die unverhältnismäßige Beanspruchung dessen, was inzwischen als Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr bezeichnet wird, nicht gibt. Das medizinische Personal der Bundeswehr verteilt sich auf verschiedene Bereiche und Funktionen, die jeweils im Einzelfall in den Blick genommen werden müssen. Erst eine entsprechend differenzierte Betrachtung schafft die Voraussetzung für empirisch fundierte Ausführungen über die tatsächliche Beanspruchung entsprechender Angehöriger der Streitkräfte. Wesentlich ist aber die auch empirisch gestützte Erkenntnis, dass insbesondere das sanitätsdienstliche Offizierspersonal und damit implizit auch das ärztliche Personal des Sanitätsdienstes einer starken Beanspruchung durch Auslandseinsätze unterliegen. Dies betrifft natürlich zunächst die jeweils betroffenen Soldaten sehr persönlich. Daneben hat eine frequente Heranziehung von Offizieren des Sanitätsdienstes zu Auslandseinsätzen aber auch Folgen für die Lage des Sanitätsdienstes im Inland.

### Lage des Sanitätsdienstes im Inland

Es ist nur folgerichtig, dass die frequentere, längere und intensivere Präsenz der Bundeswehr im Einsatz nicht ohne Rückwirkungen auf den Dienstbetrieb im Inland bleibt. Soldaten, die im Einsatz sind, können nicht gleichzeitig auch einen Inlandsauftrag erfüllen. Dies gilt auch für den Sanitätsdienst der Bundeswehr. Dessen aus zwei Elementen bestehender Auftrag wurde bereits angesprochen. Auch wurde darauf verwiesen, an welchen Einrichtungen der Inlandsauftrag erbracht wird. Soll, wie vorliegend angestrebt, die Lage des Sanitätsdienstes im Inland analysiert werden, so ist der Blick auf eben diese Einrichtungen zu richten. Konkret ist zu fragen, ob die zunehmende Verwendung von Angehörigen des Sanitätsdienstes in Auslandseinsätzen Auswirkungen auf den Dienstbetrieb an den Inlandseinrichtungen des Sanitätsdienstes hat und welcher Natur diese sind.

### Zur Lage an den Standortsanitätszentren

Soldaten in Inlandsverwendungen kritisieren immer häufiger Unzulänglichkeiten hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung an den Heimatstandorten. Entsprechende Eingaben an seine Adresse haben den Wehrbeauftragten dazu veranlasst, in sehr deutlichen Worten vor Mängeln bei der medizinischen Inlandsversorgung zu warnen. Wörtlich heißt es diesbezüglich etwa in seinem Jahresbericht 2006, dass „die Grundversorgung in den Heimatstandorten nach meiner Einschätzung im bisherigen Umfang nicht mehr gewährleistet“ werden könne.<sup>11)</sup> Diese Feststellung greift auch der aktuellste Bericht auf und erklärt mit Bezug auf eine Stellungnahme des BMVg zum Vorjahresbericht, dass „der Anspruch auf eine sanitätsdienstliche Vollversorgung der Soldatinnen und Soldaten im Rahmen der truppenärztlichen Versorgung durch den Sanitätsdienst selbst aufgegeben“ werde.<sup>12)</sup>

Als ein Indikator für die Situation an den Inlandseinrichtungen des Sanitätsdienstes kann die Tagesantrittsstärke der Truppenärzte an den Standortsanitätszentren herangezogen werden. Trotz einer sehr hohen Besetzungsquote der entsprechenden Dienstposten von aktuell 97% lag diese in den Jahren seit 1999 kontinuierlich bei Werten um 60%; teilweise wurde dieser Wert weiter unterschritten. Logische Folge einer geringer werdenden Zahl verfügbarer Truppenärzte war eine Erhöhung des durch den einzelnen Truppenarzt zu leistenden Betreuungsumfanges. Bei der Bewertung der Tagesantrittsstärke ist jedoch insofern eine Relativierung erforderlich, als der diesbezüglich angenommene Normalwert nicht bei 100%, sondern bei 75% liegt. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass es zunächst eine Reihe bereits berücksichtigter Gründe für die Abwesenheit der Truppenärzte von ihrer Funktionsverwendung gibt: die Begleitung von Ausbildungsmaßnahmen, eine durch Krankheit oder Urlaub bedingte Abwesenheit sowie schließlich die Absolvierung von Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung. Was dieser Normwert bis dato nicht berücksichtigt, ist der im Zusammenhang mit der Familienplanung stehende Ausfall von Truppenärzten. Inzwischen entfallen bis zu einem Drittel der Abwesenheitstage der Truppenärzte auf Mutterschutz, Elternteilzeit, Betreuungsurlaub und Teilzeitarbeit. Da inzwischen 52% der Sanitätsoffiziersanwärter und etwa 60% der Sanitätsoffiziersbewerber Frauen sind, wird sich der schon aktuell hohe Anteil weiblicher Soldaten im Sanitätsdienst von 36% noch weiter erhöhen - und die voran angesprochene Problematik noch weiter verschärfen.<sup>13)</sup>

Um eine hochwertige medizinische Inlandsversorgung trotz der skizzierten Probleme zu gewährleisten und einen Versorgungswert von 75% zu erreichen, greift die Bundeswehr im Inland auf Vertragsärzte aus dem zivilen Bereich zurück. Diese sollen anstelle der Truppenärzte die allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Versorgung an den jeweiligen Standorten sicherstellen. Diese Vorgehensweise stößt in der Truppe indes auf Bedenken. Bemängelt wird etwa, dass zivile Vertragsärzte kaum Einblick in den Truppenalltag hätten und eine Integration in denselben sehr schwer falle. Beispielhaft wird etwa darauf verwiesen, dass Vertragsärzte weder Schießübungen begleiten noch an sonstigen Übungen teilnehmen könnten. Als problematisch gilt weiterhin, dass es nicht nur immer wieder Berichte über Fehlverhalten von Vertragsärzten gegenüber ihren Patienten aus der Bundeswehr gebe. Gravierender noch als dieser Umstand wirke sich aus, dass die Möglichkeiten zur Sanktionierung entsprechender Verhaltensweisen begrenzt blieben. Als unbefriedigend gilt schließlich, dass Vertragsärzte der Bundeswehr in nicht wenigen Fällen nur in einem zeitlich eingeschränkten Rahmen zur Verfügung stünden.<sup>14)</sup>

Immer größere Fluktuation und schnellere Rotation unter den Truppenärzten bleiben abschließend auch im Verhältnis zwischen Arzt und Patient nicht folgenlos. Dieses ist in der Bundeswehr ohnehin besonderen Bedingungen ausgesetzt und resultiert aus dem Ausschluss der freien Arztwahl sowie der doppelten Loyalität des behandelnden Arztes - gegenüber seinem Patienten in erster Linie, aber auch gegenüber dem Dienstherrn. Verschärfend wirkt in dieser Situation eine immer kürzer werdende Standzeit von Truppenärzten in den Standortsanitätszentren. Die Ausbildung eines von Vertrauen geprägten Verhältnisses zwischen Patient und Arzt bleibt dann verbreitet aus.<sup>15)</sup>

### Entwicklungen an den Krankenhäusern der Bundeswehr

Über die Standortsanitätszentren hinaus zeigen sich zunehmende Einsatzorientierung und Einsatzbeanspruchung des Sanitätsdienstes auch an den Bundeswehrkrankenhäusern. Hier hat es sowohl bezogen auf den zu erfüllenden Auftrag als auch mit Blick auf die zu diesem Zweck vorgehaltenen Strukturen Veränderungen gegeben. Entsprechend spricht der Inspekteur des Sanitätsdienstes davon, dass die Bundeswehrkrankenhäuser „einschneidende Veränderungen“ erfahren hätten. Ursprünglich exklusiv zur Behandlung der Angehörigen der Streitkräfte sowie als Schwerpunktazarette im Verteidigungsfall konzipiert, müssten sie nunmehr zwei „völlig anders gelagerte Hauptaufträge“<sup>16)</sup> erfüllen: die einsatzorientierte Ausbildung des medizinischen Personals in einem Rotationssystem unter Beachtung ziviler Qualitätsstandards einerseits, zum anderen aber auch die durchhaltefähige Bereitstellung medizinischen Personals für die Einsätze der Bundeswehr. Sind die erkennbaren Veränderungen aber tatsächlich einschneidend? Haben sich die Hauptaufträge des Sanitätsdienstes wirklich so grundlegend gewandelt, wie der Inspekteur andeutet? Hier sind Zweifel angebracht. Dies schließt indes nicht aus, dass es im Auftragspektrum der Bundeswehrkrankenhäuser wichtige Modifikationen gegeben hat.

Eine tatsächlich wesentliche Veränderung im Auftragspektrum der Bundeswehrkrankenhäuser besteht darin, dass deren Funktion als Schwerpunktazarette im Verteidigungsfall weggefallen ist. Nach dem Ende der Ost-West-Konfrontation ist auf dem Territorium der Bundesrepublik kaum mehr mit einem Massenansturm verletzter und verwundeter Soldaten sowie Zivilisten in Folge militärischer Kampfhandlungen zu rechnen. Entsprechend werden hierzu vorgehaltene Kapazitäten nicht mehr benötigt.

Im Übrigen herrscht jedoch hinsichtlich des Auftrages weitgehend Kontinuität. Dies gilt zunächst für den Auftrag, die stationäre Versorgung der Angehörigen der Bundeswehr zu gewährleisten. Die Bundeswehrkrankenhäuser sind und bleiben auch weiterhin der zentrale Anlaufpunkt für Angehörige der Streitkräfte, die stationär aufgenommen und behandelt werden müssen. Dies schließt indes nicht aus, dass sich die Bundeswehrkrankenhäuser mehr als bisher auch für zivile (Notfall-)Patienten öffnen. Jedes der demnächst noch vier großen Krankenhäuser ist in das Netz der Luftrettung integriert. Sinn und Zweck dieser Maßnahmen ist es, das Patientenaufkommen in den Krankenhäusern zu steigern und das dort tätige Personal mit Verletzungsmustern vertraut zu machen, die in einer Einsatzverwendung wiederkehren (können).

Unverändert blieb auch der Auftrag, die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie In-Übung-Haltung des medizinischen Personals und insbesondere der Ärzte zu gewährleisten. Modifikationen lassen sich jedoch dahingehend beobachten, dass sich die Schwerpunktsetzung der Ausbildung durch die Einsatzorientierung verschoben hat. Sie ist erstens an den einsatzrelevanten Fachgebieten - insbesondere Chirurgie, Anästhesie und Notfallmedizin - ausgerichtet und folgt zweitens dem Leitbild eines umfassend im Bereich Notfallmedizin qualifizierten Arztes.

Evident ist der Wandel an den Bundeswehrkrankenhäusern jedoch im Bereich der Strukturen. So wird zunächst die bloße Zahl der von der Bundeswehr betriebenen Krankenhäuser nach unten angepasst. Von ehemals acht werden demnächst nur noch vier Krankenhäuser übrig bleiben. Entsprechende Maßnahmen zielen auf eine Stärkung der verbliebenen Standorte, eine Konzentration von Fähigkeiten und Personal sowie schließlich eine Kostenreduktion. Inwieweit sich die angestoßenen Maßnahmen als dem Ziel dienlich und sinnvoll erweisen, entzieht sich vorliegend einer Bewertung. Eine solche hätte aber auch zu berücksichtigen, dass die Schließung kleinerer Standorte gleichbedeutend ist mit einem Rückzug des Sanitätsdienstes aus der Fläche.

Strukturelle Veränderungen zeigen sich auch innerhalb der verbliebenen Bundeswehrkrankenhäuser selbst. Hierzu gehören v.a. der Abbau ziviler Dienstposten und deren Ersatz durch militärische Pendanten in annähernd gleicher Zahl. Diese Maßnahme trägt dem Umstand Rechnung, dass ziviles Personal der Bundeswehr grundsätzlich nicht für Auslandseinsätze herangezogen werden konnte. Wird dieses nun durch militärisches Personal ersetzt, vergrößert sich das Reservoir der für Auslandseinsätze heranziehbarer Kräfte. Mittel- und langfristig ist die voran skizzierte Maßnahme sicher sinnvoll. In der Gegenwart und kurzfristig entstehen hierdurch jedoch Belastungen. Dies liegt insbesondere in dem Umstand begründet, dass militärisches Personal (noch) nicht in dem Umfang und mit den Qualifikationen verfügbar ist wie ziviles und zumeist hoch qualifiziertes Personal, das die Bundeswehrkrankenhäuser verlässt.<sup>17)</sup>

Eine wesentliche strukturelle Veränderung bringt schließlich der Umstand mit sich, dass zum Betrieb von Lazaretten und Rettungszentren erforderliches sanitätsdienstliches Personal entweder direkt als Teileinheit den Bundeswehrkrankenhäusern zugeordnet wird (Einsatzlazarette) oder dort in den normalen Betrieb integriert und gegebenenfalls abgestellt wird (Rettungszentren). Werden die entsprechenden Einrichtungen für einen Auslandseinsatz abgerufen, blieb dies in der Vergangenheit nicht ohne Folgen. So mussten beispielsweise an den Standorten Ulm und Koblenz - den Stationierungsorten der beiden Einsatzlazarette der Bundeswehr - erstmalig im Jahr 2002 wegen Facharztmangel Operationssäle geschlossen und Operationen abgesagt werden. Seitdem haben sich entsprechende Fälle wiederholt.<sup>18)</sup> Inwieweit die inzwischen erfolgte Ausplanung von Ergänzungspersonal Einsatz (EPE) an den Krankenhäusern sowie die Schaffung von mehr Dienstposten für Chirurgen und Anästhesisten zu einer Entspannung an den Bundeswehrkrankenhäusern führen wird, muss hier offen bleiben.

Ausdruck einer enormen Beanspruchung des Sanitätspersonals an den Bundeswehrkrankenhäusern sind auch die geleisteten Überstunden, insbesondere am Standort Ulm. Ärzte am dortigen Bundeswehrkrankenhaus haben 2004 in der Spitze 80 bis 100 Stunden Dienst pro Woche geleistet. Nur durch diesen Einsatz, so der Wehrbeauftragte, sei es möglich geworden, die Schließung von OP-Sälen zu vermeiden. Dass es sich hierbei nicht um einen Einzelfall gehandelt hat, deutet eine ähnlich hohe Beanspruchung im Jahr 2006 an. Aber nicht nur die Standorte der Einsatzlazarette sind von entsprechenden Entwicklungen betroffen: Wegen frequenter Auslandseinsätze von leitenden Ärzten mussten die Krankenhäuser Berlin und Hamburg Fachabteilungen zusammenlegen.<sup>19)</sup>

## Weiter so?

Obschon die vorangegangenen Ausführungen zur Beanspruchung des Sanitätsdienstes verdeutlicht haben, dass dessen Beanspruchung nicht per se über derjenigen anderer Truppengattungen liegt, steckt er doch in einem veritablen Dilemma: Die begrenzten personellen Ressourcen des Sanitätsdienstes machen es ihm schwer - wenn nicht unmöglich -, eine der Maxime entsprechende Einsatzversorgung und zugleich eine dem angestrebten Niveau entsprechende Inlandsversorgung zu gewährleisten. Ein schlichtes „Weiter so!“ scheidet daher als Maßgabe für den Sanitätsdienst aus. Welche Maßnahmen zur Überwindung des skizzierten Dilemmas ergriffen und wie die in Teilen des Sanitätsdienstes identifizierten Beanspruchungen gemindert werden können, ist Gegenstand der abschließenden Ausführungen. Diese können auch als Handlungsempfehlungen betrachtet werden.

Zunächst ist es erforderlich, dass die Konzentration verfügbarer Ressourcen auf den Auslandseinsatz fortgesetzt wird. Entsprechende Maßnahmen sind, wie dargelegt, eingeleitet worden. Dieser Prozess ist weiter zu verfolgen und muss sich an zwei wesentlichen Einsichten orientieren: Erstens ist der Sanitätsdienst seinen Strukturen nach (noch) nicht so aufgestellt, dass er medizinische Einsatz- und Inlandsversorgung zugleich und auf dem jeweils angestrebten Niveau gewährleisten kann. Zweitens kann die Versorgung im Einsatzland in der Regel nicht unter Rückgriff auf eine zivilmedizinische Infrastruktur erfolgen, wenn nicht Abstriche bei der Versorgung der Soldaten in Kauf genommen werden sollen.

Gleichwohl müssen sodann bei der Priorisierung des Auslandseinsatzes Grenzen beachtet werden. Diese darf nicht so weit führen, dass das grundsätzliche Ziel einer unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung der Soldaten in Funktionsverwendungen im Heimatland dauerhaft aufgegeben wird. Zwar mag es in der gegenwärtigen Lage geboten sein, Soldaten in Deutschland eine medizinische Versorgung an zivilmedizinischen Einrichtungen zu ermöglichen und hierdurch noch einmal eine spürbare Entlastung des Sanitätsdienstes herbeizuführen. Eine dauerhafte Lösung ist dies indes nicht. Würde das Ziel einer umfassenden medizinischen Versorgung der Angehörigen der Streitkräfte an Einrichtungen und durch Personal der Bundeswehr aufgegeben, führte dies dazu, dass dem entsprechenden Personal Möglichkeiten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der In-Übung-Haltung genommen würde.

Weiterhin ist darauf zu achten, dass der personelle Aufwuchs des Sanitätsdienstes erfolgreich verläuft und qualifizierter Nachwuchs für den Dienst im Sanitätswesen der Bundeswehr gewonnen wird. Aktuell hat es den Anschein, als fänden sich hinreichend geeignete Bewerber für entsprechende Verwendungen. Gleichwohl müssen sich Bundeswehr und Sanitätsdienst um Nachwuchs bemühen. Dies gilt insbesondere angesichts des Umstandes, dass im zivilen Bereich in den nächsten Jahren viele praktizierende Ärzte in den Ruhestand wechseln werden. Hieraus folgt für den Sanitätsdienst, dass er ein attraktives Paket für seinen Nachwuchs schnüren muss. Hierbei spielt Geld natürlich eine Rolle. Aber auch andere Aspekte müssen bedacht werden: Karriereperspektiven, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Fortbildungsmöglichkeiten, gegebenenfalls an attraktiven Standorten im Ausland, kalkulierbare und im Rahmen bleibende Beanspruchungen durch Auslandseinsätze - um nur einige Bereiche zu nennen.

Viertens dürfen die Maxime und die sich hieraus ergebenden Anforderungen an den Sanitätsdienst nicht überhöht oder gar instrumentalisiert werden. Sie müssen in erster Linie die Soldaten adressieren und nicht - wie es bisweilen den Anschein hat - die den Auslandseinsätzen skeptisch gegenüberstehende Öffentlichkeit. Die Maxime setzt lediglich §31 Soldatengesetz für den Auslandseinsatz um. Gemäß dieser Bestimmung obliegt dem Dienstherrn die Verpflichtung, „im Rahmen des Dienst- und Treuverhältnisses für das Wohl“ der Soldaten zu sorgen. Dies schließt die medizinische Versorgung nicht nur ein, sondern gilt für diese zuvörderst. Insofern besteht die Funktion der Maxime exklusiv darin, auch den Soldaten im Auslandseinsatz eine medizinische Versorgung zu garantieren, die im Ergebnis nicht schlechter ist als die medizinische Versorgung im Inland. Als problematisch erweist sich in diesem Kontext die von der Politik benutzte Wendung von der „bestmöglichen“<sup>20</sup> medizinischen Einsatzversorgung. Diese erzeugt zunächst eine enorme Erwartungshaltung, die womöglich nur unter (über-) großem Aufwand erfüllt werden kann. Zum anderen erweckt sie den Eindruck, als solle die Öffentlichkeit mit dieser Formel beschwichtigt werden, anstatt sie von der Notwendigkeit von Auslandseinsätzen zu überzeugen.

Schließlich ist zu erwägen, inwieweit Auslandseinsätze in Hinblick auf den Zeitpunkt der Pensionierung von Berufssoldaten oder der Verrentung von (ehemaligen) Zeitsoldaten berücksichtigt werden können, vielleicht sogar berücksichtigt werden müssen. Diesbezüglich könnte eine interessante Regelung aus Frankreich übernommen werden: Französische Soldaten mit Auslandseinsatz können entsprechend der im Ausland verbrachten Zeit früher in Pension bzw. in Rente gehen. Für jeden im Auslandseinsatz verbrachten Monat kann ein Angehöriger der französischen Streitkräfte einen Monat vor der regulären Pensionsgrenze oder dem Renteneintrittsalter aus dem Berufsleben ausscheiden. Teilweise wird der Dienst in bestimmten Einsatzszenarien noch einmal gesondert honoriert: Ein in Afghanistan eingesetzter Soldat kann etwa für zwei Monate Dienstzeit dort drei Monate früher aus dem Berufsleben ausscheiden. Auch wenn die Anregung für eine entsprechende Regelung in der Bundeswehr vorliegend mit Bezug auf den Sanitätsdienst der Bundeswehr erfolgt, so müsste diese gleichfalls auf die übrigen Teilstreitkräfte und Organisationsbereiche Anwendung finden. Der besondere Reiz einer solchen Regelung besteht darin, dass sie diejenigen Teile der Bundeswehr besonders bevorteilt, die im Zuge ihrer aktiven Dienstzeit besonders durch Auslandseinsätze beansprucht werden.



---

#### ANMERKUNGEN:

- 1) Vgl. hierzu wie im Folgenden: BMVg: Verteidigungspolitische Richtlinien. Berlin, 21. Mai 2003.
- 2) Vgl. BMVg: Konzeption der Bundeswehr. Berlin, 9. August 2006.
- 3) Vgl. BMVg: Weißbuch zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr, Berlin, 25. Oktober 2006.
- 4) Vgl. hierzu beispielhaft BT-Drucksache 16/6099, S.2-4.
- 5) Vgl. MC 326/2: NATO Principles and Policies of Operational Medical Support, sowie: AJP 4.10 Allied Joint Medical Support Doctrine.
- 6) Vgl. ausführlich hierzu: BMVg: Konzeption der Bundeswehr. Berlin 2004, S.27-30. Für den Sanitätsdienst der Bundeswehr bedeutet diese Gliederung in Eingreif-, Stabilisierungs- und Unterstützungskräfte eine zweite große Strukturveränderung innerhalb kurzer Zeit. Erst im Jahr 2002 hatte dieser Teil der Streitkräfte seine aktuelle Form eingenommen, die inzwischen nahezu alle Sanitätskräfte bündelt und unter die truppen- und fachdienstliche Führung des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr stellt. Lediglich das Heer verfügt noch über einen eigenen (kleinen) Sanitätsdienst mit eng umgrenzten Aufgaben.
- 7) Vgl. zur Struktur der Teilstreitkräfte: BMVg: Konzeption der Bundeswehr. Berlin 2004.
- 8) Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf der empirischen Auswertung von Daten des BMVg, welche das Ministerium dem Deutschen Bundestag mit Datum vom 24. August 2007 (BT-Drucksache 16/6283) zugeleitet hat. Darin wird nach Teilstreitkraft, Truppengattung und Laufbahngruppen aufgeschlüsselt, wie viele zu diesem Zeitpunkt noch aktive Soldaten in mindestens einen Auslandseinsatz kommandiert waren. Kontrastiert wird diese Aufstellung mit einer ebensolchen, die nach gleichem Schema die Zahl derjenigen aktiven Soldaten enthält, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht in einen Auslandseinsatz befohlen waren. Aus der Zusammenschau der beiden Übersichten aus dem BMVg ließ sich ermitteln, wie hoch der prozentuale Anteil derjenigen Soldaten jeder Truppengattung ist, die mindestens in einen Auslandseinsatz entsandt waren. Auf diesen prozentualen Wert wurde sodann bei der Auswertung und Interpretation der Zahlen rekuriert. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Beanspruchung einer Truppengattung durch Auslandseinsätze umso stärker ist, je höher der ermittelte prozentuale Wert ausfiel. Der Begriff der Beanspruchung wurde vorliegend von seiner subjektiven Dimension zu trennen versucht. Er ist in der vorliegenden Untersuchung und Auswertung insofern objektiv, als er auf einen rechnerisch ermittelbaren Wert reduziert wurde.
- 9) Dies scheint auf den ersten Blick ein Widerspruch zu den vorherigen Ausführungen zu sein. Dieser Eindruck löst sich indes auf, wenn folgender Aspekt berücksichtigt wird: Die überwiegende Mehrheit des medizinischen Personals der Bundeswehr konzentriert sich in den Bereichen Sanitätstruppe (Heer), Allgemeine Medizin (Luftwaffe) sowie Sanitätsdienst (Marine). Diese stellen zusammen 18.311 (oder: 87%) der für Auslandseinsätze grundsätzlich heranziehbaren Soldaten; allerdings wurden diese Soldaten nur zu 29% für Auslandseinsätze herangezogen. Dies führt zu Verzerrungen in der Wahrnehmung der Beanspruchung von medizinischem Personal der Bundeswehr durch Auslandseinsätze insgesamt.
- 10) Die nachfolgenden Ausführungen sind mit Vorsicht zu lesen. Dies hat folgenden Grund: Vorliegend kann nicht unterschieden werden, ob ein Offizier des Sanitätsdienstes zugleich ein Arzt ist und/oder eine entsprechende Funktion ausübt. Das gilt insbesondere mit Blick auf die in FN 9 genannten Truppengattungen. Zwar ist es wahrscheinlich, dass sich unter den Offizieren dieser Truppengattungen auch Ärzte befinden. Wie hoch deren Zahl ist, bleibt indes unbekannt. Insofern muss nachfolgend von Offizieren des Sanitätsdienstes, nicht aber von Ärzten die Rede sein. Wie hoch die Beanspruchungen der Ärzte durch Auslandseinsätze sind, lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Quellen nicht ermitteln. Eine weitere Schwäche der nachfolgenden Ausführungen ist darin zu sehen, dass die Quellen aus dem BMVg nur sehr pauschal von der Kategorie Arzt sprechen, ohne diese nach Fachgebieten zu differenzieren. Entsprechend kann vorliegend nicht empirisch fundiert zwischen den spezifischen Beanspruchungen der Fachärzte unterschieden werden.
- 11) BT-Drucksache 16/4700, S.40.
- 12) Vgl. BT-Drucksache 16/8200, S.34. Die Stellungnahme des BMVg zum Jahresbericht 2006 ist über die Homepage des BMVg abrufbar.

- 13) Vgl. BT-Drucksache 16/8200, S.36.
- 14) Vgl. BT-Drucksachen 13/7100, S.25; 14/5400, S.36.
- 15) Vgl. hierzu zuletzt BT-Drucksache 16/8200, S.36.
- 16) Kurt-Bernhard Nakath: Rede vor der 41. Kommandeurtagung. Berlin, 10./11. März 2008.
- 17) Vgl. hierzu zuletzt BT-Drucksache 16/8200, S.35.
- 18) Vgl. BT-Drucksachen 15/500, S.10; 15/2600, S.27; 16/850, S.37; 16/4700, S.41; 16/8200, S.35.
- 19) Vgl. hierzu BT Drucksachen 15/5000, S.33, 16/4700, S.41f sowie 16/8200, S.35.
- 20) So zuletzt erst Verteidigungsminister Jung in seiner Rede anlässlich der 41. Kommandeurtagung am 10. und 11. März 2008 in Berlin.