

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Rainer Stinner, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Daniel Bahr (Münster), Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Otto Fricke, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Dr. Werner Hoyer, Hellmut Königshaus, Dr. Heinrich L. Kolb, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Heinz Lanfermann, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Michael Link (Heilbronn), Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Detlef Parr, Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Max Stadler, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

Gefährdung des Dienstbetriebes im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr

Die Situation im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr ist durch die regelmäßige Belastung von Ärzten und Sanitätern durch Auslandseinsätze der Bundeswehr schon seit Jahren angespannt. Zum 1. Januar 2007 wird die neue Stärke- und Ausstattungsnachweisung (STAN) für die Bundeswehrkrankenhäuser in Kraft gesetzt. Damit geht eine Reduzierung von etwa 200 zivilen Dienstposten und im Gegenzug ein Aufwuchs der militärischen Dienstposten in etwa der gleichen Größenordnung einher. Im Hinblick auf die angestrebte Reduzierung der zivilen Mitarbeiter auf 75 000 Dienstposten bis 2010 werden bei Neueinstellungen nur noch befristete Verträge abgeschlossen. Gleichzeitig gibt es die Weisung, dass nach Beendigung eines befristeten Arbeitsverhältnisses für den betroffenen Dienstposten eine sechsmonatige Nachbesetzungssperre herrscht. Daher können die neuen Dienstposten, die eine mindestens dreijährige Fachausbildung beinhalten, in den Krankenhäusern bzw. Regionalen Sanitätseinrichtungen nicht zum 1. Januar 2007 besetzt werden. Eine komplette Nachbesetzung kann nur sukzessive bis frühestens 2009 erfolgen.

In der neuen STAN sind die militärischen Dienstposten überdies nicht so koordiniert, dass man freie militärische Dienstposten durch einen zivilen Beschäftigten besetzen könnte, zumindest so lange, bis ein ausgebildeter Soldat den Dienstposten gemäß STAN und geforderter Ausbildungshöhe besetzen kann. Aufgrund der bis zu sechsmonatigen Vakanz auf einem Dienstposten sind mittlerweile derart große personelle Lücken entstanden, dass hier Aufgaben und Funktionen aufgegeben werden mussten, etwa durch Schließung von Stationen, Operationssälen oder der Aufgabe des Schichtbetriebes. Kommt dann noch die Reduzierung auf Seiten der zivilen Beschäftigten durch die neue STAN hinzu, entfällt nicht nur die Kontinuität, sondern der gesamte Dienstbetrieb ist in Ge-

fahr. Das Kompensieren der Lücken mit ausgebildetem Personal aus den regionalen Sanitätseinrichtungen führt zu einem deutlichen Anstieg der Überweisungen in den zivilen Bereich und damit zu Kostensteigerungen.

Es besteht zwar die Möglichkeit, zeitlich befristet sog. Vertragsärzte zu gewinnen. Dies wird in der Praxis jedoch durch die wenig Anreiz bietenden Verdienstmöglichkeiten erschwert. Die Grundaufgabe des Sanitätsdienstes „Die Versorgung der Soldaten im Inland“ ist somit zunehmend gefährdet. Die Situation in den regionalen Sanitätseinrichtungen wird durch die häufige Abwesenheit der Truppenärzte zunehmend als nicht zufrieden stellend bewertet.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie soll die Grundaufgabe des Zentralen Sanitätsdienstes, „Die Versorgung der Soldaten im Inland“, unter den neuen Rahmenbedingungen sichergestellt werden?
2. Warum wird die sechsmonatige Nachbesetzungssperre auf wichtigen Dienstposten in den Bundeswehrkrankenhäusern nicht aufgehoben?
3. Warum wandelt man nicht alle militärischen Dienstposten in befristete Soldatenwechselstellen um, zumindest so lange, bis ein ausgebildeter Soldat den Dienstposten gemäß STAN und geforderter Ausbildungshöhe besetzen kann?
4. Inwieweit ist das Fachpersonal vor Ort bei der Erstellung der neuen STAN beteiligt worden?
5. Wie kann in Zukunft die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung in den Regionalen Sanitätseinrichtungen sichergestellt werden?
6. Besteht die Möglichkeit, die Verträge und Verdienstmöglichkeiten anzupassen, um bei Bedarf Vertragsärzte zu gewinnen?
7. Mit welchen Anreizen soll qualifiziertes ärztliches Personal für die Umsetzung der neuen STAN zum Dienst in der Bundeswehr gewonnen werden?
8. Welche Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung sind für Sanitätsoffiziere geplant?
9. Wie wird sichergestellt, dass das Personal in Übung gehalten wird?
10. Wie hoch ist die Tagesantrittsstärke der Truppenärzte, exklusive der Vertragsärzte?
11. Ist es zutreffend, dass geplant ist, den Bestand von zivilen Dienstposten von 6 200 auf 2 650 im Rahmen des Sanitätsdienstes zu reduzieren, und wie wirkt sich dies auf die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung im Inland aus?
12. Inwiefern wird die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung durch den Umstand beeinträchtigt, dass sich rund 900 Feldwebel im Sanitätsdienst jährlich in der Zivilberuflichen Aus- und Weiterbildung (ZAW) befinden?
Wie beeinträchtigt dies die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung?
13. Wie viele Sanitätsoffiziere waren über den Zeitraum 2004 bis 2006 im Auslandseinsatz?
Wie viele von diesen waren zweimal im Einsatz?
Wie viele von diesen waren dreimal und häufiger im Auslandseinsatz?

14. 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?
15. Ist es zutreffend, dass Sanitätspersonal zur Bewachung/Sicherung der Feldlager im Auslandseinsatz eingesetzt wird?
16. Wie viele Soldaten wurden in den zurückliegenden Jahren wegen psychischer Belastungen auf Grund von Auslandseinsätzen im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung behandelt?
17. Wie viele Behandlungseinrichtungen – einschließlich Bettenzahl – stehen bei der Bundeswehr zur stationären Akutbehandlung von auf Grund von Auslandseinsätzen an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) erkrankten Soldaten zur Verfügung?
18. Wo und wie erfolgt die Unterbringung von PTBS-Erkrankten zur akuten stationären Behandlung?
19. Ist es zutreffend, dass Planungen bestehen, die Laborabteilung V (Blutspendedienst) des Zentralen Instituts des Sanitätsdienstes in Koblenz zu schließen?
20. Wie würde bei einer Schließung des Instituts des Sanitätsdienstes in Koblenz die Versorgung mit hoher Priorisierung, etwa von Feldlazaretten in den verschiedenen Einsatzgebieten, mit Blutkonserven sichergestellt werden?
21. Trifft es zu, dass bereits abgeschlossene Verträge mit dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) u. a. zur Versorgung der NRF-7-Kräfte für die Belieferung der Bundeswehr keine priorisierte Versorgung mit Blutkonserven vorsehen, sondern diese lediglich unter den Vorbehalt „wenn möglich“ gestellt ist?
22. Ist beabsichtigt, den zum Studium beurlaubten Sanitätsoffizieranwärtern der Bundeswehr die ab dem 1. Oktober 2006 an den zivilen Universitäten erhobenen Studiengebühren zu erstatten?
23. Wie stellt die Bundeswehr sicher, dass Sanitätspersonal, das im Auslandseinsatz auf Grund dienstlichen Auftrags Einheimische als Zivilpatienten behandelt, vor einer direkten persönlichen Inanspruchnahme mit zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen bei einem Behandlungsfehler geschützt ist?
24. Wie ist in den Bundeswehrkrankenhäusern sichergestellt, dass die Vorgaben der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie (RL 93/104/EG vom 23. November 1993 abgelöst durch RL 2003/88/EG vom 4. November 2003), die u. a. eine wöchentliche Höchstarbeitszeit von durchschnittlich 48 Stunden vorsieht sowie eine tägliche Ruhezeit von 11 Stunden und für die Bundeswehr wegen Ablaufs der Umsetzungsfrist unmittelbar gilt, für die Klinikärzte eingehalten wird?
25. Ist es vorgekommen und möglich, dass z. B. im Bundeswehrkrankenhaus Ulm ein Facharzt für Anästhesie innerhalb einer Woche 112 Stunden Dienst leistet?
26. Trifft es zu, dass Unfallchirurgen am Bundeswehrzentral Krankenhaus jährlich bis zu 1 000 Stunden Überstunden leisten müssen?
Wenn ja, wie ist dies zu rechtfertigen?

Berlin, den 28. November 2006

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion

