

Aus der Poliklinik für Kieferorthopädie, Präventive Zahnmedizin und  
Kinderzahnheilkunde (Direktor: Prof. Dr. med. dent. Tomasz Gedrange)  
Bereich Orale Anatomie (Leiter: Prof. Dr. med. J. Fanghänel)  
im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
(Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. dent. Dr. h.c. G. Meyer)  
des Klinikums der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald  
und dem Institut für Geschichte der Medizin  
(komm. Leitung: Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. M. Gadebusch Bondio)  
der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

**Beziehungen ziviler und militärischer  
Gesundheitssysteme im  
internationalen Vergleich –  
ein Analyse auf Basis der europäischen Staaten  
Deutschland, Schweden und Estland**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Naturwissenschaften in der Medizin  
(Dr. rer. med.)

der

Medizinischen Fakultät

der

Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Greifswald

2010

vorgelegt von: Kassian Nicolai Meeseburg  
geb. am: 30. März 1975  
in: Heidelberg

Beziehungen ziviler und militärischer Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. med. J. Fanghänel

2. Gutachter: Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. M. Gadebusch Bondio

3. Gutachter: PD Dr. phil. S. Bayer

Tag der Disputation: 23. März 2011

Raum: Hörsaal Neue Zahnklinik, W.-Rathenau-Str. 42a, 17489 Greifswald

**Beziehungen ziviler und militärischer  
Gesundheitssysteme  
im internationalen Vergleich –  
ein Analyse auf Basis der europäischen Staaten  
Deutschland, Schweden und Estland**

**Inhaltsverzeichnis**

	Inhaltsverzeichnis	3
	Verzeichnis der Abbildungen	7
	Verzeichnis der Tabellen	7
<b>1.</b>	<b>Einleitung und Fragestellung</b>	<b>8</b>
1.1.	Forschungsstand und Quellenlage	9
1.2.	Fragestellung	11
1.3.	Vorgehensweise	12
<b>2.</b>	<b>Drei zivile Gesundheitssysteme in Europa</b>	<b>14</b>
2.1.	Die Rolle der Europäischen Union im Gesundheitswesen	14
2.2.	Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland	20
2.2.1.	Politische Gestaltung	21
2.2.2.	Finanzierung und Ausgestaltung des Systems	23
2.2.3.	Besondere Herausforderung: Die Deutsche Einheit und ihre Folgen für das Gesundheitswesen	26
2.2.4.	Die Versorgungssituation	27

2.2.5.	Strategien und Ziele des Gesundheitswesens	31
2.3.	Das Gesundheitssystem des Königreichs Schweden	34
2.3.1.	Strategien und Ziele des Gesundheitswesens	35
2.3.2.	Versorgungssituation und Leistungsanspruch	36
2.4.	Das Gesundheitssystem der Republik Estland	39
2.4.1.	Strategien und Ziele des Gesundheitswesens	39
2.4.2.	Versorgungssituation und Finanzierung	41
<b>3.</b>	<b>Der Sanitätsdienst – militärischer Anteil des Gesundheitssystems</b>	<b>43</b>
3.1.	Die NATO als supranationales Bindeglied	45
3.2.	Organisation des Sanitätsdiensts in den Streitkräften	48
3.3.	Der Sanitätsdienst der Deutschen Bundeswehr	51
3.3.1.	Organisation und Neuausrichtung	53
3.3.2.	Leistungsstandards und Herausforderungen	54
3.3.3.	Strukturen und Kapazitäten	56
3.4.	Der Sanitätsdienst der Königlich Schwedischen Streitkräfte	58
3.4.1.	Organisation und Versorgung	58
3.4.2.	Leistungsstandards	59
3.4.3.	Kooperationsfelder	62
3.5.	Der Sanitätsdienst der Estnischen Streitkräfte	62
3.5.1.	Organisation und Versorgung	63
3.5.2.	Kooperationsfelder	64
<b>4.</b>	<b>Der Bewertungsmaßstab für Gesundheitssysteme – eine Herausforderung</b>	<b>66</b>
4.1.	Gesundheitsziele als Feld des politischen Agierens, ein Blick über die eigenen Grenzen hinaus	68
4.1.1.	Die Gesundheitsziele der Europäischen Union	70

4.1.2.	Die Gesundheitsziele Schwedens	71
4.1.3.	Die Gesundheitsziele Estlands	72
4.1.4.	Der Zielerfüllungsgrad als Bewertungsmaßstab	73
4.2.	Bewertungsmaßstab des Sanitätsdienstes	75
<b>5.</b>	<b>Diskussion der Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich</b>	<b>81</b>
5.1.	Gesundheitssysteme unter finanziellem Druck	82
5.1.1.	Organisationsformen des Gesundheitswesens	84
5.1.2.	Die nationalen Gesundheitssysteme im Wettbewerb in der Europäischen Union	85
5.1.3.	Heilung und Prävention – verschiedene Dimensionen im medizinischen Leistungsspektrum	87
5.1.4.	Die Ausgestaltung der Gesundheitssysteme	89
5.1.5.	Die politische Verantwortung für das Gesundheitssystem	92
5.2.	Diskussion der Sanitätsdienste	93
5.2.1.	Anspruch und Wirklichkeit	95
5.2.2.	Konzentration auf den kurativen Bereich	98
5.3.	Ein Blick über die eigenen Grenzen hinaus	102
5.4.	Rückschlüsse für die Bundesrepublik Deutschland	104
<b>6.</b>	<b>Abhängigkeiten und Kooperationsfelder von zivilem und militärischen Gesundheitswesen</b>	<b>106</b>
6.1.	Kooperationsfelder im Inland	108
6.2.	Kooperationsfelder und Abhängigkeiten im Auslandseinsatz	113
6.3.	Die wechselseitigen Abhängigkeiten	117
<b>7.</b>	<b>Intensivierung der Kooperation von zivilem und militärischem Gesundheitswesen in Deutschland</b>	<b>122</b>

Beziehungen ziviler und militärischer Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

7.1.	Kooperation als Weg in die Zukunft	122
7.2.	Fazit	126
<b>8.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	129
<b>9.</b>	<b>Quellen- und Literaturverzeichnis</b>	130
9.1.	Literatur	130
9.2.	Schriftverkehr	140
<b>10.</b>	<b>Anhang</b>	142
10.1.	Statistik	142
10.2.	Abkürzungsverzeichnis	143
10.3.	Glossar	145
	Danksagung	146
	Eidesstattliche Erklärung	147
	Lebenslauf	148

## **Verzeichnis der Abbildungen**

Abbildung 1:	Gestaltungszyklus Nationaler Standard	93
Abbildung 2:	Multinationale sanitätsdienstliche Unterstützung	115

## **Verzeichnis der Tabellen**

Tabelle 1:	Ausgestaltung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland	27
Tabelle 2:	Rechnerische Zuständigkeit eines niedergelassenen Arztes für Patienten und räumliche Fläche	28
Tabelle 3:	Rechnerische Zuständigkeit eines niedergelassenen Arztes für Patienten und räumliche Fläche Ost/West-Vergleich	28
Tabelle 4:	Altersstruktur der Vertragsärzte zum 31.12.1993 und 31.12.2008	29
Tabelle 5:	Alter der Vertragsärzte nach regionaler Dislozierung	30
Tabelle 6:	Zivile Gesundheitssysteme im Vergleich	90
Tabelle 7:	Sanitätsdienste (DEU/SWE/EST/EU) im Vergleich	102
Tabelle 8:	Die Gesundheitssysteme und Streitkräfte im Überblick (DEU/SWE/EST/EU) - Zusammenfassung	142

## **1. Einleitung und Fragestellung**

Europa entwickelte sich seit Mitte der 1980er Jahre, in einem Vierteljahrhundert des Umbruchs, von der Konfrontation hin zur zunehmenden Einigung: Die Grenzen in Europa wurden zunächst durchlässig, sei es die innerdeutsche Grenze oder auch die Staatsgrenzen, die dank Schengen-Abkommen heute kaum als Hindernis wahrgenommen werden. Die einen Staaten fanden eine neue Heimat im Herzen Europas, die anderen Staaten, der „alte Westen“, öffnete sich und die Europäische Union wurde schrittweise erweitert.

Wie stellt sich dieser Wandel in Gesundheitssystemen dar oder gibt es überhaupt einen Einfluss auf diese?

Diese Arbeit betrachtet im Fokus das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland, und hier neben dem zivilen Gesundheitswesen auch dessen militärischem Pendant, den Sanitätsdienst der Bundeswehr.

In einer vergleichenden Analyse wird das bundesdeutsche System hierbei dem Gesundheitssystem des Königreich Schwedens und der Republik Estland gegenüber gestellt. Die Ausgestaltung, Wandlung und die Fähigkeit den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen wird näher betrachtet.

Die drei im Vergleich stehenden, in ihrer Grundperzeption ganz unterschiedlichen Gesundheitssysteme werden zunächst einer jeweiligen Binnenbetrachtung, im Bezug auf die Ausgestaltung der jeweiligen Systeme und die Kooperation der zivilen und militärischen Teile, unterzogen. Die unterschiedlichen Grade der Leistungserbringung, öffentlich und privat, und auch die Besonderheiten der Aspekte der medizinischen Versorgung in den Streitkräften gilt es hierbei darzustellen.



## **1.1. Forschungsstand und Quellenlage**

Über die einzelnen Gesundheitssysteme ist eine Vielzahl von Publikationen und Untersuchungen verfügbar. Besonders die World Health Organization (WHO) und die Regionalstelle dieser Organisation für Europa, World Health Organization Regional Office for Europe, bietet ein breites Portfolio an Daten, Fakten und Analysen zu den einzelnen Ländern und stellt diese allen Interessierten frei zugänglich im World-Wide-Web bereit.

Für die einzelnen Länder werden Publikationen angeboten und auch in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Die Reihe „Health System in Transition“ bietet hier einen umfassenden Überblick und Analyse der einzelnen Gesundheitssysteme. Neben aktueller Systembeschreibung und konkreter Analysen der Versorgungssituation, bietet die Reihe auch eine rückblickende Systementwicklung sowie ein Ausblick auf laufende Reformvorhaben. Die Publikationen beschränken sich in der Regel allerdings auf die Betrachtung eines Landes. Eine aktuelle detaillierte vergleichende Analyse der drei betrachteten Staaten liegt ebenso wenig vor, wie eine differenzierte Analyse zur gestärkten Rolle der EU im Gesundheitswesen nach Inkrafttreten des Vertrages von Lissabon zum 1. Dezember 2009 und den daraus resultierenden Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten und die einzelnen Gesundheitssysteme.

Eine besondere Stellung innerhalb der Gesundheitssysteme nehmen die militärischen Anteile derselben, die Sanitätsdienste, ein. Während die Literatur, Vergleiche und Analysen für die zivilen Anteile des Gesundheitswesens zahlreich und aktuell sind, so ist dagegen in militärischen oder medizinischen Fachpublikationen nur sporadisch etwas über Sanitätsdienste zu lesen. Die erschienen Artikel beschränken sich in der Regel auf ein Land, auf bestimmte Einsätze oder eine Fachdisziplin und deren Ausprägung im Sanitätsdienst des entsprechenden Landes. Der

Aspekt der Kooperation und der Verzahnung von zivilem und militärischem Gesundheitswesen findet nur unter dem Gesichtspunkt der singulären personellen Rekrutierungsbasis für beide Anteile, des Katastrophenschutzes oder in der Bundesrepublik Deutschland der Integration der Bundeswehrkrankenhäuser in die zivile Krankenhauslandschaft, Berücksichtigung.

Daneben bieten offizielle Veröffentlichungen der Regierungen bzw. Verteidigungsministerien, wie in der Bundesrepublik Deutschland das aktuelle Weißbuch der Bundesregierung von 2006, oder die Konzeption der Bundeswehr von 2004, Informationen. Hier werden die Organisationen beschrieben, ebenso wird hier der eigene Leistungsstandard definiert.

Diese Veröffentlichungen und Artikel bietet allerdings keine vergleichende Analyse mit anderen Staaten und Systemen. Hier werden vielmehr der Status quo oder beschlossene Reformen und Entwicklungsvorhaben betrachtet.

Eine Intensivierung der Kooperation, deren Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit zwischen dem zivilen und militärischen Gesundheitswesen findet in der Literatur keine nennenswerte Erwähnung.

Sowohl die bisherige Erweiterungen der Europäischen Union (EU), als auch die Kompetenzverschiebung von der nationalstaatlichen auf die supranationale Ebene bietet ebenso wie die enge Zusammenarbeit der Streitkräfte in gemeinsamen Einsätzen eine Gelegenheit die einzelnen Systeme vergleichend zu betrachten.

Die vorliegende Dissertation soll versuchen, diese bisherige Lücke zumindest teilweise zu füllen und somit einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Kooperation und Intensivierung der Zusammenarbeit von zivilem und militärischem Gesundheitssystem bieten. Ein Blick über die eigene Grenze hinaus kann hierbei auch andere

Lösungswege aufzeigen, als diese in einer reinen Binnenanalyse zutage gekommen wären.

Die Betrachtung der supranationalen Organisationen EU und North Atlantic Treaty Organization (NATO) bieten zudem eine Perspektive auf eine Kompetenz- und Aufgabenverlagerung aus dem nationalstaatlichen Rahmen hinaus.

## **1.2. Fragestellung**

Beide Bereiche des Gesundheitswesens, den zivilen und militärischen, trifft heute das gleich Ereignis: der ökonomische Druck zur Kostenreduzierung, Effizienzsteigerung bei gleichzeitiger Erfüllung der vorgegebenen Leistungserwartungen. Dieser steigende Kostendruck führt in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu Einsparungsbemühungen.

Die vorliegende Arbeit soll im Resultat

- a) einen Beitrag dazu leisten, wie durch Aufzeigen neuer Rationalisierungsmöglichkeiten, durch Ausweitung und Intensivierung der Kooperations- und Integrationsmöglichkeiten zwischen den zivilen und militärischen Anteilen des Gesundheitssystems dem ökonomischen Druck begegnet werden kann.
- b) Es gilt zu klären, ob derartige Ansätze der Kooperation beider Systeme letztlich zu einer Win-Win-Situation führen.
- c) Weiter stellt sich die Frage, ob sich aus dem Vergleich der Systeme Ansätze für die Weiterentwicklung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, entwickeln lassen oder ergeben. Dieses insbesondere im Bezug auf Kooperationsmöglichkeiten und/oder –notwendigkeiten und somit der Erschließung von bisher ungenutzten Synergieeffekten von zivilem und militärischem Gesundheitswesen.

Hierbei gilt es speziell zu prüfen, ob erkennbare Kooperations- und Integrationsmöglichkeiten im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, mit dessen nationalen besonderen Anforderungen und Bedürfnissen, umsetzbar und damit für die Zukunft Synergieeffekte sowie Effizienzsteigerungen erreichbar sind.

Zur Beantwortung dieser Fragen soll die vorliegende Arbeit beitragen, dies aber mit einem Blick über die eigenen Grenzen hinaus und Schwerpunktlegung auf das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland. Hierbei liegt im Fokus der Betrachtung nicht die Ebene der Individualmedizin, sondern die Makroansicht des ganzen Gesundheitssystems. D.h. nicht die Arzt-Patienten-Beziehung steht vorrangig im Blickpunkt, sondern der Aspekt der medizinischen Versorgung der Bevölkerung insgesamt. Bei der Betrachtung des Sanitätsdienstes der Streitkräfte ist dies die medizinische Versorgung der Soldaten im Allgemein.

### **1.3. Vorgehensweise**

Bei dieser Betrachtung wird nicht nur die Binnenstruktur in der Bundesrepublik Deutschland als Basis genommen und anhand dieser untersucht, ob Schnittmengen von zivilen und militärischen Gesundheitssystem erkennbar sind, die zu einer Kooperation zum beiderseitigen Vorteil ausgebaut werden könnten. Vielmehr wird darüber hinaus durch den Blick über die eigenen Grenzen hinweg untersucht, ob aus dieser Analyse neue oder andere Ansätze für beide Systeme und den Grad der Zusammenarbeit gewonnen werden.

Bei der Gegenüberstellung der drei Systeme werden insbesondere die Schnittstellen von zivilem und militärischen Gesundheitswesen dargestellt

### Beziehungen ziviler und militärischer Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

und die unterschiedlichen Formen des miteinander Wirkens der Systeme in den betrachteten Ländern aufgezeigt. Bei der Betrachtung der militärischen Sanitätsdienste spielt hier sowohl die medizinische Grundversorgung im Heimatland, als auch die Frage der Ausrichtung des Systems auf den Einsatz eine Rolle.

## **2. Drei Gesundheitssysteme in Europa**

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wächst Europa schrittweise zusammen. Von der Montanunion über die Europäische Gemeinschaft hin zur Europäischen Union hat sich dieser Prozess bis heute stetig fortgesetzt. Die Nationalstaaten gaben nach und nach Kompetenzen, und somit Teile der eigenen Souveränität, an eine supranationale Gemeinschaft ab. Eine Vielzahl von Verfahren wurde hierbei im multinationalen Rahmen harmonisiert.

Auch im Gesundheitswesen sind Ansätze und Tendenzen zur Harmonisierung durch Einflussnahme der EU erkennbar, z.B. in Gestalt der EU-Kommission und auch des Europäischen Parlaments, allerdings lagen die grundsätzlichen Zuständigkeiten nach den Verträgen von Nizza weiterhin bei den einzelnen Mitgliedstaaten<sup>1</sup>. Der paneuropäische Binnenmarkt, die Freizügigkeit innerhalb der EU und der fortschreitende Integrationsprozess deutet aber auf eine zunehmende Stärkung der Rolle der EU auch in der Gesundheitspolitik hin<sup>2</sup>.

### **2.1. Die Rolle der Europäischen Union im Gesundheitswesen**

Der „Vertrag von Lissabon“<sup>3</sup> und die „Konsolidierte Fassung des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union“<sup>4</sup> zeigen, dass im Gesundheitsschutz zukünftig und insbesondere nach deren Inkrafttreten zum

---

<sup>1</sup> Vgl. ABIEG, Vertrag von Nizza zur Änderung des Vertrages über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte, C 80, 44. Jg., v. 10.03.2001

<sup>2</sup> Vgl. KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT: WEISSBUCH Gemeinsam für die Gesundheit: Ein Strategischer Ansatz der EU 2008-2013, S. 2

<sup>3</sup> ABLEU, Vertrag von Lissabon zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union und des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, unterzeichnet in Lissabon am 13. Dezember 2007, C 306, 50. Jg., v. 17.12.2007

<sup>4</sup> ABLEU, Konsolidierte Fassung des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union, C 115/47, 51. Jg., v. 09.05.2008

1. Dezember 2009, verstärkt Vorgaben und Bemühungen um Vereinheitlichung bzw. Annäherung der unterschiedlichen Verfahren und Standards aus Brüssel zu erwarten sind. Der Bereich der Sicherheitsanliegen der öffentlichen Gesundheit wird hierbei als eines der Hauptfelder von gemeinsamer Zuständigkeit von EU und den Mitgliedsstaaten benannt<sup>5</sup>. Öffentliche Gesundheit beschreibt hier die hoheitlichen oder von öffentlicher Hand wahrgenommenen Aufgaben, wie das Ermitteln und Überwachen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, Erkennen potentieller Gesundheitsgefahren sowie die Förderung der individuellen Gesundheit als präventive Maßnahme.

Weiter verdeutlicht wird diese gemeinsame Kompetenz in Artikel 6 der „Konsolidierte Fassung des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union“:

„Die Union ist für die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten zuständig. Diese Maßnahmen mit europäischer Zielsetzung können in folgenden Bereichen getroffen werden:

- a) Schutz und Verbesserung der menschlichen Gesundheit,
- b) Industrie,
- c) Kultur,
- d) Tourismus,
- e) allgemeine und berufliche Bildung, Jugend und Sport,
- f) Katastrophenschutz,
- g) Verwaltungszusammenarbeit.“<sup>6</sup>

Die Verantwortung für die Festlegung der nationalen Gesundheitspolitik und die Organisation des Gesundheitswesens innerhalb der einzelnen

---

<sup>5</sup> Vgl. ebenda, Art. 4 (2) k)

<sup>6</sup> ABLEU, Konsolidierte Fassung des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union, C 115/47, 51. Jg., v. 09.05.2008, Art. 6

Mitgliedsstaaten verbleibt aber in nationaler Zuständigkeit<sup>7</sup>. Somit bleiben die Mitgliedstaaten der EU der Tradition des Gesundheitswesens als einem Handlungsfeld der Gemeinschaft mit der Besonderheit der nationalen Gestaltungshoheit treu<sup>8</sup>.

Die Europäische Kommission legte 2007 mit dem „Weißbuch Gemeinsam für die Gesundheit: Ein Strategischer Ansatz für die EU 2008-2013“ ein Papier vor, das folgende Ziele definiert:

„Strategisches Ziel: Die Gesundheitspolitik auf Gemeinschaftsebene sollte die Gesundheit fördern, die Bürger vor Gefahren schützen und die Nachhaltigkeit unterstützen. Um die größeren Herausforderungen annehmen zu können, vor denen das Gesundheitswesen in der EU steht, legt diese Strategie drei Ziele als vorrangige Bereiche für die kommenden Jahre fest. Die Kommission wird mit den Mitgliedstaaten zusammenarbeiten, um spezifischere operative Ziele innerhalb dieser strategischen Ziele zu entwickeln. [...]

Ziel 1: Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa [...]

Ziel 2: Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren [...]

Ziel 3: Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien [...]<sup>9</sup>

Das Gesundheitssystem setzt sich hierbei aus allen Einrichtungen, dem Personal und den Maßnahmen zusammen, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung wiederherstellen, fördern und erhalten. Die aufgeführten Ziele, die von den im folgenden dargestellten Prinzipien abgeleitet sind und durch konkrete Maßnahmen flankiert werden, sind wiederum von den

---

<sup>7</sup> Vgl. ABLEU, Vertrag von Lissabon zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union und des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, unterzeichnet in Lissabon am 13. Dezember 2007, S. 86

<sup>8</sup> Vgl. KÜCKING, MONIKA: Der Einfluss Europas auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: REBSCHER, HERBERT (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg 2006, S. 389

<sup>9</sup> KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT: WEISSBUCH Gemeinsam für die Gesundheit: Ein Strategischer Ansatz der EU 2008-2013, Brüssel 23.10.2007, S. 9 ff



Mitgliedsstaaten umzusetzen und zeigen den klaren Trend hin zur Kompetenzverschiebung. Dieses zumindest im Bereich der Richtlinien, hin in den supranationalen Bereich.

Grundlegende Prinzipien für EU-Maßnahmen im Gesundheitswesen<sup>10</sup>:

Prinzip 1: Eine auf gemeinsamen Gesundheitswertvorstellungen beruhende Strategie

Als übergeordnete Werte werden die flächendeckende Versorgung, der Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit sowie Solidarität gesehen.

Prinzip 2: Gesundheit ist das höchste Gut

Dieses Prinzip unterstreicht die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheit. Die Investitionen in diesen Bereich dürfen nicht als reine Kosten sondern vielmehr als Investition in die Zukunft gesehen werden, da eine gesunde Bevölkerung ein Schlüsselfaktor für Wirtschaftswachstum ist.

Prinzip 3: Gesundheit in allen Politikbereichen

Dieses Prinzip unterstreicht, dass die Gesundheit nicht allein im Politikfeld der Gesundheitspolitik gestaltet wird und hier eine Rolle spielt. Vielmehr lassen sich auch in anderen Bereichen der Gemeinschaftspolitik Gesundheitseffekte erzielen, etwa in der Umweltpolitik, in den Einfuhrregeln oder auch bei Arbeitsschutzmaßnahmen und -vorschriften. Dies verdeutlicht, dass eine Vielzahl von Bereichen zur Erreichung der Ziele dieser Strategie der EU beitragen werden.

---

<sup>10</sup> Vgl.: Ebenda, S. 4 ff

Prinzip 4: Mehr Mitsprache der EU in der globalen Gesundheitspolitik

Die EU kann durch gemeinsames und konsolidiertes Auftreten ihrer Mitglieder zur weltweiten Gesundheit, durch Vermittlung ihrer Wertvorstellungen, Erfahrungen und Kenntnisse, beitragen.

Es bleibt allerdings die Frage, ob diese Ziele strategischer Natur sind. Eine Strategie ist grundsätzlich auf das Erreichen von gesteckten Zielen ausgerichtet. Der Theoretiker der klassischen Strategie Basil Henry Liddell Hart beschreibt die zur erfolgreichen Zielerreichung gehörigen Elemente Ziel, Mittel und Einsatz wie folgt<sup>11</sup>:

„Für den Erfolg einer Strategie kommt es zuerst und vor allem auf eine richtige Einschätzung und Koordinierung von Ziel und Mittel an. Das Ziel muss der Gesamtheit der verfügbaren Mittel angepasst werden, und die Mittel, die zum Erreichen von Zwischenzielen eingesetzt werden müssen deren Wert im Hinblick auf das Endziel entsprechen.“<sup>12</sup>

Der Strategiebegriff ist demnach durch die folgenden Unterpunkte gekennzeichnet:

- a) Zwischenziele (ausgerichtet an einem definierten Endzustand)
- b) Der gewählte Weg, also die Koordinierung, wie die Einzelziele unter Einsatz von Ressourcen erreicht werden.
- c) Die Mittel, welche zum Erreichen eingebracht werden.

Es gilt also als Vorbedingung für ein langfristig tragbares Ziel zunächst eine Verständigung zu erzielen, was mit dem Handeln erreicht werden soll.

---

<sup>11</sup> Vgl. STAHEL, ALBERT A.: Klassiker der Strategie – eine Bewertung, Zürich 2004, S. 217 ff

<sup>12</sup> LIDDELL HART, BASIL H., Strategie, Wiesbaden 1955, S. 397

Somit lässt sich durch Zwischenschritte eine Komplexitätsreduzierung erreichen, welche die Lösung greifbar macht.

Supranationale Strategien und Vorgaben sind nicht einfach als Addition der einzelstaatlichen Ziele, Strategien und Vorgaben, basierend auf dem jeweiligen Nationalen Konsens, zu sehen. Vielmehr ist es eine Essenz aus diesen, welcher von allen gemeinsam, im Konsensprinzip, getragen wird.

„Nationaler Konsens“ ist hierbei der in den einzelnen Staaten gesellschaftlich, historisch gewachsene, politisch entwickelte und dem System zugrunde liegende Versorgungsgedanke und -anspruch in der spezifischen Ausprägung.

Die EU, als supranationale Instanz, steht vor der Herausforderung die Gesundheitssysteme ganz unterschiedlicher Typen unter einer Strategie zusammenzuführen um so ein gemeinsames Dach oder Gerüst für die Mitgliedsstaaten zu schaffen.

In unterschiedlichen nationalen Ausprägungen sind in Europa zwei Arten von sozialen Sicherungssystemen, mit dem Gesundheitssystem als Subsystem, vorzufinden:

Das „Bismarck-System“, dem ein Versicherungsprinzip und die Beitragsfinanzierung zugrunde liegen, z.B. in der Bundesrepublik Deutschland.

Das „Bevering-Modell“, welches die Finanzierung der Gesundheitsleistungen über Steuern vorsieht, z.B. im Königreich Schweden<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Vgl. KÜCKING, MONIKA: Der Einfluss Europas auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: REBSCHER, HERBERT (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg 2006, S. 390

Die klare Zuweisung der Organisationshoheit, die auch als Pflicht gesehen werden kann, beinhaltet für die Mitgliedsstaaten die Verpflichtung ein Gesundheitswesen bereit zu stellen, welches den gemeinsamen europäischen gesundheitspolitischen Anforderungen gerecht wird.

Ausgehend vom Leitspruch der Europäischen Union „in Vielfalt geeint“<sup>14</sup> werden im Folgenden die Gesundheitssysteme der Bundesrepublik Deutschland, des Königreichs Schweden und der Republik Estland vergleichend dargestellt:

- a) Zunächst soll in Grundzügen die Organisation des zivilen Gesundheitswesens, mit den jeweiligen systembestimmenden Rahmenbedingungen aufgezeigt werden.
- b) Anschließend wird das Sanitätswesen der Streitkräfte, die medizinische Versorgung der Soldaten im Heimatland sowie im Auslandseinsatz skizziert werden. Hierbei wird Bezug auf die Verbindung und/oder Verflechtung mit den jeweiligen zivilen Gesundheitssystemen genommen.

## **2.2. Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland**

Das heutige Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland hat seine Wurzeln in der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung 1883 im Zuge der Bismarckschen Sozialgesetzgebung<sup>15</sup>. Hier wurden die seit Mitte des 19. Jahrhunderts schrittweise entstehenden sogenannten „Hilfskassen“<sup>16</sup> der Arbeiterschaft in eine einheitliche Krankenversicherung überführt. Mit

---

<sup>14</sup> „In Vielfalt geeint“ ist der Leitspruch der Europäischen Union und eines der derzeit drei offiziellen Symbole der Europäischen Union; vgl. EUROPÄISCHES PARLAMENT: Geschäftsordnung, 16. Aufl., o.O. 2009, S. 115, Art 202a (1)

<sup>15</sup> Vgl. und weitere Vertiefung: BUSSE, REINHARD; RIESBERG, ANNETTE: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, o.O. 2005, S. 14 ff

<sup>16</sup> Ebenda, S. 17.

der Reichsversicherungsordnung (RVO) wurde 1911 die Basis als einheitliches Gesetzeswerk für die Sozialversicherung gelegt. Die RVO wurde erst seit Mitte der siebziger Jahre schrittweise durch das Sozialgesetzbuch abgelöst, welches heute die gesetzliche Basis zur Gesetzlichen Krankenversicherung liefert.<sup>17</sup> Die Beiträge zu dieser Versicherung wurden von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, in im Verlaufe der Zeit sich ändernden Anteilen, gezahlt. Die Beiträge sind hierbei immer ein prozentualer Anteil am Bruttoarbeitslohn und nicht ein einheitlicher Festbetrag oder eine Prämie.

### **2.2.1. Politische Gestaltung**

Für die politische Gestaltung, die Aufsicht und Überwachung des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland ist das Bundesministerium für Gesundheit zuständig.

Politische Vereinbarungen, wie Parteiprogramme oder, speziell in Deutschland in der Regel, Koalitionsverträge zwischen den die Regierung bildenden Parteien, bilden und beschreiben die inhaltliche Grundlage des regierungspolitischen Handelns.

Mit dem Koalitionsvertrag für die 16. Legislaturperiode vom 11. November 2005 bestimmten die Koalitionspartner CDU, CSU und SPD die gesundheitspolitischen Ziele für das Handeln der Bundesregierung wie folgt:

„Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbstständigen

---

<sup>17</sup> Vgl. VOLLMUTH, RALF: 125 Jahre Krankenversicherung. Das Krankenversicherungsgesetz von 1883, in: Wehrmedizin und Wehrpharmazie, 33. Jg., 2009, Heft 1, S. 51

Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen ist eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts, muss das Gesundheitswesen jedoch ständig weiterentwickelt werden. Dabei ist unser Leitbild die Sicherung eines leistungsfähigen und demografiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hoch stehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung.<sup>18</sup>

Die Formulierung zeigt, dass die Grundgedanken des deutschen Krankenversicherungssystems heute durch a) eine hochwertige und leistungsfähige Versorgung entsprechend dem Bedarf mit Variation und Weiterentwicklung sowie durch b) die anteilige Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gekennzeichnet sind. Die historisch gewachsene Struktur wird aber nicht in Frage gestellt. Insbesondere vor dem Hintergrund finanzieller Engpässe und somit ökonomischer Zwänge waren aber Justierungen am System politisch geboten und führten zu einschränkenden Maßnahmen auf der Leistungsseite. Ein Beispiel hierfür ist die Streichung der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenkassen für nicht verschreibungspflichtige Medikamenten oder auch die Einführung der sogenannten „Praxisgebühr“ als Selbstbehalt der Patienten. Zugleich sollte durch die Förderung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Gesetzlichen Krankenversicherungen eine Kostenersparung bei diesen erreicht werden:

„Die Kassenleistungen unterscheiden sich nur unwesentlich. Innovative Organisationsformen gesundheitlicher Versorgung, zu denen ein Hausarzt- und die sogenannten Preferred-Provider-Modelle (hier verpflichtet sich der Versicherte, im Krankheitsfall – außer

---

<sup>18</sup> CDU DEUTSCHLAND; CSU LANDESLEITUNG; SPD DEUTSCHLAND: Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, o.O. 18.11.2005, S. 99 f

in Notfällen – einen Arzt aufzusuchen, den er aus der Ärzteliste seiner Krankenversicherung auswählt) zählen und in anderen Ländern große Verbreitung haben, hat es in Deutschland bis in die jüngste Zeit nicht gegeben. Der Anstoß zur Einführung von Hausarztmodellen ist der Politik zu verdanken und nicht, wie es der Marktwirtschaftler erwarten würde, einem innovativen Wettbewerb der Kassen um neue Mitglieder.“<sup>19</sup>

### **2.2.2. Finanzierung und Ausgestaltung des Systems**

In der Diskussion um die Finanzierung der Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist auch der Begriff der „paritätischen Finanzierung“ durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gebräuchlich. Die Berechnungsbasis für den Krankenkassenbeitrag bildet das Lohn Einkommen. In der Gesundheitsökonomie wird der hieraus resultierende Effekt wie folgt beschrieben:

„Das Problem für die gesetzliche Krankenversicherung ist, dass gegenwärtig der Krankenbeitrag nicht an das Gesamteinkommen, sondern ausschließlich an das Lohn Einkommen geknüpft ist. Eine sinkende Lohnquote muss deshalb zu einem steigenden Beitragssatz führen.“<sup>20</sup>

Durch die Einführung eines obligatorischen Zusatzbeitrages für Zahnersatz und Krankengeld mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 und dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz von 2004 wird dieses paritätische Prinzip allerdings zunehmend aufgebrochen, insofern wird hier der Begriff der anteiligen Finanzierung verwandt.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> RICHTER, WOLFRAM F.: Der Gesundheitsfond – ein Instrument zur Stärkung des Wettbewerbs, in: e.balance – magazin für soziales, Nr.49, 03/2007

<sup>20</sup> FLEBA, STEFFEN: Gesundheitsökonomik, Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner, Berlin, Heidelberg 2007, S. 79

<sup>21</sup> Zur Erhebung von Zusatzbeiträgen vgl. BUNDESGESETZBLATT (BGBl) 2003 Nr. 55 Teil 1: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz), Jg. 2003, S. 2190 ff u.

In der Gesundheitsreform von 2007<sup>22</sup> wurden u.a. eine Erweiterung der finanziellen Eigenbeteiligung der Patienten, sowie Eingriffe in die finanzielle Leistungsvergütung der medizinischen Leistungserbringer eingeführt, um so eine Kosteneindämmung für die Gesetzlichen Krankenversicherungen zu erreichen. Zudem verfolgte der Gesetzgeber die ordnungspolitische Absicht, analog zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, einen einheitlichen Beitrag für die Gesetzliche Krankenversicherung herbeizuführen<sup>23</sup>. Die erhobenen Beiträge, der Bundeszuschuss aus dem allgemeinen Steueraufkommen, als Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen, sowie weitere Einnahmen, z.B. Zusatzbeiträge der Versicherten, werden zentral vom Bundesversicherungsamt erhoben, im Gesundheitsfond verwaltet und an die gesetzlichen Krankenversicherungen verteilt. Reichen die den Krankenversicherungen aus dem Gesundheitsfond zugewiesenen Mittel nicht zur Deckung der Kosten aus, ist ein Zusatzbeitrag von den jeweiligen Versicherten der Krankenkasse zu erheben.<sup>24</sup>

Die gesetzliche Krankenversicherung ist die Krankenversicherung für den Großteil der Bevölkerung, nur ein Teil ist außerhalb derselben versichert. Im Dezember 2007 waren in der Bundesrepublik Deutschland 85,7%<sup>25</sup> der Bevölkerung in einer der 236 Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)<sup>26</sup> versichert, 10,4%<sup>27</sup> in einer der 82 privaten Krankenversicherungs-

---

BGBL 2005 Nr. 69 Teil 1: Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz, Jg. 2004, S. 3445 ff

<sup>22</sup> Vgl. BGBL 2007 Nr. 11 Teil 1: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG), S. 378 ff

<sup>23</sup> Vgl. DRABINSKI, THOMAS: Gesundheitsfonds ante portas, Kiel 2008, S. 15

<sup>24</sup> Ebenda a.a.O., S. 16 ff

<sup>25</sup> Eigene Berechnung nach Zahlen vgl. VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG E.V.: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2007/2008, Köln, Berlin 2008, S. 103 u. 107

<sup>26</sup> Vgl. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008, o.O. 2008, S. 67

<sup>27</sup> VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG E.V.: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2007/2008, S. 27



unternehmen<sup>28</sup>. Somit ist die Form der gesetzlichen Krankenversicherung für das Gesundheitssystem der Bundesrepublik weitgehend systembestimmend.

Danach sind die Hauptakteure auf Bundesebene am Beispiel der ambulanten Versorgung die Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung auf der einen und, seit der Gesundheitsreform von 2007, der GKV-Bundesverband auf der anderen Seite. Die Überwachung und gesetzliche Regulierung obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit.

Die Sicherstellung der gesamten medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik obliegt „den korporatistischen Institutionen auf Seiten der Leistungserbringer“<sup>29</sup>, dies sind primär die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Um die Versorgung der Bevölkerung zu beschreiben, kann auf Ärztedichte und Versorgung mit Krankenhausbetten als Indikatoren zurückgegriffen werden. Mit einer Ärztedichte von 340,98<sup>30</sup> und 829,1<sup>31</sup> Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner rangiert die Bundesrepublik Deutschland unter den betrachteten Staaten an der Spitze. Diese Position spiegelt sich auch in den Kosten wieder. Mit einem Anteil von 10,6%<sup>32</sup> am BIP nimmt die Bundesrepublik Deutschland unter den betrachteten Staaten ebenso den ersten Platz ein, wie auch bei den tatsächlichen Kosten mit 3.371 \$<sup>33</sup> pro Einwohner und Jahr.

---

<sup>28</sup> Vgl. ebenda S. 8 f. (47 im Verband der privaten Krankenversicherungen organisierten Gesellschaften und 35 kleine und kleinste Krankenversicherungen)

<sup>29</sup> BUSSE, REINHARD; RIESBERG, ANETTE: Gesundheitssysteme im Wandel Deutschland 2005, S. 52

<sup>30</sup> Datenbasis 2005; <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/> v. 22.04.09

<sup>31</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/> v. 22.04.09

<sup>32</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/> v. 22.04.09

<sup>33</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/> v. 22.04.09

### **2.2.3. Besondere Herausforderung: Die Deutsche Einheit und ihre Folgen für das Gesundheitswesen**

Mit der Wiedervereinigung Deutschlands 1990 war auch gesundheitspolitisch strukturell die Aufgabe zu lösen, die Bevölkerung in den neuen Ländern in das bestehende System der alten Bundesrepublik zu führen, was bis heute Auswirkungen hat. Deshalb stellen in der Bundesrepublik, auch 15 Jahre nach dem Erreichen der Deutschen Einheit, die im Koalitionsvertrag von 2005 unter dem Kapitel „Aufbau Ost voranbringen“ herausgestellten Punkten eine Besonderheit im europäischen Vergleich dar:

„Wegen des rasant fortschreitenden demografischen Wandels in den neuen Ländern kommt es auch insbesondere in den ländlichen Räumen bei der medizinischen Versorgung zu Versorgungsproblemen. Dies erfordert, dass auf diese Situation reagiert wird:

- Der weitere Ausbau der Integrierten Versorgung und medizinischen Versorgungszentren ist zu fördern.
- Geeignete Maßnahmen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung werden ergriffen.

Der gesamtdeutsche Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen zwischen den alten und den neuen Ländern ist zu sichern und weiter zu entwickeln.“<sup>34</sup>

Diese Punkte verdeutlichen, dass noch immer eine strukturell unterschiedliche Ausgestaltung des Gesundheitswesens in Ost und West besteht, die so gravierend ist, dass politischer Handlungsbedarf bestand.

---

<sup>34</sup> CDU DEUTSCHLAND; CSU LANDESLEITUNG; SPD DEUTSCHLAND: Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, S. 93

## 2.2.4. Die Versorgungssituation

Die unterschiedliche Ausgestaltung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland verdeutlicht die nachfolgende, nach Bundesländern differenzierte Aufstellung:

Tabelle 1: Ausgestaltung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland<sup>35</sup>:

Bundesland	Einwohner	Fläche/ km <sup>2</sup>	Bevölkerung/km <sup>2</sup>	Ärzte	Krankenhäuser	Betten
Baden-Württemberg	10.749.755	35.741,40	301	40.666	297	<b>59.982</b>
Bayern	12.520.332	70.551,56	177	50.883	375	<b>75.883</b>
Berlin	3.416.255	891,02	3.934	17.145	71	<b>19.627</b>
Brandenburg	2.535.737	29.480,33	86	8.130	47	<b>15.342</b>
Bremen	663.082	404,28	1.640	3.393	14	<b>5.434</b>
Hamburg	1.770.629	755,25	2.344	9.859	46	<b>12.029</b>
Hessen	6.072.555	21.114,77	288	23.571	180	<b>35.152</b>
Mecklenburg-Vorpommern	1.679.682	23.185,40	72	6.341	33	<b>10.299</b>
Niedersachsen	7.971.684	47.625,43	167	26.791	197	<b>42.107</b>
Nordrhein-Westfalen	17.996.621	34.086,48	528	67.592	432	<b>123.896</b>
Rheinland-Pfalz	4.045.643	19.853,24	204	15.048	99	<b>25.571</b>
Saarland	1.036.598	2.568,64	404	4.226	25	<b>6.822</b>
Sachsen	4.220.200	18.418,04	229	14.396	80	<b>26.480</b>
Sachsen-Anhalt	2.412.472	20.447,05	118	8.116	50	<b>16.745</b>
Schleswig-Holstein	2.837.373	15.799,08	180	10.784	97	<b>15.601</b>
Thüringen	2.289.219	16.172,10	142	7.971	44	<b>15.984</b>
<b>Deutschland</b>	<b>82.217.837</b>	<b>357.104,07</b>	<b>230</b>	<b>314.912</b>	<b>2.087</b>	<b>506.954</b>

<sup>35</sup> Zusammenstellung/Darstellung: Autor; Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrtab1.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp) u. [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jb06\\_jahrtab52.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb06_jahrtab52.asp), Abruf v. 22.10.09

Tabelle 2: rechnerische Zuständigkeit eines niedergelassenen Arztes für Patienten und räumliche Fläche<sup>36</sup>

Bundesland	Zuständigkeit für räumliche Fläche (km <sup>2</sup> )	Zuständigkeit für Patienten
Baden-Württemberg	0,879	264,34
Bayern	1,39	246,06
Berlin	0,652	199,26
Brandenburg	3,63	311,9
Bremen	0,119	195,43
Hamburg	0,077	179,6
Hessen	0,896	257,63
Mecklenburg-Vorpommern	3,66	264,89
Niedersachsen	1,78	297,55
Nordrhein-Westfalen	0,5	266,25
Rheinland-Pfalz	1,32	268,85
Saarland	0,61	245,29
Sachsen	1,28	293,15
Sachsen-Anhalt	2,52	297,25
Schleswig-Holstein	1,47	263,11
Thüringen	2,03	287,19
<b>Deutschland</b>	<b>1,13</b>	<b>261,08</b>

Tabelle 3: Rechnerische Zuständigkeit eines niedergelassenen Arztes für Patienten und räumliche Fläche Ost/West-Vergleich<sup>37</sup>

	Zuständigkeit für räumliche Fläche (km <sup>2</sup> )	Zuständigkeit für Patienten
Bundesrepublik	1,13	261,08
West	1,106	263,635
Ost	2,624	290,876

<sup>36</sup> Zusammenstellung/Darstellung: Autor, Datenquelle Tabelle 1

<sup>37</sup> Zusammenstellung/Darstellung: Autor, Datenquelle Tabelle 1, Ost- und Westzahlen basierend auf Flächenländer, Gesamtzahl Bundesrepublik berücksichtigt alle Bundesländer

Wie die Zahlen für die Versorgung der Flächenländer verdeutlichen, ist insbesondere in den neuen Bundesländern und hier sind die Ärztezahlen von Mecklenburg-Vorpommern gemessen an der Fläche bezeichnend, eine deutlich geringere ärztliche Versorgungsdichte zu erkennen. Zusätzlich verschärfend wirkt die Altersstruktur der Ärzteschaft:

Tabelle 4: Altersstruktur der Vertragsärzte zum 31.12.1993 und 31.12.2008<sup>38</sup>.

<b>Jahr</b>	<b>Durchschnittsalter der Vertragsärzte</b>	<b>Anzahl der Vertragsärzte 60 Jahre und älter</b>	
1993	47,5	9099	8,8 %
2008	51,7	21830	18,1 %

Auch hier in der Altersbetrachtung der Vertragsärzte ist eine deutliche regionale Differenzierung zu erkennen:

---

<sup>38</sup> Eigene Darstellung; Daten: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=37062a47b4b9a49b630737ad824de136&DocId=003756473&Page=1>, Abruf v. 25.11.2009

Tabelle 5: Alter der Vertragsärzte nach regionaler Dislozierung<sup>39</sup>:

Altersgruppe	≤ 34	35-39	40-49	50-59	60-65	> 65	Gesamt
KV	<b>Anzahl Ärzte</b>						
Baden-Württemberg	26	409	2249	3068	1068	119	<b>6939</b>
Bayern	63	671	2861	3839	1291	175	<b>8900</b>
Berlin	9	113	753	931	542	106	<b>2454</b>
Brandenburg	8	101	515	426	359	100	<b>1509</b>
Bremen	1	25	163	180	57	12	<b>438</b>
Hamburg	8	87	428	472	198	26	<b>1220</b>
Hessen	36	259	1336	1709	554	59	<b>3953</b>
Mecklenburg-Vorpommern	16	103	399	308	253	71	<b>1150</b>
Niedersachsen	41	386	1681	2039	701	88	<b>4936</b>
Nordrhein	29	443	2232	2319	788	143	<b>5954</b>
Rheinland-Pfalz	12	163	920	1158	339	44	<b>2636</b>
Saarland	4	49	230	283	84	13	<b>663</b>
Sachsen	39	193	902	730	657	184	<b>2705</b>
Sachsen-Anhalt	23	119	506	435	372	72	<b>1527</b>
Schleswig-Holstein	13	120	564	819	350	42	<b>1908</b>
Thüringen	24	109	494	414	374	124	<b>1539</b>
Westfalen-Lippe	32	351	1671	1936	724	110	<b>4824</b>
<b>Gesamt</b>	<b>385</b>	<b>3701</b>	<b>17904</b>	<b>21066</b>	<b>8711</b>	<b>1488</b>	<b>53255</b>

Die Kombination der Zahlen unterstreicht den im politischen Bereich ausformulierten Handlungsbedarf und verdeutlicht durch die sich aufgrund des Alters der Ärzte weitere Verschärfung des ohnehin bestehenden Versorgungsengpasses in absehbarer Zeit.

Als erste Maßnahmen wurde u.a. die Abschaffung der Fallzahlenbegrenzung vorgenommen, zusätzlich wird in weiten Teilen der Bundesrepublik künftig die Bedarfsrechnung als Voraussetzung für eine Niederlassungszulassung für Ärzte unnötig sein<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Eigene Darstellung; Daten: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), Bundesarztregister 31.12.2005, zit. nach: DEUTSCHER BUNDESTAG, Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2007 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer Zielorientierten Gesundheitsversorgung, Drucksache 16/8366, Berlin 07.09.2007

<sup>40</sup> Vgl. FLEBA, STEFFEN: Gesundheitsökonomik, Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner, Berlin, Heidelberg 2007, S. 87

### **2.2.5. Strategien und Ziele des Gesundheitswesens**

Neben den in den jeweiligen Koalitionsverträgen festgeschriebenen politischen Handlungsfeldern und Zielsetzungen existieren in der Bundesrepublik Deutschland auch „nationale Gesundheitsziele“<sup>41</sup>. Das Bundesministerium für Gesundheit und die Gesundheitsministerien der Bundesländer initiierten im Jahr 2000 das Projekt der Definition nationaler Gesundheitsziele. Aus dieser Initiative entstanden bis dato allerdings keine zusammenhängenden Ziele oder eine Gesamtstrategie für die Gesundheitsversorgung und deren Weiterentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. Vielmehr sind es Einzelaspekte die in den „Gesundheitszielen“ zusammengefasst werden, im Einzelnen sind dies:

- (1) „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
- (2) Brustkrebs: Mortalität vermindern und Lebensqualität erhöhen
- (3) Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
- (4) Tabakkonsum reduzieren
- (5) Gesund aufwachsen
- (6) Patientensouveränität und –kompetenz stärken.“<sup>42</sup>

Die aufgezählten nationalen Gesundheitsziele stehen hier nebeneinander und bieten den Akteuren aus Politik und Verbänden Handlungsfelder, die zweifelsohne jedes für sich genommen von hoher Bedeutung für das Gesundheitswesen und auch die Bevölkerung sind. Ein zusammenhängender und umfassender Ansatz, im Sinne einer Strategie, welcher auch Mittel und Wege zu den Zielen berücksichtigt, liegt nicht vor.

---

<sup>41</sup> vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: Gesundheitsziele.de, Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele, Berlin 2007, S 5 ff

<sup>42</sup> Ebenda

Nach der Bundestagswahl im September 2009 skizzieren die Koalitionspartner im Koalitionsvertrag das Handlungsfeld der Gesundheitsvorsorge wie folgt:

„Wir wollen, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können.“<sup>43</sup>

Eine qualitative Veränderung der Versorgung ist aus dem Koalitionsvertrag auch in der 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages nicht zu erwarten.

Im Finanzierungsansatz deutet die Bundesregierung allerdings einen Wechsel an. Innerhalb der anteiligen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung soll eine Festschreibung des Arbeitgeberanteils erfolgen, um insbesondere die Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber konstant zu halten und ein weiteres Steigen zu verhindern. Dies wird bei zukünftigen Kostensteigerungen entweder zu einer Erhöhung des Versicherten-/Arbeitnehmeranteils oder zu der Notwendigkeit der Erhöhung des Bundeszuschusses und damit zu einer Finanzierung aus dem Steueraufkommen führen.

„Wir wollen einen Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Finanzierungssystem. Der Morbi-RSA [*Morbiditätsorientierter-Risikostrukturausgleich*; Anm. d. Verf.] wird auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen gestaltet. Die derzeitige Situation ist gekennzeichnet durch ein prognostiziertes Defizit, das sich sowohl aus krisenbedingten Beitragsausfällen als auch gesundheitssystemimmanenten Ausgabensteigerungen

---

<sup>43</sup> CDU, CSU, FDP: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, o.O. 2009, S. 85



(Demographie, Innovationskosten, Fehlwirkungen) zusammensetzt.

Kurzfristige Maßnahmen umfassen 2 Komponenten:

1. Krisenbedingte Einnahmeausfälle dürfen nicht alleine den Versicherten aufgebürdet werden, deshalb werden gesamtstaatliche flankierende Maßnahmen zur Überbrückung der Krise erfolgen.
2. Unnötige Ausgaben sind zu vermeiden. Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest.<sup>44</sup>

In seiner Antrittsrede im Deutschen Bundestag am 12. November 2009 verdeutlichte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler, der erste Arzt in dieser Funktion, dies:

„Wer aber wirklich will, dass die künftigen Kostensteigerungen im Gesundheitssystem nicht automatisch zulasten des Faktors Arbeit gehen, muss zu einer weitestgehenden Entkopplung von den Krankenversicherungskosten und den Lohnzusatzkosten kommen. Nicht weil wir den Arbeitgebern einen Gefallen tun wollen, sondern weil wir Arbeitslosigkeit verhindern müssen. Deswegen ist es richtig, den sogenannten Arbeitgeberanteil festzuschreiben. Das schafft nicht nur neue Möglichkeiten im Krankenversicherungssystem, sondern sorgt insgesamt für Wachstum und Beschäftigung.“<sup>45</sup>

Dieser angekündigte Systemwechsel in der Finanzierungsform des bundesdeutschen Gesundheitswesens soll die Finanzierung des Gesundheitswesens auf eine andere, breitere Basis stellen. Neben der

---

<sup>44</sup> Ebenda, S. 86

<sup>45</sup> DEUTSCHER BUNDESTAG, Plenarprotokoll 17/5, Berlin 12.11.2009, S. 273

Vermeidung eines weiteren Ansteigens der Lohnnebenkosten soll, ergänzend zu einem einkommensunabhängigen Kostenbeitrag für die Krankenversicherung, ein sozialer Ausgleich aus dem allgemeinen Steueraufkommen vorgenommen werden.

### **2.3. Das Gesundheitssystem des Königreichs Schweden**

Das Königreich Schweden hat eine lange Tradition in der staatlichen Gesundheitsvor- und -fürsorge, erste Grundzüge gehen bereits auf das Jahr 1748 zurück<sup>46</sup>. Bis heute, und damit in der nationalen Tradition verbleibend, ist das schwedische Gesundheitssystem ein Staatssystem. Das System wird weitestgehend steuerfinanziert, darüber hinaus bilden Zuzahlungen der Patienten einen weiteren Finanzierungsanteil<sup>47</sup>.

Von der schwedischen steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung sind grundsätzlich alle medizinisch notwendigen Leistungen abgedeckt („Universal Coverage“<sup>48</sup>). Während die Nationalregierung für die grundsätzlichen Regelungen des Gesundheitswesens zuständig ist, tragen die 21 Provinziallandtage die Verantwortung für die Organisation und Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung. Der Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung liegt somit „vor Ort“, auf unterer politischer Ebene. Der Zugang zum Gesundheitssystem erfolgt in der Regel, außerhalb von Notfällen, über die „Primary Health Care“ vor Ort. Diese Behandlungseinrichtungen decken die allgemeinmedizinische Versorgung ab und übernehmen zugleich eine Lotsen- und

---

<sup>46</sup> Vgl. ÅGREN, GUNNAR: Sweden`s new public health policy, National public health objectives for Sweden, Stockholm 2003, S. 4 ff

<sup>47</sup> Vgl. BANKAUSKAITE, VAIDA [Hrsg.]: Health Systems in Transition, Sweden 2005, Kopenhagen 2005, S. 41

<sup>48</sup> Vgl. MOLIN, ROGER; JOHANSSON, LARS: Swedish Health Care in an International Context, Stockholm 2005, S. 31

Steuerungsfunktion in die höheren Versorgungsebenen, die Krankenhäuser, und zu Fachärzten außerhalb der Allgemeinmedizin.<sup>49</sup>

### **2.3.1. Strategien und Ziele des Gesundheitswesens**

Mit der letzten Reformierung des schwedischen Gesundheitssystems wurde der Gedanke des öffentlichen Gesundheitswesens weiterentwickelt und ein umfassender Ansatz mit 11 Schwerpunktbereichen als Maxime vorgegeben.

Diese elf Bereiche sind:

1. Teilhabe und Einfluss in der Gesellschaft
2. Wirtschaftliche und soziale Sicherheit
3. Sicherheit und gute Lebensbedingungen während Kindheit und Jugend
4. Gesünderes Arbeitsleben
5. Gesunde und sichere Umwelt und Produkte
6. Gesundheitsvorsorge und medizinische Betreuung, die aktiver die gute Gesundheit fördert
7. Effektive Absicherung gegenüber vermeidbaren Krankheiten
8. Sichere Sexualität und gute Reproduktionsgesundheit
9. Steigende physische Aktivität
10. Gesunde Ernährungsgewohnheiten und gute Nahrungsmittel
11. Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums, eine Gesellschaft frei von illegalen Drogen und Doping sowie eine Reduzierung der schwerwiegenden Folgen von exzessivem Glücksspiel.<sup>50</sup>

Die aufgezählten Schwerpunktbereiche machen deutlich, dass der schwedische Ansatz ein umfassender ist und weit über das hinaus geht, was allgemein als Gesundheitspolitik unter den Aspekten Gesundheitsvorsorge

---

<sup>49</sup> Vgl. BANKAUSKAITE, VAIDA [Hrsg.]: Health Systems in Transition, S. 78 f

<sup>50</sup> Vgl.: HOGSTEDT, CHRISTER ET AL. (Hrsg.): Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries, Östersund 2008, S. 295, aus dem Englischen Übersetzung durch Verfasser

und –wiederherstellung verstanden wird<sup>51</sup>. Die Aspekte von Versorgung und Vorsorge sind beide in Schwerpunktbereichen abgebildet. Hierbei ist der Vorsorgeaspekt insbesondere als Prävention gegen eine spätere Behandlungsnotwendigkeit zu sehen.

Das Leistungsniveau in Schweden ist gesetzlich reguliert, hierbei stehen drei Punkte, in hierarchischer Reihenfolge zu sehen, im Vordergrund:

1. Der Grundsatz der Menschenwürde
2. Das Prinzip von Bedürftigkeit und Solidarität
3. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit<sup>52</sup>

Diese Punkte bilden die übergeordneten Prinzipien des schwedischen Gesundheitssystems. Im Folgenden wird hiervon ausgehend auf die Versorgungsaspekte eingegangen.

### **2.3.2. Versorgungssituation und Leistungsanspruch**

Im Kernbereich des Gesundheitssystems, verfügt Schweden über ein dichtes Netz von medizinischen Leistungserbringern. Der Großteil der hausärztlichen Versorgung erfolgt über Gesundheitszentren, welche von den Provinziallandtagen betrieben werden. Die Ärzte sind in diesen fest angestellt und beziehen ein fixes Einkommen aus der Beschäftigung im öffentlichen Dienst<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> Zur Definition Gesundheitspolitik vgl: DÖHLER, MARION: Gesundheitspolitik, in: HOLTERMANN, EVERHARD ET AL. (Hrsg.): Politik-Lexikon, München, Wien 1994, S. 216-218

<sup>52</sup> vgl. BANKAUSKAITE, VAIDA (Hrsg.): Health Sytem in Transition Sweden 2005, S. 26, aus dem Englischen Übersetzung durch Verfasser

<sup>53</sup> Vgl. BARTHELT, JULIA: Das Schwedische Gesundheitssystem, in: Rheinisches Ärzteblatt, 12/2004, S. 14

Als Leistungsanspruch gilt in Schweden die folgende Abfolge<sup>54</sup>:

„0-7-90-90“

- 0: (zero delay) es besteht die Möglichkeit zum sofortigen Kontakt mit der „Primary Health Care Ebene“. Dieses kann in Form telefonischer Beratung oder auch als Erstbehandlung in einer Einrichtung sein. Es muss sich hier allerdings nicht um eine ärztliche Behandlung oder Beratung handeln, vielmehr kann dies auch durch ärztliches Assistenzpersonal geschehen<sup>55</sup>.
- 7: Innerhalb von sieben Tagen ist die Erstbehandlung durch einen Allgemeinmediziner, in der Primary Health Care-Ebene, durchzuführen.
- 90: Eine erforderliche fachärztliche Begutachtung ist binnen 90 Tagen durchzuführen
- 90: Eine Behandlung ist innerhalb einer Wartezeit von nicht mehr als 90 Tagen nach der Diagnose durchzuführen.

Im Vergleich der Ärztedichte belegt Schweden unter den drei betrachteten Staaten mit 357,87 pro 100.000 Einwohner den Spitzenplatz<sup>56</sup>. Ein

---

<sup>54</sup> Vgl. BANKAUSKAITE, VAIDA (Hrsg.): Health System in Transition Sweden 2005, S. 76 f, diese zeitlichen Vorgaben gelten seit dem 01.11.2005

<sup>55</sup> Anzumerken ist hier allerdings, dass die „Primary Health Care specialist Nurse“ i.d.R. über eine universitäres Masterstudium verfügt und die „Basic Nursing Ausbildung“ in Schweden an Universitäten mit einem Bachelor-Abschluss ausgebildet wird.

<sup>56</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/> v. 22.04.09

signifikanter Unterschied zeigt sich bei der Betrachtung der verfügbaren Krankenhausbetten, hier belegt Schweden mit 287,7<sup>57</sup> pro 100.000 Einwohner im Vergleich den letzten Platz<sup>58</sup>.

Dieser geringe Vorhalt spiegelt sich in Teilen auch in den finanziellen Aufwendungen für das Gesundheitswesen wieder. Hier bringt Schweden mit 9,2% vom BIP<sup>59</sup> einen gesamtwirtschaftlich geringeren Anteil als die Bundesrepublik Deutschland auf. Auch in Gesamtkosten ausgedrückt ist der Kostenanteil von 3.202 \$<sup>60</sup> pro Einwohner im Jahr niedriger als in der Bundesrepublik Deutschland.

Eine private Krankenversicherung oder Selbstzahler spielen in Schweden nur eine marginale Rolle<sup>61</sup>, nur 2,3%<sup>62</sup> der Bevölkerung verfügt über eine private Krankenversicherung. Dieser geringe Anteil führt zu einer hohen Abhängigkeit der Ärzteschaft vom staatlichen Gesundheitssystem. Ärzte sind entweder als abhängig Beschäftigte im Öffentlichen Dienst des Staates angestellt oder als Selbstständige auf Vergütungsverträge mit dem staatlichen Kostenträger angewiesen<sup>63</sup>.

---

<sup>57</sup> Datenbasis 2006, Datenquelle:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00046&plugin=1>, v. 13.10.09

<sup>58</sup> Vgl. DEVLIN, KATE: Britain 'has fewer hospital beds than Luthuania and Hungary', in: Telegraph, 13.01.2009, <http://www.telegraph.co.uk>, v. 22.04.09

<sup>59</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/> v. 22.04.09

<sup>60</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/> v. 22.04.09

<sup>61</sup> Vgl. HOGBERG, DAVID: Swedens` s Single-Payer Health System Provides a Warning to other Nations, Nationalcenter: National Policy Analysis No. 555, Washington 2007, S. 2

<sup>62</sup> Ebenda

<sup>63</sup> Vgl. ebenda ff

## **2.4. Das Gesundheitssystem der Republik Estland**

Estland gestaltete nach dem Ende der Sowjetunion und der damit für dieses Land verbundenen gewonnenen staatlichen Unabhängigkeit die Sozialsysteme vollständig neu und auch wurden Streitkräfte aufgestellt.

Wie formt ein Land, welches Ende des 20. Jahrhunderts die Chance eines neuen Starts hatte diesen Anteil des sozialstaatlichen Bereiches? Welchen Anteil an Verantwortung übernimmt der Staat, ohne Bindung an ein Altsystem, für die Gesundheitsversorgung der eigenen Bevölkerung, in wie weit setzt sich das alte System im neuen Staat fort?

Nach dem Erreichen der staatlichen Unabhängigkeit im Jahre 1991, gliederte Estland das bestehende Gesundheitssystem sowjetischer Art in den 90er Jahren um<sup>64</sup>.

Die heutige Krankenversicherung in Estland basiert auf dem Solidaritätsprinzip zwischen den Krankenversicherten. Leistungen und gleiche Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung werden unabhängig von regionalen Aspekten gewährt.

### **2.4.1. Strategien und Ziele des Gesundheitswesens**

Innerhalb der Regierung wird der Bereich Gesundheitswesen im Sozialministerium<sup>65</sup> wahrgenommen, dort und in den nachgeordneten Behörden werden auch die Definitionen des Leistungsniveaus

---

<sup>64</sup> Auf das sowjetische und postsowjetische Gesundheitssystem wird hier nicht weiter eingegangen, da sich hierbei nicht um die historische Entwicklungsbasis, auf den estnischen Nationalen Konsens basierend, handelte, sondern ein zentral über die Sowjetunion einheitliches System handelte. Die Findung und Definition eines eigenen Nationalen Konsenses vollzog sich also durch die Adaption von in westlichen Staaten vorhandenen Systemen.

<sup>65</sup> Estn. „Sotsiaalministerium“

wahrgenommen<sup>66</sup>, die nationalen Gesundheitsziele sind im „National Health Development Plan“ veröffentlicht.

“Highlighting *social cohesion and equal opportunities* provides a signal to all members of society that they are invited to participate in the actions and decisions of the society. *Ensuring healthy and secure development* for children and adolescents provides them with the opportunity to grow healthy and become active members of the society. *Healthy living, working and learning environment* is equally important for the children and other members of society. A clean and safe environment is the basis that enables people to benefit most from the opportunities both as individuals and a society, which means that reduction and elimination of environmental risks is of crucial importance. While the above three areas focussed on the creation of conditions and opportunities for health development, the area of *healthy lifestyles* deals with the way we use these opportunities. Therefore, in addition to creating opportunities, general awareness should be raised to inform people of these opportunities, healthy behaviour and healthiness of one’s choices to lead a longer, healthier and fuller life. Unfortunately, all detrimental health factors are not preventable through the creation of opportunities and personal choices. *An efficient and patient-centred healthcare system*, which adapts continually to new diseases, opportunities and patient needs, is therefore an important part of the National Health Plan.”<sup>67</sup>

Bei der Umgliederung des vormaligen sowjetischen Systems standen die Einrichtung einer Gesundheitsversicherung zur Deckung der Kosten sowie eine Förderung der Dezentralisierung und somit die Sicherstellung der

---

<sup>66</sup> GINNEKEN, VAN, EWOUT [Hrsg.]: Health System in Transition, Estonia Health System Review 2008, Kopenhagen 2008, S. 24

<sup>67</sup> SOTSIAALMINISTEERIUM: National Health Development Plan 2009–2020, Tallinn 2008, S. 11, Hervorhebung im Original, die Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Zielsetzung des estnischen Gesundheitssystems erfolgt in enger Anlehnung an die Ziele der Europäischen Union.



Versorgung über die gesamte Fläche im Mittelpunkt<sup>68</sup>. 1992 führte Estland eine Krankenversicherungspflicht ein. Inzwischen existieren insgesamt 17 regional organisierte Krankenkassen. Diese stehen durch die jeweilige regionale Zuständigkeit in keinem Wettbewerb zueinander. Aufgrund der Pflichtmitgliedschaft in der regional zuständigen Krankenkasse spielt eine private Krankenversicherung allenfalls für die Absicherung des Krankheitsfalles im Ausland eine Rolle<sup>69</sup> und wird deshalb nicht weiter betrachtet werden.

#### **2.4.2. Versorgungssituation und Finanzierung**

Der Versicherungsbeitrag in Höhe von 13% des Nettoarbeitseinkommens wird durch den Arbeitgeber mit den Sozialabgaben abgeführt.<sup>70</sup> Kinder, schwangere Frauen und Pensionempfänger sind beitragsfrei versichert<sup>71</sup>. Die Versorgung der Patienten wird heute im Schwerpunkt durch „ein Netz speziell ausgebildeter Familienärzte“<sup>72</sup> sichergestellt. Diese Familienärzte sind zumeist selbstständig oder Angestellte eines privaten Gesundheitsdienstleisters<sup>73</sup>. Mit einer Ärztedichte von 328,53<sup>74</sup> pro 100.000

---

<sup>68</sup> Vgl. GINNEKEN VAN, EWOUT: Health Systems in Transition, Estonia: Health System Review 2008, S. 22 ff

<sup>69</sup> Vgl. AOK-BUNDESVERBAND [Hrsg.]: psg-Serie: Gesundheitssysteme der EU-B Beitrittsländer, Estland setzt auf den Familienarzt, in: presservice gesundheits (psg): psgPolitik, Nr. 1/2004, S. 10

<sup>70</sup> „Health insurance is based on solidarity of insured people and limited cost-sharing, and it proceeds from principle of providing services according to needs of insured people, equal regional access to health care and intended use of contributions to health insurance. Employers are obligated to pay social tax for employees, which includes 13% of gross wages for health insurance.“

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS OF ESTONIA [Hrsg.]: Health, Labour and Social Sector in 2007, Tallinn 2007, S. 52

<sup>71</sup> Zur Übersicht der beitragsfrei Versicherten vgl: MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS OF ESTONIA [Hrsg.]: Health, Labour and Social Sector in 2007, S. 53 (“persons under the Health Insurance Act for whoms social tax is not paid”), darüber hinaus ist die Beitragszahlung durch den Staat oder auch durch den Versicherten selbst eine andere Möglichkeit.

<sup>72</sup> AOK-BUNDESVERBAND [Hrsg.]: psgPolitik, Nr. 1/2004, S. 11

<sup>73</sup> Vgl. GINNEKEN VAN, EWOUT: Health Systems in Transition, Estonia: Health System Review 2008, S. 29 ff

Einwohner bewegt sich Estland in ähnlichem Rahmen wie die zuvor betrachteten Staaten. Die Anzahl an Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner liegt mit 565,3<sup>75</sup> zwischen den beiden anderen betrachteten Ländern. Lediglich die Kosten liegen mit 773,9\$<sup>76</sup> pro Einwohner und Jahr oder 5,1%<sup>77</sup> am Bruttoinlandsprodukt deutlich unterhalb der Vergleichsstaaten. Ursächlich erscheinen hier zum einen die geringeren Personalkosten in Estland, zum anderen auch die wirtschaftliche Boomphase von 2000 bis 2007<sup>78</sup>, welche den prozentualen Anteil der Kosten des Gesundheitswesens sinken lassen. Zumindest mittelfristig ist hier eine Angleichung an europäische Durchschnittswerte und somit eine signifikante absolute Kostensteigerung zu erwarten.

---

<sup>74</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/>  
v. 22.04.09

<sup>75</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/>  
v. 22.04.09

<sup>76</sup> Datenbasis 2006, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/>  
v. 22.04.09

<sup>77</sup> Datenbasis 2005, <http://www.euro.who.int>, Datenbank: <http://data.euro.who.int/hfad/>  
v. 22.04.09

<sup>78</sup> Vgl. OECD: "Economic Survey of Estonia, 2009", in: Policy Brief, May 2009, S. 1

### **3. Der Sanitätsdienst – militärischer Anteil des Gesundheitssystems**

Der Sanitätsdienst stellt im Einsatz die medizinische Versorgung und im Besonderen die qualifizierte Verwundetenversorgung sicher. Dies spiegelt die Verpflichtung des gegenseitigen Treueverhältnisses von Dienstherren und Soldaten wieder. Der Soldat trägt das Risiko des Verlustes der körperlichen Unversehrtheit zur Erfüllung seines Auftrages, d.h. letztlich zur Projektion staatlicher Macht im Einsatz. Hier ist der Staat aus ethisch-moralischer Verpflichtung, Gründen der Fürsorge sowie auch aus ökonomischen Erwägungen gehalten das Mögliche zum Schutz, zur Versorgung und auch zur Wiederherstellung des Soldaten zu leisten. Darüber hinaus trägt die sanitätsdienstliche Versorgung zum einen zur Wiederherstellung der Kampfkraft der Soldaten und zum anderen auch zur Erhöhung der Leistungsmotivation des einzelnen Soldaten durch die Sicherheit der Gesundheitsversorgung im Falle einer Verletzung oder Verwundung, bei.

Somit ist zur Einsatzfähigkeit von Streitkräften allgemein eine integrale medizinische Komponente, der sogenannten Sanitätsdienst, notwendig. Dieser muss zumindest die

- a) eigene medizinische Versorgung der Soldaten im Rahmen von militärischen Operationen gewährleisten sowie darüber hinaus
- b) militärmedizinische Begutachtung ermöglichen.

Die medizinische Versorgung der Soldaten im Inland wird in einigen Staaten auch durch den Sanitätsdienst wahrgenommen.

Die politischen Umbrüche des vergangenen Jahrhunderts ging auch an den Strukturen und möglichen Einsatzszenarien der Streitkräfte in den betrachteten Staaten nicht spurlos vorüber:

Während sich in der Zeit des Kalten Krieges die wahrscheinlichen Einsatzoptionen in der Blockkonfrontation von Ost und West auf militärische Operationen in zum großen Teil fest zugewiesenen Räumen konzentrierte, sind die Einsatzoptionen des Militärs heute durch Dynamik im Bezug auf ganz unterschiedliche Einsatzgebiete, Einsatzszenarien und auch Intensitätsstufen gekennzeichnet.

Die Planbarkeit für die Streitkräfte, insbesondere im Bezug auf die Verweildauer im Inland, tritt heute zunehmend hinter einer hohen Flexibilität zum Einsatz in nicht bekannten Gebieten zurück. Hier gilt es bei geringer Vorbereitungszeit in unterschiedlichen Szenarien einsatzfähig zu sein: Angefangen mit Übungen, Einsätzen im Rahmen der Humanitären Hilfe oder Im Rahmen des bewaffneter Einsatz von Streitkräften im Ausland

Für die materielle Ausstattung bedeutet dies, die nicht vorhandene oder bedingt mobile Ausstattung aus der Zeit des Kalten Krieges, mit fest zugewiesenen Räumen, an den neuen Anforderungen zu überprüfen und ggf. durch mobiles und einer veränderten Einsatzrealität angemessenes Material und Gerät zu ersetzen. Dieser Prozess erfordert für die Ausrüstung des Sanitätsdiensts in den Streitkräften zum einen die politische Definition des nationalen Anspruchsniveaus im medizinischen Bereich an die Streitkräfte, wie in der Bundesrepublik im Weißbuch<sup>79</sup> geschehen, und zum anderen die damit verbundene Restrukturierung im organisatorischen, personellen und materiellen Bereich. Dieses beanspruchte in der Umsetzung eine gewisse Zeit und beinhaltet auch Entwicklungs- und Lernprozesse.

---

<sup>79</sup> Vgl. BMVG: Weißbuch 2006 zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr, Berlin 2006, S. 139 ff

Neben diesem nationalen Prozess gewinnt die multinationale Abstimmung an Bedeutung, da heute militärische Einsätze i.d.R. im Bündnis- oder Koalitionsrahmen durchgeführt werden. Dieses stellt zum einen Ansprüche an die multinationale Zusammenarbeit im personellen Bereich, zum anderen allerdings auch an die materielle Interaktionsfähigkeit. Somit spielen internationale/bzw. multinationale Standards und Verfahren eine zunehmend wichtigere Rolle.

### **3.1. Die NATO als supranationales Bindeglied**

Verbindendes Element der drei betrachteten Staaten und somit auch die Basis der Betrachtung in sanitätsdienstlicher Hinsicht ist die NATO.

Schweden ist zwar kein Mitglied des Bündnisses, allerdings beteiligt es sich seit der Begründung des Partnership-for-Peace (PfP) Programmes der NATO 1994 an diesem. Ebenso engagiert sich Schweden seit Begründung des Euro-Atlantic Partnership Council, EAPC, dem politische integrativen Bindeglied der am PfP-Programm teilnehmenden Nationen.

So nehmen schwedische Streitkräfte regelmäßig an NATO-Übungen teil, orientiert sich an NATO-Standards und darüber hinaus leistet Schweden kontinuierlich signifikante Beiträge zu militärischen Einsätze des Bündnisses, etwa in Afghanistan (ISAF, International Security Assistance Force) oder auf dem Balkan.<sup>80</sup>

Neben der NATO bildet auch die EU, die zunehmend auch auf militärischem Gebiet aktiv ist, etwa mit der Anti-Piraterie Mission am Horn

---

<sup>80</sup> Vgl. hierzu die aktuellen Einsatzzahlen von schwedischen Soldaten im Einsatz, sowie ein kurzer historischer Abriss der Einsätze, derzeit befinden sich 774 Soldaten in 11 verschiedenen Einsätzen (Stand Januar 2010),: FÖRSVARSMAKTEN: Swedish Armed Forces in the World

von Afrika (ATALANTA), eine verbindende Basis zwischen den betrachteten Staaten.

Allen militärischen Einsätzen der vergangenen 20 Jahre, an denen sich die drei betrachteten Staaten beteiligt haben, wie z.B. ISAF in Afghanistan oder KFOR im Kosovo, ist zu eigen, dass sie nicht allein als Einsatz eines Staates, sondern als Aktion im Bündnis oder Koalitionsrahmen stattfanden. Ein gemeinsamer Einsatz erfordert zum einen gemeinsame Einsatzregeln, als Basis einer gemeinsamen Verständnisses (Befehlsformat, Standing Operational Procedures (SOP) etc.), welche durch die Politik und die militärische Führung auszudefinieren sind, aber auch eine Interoperabilität der Streitkräfte. Dies erfordert eine Abstimmung sowohl der Ausbildung, der Ausrüstung und auch der Verfahren.

Im sanitätsdienstlichen Bereich definiert die NATO diese Erfordernisse im sanitätsdienstlichen Bereich wie folgt:

“The mission of medical support in military operations is to support the mission, through conservation of manpower, preservation of life and minimisation of residual physical and mental disabilities. Appropriate medical support makes a major contribution to both force protection and morale by the prevention of disease, rapid evacuation and treatment of the sick, wounded and injured and the return to duty of as many individuals as possible.

In order to accomplish the mission a spectrum of services is required, ranging from preventive medicine through first aid, resuscitation and stabilisation of vital functions, to evacuation and definitive specialised care.

Medical capabilities must be commensurate with the force strength and the assessed risks to the deployed forces. The medical services must expand progressively as force strength expands and risks increase, and there must be a surge capability to deal with peak casualty rates in excess of expected daily rates.”<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> NATO: Allied Joint Publication (AJP) 4.10 – Allied Joint Medical Publication, o.O. 2002, S. 13

Zur Gewährleistung dieser medizinischen Versorgung, ist ein breites Spektrum an medizinischen Fähigkeiten von hoher Qualität erforderlich. In der Zeit des Kalten Krieges wurde die sanitätsdienstliche Versorgung (im Gefecht/Kriegsfall) weitestgehend mit ärztlichen Aufgaben im Falle von Katastrophen verglichen<sup>82</sup>. In den heutigen Einsatzszenarien von Streitkräften ist der Begriff der Einsatzversorgung oder Einsatzmedizin kennzeichnend für den Einsatz des Sanitätsdiensts:

„Seit den 1990er Jahren bildete sich in Deutschland eine sogenannte „Einsatzmedizin“ heraus, deren Aufgabenspektrum von der individueller Maximalversorgung bis hin zur krisenmedizinischen Versorgung Verletzter und Erkrankter bei Großkatastrophen oder militärischen Kampfhandlungen reicht. Ein Vergleich mit einer Wehrmedizin im Frieden oder aber einer Kriegsmedizin früherer Jahre ist kaum möglich. Einsatzmedizin ist „hausärztliche Versorgung“ im Krisengebiet, Notfallmedizin in Uniform und Katastrophenmedizin mit erweiterter Zielsetzung zugleich.“<sup>83</sup>

Die Einsatzversorgung stellt somit die qualifizierte notfallmedizinische Versorgung des verwundeten, verletzten oder erkrankten Soldaten sicher, einschließlich notfallchirurgischer Versorgung und mit Abstützung auf geeignete Behandlungseinrichtungen.<sup>84</sup> Zugleich ist auch eine individuelle, quasi Hausärztliche Betreuung, ein Teil der Aufgabe der Einsatzversorgung. Im Auslandseinsatz und speziell im Gefecht, ist davon auszugehen, dass ein Rückgriff auf das eigene, nationale zivile Gesundheitswesen zur Akutversorgung allein aufgrund räumlicher Distanz nicht möglich ist. Auch

---

<sup>82</sup> Vgl. NÖLDEKE, HARTMUT: Sanitätsdienst an Bord, Ein Beitrag zur Organisation und ärztlichen Tätigkeit auf Kriegsschiffen, Herford 1981, S. 59; hier wird explizit auf den Sanitätsdienst an Bord von Kriegsschiffen eingegangen, die ärztlichen Erfordernisse lassen sich aber auch auf andere Gefechtssituationen übertragen.

<sup>83</sup> BSCHLEIPFER, THOMAS: Ethik einer Krisenmedizin, Kritische Analyse bereichsspezifischer Dilemmata: Ressourcenallokation, Instrumentalisierung und Doppelloyalität, Cottbus 2007, S. 108

<sup>84</sup> Vgl. BMVG: Weißbuch 2006 zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr, S. 139

das Gesundheitswesen des Einsatzlands wird zumeist nicht zur Versorgung der Soldaten im Einsatz zur Verfügung stehen, da dieses bereits mit der Akutversorgung der Bevölkerung ausgelastet oder nicht dem qualitativen bzw. quantitativen Anforderungen des Versorgungsniveaus im jeweiligen nationalen Konsens entspricht. Somit ist für das Einsatzkontingent grundsätzlich eine integrale sanitätsdienstliche Komponente erforderlich

### **3.2. Organisation des Sanitätsdiensts in den Streitkräften**

Die sanitätsdienstlichen Komponenten sind in unterschiedlichen Organisationsformen und Umfängen in den jeweiligen Streitkräften vorhanden. Hier kann keine allgemeingültige Schablone angewandt werden. Für das Verhältnis der Sanitätskomponente zur Stärke der eingesetzten Soldaten kann dieses als Anhaltswert mit 1:10<sup>85</sup> angesetzt werden. Dieser Wert hat in realiter allerdings stets die tatsächlichen Einsatzerfordernisse, wie Risiko, Umfeld etc. zu berücksichtigen und ist hiervon abhängig.

Grundsätzlich sind zwei konträre Organisationsformen des militärischen Sanitätswesens vorstellbar:

1. Die Streitkräfte verfügen über eine sanitätsdienstliche Komponente, die jederzeit zur Verfügung steht. Dieses erlaubt eine stetige Inübunghaltung nach Maßgabe der militärischen Führung ohne weiteren Abstimmungsbedarf. Die Versorgung der Soldaten kann im Heimatland wie auch im Auslandseinsatz durchgehend durch den eigenen Sanitätsdienst wahr genommen werden.

---

<sup>85</sup> Vgl. PRACT, ULRICH: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr im Wandel. Zwischen Friedensversorgung und Einsatz, Vortrag Kommandeur Sanitätskommando I vor der Herrmann-Ehlers-Akademie 02.09.2009, S. 7



2. Die Streitkräfte verfügen über keine eigene sanitätsdienstliche Komponente im Heimatland. Die Gesundheitsversorgung der Soldaten im Heimatland wird durch das zivile Gesundheitswesen sichergestellt. Für den Einsatz erforderliche Kapazitäten werden aus dem zivilen Gesundheitswesen im Bedarfsfall herausgelöst oder durch (Bündnis-) Partner sichergestellt.

Zwischen diesen beiden Polen der Ausprägung von Sanitätsdienst sind die Streitkräfte der NATO und EU Staaten einzuordnen.

Den militärischen Einsatz im Ausland im Internationalen- oder Bündnisrahmen sehen alle drei betrachteten Staaten als eine Schwerpunktaufgabe ihrer Streitkräfte, neben der Landesverteidigung. Hier verfügen die Streitkräfte über ein breites Erfahrungsfeld in der internationalen Zusammenarbeit. Dieser Schwerpunktaufgabe der Streitkräfte folgend, ist heute der Primärauftrag des Sanitätsdienstes die sanitätsdienstliche Einsatzversorgung, einschließlich der erforderlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung.<sup>86</sup>

Die NATO unterteilt die sanitätsdienstliche Versorgung primär im Einsatz in vier Versorgungsebenen (Roles):

Role 1: Allgemein- und notfallmedizinische Erstversorgung

Schwerpunkte der ersten Behandlungsstufe sind Sichtung, Schockbekämpfung, Blutstillung, das Freihalten der Atemwege sowie gegebenenfalls Schmerzbekämpfung und Beatmung.

---

<sup>86</sup> Vgl. hierzu exemplarisch: BMVG: Konzeption der Bundeswehr (KdB), Berlin 2004, S. 49

## Role 2: Erste notfallchirurgische Versorgung

Dringliche chirurgische und internistische Versorgung. Erste notfallchirurgische Versorgungen werden gewährleistet. Darüber hinaus wird die Transportfähigkeit für eine Verlegung in ein Einsatzlazarett hergestellt.

## Role 3: Klinische Akutversorgung im Einsatz

Das Einsatzlazarett nimmt die dritte Behandlungsstufe ein. Patienten werden, wie in einem Krankenhaus ambulant und stationär fachärztlich versorgt. Allgemeinchirurgische, traumatologische und notfallmedizinische Maßnahmen in nahezu allen Fachbereichen können bis zur abschließenden Behandlung gewährleistet werden.

## Role 4: Abschließende klinische Versorgung und Rehabilitation

Nach Rückführung des Patienten aus einem Einsatzgebiet erfolgen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen alle notwendigen weiteren medizinischen Behandlungen und Therapien.<sup>87</sup>

Die Gesundheitssysteme der Streitkräfte in allen drei betrachteten Ländern weisen neben den zuvor geschilderten Einsatzspezifika eine Besonderheit auf: Die Soldaten sind keine regulären Mitglieder der jeweiligen Gesundheitssysteme, im Sinne von eigenständig Krankenversicherten, sondern ihre Versorgung wird durch eine streitkräfteeigene sanitätsdienstliche Komponente, durch Vertragsärzte oder durch andere

---

<sup>87</sup> Vgl. SANITÄTSDIENST BUNDESWEHR: Sanitätsdienstliche Einsatzgrundsätze, [http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/kcxml/04\\_Sj9SPykssy0xPLMnMz0vM0Y\\_QjzKLd4w3tnAGSYGZBiH6kTCxoJRUFV-P\\_NxU\\_YDg1JzU5JKAxPRUfW\\_9gtyIckdHRUUApFkang!!/delta/base64xml/L2dJQSEvUUt3QS80SVVFLzZfQV8zOEM!/?yw\\_contentURL=%2F01DB08000000001%2FW26RCD9F548INFODE%2Fcontent.jsp](http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/kcxml/04_Sj9SPykssy0xPLMnMz0vM0Y_QjzKLd4w3tnAGSYGZBiH6kTCxoJRUFV-P_NxU_YDg1JzU5JKAxPRUfW_9gtyIckdHRUUApFkang!!/delta/base64xml/L2dJQSEvUUt3QS80SVVFLzZfQV8zOEM!/?yw_contentURL=%2F01DB08000000001%2FW26RCD9F548INFODE%2Fcontent.jsp), v. 13.01.10

Ärzte, in diesem Falle aber auf Kosten der Streitkräfte, sichergestellt. Die aktiven Soldaten der betrachteten Länder leisten somit keinen eigenen finanziellen Beitrag zur Absicherung ihres Gesundheitsrisikos. Die Gesundheitsversorgung ist in der Regel Bestandteil der Bezüge und die Kosten werden durch den Dienstherrn getragen.

In den betrachteten Ländern gelten diese Leistungen nur direkt für die Soldaten, nicht aber für deren Familien, deren Versorgung wird gesondert geregelt. In der Bundesrepublik Deutschland erfolgt die Absicherung des Gesundheitsrisikos der Familien der Soldaten analog zu der Versorgung der Angehörigen von Beamten des Bundes über Beihilfen des Dienstherrn. In Estland sind die Familien über die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert. In Schweden steht der Bevölkerung und somit auch den Familien der Soldaten das staatliche steuerfinanzierte Gesundheitssystem zur Versorgung zur Verfügung.

Im Folgenden wird die sanitätsdienstliche Versorgung der Streitkräfte in der Bundesrepublik Deutschland, dem Königreich Schweden und der Republik Estland vorgestellt:

### **3.3. Der Sanitätsdienst der Deutschen Bundeswehr**

Die Bundeswehr verfügte seit ihrer Aufstellung 1955 über eine sanitätsdienstliche Komponente.

Diese war in die drei Teilstreitkräfte Heer, Luftwaffe und Marine integriert, die fachliche Verantwortung, Teilstreitkraft-übergreifend, wurde zentral in Verantwortung des Sanitätswesens bzw. Sanitätsdienstes der Bundeswehr durch einen Inspizienten bzw. Inspekteur wahrgenommen.

Während in der Nachkriegszeit und in der Zeit des Kalten Krieges die bundesdeutsche Sicherheitspolitik im Wesentlichen auf die Ziele „Vermeidung von Krieg, der Wahrung der territorialen Unversehrtheit

sowie der Aufrechterhaltung der politischen Unabhängigkeit<sup>88</sup> ausgerichtet war, verschob sich mit dem Ende der Blockkonfrontation schrittweise der Fokus der Deutschen Sicherheitspolitik. In den 1990er Jahren begann ein Prozess, der durch die Reduzierung der Verteidigungsausgaben und die signifikanter Senkung der Truppenstärke als „Friedensdividende“<sup>89</sup> bezeichnet wird.

Von der Konfrontation des Kalten Krieges, über die Erlangung der vollständigen Souveränität mit dem Abschluss der Zwei-Plus-Vier Verhandlungen 1990 und der folgenden Deutschen Einheit, übernahm die Bundesrepublik Deutschland schrittweise mehr Verantwortung innerhalb der internationalen Staatengemeinschaft. Dieses Mehr an Verantwortung äußert sich auch in der Bereitschaft der Politik Streitkräfte im Ausland, auch außerhalb der klassischen Landes- und Bündnisverteidigung oder zu humanitären Hilfszwecken, einzusetzen. Zum Zeitpunkt der Neuausrichtung verfügte der Sanitätsdienst der Bundeswehr bereits über umfassende Einsatzerfahrung außerhalb der Grenzen der Bundesrepublik Deutschland. Schon vor der deutschen Wiedervereinigung wurden Sanitätskräfte im Rahmen von humanitärer Hilfeleistung in Marokko, der Türkei, Italien und im Iran<sup>90</sup> eingesetzt.

Nach der Wiedervereinigung und der skizzierten Neuausrichtung der deutschen Sicherheitspolitik waren Sanitätskräfte, neben der Deutschen Marine<sup>91</sup>, als erste im Ausland, etwa in Kambodscha 1992/1993 und in Somalia 1994<sup>92</sup>, eingesetzt.

---

<sup>88</sup> GAREIS, SVEN BERNHARD: Deutsche Außen- und Sicherheitspolitik, Eine Einführung, Opladen und Farmington Hills 2006, S. 20

<sup>89</sup> Vgl. BUCHBENDER, ORTWIN ET AL: Wörterbuch zur Sicherheitspolitik mit Stichworten zur Bundeswehr, Hamburg, Berlin, Bonn 2000, S 112

<sup>90</sup> Vgl. PRACT, ULRICH: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr im Wandel. Zwischen Friedensversorgung und Einsatz, S. 9

<sup>91</sup> Vgl. BMVG: Armee der Einheit 1990-2000, Bonn 2000, S. 9

<sup>92</sup> Vgl. PRACT, ULRICH: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr im Wandel. Zwischen Friedensversorgung und Einsatz, S. 9

Die Neuausrichtung der deutschen Sicherheitspolitik verlangte einen Wandlungs- und Umstrukturierungsprozess innerhalb der Streitkräfte, welcher auch heute, fortgesetzt im Prozess der Transformation, nicht abgeschlossen ist.

### **3.3.1. Organisation und Neuausrichtung**

Im Zuge der Neuausrichtung der Bundeswehr wurde zu Beginn des neuen Jahrtausends die Zusammenführung der truppendienstlichen<sup>93</sup> und fachlichen Verantwortung für den größten Teil der sanitätsdienstlichen Kräfte vorgenommen. Zur Ressourceneinsparung und um vorhandenes Personal effizienter einsetzen zu können, wurden große Teile der Sanitätseinheiten aus den Teilstreitkräften herausgelöst und im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr organisatorisch zusammengefasst. So sollten sowohl die Auslandseinsätze im erforderlichen Maße beschickt werden können als auch zugleich die truppenärztliche Versorgung im Heimatland adäquat gewährleistet werden.

Der den Beginn dieses Wandels prägende Sanitätsoffizier und Inspekteur des Sanitätsdiensts<sup>94</sup> der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Karl Wilhelm Demmer, beschreibt die Herausforderungen 1998:

„Es gibt einige Akzente neu zu setzen. Ein Feld ist die Intensivierung der zivil-militärischen Zusammenarbeit, insbesondere im Hinblick auf die Fähigkeiten, im Falle der

---

<sup>93</sup> „Nr. 202 der ZDv [Zentrale Dienstvorschrift, Anm. d. Verf.] bezeichnet die truppendienstliche Unterstellung als das grundlegende Unterstellungsverhältnis in den Streitkräften. Sie leitet sich aus der Organisation der Streitkräfte ab und umfasst alle Aufgaben eines Vorgesetzten, deren Erledigung der Herstellung und Erhaltung der Einsatzbereitschaft des ihm anvertrauten Personals und Materials dient. Hierzu gehören im Wesentlichen die persönliche - insbesondere die disziplinareren – Angelegenheiten, die Ausbildung, die Versorgung sowie sonstige fachliche Angelegenheiten“,  
BUNDESVERWALTUNGSGERICHT: BVerwG 6 P 2.04 VGH PB 15 S 2180/03, S. 9

<sup>94</sup> Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr vom Oktober 1997 bis März 2003.

Landesverteidigung Ressourcen zu sparen und effektiver zu werden. Dieses Konzept wird sich auch positiv auswirken auf die Verfügbarkeit von Personal in Friedenszeiten und auf die Ausbildung und Inübnhaltung unseres großen Personalkörpers im Sanitätsdienst. Die schon seit eh und je erhobene Forderung nach einer Gesamtverteidigung auch im Gesundheitswesen ist der legitimierende Hintergrund für die neue Kooperationsform. Wir wollen nicht länger eine Reservelazarettorganisation, losgelöst vom zivilen Gesundheitssystem vorhalten. Wir werden geeignete zivile Krankenhäuser gezielt ansprechen und vertraglich so binden, dass wir dort auch Personal in Friedenszeiten ausbilden und in Übung halten können, sofern unsere eigenen Kapazitäten hierzu nicht ausreichen. Daraus resultiert für diese Krankenhäuser immer eine gewisse Personalaufstockung durch Soldaten des Sanitätsdienstes. Im Gegenzug streben wir an, bei einsatzbedingtem Abzug von aktiven Sanitätssoldaten aus Bundeswehrkrankenhäusern in Einzelfällen Personalersatz von der zivilen Seite zu erhalten, damit wir den Friedensbetrieb auch in Einsatzphasen aufrecht erhalten können.<sup>95</sup>

Die bestimmenden Faktoren für diese Neuausrichtung waren:

„die fachlichen Vorgaben für die zeitgemäße medizinische Versorgung, die Einsatzanforderungen und Gefährdungsprofile für unsere Soldaten die Prinzipien effizienten und effektiven Wirtschaftens.“<sup>96</sup>

### **3.3.2. Leistungsstandards und Herausforderungen**

In der Bundeswehr nimmt heute der Zentrale Sanitätsdienst, als eigenständiger Organisationsbereich innerhalb der Streitkräfte, federführend

---

<sup>95</sup> DEMMER, KARL W.; GLASS, WINFRIED: SEG Nachgefragt: Wir stehen dem zivilen Gesundheitswesen unterstützend zur Seite, Interview mit Inspekteur des Sanitätswesens, in SEG: Zeitschrift für Schnell-Einsatz-Gruppen und Erweiterten Rettungsdienst, 1998, Nr. 2, S. 78

<sup>96</sup> DEMMER, KARL W.: Sanitätsdienst der Bundeswehr. Partner im zivilen Gesundheitswesen; in: Deutsches Ärzteblatt, 98. Jg., 2001, Nr. 36, S. 2256

die gesundheitliche Versorgung der Soldaten im In- und Ausland wahr<sup>97</sup>. Maßgeblich für den Standard der Fürsorge ist hierbei die Maxime des Sanitätsdienstes:

„Die im Einsatz erzielten Behandlungsergebnisse und Maßnahmen der Prävention haben denen einer medizinischen Behandlung bzw. Prävention in Deutschland zu entsprechen.“<sup>98</sup>

Dieser Leitsatz sichert den Soldaten zum einen die umfassende sanitätsdienstliche Versorgung als Leistungspflicht des Dienstherrn, und zum anderen auch die Teilhabe am medizinischen Fortschritt, zu.

Die besonderen Herausforderungen des Wandels und der heutigen Einsatzrealität für Sanitätssoldaten beschreibt ein Sanitätsoffizier:

„Mit der deutschen Beteiligung an der Air-Campaign 1999 i.R. des Kosovo-Einsatzes und spätestens durch das ISAF-Engagement und die derzeitige Lageverschärfung in Afghanistan wurde jedoch auch hierzulande wieder entdeckt, dass der Kern des Militärs die Androhung, Abschreckung und Anwendung von (kontrollierter) Gewalt ist und somit das Hammerskjöld-Postulat<sup>99</sup> nicht zu einer auch ethisch simplifizierten Perzeption zukünftigen soldatischen Handelns führen darf. Vielmehr

---

<sup>97</sup> Zur Vertiefung und vgl. BMVG: Weißbuch 2006, S. 139 ff.

<sup>98</sup> BMVG: TK SanDstlVers, S. 35

<sup>99</sup> Der schwedische Politiker Dan Hammarskjöld entwickelte als zweiter Generalsekretär der Vereinten Nationen maßgeblich die UN-Blauhelmeinsätze als ein Mittel der Konfliktbeilegung und -verhütung.

Vgl.: „Das Instrumentarium der „Blauhelme“ wurde vor allem von dem zweiten UN-Generalsekretär Dag Hammarskjöld und dessen politischem Berater, Brian Urquhart, entwickelt. Seine völkerrechtlichen Wurzeln liegen im Kapitel VI der UN-Charta („friedliche Beilegung von Streitigkeiten“). Ihr Handeln fußt nach allgemeiner Auffassung auf Völkergewohnheitsrecht.“

IALANA: MEMORANDUM für eine sicherheitspolitische Neuausrichtung der Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl., Marburg 1993, S. 10

„Peacekeeping is not a soldier's job, but only a soldier can do it.“ Dag Hammarskjöld, zweiter UN-Generalsekretär und Friedensnobelpreisträger., vgl. USLAR, ROLF VON; SCHEWICK, FLORIAN VAN: Rotes Kreuz im Fadenkreuz?, Gedanken zu Schutzzeichen und Rolle von Sanitätern in asymmetrischen Konflikten aus militärisch-taktischer, juristischer und ethischer Perspektive, in Wehrmedizin und Wehrpharmazie, 2009, Heft 3, S. 51

sind ethische Dilemmata unausweichliche Konstanten dieser Profession. Auch für den Sanitätsdienst sind Limitationen der Übereinstimmung zwischen einer hippokratischen Grundhaltung und verantwortungsethischen Forderungen, die sich aus dem Auftrag ergeben, überdeutlich. Sanitätsdienstliche Einsatzkontingente sind aufgestellt und eingesetzt, um die sanitätsdienstliche Unterstützung eigener [Hervorhebung im Original, d. Verf.] (respektive einschließlich verbündeter) Kräfte sicherzustellen. Bei zumeist stark limitierten Ressourcen können Kräfte und Mittel bei wahllosem Einsatz schnell verbraucht werden, so dass der eigentlichen Auftrag nicht mehr erfüllt werden kann.“<sup>100</sup>

Der Spagat zwischen Inlandsversorgung für die Soldaten der Bundeswehr in den bestehenden „ortsfesten“ Strukturen des Zentralen Sanitätsdienstes und der qualifizierten Versorgung im Einsatz stellt die besondere Herausforderung für den Sanitätsdienst dar. Vorrang vor der medizinischen Versorgung der Soldaten im Inland durch den Sanitätsdienst, welche sich ggf. auch durch das zivile Gesundheitswesen sicherstellen ließe (u.a. durch Vertragsärzte, Überweisungen in das zivile Gesundheitswesen), hat hierbei die medizinische Versorgung im Einsatz.

### **3.3.3. Strukturen und Kapazitäten**

Heute unterhält der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr zur Versorgung der Soldaten an 200 Standorten Sanitätseinrichtungen, darüber hinaus 18 Fachsanitätszentren und fünf Bundeswehrkrankenhäuser<sup>101</sup>. Neben diesen auf die Versorgung der Soldaten im Inland und die Stellung von Personal für den Einsatz abgestimmten Behandlungseinrichtungen verfügt der

---

<sup>100</sup> USLAR, ROLF VON; SCHEWICK, HEINRICH VAN: Rotes Kreuz im Fadenkreuz?, S. 51, Dr. med. dent. Rolf von Uslar ist Sanitätsoffizier der Bundeswehr, Florian van Schewick ist Reserveoffizier der Luftwaffensicherungstruppe

<sup>101</sup> Vgl. HIBBELER, BIRGIT; MEIßNER, MARC: Ärzte bei der Bundeswehr: Mehr Last auf weniger Schultern, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., 2009, Heft 31-32, S. 1548



Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr über acht Lazarett- bzw. Sanitätsregimenter<sup>102</sup> und das Kommando Schnelle Einsatzkräfte Sanitätsdienst<sup>103</sup>. Diese sollen zusammen sowohl im Inland als auch im Auslandseinsatz die qualifizierte Gesundheitsversorgung der Soldaten der Bundeswehr sichern. Allerdings ist diese Versorgung insbesondere im Inland nicht als losgelöst vom zivilen Gesundheitssektor zu sehen. So wird insbesondere in der akuten ambulanten fachärztlichen Versorgung, durch die Nutzung von zivilen Ärzten<sup>104</sup> auf das zivile Gesundheitssystem zurückgegriffen. Auch im Notfall ist für Soldaten der direkte Rückgriff auf das zivile Gesundheitswesen zulässig.

Im Auslandseinsatz können ROLE 1 bis 3 im NATO-Standard entsprechend der AJP 4.10<sup>105</sup> abgebildet werden und sowohl in nationaler Verantwortung als auch bi- oder multinational betrieben werden. Insgesamt leisten in der Bundeswehr derzeit, neben den Sanitätsoffizieren der Approbationsrichtungen Zahnmedizin, Veterinärmedizin und Pharmazie, 2.368 Ärzte<sup>106</sup> im Status eines Sanitätsoffiziers ihren Dienst, bei 2790 verfügbaren Planstellen<sup>107</sup> für Sanitätsoffiziere/Arzt.

---

<sup>102</sup> Regimenter sind eine militärische Organisationsform, Kompanien werden in Bataillonen zusammengefasst, Bataillone wiederum in Regimentern, diesen folgen Brigaden, Divisionen und Korps.

<sup>103</sup> Vgl. Organigramm Sanitätsführungskommando u. Sanitätsamt der Bundeswehr, entnommen: <http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/> v. 14.10.2009

<sup>104</sup> Vgl. MOOS, JOCHEN: Geglückter Spagat?: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr zwischen Einsatzverwendung und Inlandsauftrag, S. 159

<sup>105</sup> NATO AJP-4.10: Allied Joint Publication [AJP] 4.10 – Allied Joint Medical Support Doctrine, S. 15 ff

<sup>106</sup> BMVg FüSan II 2 v. 04.11.09, Datenstand: August 2009

<sup>107</sup> HIBBELER, BIRGIT; MEIBNER, MARC: Ärzte bei der Bundeswehr: Mehr Last auf weniger Schultern, S. 1548

### **3.4. Der Sanitätsdienst der Königlich Schwedischen Streitkräfte**

Innerhalb der Schwedischen Streitkräfte, mit insgesamt 19.041 aktiven Soldaten<sup>108</sup>, existiert kein eigenständiger sanitätsdienstlicher Organisationsbereich.

In den Teilstreitkräften Heer, Luftwaffe, Marine und der Heimwehr, werden allerdings sanitätsdienstliche Elemente zur Sicherstellung der Primärversorgung der Soldaten in den Stützpunkten, entsprechend einer ROLE 1 Einrichtung<sup>109</sup>, vorgehalten.

Insgesamt sind es allerdings lediglich ca. 50 Ärzte, militärisch und zivil, die diese Aufgabe wahrnehmen. Organisatorisch ist der Sanitätsdienst im Bereich der zentralen Unterstützung, dem J4-Bereich<sup>110</sup>, abgebildet.

#### **3.4.1. Organisation und Versorgung**

Unterhalb der ministeriellen und Hauptquartier-Ebene existiert ein Joint Medical Center. Dieses ist in Göteborg stationiert und mit ca. 90 Dienstposten das größte sanitätsdienstliche Element. Hier werden vor allem die Weiterentwicklung des Sanitätsdienstes, Beschaffungsvorhaben, Personalgewinnung und –ausbildung sowie die fachliche Dienstaufsicht über die einzelnen sanitätsdienstlichen Komponenten innerhalb der Teilstreitkräfte wahrgenommen<sup>111</sup>.

Im Inland greifen die schwedischen Streitkräfte für die Versorgung ihrer Soldaten weitgehend auf das zivile Gesundheitssystem zurück. Lediglich die truppenärztliche Grundversorgung, vergleichbar mit der hausärztlichen

---

<sup>108</sup> FÖRSVARSMAKTEN, Försvarsmakten Arsredovrsning Bilaga 3, Stockholm 2009, S. 24

<sup>109</sup> SWE Armed Forces HQ, v. 29.01.09

<sup>110</sup> Die Kennzeichnung „J“ steht hierbei für „Joint“, d.h. teilstreitkraftgemeinsam

<sup>111</sup> SWE Armed Forces HQ, v. 29.01.09

Versorgung, leisten die Streitkräfte in der Regel selbst. Die darüber hinausgehende Versorgung wird durch das zivile Gesundheitswesen erbracht.

In der Regel geschieht dies kostenfrei im Rahmen des steuerfinanzierten allgemeinen Gesundheitswesens. In dringenden Fällen oder bei Leistungen, die von den Streitkräften als notwendig angesehen, aber nicht vom Leistungsspektrum des Gesundheitswesens in Schweden abgedeckt sind, werden diese Leistungen von privatwirtschaftlichen Gesundheitsdienstleistern eingekauft<sup>112</sup>.

Im Auslandseinsatz können die schwedischen Streitkräfte derzeit nur eine Rolle 1 Versorgung selbst abbilden. In kleineren Einsatzkontingenten kann allerdings auch diese durch Host-Nation-Support oder durch Partner wahrgenommen werden<sup>113</sup>.

### **3.4.2. Leistungsstandards**

Als Maxime für die Behandlung der Soldaten der Schwedischen Streitkräfte gilt:

“The Medical Service is governed in its work by respect for human values and the view of each human being as irreplaceable”<sup>114</sup>

Als Standard dient auch in den schwedischen Streitkräften derjenige im Heimatland<sup>115</sup>. Der eigene Ärztebestand der Streitkräfte reicht allerdings, wie o.a., nicht zur Deckung des für den Auslandseinsatz notwendigen Bedarfs aus. Aus diesem Grunde werden für den Auslandseinsatz zivile

---

<sup>112</sup> Vgl. ebenda

<sup>113</sup> Vgl. ebenda

<sup>114</sup> DALENIUS, ESKIL: Adapting the Swedish Armed Forces Medical Services to Meet New Challenges, in: Military Medicine, November 2000, S. 827

<sup>115</sup> “The treatment results should be as close as possible to civilian, peacetime standards in Sweden”, SWE Armed Forces HQ, v. 29.01.09

Ärzte und Sanitätspersonal eingestellt und in einem vier bis sechs Wochen andauernden Training gezielt auf ihre Aufgaben vorbereitet. Dieses Training dient zur Vermittlung der militärischen Grundfertigkeiten, zusätzlich erfolgt eine einsatzgebietspezifische Einsatzvorbereitung<sup>116</sup>.

Das steigende Engagement in Auslandseinsätzen und auch die damit einhergehende Kooperation mit Partnern macht eine Orientierung an internationalen Standards in Ausrüstung und Verfahren, insbesondere denen der NATO unumgänglich. Dieser Prozess wurde in den 1990er Jahren in den schwedischen Streitkräften angestoßen<sup>117</sup>. Schweden sieht den Einsatz in einer Koalition als den wahrscheinlichsten an und richtet die Streitkräfte konsequent darauf aus<sup>118</sup>. Dies soll zukünftig auch zu einer Erweiterung der sanitätsdienstlichen Einsatzfähigkeiten bis hin zur ROLE 2 führen<sup>119</sup>.

Für Schweden bedeutet dieses:

1. die Anlehnung an die NATO,
2. aber auch den von Schweden mitgetragenen Schritt der Intensivierung des sicherheitspolitischen Anteils der EU, mit der damit einhergehenden Intensivierung der militärischen Zusammenarbeit, um im Bedarfsfall Streitkräfte gemeinsam einsetzen zu können.

Dieses stellt eine zunehmende Abkehr von der tradierten Neutralität dar.

---

<sup>116</sup> Vgl. SWE Armed Forces HQ, Email v. 26.06.09

<sup>117</sup> Vgl. DALENIUS, ESKIL: Adapting the Swedish Armed Forces Medical Services to Meet New Challenges, S. 824

<sup>118</sup> Vgl. JEPSON, TOMMY: Interoperability from the Swedish Perspective, in: RUSI defence system: defence and security studies, 2006, Heft 2, S. 103

<sup>119</sup> Vgl. SWE Armed Forces HQ, 29.01.09

Durch den „dritten Weg“ der „möglichen Neutralität“ hat Schweden, beginnend 1992, einen Kompromiss zwischen der vollständigen Neutralität und vollständigen und vorbehaltlosen Bündnisintegration in die NATO vollzogen.<sup>120</sup> Die sich aus der Mitgliedschaft in der EU ergebenden sicherheits- und bündnispolitischen Verpflichtungen artikuliert Schweden heute sehr klar:

“In the Statement of Government Policy, the Government emphasises that the security of our country is founded on community and cooperation with other countries. Sweden will not remain passive if another EU Member State or other Nordic country suffers a disaster or an attack. We expect these countries to act in the same way if Sweden were affected. We must be able to give and receive military support.”<sup>121</sup>

Es ist festzustellen, dass Schweden sich kontinuierlich an Missionen von NATO, EU und der Vereinten Nationen (VN) beteiligt<sup>122</sup> und die Streitkräfte für die Zukunft, durch die Verdoppelung der für Einsätze außerhalb Schwedens zur Verfügung stehenden Truppenteile, noch besser auf diese Aufgabe vorbereiten will, ohne hierbei den Aspekt der Landesverteidigung gänzlich zu verdrängen:

“We are building a battle group based defence structure, with highly available and usable standing and contracted units. The entire force structure will be usable within a week to defend our country. Our capacity for international operations will be doubled. All units will be trained,

---

<sup>120</sup> Vgl. TEPE, F. FULYA: Swedish Neutrality and its Abandonment, in: Istanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Yıl:6 Sayı:11 Bahar 2007/2, S. 191 ff.

<sup>121</sup> REGERINGSKANSLIT, MINISTRY OF DEFENCE, SWEDEN: A functional defence - with a substantially strengthened defence capability, Press Release 19.03.2009

<sup>122</sup> Vgl. hierzu die aktuellen Zahlen von schwedischen Soldaten im Einsatz, sowie ein kurzer historischer Abriss der Einsätze, derzeit befinden sich 774 Soldaten in 11 verschiedenen Einsätzen (Stand Januar 2010),: FÖRSVARSMAKTEN: Swedish Armed Forces in the World

exercised and well equipped. Many will be experienced.  
Our defence capability will be significantly increased.”<sup>123</sup>

### **3.4.3. Kooperationsfelder**

In Schweden wird der zivil-militärischen Kooperation, ebenso wie der multinationalen Zusammenarbeit, aufgrund erzielbaren Synergieeffekte und der Vermeidung von Dopplung von Strukturen, eine große Bedeutung zuerkannt. Im Rahmen der Neuausrichtung und Weiterentwicklung der Streitkräfte wird diesem Aspekt in den möglichen Kooperationsfeldern Rechnung getragen. Beispiele hierfür sind die Zusammenarbeit im medizinischen Bereich, ebenso wie Kooperationen im Bereich der zivilen und militärischen radargestützten Schifffahrtsüberwachung und –lenkung.<sup>124</sup>

### **3.5. Der Sanitätsdienst der Estnischen Streitkräfte**

In den estnischen Streitkräften existiert kein eigenständiger sanitätsdienstlicher Organisationsbereich. Im Hauptquartier der Estnischen Streitkräfte werden alle sanitätsdienstlichen Belange durch den „Medical Service“<sup>125</sup> unterhalb des J4<sup>126</sup>- Bereichs wahrgenommen.

---

<sup>123</sup> TOLGFORS, STEN: Speech by the Minister for Defence Sten Tolgfors at Almedalen on the Baltic Sea Co-operation, Visby 03.07.2009

<sup>124</sup> Vgl. ebenda

<sup>125</sup> PARTS, INDREK, Major, Chief of Estonian Military Medical Service: Medical Service in Estonian Defence Forces, PPT-Präsentation, S. 4, Anlage v. Mail Estonia Defence Forces Headquarter v. 15.01.2009

<sup>126</sup> J4-Bereich: Unterstützungs-Bereich (engl.: „Logistics“: Logistik, Versorgung, Dienstleistung etc.)

### **3.5.1. Organisation und Versorgung**

Im zentralen Bereich, unabhängig von der Organisation der Teilstreitkräfte, haben die Estnischen Streitkräfte ein „Medical Center“<sup>127</sup>. Hier werden die organisatorischen und planerischen Aktivitäten ebenso wie Übung und Ausbildung von Sanitätspersonal wahrgenommen.

In den Streitkräften wird als Versorgungsleistung für die Soldaten im Inland nur eine quasi hausärztliche Versorgung durch eigenes Personal und Strukturen wahrgenommen. Über diese Erstversorgung und Wahrnehmung einer steuernden Funktion hinausgehende Leistungen werden dann durch das zivile Gesundheitssystem abgedeckt. Hierzu sind die estnischen Soldaten durch die Streitkräfte, als Teil der Dienstbezüge, ohne Beiträge der einzelnen Soldaten, in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Somit ist jede über die akutmedizinische Versorgung hinausgehende Behandlung im Heimatland abgesichert.

In Einsätzen stellen die estnischen Streitkräfte ebenfalls nur eine ROLE 1 Versorgung sicher, darüber hinausgehenden Leistungen werden durch vertragliche Vereinbarungen (Memorandum of Understanding, MOU) mit Partnern sichergestellt<sup>128</sup>. Der Sollumfang an Ärzten ist 40, allerdings sind derzeit nur 22 Dienstposten besetzt<sup>129</sup>.

---

<sup>127</sup> Estonian Defence Forces Headquarter, v. 15.01.2009

<sup>128</sup> “Estonian Military Medical Service assures medical support on missions only on ROLE 1 level, further treatment is assured according to MOU-s with our partners. Therefore our aim is also to provide full medical support to our troops, but we do that in cooperation with our partners”

Estonian Ministry of Defence, Military Service Department, v. 26.06.09

<sup>129</sup> Estonian Ministry of Defence, Military Service Department, v. 17.09.09

### **3.5.2. Kooperationsfelder**

Dieser auf den ersten Blick sehr gering anmutende eigene Leistungsanspruch relativiert sich aber etwas unter Einbeziehung zweier Aspekte:

Zum einen verfügen die estnischen Streitkräfte rein quantitativ über einen nur geringen Umfang. Zum anderen sehen sie die Beteiligung an militärischen Einsätzen immer nur als einen Beitrag im Rahmen einer multinationalen Mission. Es wird also ganz bewusst nur von einem Baustein ausgegangen im Rahmen eines multinationalen Gesamteinsatzes. Dieser ist mit einer gewissen Autarkie ausgestattet, welche sanitätsdienstlich durch die Stellung eigener ROLE 1 Kapazität abgedeckt werden kann.

Diese spezielle Ausplanung der kleinen Estnischen Streitkräfte darf somit keinesfalls etwa als mangelnde Bereitschaft oder mangelndes Engagement zur Beteiligung an Bündniseinsätzen gesehen werden. Trotz der quantitativ geringen personellen Stärke von 5.500 Soldaten, davon allein 2.000<sup>130</sup> wehrpflichtigen Soldaten in den estnischen Streitkräften, beteiligt sich Estland kontinuierlich an den Einsätzen im Rahmen der NATO, EU und VN.

Derzeit stellt Estland im Rahmen der ISAF Mission in Afghanistan 150 Soldaten, für die NATO Training Mission im Iraq (NTM-I) drei Soldaten und für die NATO KFOR Mission im Kosovo 30 Soldaten. Neben diesen NATO Einsätzen entsendet Estland zusätzlich Soldaten in Missionen der EU, aktuell EUFOR ALTHEA mit drei Soldaten, in die Mission der Vereinten Nationen in Syrien und dem Libanon UNTSO – United Nations Truce Supervision Organisation, zwei Soldaten.<sup>131</sup>

---

<sup>130</sup> Estonian Ministry of Defence, Military Service Department, v. 17.09.09

<sup>131</sup> Vgl. KAITSEMINISTEERIUM (MINISTRY OF DEFENCE ESTONIA): Overview: Ongoing Operations, 25.02.10



In Anbetracht der zahlenmäßig kleinen Kontingentgrößen und insbesondere aufgrund der Unterteilung in die diversen Mandate und Einsatzgebiete verfügen die eingesetzten Kräfte nur über geringe Unterstützungselemente, lediglich im ISAF Kontingent ist ein nationales Unterstützungselement enthalten. Estland stellt für die Einsatzkontingente durchgehend einen Arzt ab, dieser rekrutiert sich zumeist aus den originären Militärärzten der Streitkräfte, nur in Ausnahmefällen wird für diese Einsätze ein Sanitätsoffizier der Reserve eingeplant.<sup>132</sup>

Allerdings stützt sich Estland in diesem Einsatz, für die über ROLE 1 hinausgehende sanitätsdienstliche Unterstützung ebenso wie in der logistischen Nachversorgung, auf befreundete Streitkräfte ab. So sind z.B. die im Süden Afghanistans eingesetzten estnischen Soldaten gemeinsam mit britischen Streitkräften stationiert und Estland hat auf Basis eines Bilateralen-MOU die logistische und weitere medizinische Versorgung an die britischen Streitkräfte übergeben.<sup>133</sup>

---

<sup>132</sup> Vgl. Estonian Ministry of Defence, Military Service Department, v. 28.10.09

<sup>133</sup> Vgl. KAITSEMINISTEERIUM (MINISTRY OF DEFENCE ESTONIA): Afghanistan > Frequently asked questions, 25.02.10

#### **4. Der Bewertungsmaßstab für Gesundheitssysteme – eine Herausforderung**

„Schon der letzte Zweck unserer Kriege, der politische, ist nicht immer ein ganz einfacher, und wäre er es auch, so ist die Handlung an solche Menge von Bindung und Rücksicht gebunden, dass der Zweck nicht mehr durch einen einzelnen Akt, sondern nur durch eine Menge größerer und kleinerer, die zu einem Ganzen verbunden sind, erreicht werden kann. Jede dieser Tätigkeiten ist also ein Teil eines Ganzen, hat folglich einen besonderen Zweck, durch welchen sie an dieses Ganze gebunden ist.“<sup>134</sup>

Der General, Philosoph und bedeutende Kriegstheoretiker Carl von Clausewitz verdeutlicht in dieser Beschreibung die Vielschichtigkeiten und Abhängigkeiten von komplexen Vorgängen, die hier auf den Kriege gemünzt sind, sich aber auch auf andere komplexe „Gefechtsfelder“, wie z.B. das Gesundheitswesen, übertragen lassen.

Bei der Bewertung eines Gesundheitssystems sind verschiedene Blickwinkel in Betracht zu ziehen:

- (1) Die Perspektive des Patienten wird auf das individuelle Leistungsmaximum des Gesundheitswesens zum eigenen Wohl ausgerichtet sein.
- (2) Der Kunde im Gesundheitswesen, also auch der Patient, wird zugleich auf eine Begrenzung seiner individuellen Kosten bedacht sein, also die Leistung in ein Verhältnis zu den individuell zu erbringenden Kosten setzen.

---

<sup>134</sup> CLAUSEWITZ, CARL VON: Vom Krieg, 19. Aufl., Bonn 1991, S. 422 f

- (3) Der Arzt wird in Erfüllung des Anspruchs des eigenen Berufsethos an einer guten Leistungserbringung interessiert sein, zugleich wird er allerdings wirtschaftliche Interessen nicht außer Acht lassen oder lassen können.
- (4) Der Staat ist an einer gesunden Bevölkerung interessiert. Eine gesunde Bevölkerung trägt durch Arbeitskraft und auch Steueraufkommen, in höherem Maße zum gesamtwirtschaftlichen Wohlergehen bei als eine kranke.
- (5) Zugleich tritt der Staat für die Schwachen im System ein und übernimmt hier eine fürsorgliche Funktion. In dieser Funktion hat er durch die gesetzgeberische Kompetenz die Möglichkeit Rahmen und Richtlinien für die gesundheitliche Versorgung zu erlassen und das Gesundheitssystem in einem politischen Prozess auszudefinieren. Hierbei werden sowohl die traditionelle Ausgestaltung eines Gesundheitssystems innerhalb einer Gesellschaft als auch der regierungspolitische Mehrheitswille eine Rolle spielen.

Bei Betrachtung des Versorgungsaspektes wird der Staat nicht zuletzt durch die eigene Fürsorgeaufgabe gegenüber den Staatsbürgern auch den monetären Aspekt nicht außer Acht lassen können, denn ein Gesundheitssystem muss durch die Gesellschaft finanziert werden können. Am Gesundheitsmarkt aktive Wirtschaftsunternehmen verfolgen, sofern sie auf die Erzielung von Gewinnen ausgerichtet sind, die Maximierung des Gewinnes zum eigenen Wohle. Dies soll keine negative Ausrichtung suggerieren, sondern auch auf die Positionierung eines Unternehmens am Markt hindeuten. Hier wird langfristig nur ein starkes Unternehmen, das nicht dauerhaft Defizite erwirtschaftet, die eigene Position behaupten und gegebenenfalls darüber diese auch am Markt verbessern können. An einer positiven Marktpositionierung werden aber auch nicht an der Gewinnmaximierung ausgerichtete Unternehmen interessiert sein, da diesen

zumindest ein Interesse an der Sicherung des eigenen Fortbestands und dem Interesse an einem Zukunftsmarkt zu unterstellen ist.

Die bei weitem nicht vollständig skizzierten Positionen von Teilnehmern am Gesundheitssystem zeigen, dass es eine breite Ausrichtung von Zielen der einzelnen Akteure gibt, die in der Ausrichtung auch diametral unterschiedlich sein können. Bei allen spielen Leistungs-, Gegenleistungs- und monetäre Aspekte (Lebensstandard, Karriere, Ethik, Selbstdarstellung und –behauptung usw.) eine Rolle. Gerade der Spagat von maximaler Leistungserbringung und minimalen Kosten und maximaler Gewinnerwirtschaftung zu minimalem Leistungsinput deutet das besondere ethische Dilemma im Gesundheitswesen an:

Wie viel Gesundheitsleistung ist notwendig und welcher Betrag ist hierfür angemessen und zu finanzieren? Jeder der drei Punkte hat in sich eine Wertskala mit differierender Abwägung, je nach Position oder Standpunkt, und kann im Konflikt mit jedem der anderen Punkte stehen.

In der Folge soll untersucht werden, ob die jeweiligen Gesundheitsziele ein geeigneter Bewertungsmaßstab für zivile Gesundheitswesen darstellen.

Im Bereich des Sanitätsdiensts wird als Bewertungsmaßstab eine Abwägung zwischen dem nationalen „Level of Ambition“ und dem hieraus resultierenden sanitätsdienstlichen Kräfteansatz, der „Tooth-to-Tail-Ratio“, entwickelt.

#### **4.1. Gesundheitsziele als Feld des politisches Agieren – eine Blick über die eigenen Grenzen hinaus**

Bei der Betrachtung der Gesundheitsziele und im speziellen bei der Verwendung des Wortes „Strategie“ gilt es zunächst, insbesondere vor dem

Hintergrund der inflationären Verwendung dieses Begriffes, zu klären, wie der Begriff Strategie zu verstehen sein soll:

„Um aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Gesellschaft effizient und effektiv zu begegnen und die Leistungserbringung staatlicher Organisationen auf diese Anforderungen auszurichten, gewinnen in der öffentlichen Verwaltung strategische Managementansätze zunehmend an Bedeutung“<sup>135</sup>

Dieser Textausschnitt verdeutlicht, dass es bei einer Strategie um einen nicht nur auf die Gegenwart, sondern ein die Zukunft ins Kalkül ziehenden langfristig orientierten Ansatz geht, der neben der Effektivität auch die Effizienz in die Betrachtung einzieht. Somit ist es eine Verknüpfung von Zukunftsvorstellung zu einer Vision und der praktischen Gegenwart. Aus dieser Verknüpfung entsteht eine Handlungsausrichtung, die Strategie. Zum Erreichen des gesetzten Gesamtzieles sind die eingangs definierten Zwischenschritte, als Unterpunkte der Strategie, erforderlich:<sup>136</sup>

- a) Zwischenziele (ausgerichtet an einem definierten Endzustand)
- b) Der gewählte Weg, also die Koordinierung, wie die Einzelziele unter Einsatz von Ressourcen erreicht werden.
- c) Die Mittel, welche zum Erreichen eingebracht werden.

Gesundheitsstrategien erscheinen als ein probates Mittel der Zieldefinition, wenn die durch den politischen Bereich definierte „Strategie“ langfristig ausgerichtet ist und das Gesamtziel der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Auge behält. Eine Fokussierung auf einzelne Teilbereiche oder kurzfristige Effekte birgt die Gefahr eines Ungleichgewichts. Eine

---

<sup>135</sup> PROELLER, ISABELLA: Strategische Führen im Staat, in: IGT Blickpunkte, Nr. 16, Juli 2007, S. 2

<sup>136</sup> Vgl. Kap. 2

tatsächliche „Gesundheitsstrategie“, mit dem Gesamtsystem im Fokus könnten somit auch zur Bewertung herangezogen werden. Ist dies der Fall, dann bietet eine Strategie, die entsprechende Ausrichtung und das konsequente Verfolgen der gesetzten Ziele vorausgesetzt, einen Mehrwert und Planungssicherheit für das Gesundheitssystem. Die Langfristigkeit stärkt insbesondere durch Verhinderung eines andauernden Wechsels den Effizienzaspekt und somit die Opportunitätskosten für Justierung und Systemanpassungen.

#### **4.1.1. Die Gesundheitsziele der Europäischen Union**

Die EU definiert in den eingangs dargestellten Gesundheitszielen einen auf Langfristigkeit ausgerichteten Ansatz:

„Strategisches Ziel: Die Gesundheitspolitik auf Gemeinschaftsebene sollte die Gesundheit fördern, die Bürger vor Gefahren schützen und die Nachhaltigkeit unterstützen. Um die größeren Herausforderungen annehmen zu können, vor denen das Gesundheitswesen in der EU steht, legt diese Strategie drei Ziele als vorrangige Bereiche für die kommenden Jahre fest. Die Kommission wird mit den Mitgliedstaaten zusammenarbeiten, um spezifischere operative Ziele innerhalb dieser strategischen Ziele zu entwickeln. [...]

Ziel 1: Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa [...]

Ziel 2: Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren [...]

Ziel 3: Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien [...]<sup>137</sup>

Die von der EU ausformulierten Ziele sind Ausdruck und konkretisieren die Strategie. Es ist allerdings schwierig, aus diesen strategischen Zielen in

---

<sup>137</sup> KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT: WEISSBUCH Gemeinsam für die Gesundheit: Ein Strategischer Ansatz der EU 2008-2013, S. 9 ff

einer ex-ante Betrachtung den Grad der Zielerreichung zu ermesen. Wird ins Kalkül gezogen, dass die EU kein eigenes Gesundheitssystem besitzt, sondern lediglich einen Rahmen für die Mitgliedsstaaten als einheitlichen Grundkonsens liefert, so bedeutet dies, dass diese Ziele der EU gemeinsam mit den jeweiligen nationalen Gesundheitszielen zu sehen sind, die den durch die EU vorgegebenen Rahmen weiter ausfüllen.

#### **4.1.2. Die Gesundheitsziele Schwedens**

Schweden deutet bereits durch die vorgestellten 11 Schwerpunktbereiche einen versuchten umfassenden Ansatz für die Ausrichtung des nationalen Gesundheitssystems an.

Die Zielsetzung des Gesundheitssystems, bereits aus dem Jahre 1982 stammend, unterstreicht diesen umfassenden Ansatz:

“Goals of health and medical services:

[...]

Health and medical Services are aimed at assuring the entire population of good health and of care of equal terms. Care shall be provides with respect for the equal dignity of all human beings and for the dignity of the individual. Priority for health and medical care shall be given to the person whos need of care is greatest.”<sup>138</sup>

Diese Zieldefinition verdeutlicht den Anspruch des schwedischen Sozialsystems, die Bevölkerung unabhängig von sozialem Status, materieller Ausstattung oder ähnlichem nach gleichen Grundsätzen und mit demselben Anspruch zu versorgen.

Die Ansätze einer Priorisierungsreihenfolge machen allerdings schon in dem ausformulierten Ziel deutlich, dass das für diese Versorgung vorzuhaltende Gesundheitssystem keine endlosen Ressourcen vorhalten

---

<sup>138</sup> REGERINGSKANSLIT, MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS, SWEDEN: The Health and Medical Service Act, Promulgated 30 June 1982, S. 3

muss, sondern hier durch den Satz „Priority for health and medical care shall be given to the person whose need of care is greatest“ eine Priorisierung nach Dringlichkeit der Behandlung gesetzlich vorgegeben ist. Diese Einschränkung mag auf den ersten Blick banal anmuten, tatsächlich ergibt sie die Öffnungsklausel für die Begründung eines Systems, welches bereits in der Anlage und Ausformulierung mögliche Defizite der Versorgung in Kauf nimmt. Selbst wenn die Akutversorgung nicht absehbar gefährdet ist, so ist eine Priorisierung aus den 11 Punkten selbst nicht unmittelbar ableitbar und stellt eine (monetäre) Öffnungsklausel dar.

#### **4.1.3. Die Gesundheitsziele Estlands**

Die Republik Estland definierte die Ziele der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens wie folgt:

“The long-term objectives are to:

- promote healthy living and working environment and behaviour
- offer health care services that support a return to work and employment
- decrease the occurrence of cardiovascular diseases, malignant tumours, injuries and poisonings
- decrease the consumption of alcohol and drugs and improve the availability of addiction treatment and rehabilitation opportunities
- decrease the spread of HIV, tuberculosis and other contagious diseases
- improve the quality and availability of health care services
- ensure the availability of emergency and family health care to people without health insurance
- improve patients' rights awareness.

In order to achieve those objectives it is planned to:

- implement the mental health strategy



- implement the children and young people's health programme
- limit smoking at work and in public places
- implement the national cardiovascular disease prevention strategy
- open a free family doctor's advice phone line service
- develop rehabilitation and welfare health care services
- implement the drug addiction prevention strategy
- continue the national programme of HIV/AIDS prevention
- establish a system of protection of patients' rights and counselling.<sup>139</sup>

Mit dieser Zusammenstellung von langfristigen Zielen und den zugehörigen Zwischenschritten definiert Estland Größen, an welchem das System sich messen lassen kann.

Auch in diesem Versorgungssystem kommt der Vermeidung einer Notwendigkeit zur Akutversorgung durch vorbeugende Maßnahmen und Verantwortungsbewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit eine entscheidende Rolle zu.

#### **4.1.4. Der Zielerfüllungsgrad als Bewertungsmaßstab**

Es ist festzustellen, dass die Ausdefinition der gesundheitspolitischen Ziele, ganz unabhängig in welcher Form sie von der jeweiligen Regierung veröffentlicht werden, sehr unterschiedlich ist.

Die EU setzt zwar den supranationalen Rahmen, der von den Mitgliedstaaten auch zu berücksichtigen ist, eine Tendenz zur Vereinheitlichung ist aus dem Vergleich der Ziele aber nicht ersichtlich. Schon die Ausformulierung der Ziele birgt das Spektrum von einzelnen Krankheiten, auf welche es zu reagieren gilt, z. B. in der Bundesrepublik

---

<sup>139</sup> SOTSIAALMINISTEERIUM: Estonia's National Action Plan for Social Inclusion, o.O. 2004, S. 18 f

Deutschland, bis hin zu der Formulierung eines Versorgungsanspruches in gesetzlicher Grundlage, wie in Schweden.

Zur Messung des Gesundheitssystems eignen sich beide Systeme allerdings nur sehr bedingt. Die hochspezifische Nennung und die Evaluation von Einzelzielen gibt allenfalls sektorale Auskunft über den Stand des Gesundheitssystems. Ebenso ist die vage Formulierung von dem Anspruch auf Gesundheitsversorgung in gleichem Umfang nicht geeignet ein komplexes System zu evaluieren, wie auch die Öffnungsklausel der Priorisierung diese Evaluation erschwert.

Zur Evaluation eines Systems erscheinen die Ziele und definierten Zwischenschritte der Republik Estland am ehesten geeignet, da diese im Vergleich am besten nachprüfbar sind.

Die seitens der estnischen Regierung ausdefinierten Ziele lassen sich allerdings nicht ohne weiteres auf die beiden anderen betrachteten Systeme übertragen. Denn ein jedes Gesundheitssystem hat nationale Besonderheiten zu berücksichtigen, wie die historische Entwicklung, die Bedeutung der sozialen Absicherung für die Bevölkerung und den erzielten nationalen Konsens. Somit kann auch diese Zieldefinition nur im nationalen Konsens geschehen.

Die Bewertung eines Gesundheitssystems muss also neben objektiv messbaren Faktoren, wie Ärzte- und Krankenhausedichte, Verweildauer im Krankenhaus oder Lebensdauer, auch dem politischen Level of Ambition Rechnung tragen, welches das jeweilige Land sich selber stellt.

In der EU wird mit diesem politischen Anspruch allerdings durch die im Konsens beschlossenen Gemeinschaftsziele eine Grenze der nationalstaatlichen Ausdefinition gesetzt und Mitgliederstaaten ein Rahmen gesetzt.

#### **4.2. Bewertungsmaßstab des Sanitätsdienstes**

Bei der Entwicklung eines Bewertungsmaßstabes für den militärischen Sanitätsdienst gilt es zu untersuchen, warum, wo und in welcher Ausprägung ein Sanitätsdienst für Streitkräfte notwendig ist.

Die Begründung für das Bereithalten medizinischer Kapazitäten für Streitkräfte ist vielschichtig.

Es stellen sich zunächst die Fragen nach dem „warum“ und „wo“ ein Sanitätsdienst notwendigerweise bereit gehalten werden muss.

Zu dem „Warum“ des Einsatzes eines Sanitätsdienstes:

Zur Versorgung der Soldaten im Einsatz gilt es Sanitätskräfte mit den Soldaten in den Einsatz zu entsenden. Hier kommt zum einen die besondere Treuepflicht des Staates gegenüber den Soldaten und die damit verbundene Verantwortung auch für die Gesundheitsversorgung zum Ausdruck. Diese Verantwortung umfasst zum einen die Basisversorgung, zum anderen insbesondere auch die Versorgung in Kampfhandlungen. Nüchtern betrachtet hat der Staat an der Versorgung der Soldaten im Einsatz zudem ein besonderes Interesse, da von einer endlichen Zahl von Soldaten auszugehen ist. Das heißt der Ausfall eines Soldaten verursacht eine Schwächung der eigenen Kampfkraft und verursacht darüber hinaus ggf. weitere finanzielle Versorgungsleistungen (Wehrdienstbeschädigung, Witwenpension o.ä.).

Die Investition in Sanitätskräfte ist somit auch eine Investition in die schnellstmögliche Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit der Soldaten. Diese Versorgungskapazität hat aber auch weiteren Einfluss: Sie schafft die Grundlage für eine Akzeptanz der Familien der Soldaten und der Soldaten selbst zur Teilnahme an Einsätzen.

Die Versorgungsnotwendigkeit im Kampf ist international allgemein anerkannt, wird in den Genfer Abkommen unter einen besonderen Schutz gestellt und von den allgemeinen Kampfhandlungen ausgeklammert.<sup>140</sup>

In den Staaten der Europäischen Union erscheint es heute nicht vorstellbar, dass Soldaten in Selbstmord oder Himmelfahrtkommandos geschickt werden und somit eine ärztliche Versorgung nicht zur Verfügung stehen müsste. Derartige Einsätze wären weder der Bevölkerung in der Heimat noch den Soldaten selbst zu vermitteln und der Staat würde auch seiner ethischen Verpflichtung zur Versorgung nicht gerecht werden oder diese sträflich vernachlässigen. Für den Staat bedeutet dies, dass es eine aus ökonomischen Erwägungen (begrenzte Ressource Soldat/finanzielle Folgen) sinnvolle Notwendigkeit und zugleich auch eine ethische Verpflichtung ist sanitätsdienstliche Komponenten bereit zu stellen, um so die Versorgung der Soldaten sicher zu stellen.

Nach der Betrachtung des „warum“ Sanitätsdienst notwendig ist, stellt sich die Frage „wo“ Sanitätsdienst erforderlich ist:

Streitkräfte sind zwingend auf eigene sanitätsdienstliche Kräfte angewiesen, wenn keine regulären medizinischen Kapazitäten zur Verfügung stehen. Im Heimatland ist grundsätzlich davon auszugehen, dass ein ausreichendes Gesundheitssystem zur Verfügung steht. Hier im Heimatland kann die Begründung für die Notwendigkeit von einem Sanitätsdienst also entweder in einer regionalen Abgeschiedenheit, ohne Zugang zu örtlichen Ärzten, Krankenhäusern o.ä. liegen oder aber den Soldaten ist der Zugang zum nationalen Gesundheitssystem aufgrund gesetzlicher oder anderer regulativen Grundlage verwehrt. Beide Aspekte allein allerdings keine Begründung für das Vorhalten sanitätsdienstlicher Strukturen nur zum Zwecke der medizinischen Versorgung in der Heimat. Eine Strukturanpassung der regulativen Basis oder eine Kooperation mit dem

---

<sup>140</sup> Die Genferabkommen und die Zusatzprotokolle bilden als Teil des Humanitären Völkerrechts die Basis zur Versorgung Verwundeter im Krieg. Vgl. EVANGELISCHES KIRCHENAMT FÜR DIE BUNDESWEHR: Friedensethik im Einsatz, Gütersloh 2009, S. 304 ff

zivilen Gesundheitssystem, etwa die Bereitstellung eines Krankenwagens auf dem Truppenübungsplatz, könnte z. B. die aufgezeigte Versorgungslücke schließen.

Im Inland sind Streitkräfte wie die Bundeswehr im Rahmen von Amtshilfe in die Not- und Katastrophenhilfe für die Bevölkerung eingebunden und leisten somit einen Beitrag zum zivilen System. Im Falle des Einsatzes außerhalb des eigenen Landes steht das nationale zivile Gesundheitswesen aufgrund der räumlichen Distanz nicht zur Versorgung der Soldaten bereit. Das Bereithalten von Sanitätskräften für den Einsatz ist somit für die nachhaltige Einsatzfähigkeit zwingend geboten, diese Kräfte bedürfen für den Einsatz einer dauerhaften Inübunghaltung, bei den Ärzten in Form von Praktizieren am Patienten. Die somit quasi bestehende Behandlungsnotwendigkeit gilt es sinnvoll in das Gesundheitssystem, militärisch oder zivil, einzubringen.

Nach der Standortbestimmung des „warum“ und „wo“ verbleibt die Frage nach dem „wie“, dem Grad der Ausprägung, zu beantworten.

Der Grad der Ausprägung, die konkrete Truppenstärke, die für den Sanitätsdienst zu veranschlagen ist und der materielle Aufwand welcher zu leisten ist, steht im Zusammenhang mit dem jeweiligen nationalen Level of Ambition der Streitkräfte. Also der politischen Vorgabe welche Einsätze, wo und in welcher Intensität geleistet werden sollen oder besser wofür das Land Truppen, aufgrund politischer Entscheidungen, in welchem Bereitschaftsgrad vorhält.

Das Vorhalten von Truppen für Einsätze verlangt auch die ungefähre Bestimmung des Verhältnisses von kämpfender Truppe zu unterstützenden Kräften. Der Faktor von kämpfender Truppe zu unterstützender Truppe,

Logistik, Sanität, administrative Elemente o.ä., bilden die Tooth-to-Tail-Ratio (T3R)<sup>141</sup>.

Die Zahlengröße für diese Ratio wird in modernen Kriegen mit einem Verhältnis von 40:60, 40% Kampftruppe („Tooth“) zu 60% unterstützender Truppe („Tail“, en detail: 36% Unterstützungskräfte, inklusive hierin subsumierter Sanitätstruppe, und 24% Hauptquartier-/Führungs- und administrative Kräfte) angegeben<sup>142</sup>. Diese Ratio kann als Anhalt gelten, ist allerdings keinesfalls ein universeller Schlüssel, da hier die jeweiligen Einsatzspezifika, wie Aufgabe, Gegner, Gefährdung, Infrastruktur etc. zu berücksichtigen ist. Der Anteil des Sanitätsdienstes an der Gesamttruppenstärke wird als Anhalt mit etwa 10% veranschlagt<sup>143</sup>. Dieser prozentuale Anteil kann aber nicht die 100% Versorgung aller Soldaten in jeder erdenklichen Situation gerecht werden, vielmehr wird hiermit einer gewissen Grundversorgung und Risikoabwägung Rechnung getragen.

Bei allen bewaffneten Einsätzen von Soldaten kommt neben dem Einsatz von spezialisiertem Sanitätspersonal, also Ärztlichem- und Assistenzpersonal, der Selbst- und Kameradenhilfe eine Schlüsselfunktion zu. Hierzu werden die Soldaten aller Ebenen und Dienstgrade speziell als Ersthelfer ausgebildet und geschult, um die Rettungskette auch unter einsatzspezifischen Bedingungen gewährleisten zu können. Die aufgezeigten Faktoren und die Ratio bilden zusammen ein Element zur Bestimmung eines für Einsatzaufgaben erforderlichen Personalkörpers und somit auch eines Zahlengerüsts für die Sanitätstruppe, wie an dem folgenden allgemeinen Beispiel verdeutlicht wird:

---

<sup>141</sup> Vgl. MCGRATH, JOHN: The Other End of the Spear: The Tooth-to-Tail Ratio (T3R) in Modern Military Operations, The Long War Series Occasional Paper 23, Fort Leavenworth 2007, S. 4 ff

<sup>142</sup> Vgl. ebenda, S. 51

<sup>143</sup> Vgl. PRACHT, ULRICH: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr im Wandel. Zwischen Friedensversorgung und Einsatz, S. 7, gem. BMVg FüSan v. 29.01.10 wird als Grundsatz von einem Ansatz von 1:10 ausgegangen, für größere Stabilisierungsoperationen wird diese Ratio auf 1:8 verändert.

In der Folge wird zur exemplarischen Darstellung der Wert von 1:10 verwandt.

Wenn 10.000 Soldaten als Kampftruppe bereit gehalten werden sollen, so erfordert dies etwa 15.000 Soldaten an Unterstützungstruppe, von dieser sind etwa 2.500 Soldaten Sanitätspersonal. Dieser Gesamtumfang von 25.000 Soldaten bietet nun allerdings noch keine Durchhaltefähigkeit für den Einsatz an. Eine nachhaltige Durchhaltefähigkeit erfordert zumindest einen Faktor von 1:3, d.h. auf einen Teil Truppe im Einsatz kommt ein weiterer Anteil in der Einsatzvorbereitung und einer in der Einsatznachbereitung.

Somit wäre im gewählten Beispiel ein Gesamtumfang von 75.000 Soldaten, mit 30.000 Soldaten Kampftruppe, und 7.500 Sanitätssoldaten für eine Durchhaltefähigkeit im Einsatz erforderlich.

In dieser Berechnung noch nicht berücksichtigt, aber unverzichtbar, sind Ausbildungs- und Planungskapazitäten in der Heimat, Versorgungsstrukturen als direkte Einsatzunterstützung und eventuell weitere Einsatzverpflichtungen oder politisch zugewiesene Daueraufgaben.

Neben der rein quantitativen Zahlengröße, die zur Erfüllung der militärischen Aufgaben erforderlich ist, gilt es auch den qualitativen Aspekt zu berücksichtigen. Entgegen den anderen militärischen Arbeits- und Betätigungsfeldern birgt der Sanitätsdienst die Besonderheit einer starken Verzahnung und Abhängigkeit von zivilen Regularien, insbesondere die Behandlung, Aus- und Fortbildung betreffend.

In klassischen militärischen Berufsfeldern, z.B. der Aus- und Weiterbildung von Unteroffizieren und Offizieren in ihrem Verwendungsbereich sind die Streitkräfte frei in der Festlegung eigener Normen, wie etwa der Festlegung von verbindlichen Ausbildungsinhalten. So z. B. in der infanteristischen Ausbildung, hier können Prüfungen, also die Qualitätskontrollen, in eigener Zuständigkeit abgenommen werden. Anders hingegen bei in den Streitkräften durchgeführten zivilberuflichen Aus- und Fortbildungen. So

werden etwa die universitäre Ausbildung der Offiziere des Truppendienstes, die Ausbildung zum Facharbeiter, die Fortbildung zum Techniker oder Meister im Rahmen der zivilberuflich anerkannten Aus- und Weiterbildung, entsprechend der zivilen Richtlinien durchgeführt. Ebenso sind besonders im medizinischen Bereich die Standards durch das zivile Gesundheitswesens vorgegeben. In der Regel werden dort auch Prüfungen und in Teilen auch ganze Ausbildungsabschnitte durchlaufen. Auch dieser Faktor beeinflusst die Quantität und Qualität des zur Verfügung stehenden Personals. Zugleich sichert diese Verzahnung auch einen einheitlichen medizinischen Standard, die Teilhabe am medizinischen Fortschritt und somit die Übertragung des nationalen Konsens der Gesundheitsversorgung auf den Sanitätsdienst und dessen Versorgungsniveau.



## **5. Diskussion der Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich**

In der Diskussion des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich wird der Ist-Zustand in der Bundesrepublik mit den Gesundheitswesen im Königreich Schweden und in der Republik Estland verglichen.

Hierbei gilt es zunächst die Versorgungssituation in der Bundesrepublik auf unterschiedlichen Ebenen darzustellen. Dies wird zum einen anhand des zivilen Gesundheitssystems mit einer regionalen Differenzierung und zum anderen vor dem Hintergrund der politisch auch erkannten Unterschiede zwischen der Situation in den alten und neuen Bundesländern, vorgenommen.

Von der Betrachtung der reinen Versorgungssituation ausgehend, ist besonders die Evaluation der Finanzierungsaspekte eine herausragende Determinante des Gesundheitswesens.

Denn vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen für Gesundheitsausgaben innerhalb der gesamtstaatlichen sozialpolitischen Verantwortung ist der Finanzaspekt von prägender Bedeutung. In einem zusammenwachsenden Europa, in dem die Mitgliedsstaaten der EU in Zukunft zunehmend durch Teilübernahme von Verantwortung auf der supranationalen Ebene mehr denn je in vergleichender Betrachtung stehen werden, ist ein Blick über die eigenen Grenzen zur Standortbestimmung notwendig, evtl. vorteilhaft und erleichtert eine Positionierung im europäischen Raum.

## 5.1 Gesundheitssysteme unter finanziellem Druck

„Noch fällt die Misere kaum auf, weil die Mittel nicht so knapp sind, dass Überlebenswichtiges vorenthalten wird. Wann aber die alternde Gesellschaft eine offene Rechnung unumgänglich macht, ist nur eine Frage der Zeit. Dann ist besser gewappnet, wer es wie Schweden macht: schon heute sortiert, was wichtig ist – und was entbehrlich.“<sup>144</sup>

Die Betrachtung der zivilen Gesundheitssysteme ist in der politischen und öffentlichen Diskussion weitgehend geprägt durch den finanziellen Rahmen, der für Gesundheitsleistungen zur Verfügung steht bzw. wie sich dieser Rahmen begrenzen lässt. In der öffentlichen Diskussion spielt daneben auch der Anspruch an das System, und somit die konkreten Leistungen, eine Rolle.

Der Anteil der Gesundheitskosten in der Bundesrepublik Deutschland am Sozialbudget wird in Zukunft keinesfalls grenzenlos oder stark zu begrenzen sein, da der Bereich Gesundheitsversorgung und –vorsorge nur ein Teilelement der sozialstaatlichen Verantwortung darstellt. Die Notwendigkeit der Kostendämpfung und Einsparung als bestimmende Faktoren werden zukünftig noch weiter in den Vordergrund treten.

Wird eine Kostendämpfung oder allgemeine Einsparung oder zumindest Begrenzung des finanziellen Wachstums im Gesundheitssystem ins Kalkül gezogen, so ist die Folge, dass eine „Einsparung“ im Gesundheitssystem vornehmlich eine Kostenverschiebung innerhalb des Systems bedingen wird: Werden aufgrund politischer Vorgaben die Krankenkassenbeiträge reduziert oder eingefroren, um so eine Entlastung für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen oder auch die Arbeitgeber, zu erreichen, so können die Versicherungen versuchen:

---

<sup>144</sup> ALBRECHT, HARRO: Frisch gewichtet, Wie Schweden in der Medizin neue Schwerpunkte setzt, in: Die Zeit v. 10.12.2009, Nr. 51, S. 37

- (1) Die Krankenkassen können in begrenztem Umfang Kosten im eigenen Bereich einsparen, entweder durch die Verschlinkung eigener Strukturen, z.B. Verzicht auf Außendienst, Kundenbetreuungspersonal oder innerhalb der eigenen Verwaltungsstrukturen.
- (2) Sie werden ein Defizit erwirtschaften<sup>145</sup>.
- (3) Eine Reduzierung des Leistungsspektrums (z.B. durch Streichung bestimmter kurativer Leistungen, Zuzahlungspflicht o.ä.).
- (4) Neuverhandlungen der erstattungsfähigen Kosten und Gebühren mit den Spitzenverbänden der Leistungserbringer im Gemeinsamen Bundesausschuss, mit dem Ziele der Kostenreduzierung für die GKV<sup>146</sup>.
- (5) Auch können spezielle Verträge mit Ärzten, etwa im Rahmen eines Hausarztmodells, mit Pharmaunternehmen, zur Vereinbarung von Sonderkondition bei einem speziellen Hersteller, oder auch mit Krankenhäusern oder Krankenhausketten geschlossen werden. Diese Einsparungen der Krankenkassen wären letztlich eine Kostenreduzierung für die Versicherungsnehmer, als Kunden, gegenüber den Leistungserbringern, den Ärzten, Krankenhäusern oder Pharmaunternehmen.

Es handelt sich also stets um eine Verschiebung zulasten eines Akteurs im Gesundheitswesen:

---

<sup>145</sup> Ein erwirtschaftetes Defizit kann zum einen der Politik gegenüber als Druckmittel und „Beweis“ einer Unterfinanzierung des Systems dienen und zu einer Neuverteilung der Mittel innerhalb des Systems führen, zum anderen kann die Deckung auch, im Nachhinein, über Zusatzbeiträgen der Versicherten erfolgen. Bei einem längerfristigen Defizit birgt dies allerdings auch die Gefahr der Auflösung und Abwicklung der Krankenversicherung durch die Aufsichtsbehörde.

<sup>146</sup> Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband bilden den Gemeinsamen Bundesausschuss, welcher, auf Grundlage des Sozialgesetzbuches V §91 ff, rechtsverbindliche Entscheidungen über Leistungsansprüche aus der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten trifft. Vgl. BGBL Jg. 2007 Nr. 11 Teil 1: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), S. 378-473

1. Der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Heilberufe, Apotheker, Pharmazeutische Industrie o.ä.)
2. Der Leistungsempfänger (Leistungskürzungen, höhere Beiträge, Selbstbeteiligungen oder ggf. auch niedrigere Beiträge/Zahlungen, Leistungserhöhungen o.ä.)
3. Der vermittelnden bzw. regulierenden Instanzen (Krankenkassen, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Spitzenverbände, Staat)

Die Einsparung innerhalb des Systems sind somit lediglich eine Kostenverschiebung. Mit Ausnahme von Effizienzsteigerung lässt sich hier keine echte Einsparung, die nicht zulasten eines Akteurs geht, erreichen.

### **5.1.1. Organisationsformen des Gesundheitswesens**

In einem Gesundheitssystem mit direkten Leistungsverträgen zwischen Arzt und Patient besteht eine unmittelbare (im Sinne der Kostenabrechnung) Beziehung zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern. In einem System der staatlichen Gesundheitsversorgung, wie im Königreich Schweden, tritt der Staat zum einen an die Stelle der Gesetzlichen Krankenversicherung als Kostenträger zum anderen ist er in diesem System zumeist auch Leistungserbringer, durch Anstellung dieser, bereit. In diesem Staatssystem hat der Staat also ein Quasi-Monopol, d.h. eine marktbeherrschenden Stellung ohne Wettbewerb.

In der Bundesrepublik Deutschland nehmen die Gesetzlichen Krankenversicherungen, wie allgemein alle Krankenkassen, in der Finanzierung eine Stellung zwischen den Leistungserbringern und Leistungsempfängern ein, der Leistungsempfänger ist in die unmittelbare Leistungsabrechnung nicht einbezogen. Auch auf der Leistungserbringerseite ist durch die Kassenärztlichen- bzw.

Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ebenfalls ein zentraler Akteur in der Stellung zwischen Leistungserbringer und -empfänger.

Auf dem Gesundheitsmarkt der Bundesrepublik Deutschland teilen sich viele Anbieter mit vielen Nachfragern den Markt. Die Marktform des Polypols ist allerdings durch die zwischen Anbietern und Nachfragern stehenden Gesetzlichen Krankenversicherungen und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, als jeweils einheitlicher Ansprech- und Verhandlungspartner, sowie durch einen regulierten Marktzugang auf der Anbieterseite, eingeschränkt.

In der Republik Estland gibt es viele Nachfrager bei wenigen Anbietern<sup>147</sup>, zumeist in Kliniken oder Polikliniken, es herrschen die Strukturen eines Oligopols.

Allen Systemen liegt eine staatliche Steuerung zugrunde. Der Politik obliegt, in der Rahmgestaltung, die Rolle gesellschaftlich unerwünschte Markteffekte, die also nicht dem nationalen Konsens entsprechen, zu verhindern.

### **5.1.2. Die nationalen Gesundheitssysteme im Wettbewerb in der Europäischen Union**

Bei der Existenz von derart verschiedenen Gesundheitssystemen innerhalb der EU stellt sich die Frage, wie sich die Freizügigkeit in der EU hierauf auswirkt bzw. ob sich diese auf die Systeme der Nationalstaaten auswirkt?

---

<sup>147</sup> Im Vergleich zu dem Mittel der westlichen EU-Staaten (EU 12), vgl. GINNEKEN, VAN, EWOUT (Hrsg.): Health System in Transition, Estonia Health System Review 2008, Kap. 5, S. 113

Durch die Freizügigkeit steht es den Bürgern der EU-Mitgliedsstaaten frei sich auch in einem anderen Land der Union gesundheitlich behandeln zu lassen und die Kosten im Heimatland entsprechend erstatten zu lassen.<sup>148</sup>

Da ärztliche Leistungen in der Regel bei akutem Bedarf am oder zumindest in der räumlichen Nähe des Wohnortes des Patienten in Anspruch genommen werden, spielt diese Regelung allerdings in der Praxis nur eine untergeordnete Rolle und lässt, zumindest heute, nicht auf gravierende Patientenwanderung innerhalb der EU schließen.

Anders stellt sich die Situation bei Leistungseinschränkungen, etwa durch lange Wartezeiten, signifikante Leistungs- oder Standardunterschiede, dar. Hier kann es für Patienten durchaus attraktiv sein die Leistungen in einem anderen Mitgliedsland der EU in Anspruch zu nehmen, um somit eine schnellere oder sofortige Behandlung erhalten zu können. Diese Leistungsverschiebung von einem EU-Mitgliedsland in ein anderes ist in begrenztem Umfang heute bereits in Schweden zu beobachten.<sup>149</sup>

Bei langen Wartezeiten, wenn eine Behandlung nach der Schwedischen 0-7-90-90 Regelung nicht zwingend sofort durchgeführt werden muss, besteht für Patienten die Möglichkeit diese Behandlung ggf. schneller in einem anderen Mitgliedsland der EU durchführen zu lassen. Diese Behandlungsmöglichkeit innerhalb der EU haben Unternehmen bereits als Marktchance erkannt und vermitteln schwedische Patienten gezielt an Ärzte in einem anderen EU-Mitgliedsland.<sup>150</sup>

Die nationalen Gesundheitssysteme müssen sich somit bei merklichen Versorgungsunterschieden innerhalb der Union auf eine zunehmende

---

<sup>148</sup> Im Gesundheitsmarkt herrscht derzeit noch keine vollständige Freizügigkeit, so kann ein Leistungsanbieter nicht alle Leistungen auch in einem anderen EU-Land anbieten, auch bedürfen die Inanspruchnahme von Leistungen in anderen EU-Ländern zum Teil der vorherigen Genehmigung des Kostenträgers und sind in der Erstattung begrenzt, zur Vertiefung : vgl.: ARNOLD, ROBERT: Plädoyer für mehr Wettbewerb bei medizinischen Leistungen in Europa, GGW, 2007, Heft 2, S. 7-18

<sup>149</sup> Vgl. BREITSCHUH, ALBRECHT: Mitternachtssonne über Europa, EU-Ratspräsidentschaft unter schwedischer Führung, Manuskript des Bayrischen Rundfunks, Sendereihe Nahaufnahme, Sendedatum 30.06.09, S. 8 f

<sup>150</sup> Vgl. ebenda

Patientenwanderung einstellen. Somit gibt es Indikatoren, die auf eine Nichtakzeptanz des gefundenen nationalen Konsenses, bzw. dessen Infragestellung hindeuten, sollte es zu einer dauerhaften Verschiebung bei der Versorgung von einem EU-Mitgliedsland in ein zweites kommen.

### **5.1.3. Heilung und Prävention – verschiedene Dimensionen im medizinischen Leistungsspektrum**

Im medizinischen Berufsverständnis entspricht es der Tradition die Heilung von Kranken in den Mittelpunkt zu stellen<sup>151</sup>. Bei einer politischen Ausrichtung des Gesundheitssystems kann diese tradierte Ausrichtung aus einer individualmedizinischen Perspektive möglicherweise nicht die systembestimmende Sichtweise sein. Bei einer entsprechenden systemischen Betrachtung ist die gesamtgesellschaftliche Perspektive in den Fokus der Betrachtung zu stellen, aus dieser folgt erst in einer weiteren Ableitung die individualmedizinische Perspektive.

In der wissenschaftlichen Diskussion zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems stellt Detlev Ganten in der Göttinger Universitätsrede von 2008 „Evolutionäre Medizin – Evolution der Medizin“ die Bedeutung der Prävention in der „Evolution der Medizin“ heraus:

„Nun zur Evolution in der Medizin. Die vornehmste und vornehmliche Aufgabe der Medizin ist es, zu heilen. Doch damit wir bei diesem Hauptanliegen vorankommen, müssen wir einige Fragen immer wieder neu beantworten:

Warum werden wir krank? Je besser wir diese Frage beantworten, desto eher werden wir eine Antwort finden auf die zweite Frage:

---

<sup>151</sup> Vgl. FLEBA, STEFFEN: Gesundheitsökonomik, Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner, Berlin, Heidelberg, New York 2007, S. 164

Wie können wir gesund bleiben? Prävention ist eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben.<sup>152</sup>

In der Zukunft muss diesem Gedanken folgend der Krankheitsprävention und auch der Gesundheitsförderung schon zur Kosteneinsparung, Verbesserung des gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsstandes sowie letztlich auch zur systemischen Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung, eine deutliche Intensivierung erfahren<sup>153</sup>. Politik und auch Kostenträger müssen deshalb ein hohes Interesse an der Vermeidung von Krankheiten und somit einer tatsächlichen Kostendämpfung im System haben. Diese Kostendämpfung zöge allerdings, so sie denn zum Tragen käme, eine geringere Inanspruchnahme von nun durch Prävention medizinisch nicht mehr notwendigen ärztlichen Leistungen nach sich.

Schweden und auch Estland räumen deshalb der Prävention in der strategischen Ausrichtung einen hohen Stellenwert ein. Hier wird insbesondere auch der wirtschaftliche Aspekt, also neben der Vermeidung von Krankheitskosten auch die Vermeidung des wirtschaftlichen Schadens durch Produktivitätsausfall angeführt.

In der politischen Debatte der Bundesrepublik Deutschland führt insbesondere Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler heute die Prävention als wichtiges Element an:

„Wir können im jetzigen System nur schwer Anreize setzen zum Beispiel für Prävention, dass also die Menschen sich selber gesundheitsbewusster verhalten, dass sie auch einen Mentalitätswechsel hinbekommen, die Menschen erkennen, Gesundheit ist wichtig.“<sup>154</sup>

---

<sup>152</sup> GANTEN, DETLEV: Evolutionäre Medizin – Evolution der Medizin, Göttinger Universitätsrede – Wissenschaft verantworten, Göttingen 2009, S. 9 f

<sup>153</sup> Vgl. KLOTZ, THODOR; HAISCH, JOCHEN; HURRELMANN, KLAUS: Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität, in: Deutsches Ärzteblatt, 103. Jg., H. 10., 10.03.2006, S. 608

<sup>154</sup> Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler im Gespräch mit Dirk Müller, Interview im Deutschlandfunk v. 18.03.2010,



Einen Anreiz für die Patienten zur individuellen Prävention möchte Rösler hierbei auch durch finanzielle Besserstellung von Patienten, die sich aktiv für eine Gesundheitsförderung einsetzen, herstellen<sup>155</sup>. Fraglich ist hierbei allerdings, wie diese Rückerstattung oder Besserstellung in der Bundesrepublik effektiv und mit der notwendigen Effizienz umzusetzen ist. Dieses zum einen um in der Summe eine finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems zu erreichen und zum anderen auch einen tatsächlichen Anreiz, welcher nachhaltig von weiten Teilen der Bevölkerung verfolgt wird, zur Prävention zu erreichen. Heute zeichnen sich die Leistungsnehmer in der Bundesrepublik Deutschland aber im europäischen Vergleich durch die höchste Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im internationalen Vergleich überhaupt aus. Diese ist mit 18,1 Arztkontakten im Jahr 2008 etwa doppelt so hoch wie in anderen Staaten<sup>156</sup>. Es ist also zunächst die Erkenntnis der Notwendigkeit von Prävention, als entscheidendem Bestandteil der Gesundheitspolitik der Zukunft, zu vermitteln.

Den Versicherten gegenüber könnte diese Notwendigkeit mittels einer Bonus-Malus-Regelung innerhalb der Krankenversicherung verdeutlicht werden. So dürfte etwa kostenlose Prävention, Selbstbehalte bei nicht in Anspruch genommener Prävention, oder Ausschlüsse von gewissen Risiken zu einem gewichtigen Argument für Prävention werden.

#### **5.1.4. Die Ausgestaltung der Gesundheitssysteme**

Bei der Betrachtung der drei Gesundheitssysteme im heutigen Zustand fällt eine deutliche Differenz in der praktischen Ausgestaltung der einzelnen Systeme auf, die sich schon in der Auflistung weniger Grunddaten verdeutlicht:

---

DEUTSCHLANDFUNK-INTERVIEW: Es gibt in der Koalition keinen Streit, Bundesgesundheitsminister verteidigt einkommensunabhängige Prämie, v. 18.03.2010, S. 2

<sup>155</sup> Vgl. ebenda S. 2 ff

<sup>156</sup> Vgl. BORSTEL, STEFAN VON: Niemand geht öfter zum Arzt als die Deutschen, Die Welt, 20.01.2010, S. 9

Tabelle 6: Zivile Gesundheitssysteme im Vergleich

	<b>Deutschland</b>	<b>Schweden</b>	<b>Estland</b>	<b>EU</b>
Bevölkerung <sup>157</sup>	82 728 560	9 148 092	1 341 672	493821984
Lebenserwartung <sup>158</sup>	79,86	81,05	72,89	79,13
Krankenhausbetten/ 100.000 Einwohner <sup>159</sup>	829,1	287,7	557,3	590,4
Ärzte/100.000 Einwohner <sup>160</sup>	348,35	357,85	328,53	322,34
Ausgaben Gesundheit / % Anteil BIP <sup>161</sup>	10,7	9,2	5,0	8,92
Ausgaben Gesundheit/ US\$/Einwohner <sup>162</sup>	3012	3250	846	2468,12

Schweden verfügt über die meisten Ärzte, allerdings mit quantitativ geringem Abstand zu Deutschland und größerem, von 10%, zu Estland. Ein deutlicher Unterschied ist allerdings in der Ausgestaltung der Krankenhauslandschaft vorhanden. Hier verfügt Schweden nur über etwa 50% des Bettenansatzes von Estland und ca. 30% der Krankenhausbetten Deutschlands im Verhältnis der Bevölkerung, hier ist somit eine signifikante Abweichung zu sehen.

<sup>157</sup> Datenbasis 2008; Quelle: WHO,  
[http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=10](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=10),  
v. 04.11.09

<sup>158</sup> Datenbasis: DEU: 2006, EST: 2005, SWE: 2006, EU: 2007; Quelle: WHO,  
[http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=10](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=10),  
v. 04.11.09

<sup>159</sup> Datenbasis: DEU: 2006; EST: 2007; SWE: EU: 2005; Quelle:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps0046&plugin=1>, v. 13.10.09

<sup>160</sup> Datenbasis: DEU: 2006, EST: 2005, SWE: 2006, EU: 2007; Quelle: WHO,  
[http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=5250](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=5250)  
, v. 04.11.09

<sup>161</sup> Datenbasis: 2005; Quelle: WHO,  
[http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=6710](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=6710)  
, v. 04.11.09

<sup>162</sup> Datenbasis 2005; Quelle: WHO,  
[http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=6720](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=6720)  
, v. 04.11.09

Die Ausgestaltung des schwedischen Gesundheitssystems erscheint hier allerdings nicht als leuchtendes Vorbild. Durch die bereits angesprochene Wartezeitregelung und auch die erkennbare Patientenabwanderung in andere EU-Mitgliedsstaaten ist hier fraglich, ob diese Ausgestaltung noch ausreichend ist.

Allgemein erscheinen gravierende Abweichungen als Indikator für eine notwendige weitergehende Überprüfung. Dieses gilt sowohl für die sehr hohe Krankenhausbettzahl in der Bundesrepublik als auch umgekehrt für die extrem niedrig erscheinende in Schweden.

Auch im Bereich der ambulanten Krankenversorgung kommt neben der erwähnten unterschiedlichen personellen Ausgestaltung im Bereich der ambulant tätigen Ärzte auch eine unterschiedliche Stellung von ärztlichem Assistenzpersonal zum Tragen. In der Bundesrepublik Deutschland wird die ärztliche Versorgung in der Behandlung von Ärzten selbst wahrgenommen. In Schweden werden Krankheiten mit weniger schwerwiegenden Symptomen von akademisch qualifizierten Krankenschwestern wahrgenommen, auch bundesdeutsche Ärzte regen diesen Weg in der öffentlichen Diskussion an, um somit mehr Zeit für den einzelnen Patienten zur Verfügung zu haben, der diese tatsächlich auch bedarf<sup>163</sup>. Dieser skizzierte Weg in der Behandlung von Patienten bedürfte einer Neujustierung der Leistungserbringerseite, welcher gleichzeitig einer politischen Ausgestaltung bedürfte. Ansätze hierzu sind allerdings auch hierzulande mit regionalen Projekten der Community Medicine zu erkennen<sup>164</sup>.

---

<sup>163</sup> Vgl. SPIEWAK, MARTIN: Feilschen ums Rezept, Die Zeit, v. 10.12.2009, S. 38

<sup>164</sup> Vgl. HOFFMANN, WOLFGANG ET AL.: AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter, Evaluation der Modelprojekte: Qualität und Akzeptanz, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., H. 1-2, 05.01.2009, S. 3-9

### **5.1.5. Die politische Verantwortung für das Gesundheitssystem**

Durch das Setzen von Gesundheitszielen ist die zukünftige Ausgestaltung und Richtung für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems mit einem Rahmen zu versehen. Diese Gesundheitsziele spiegeln den nationalen Konsens wieder, sie sind und werden im gesellschaftlichen Diskurs (weiter) entwickelt, zudem sind sie zumeist historisch national gewachsen.

Innerhalb dieses Rahmens können die Akteure des Systems dann die detaillierte Ausgestaltung vornehmen. Es ist also für die Ziel- und Strategiedefinition nicht ausreichend, die Ziele des Gesundheitssystems durch die unterschiedlichen Akteure auflisten zu lassen. Dies muss vielmehr eine originäre Verantwortung der politischen Entscheidungsebene, der Exekutive, sein. Nur durch diese Initiative der Rahmen(gesetz)gebung übt die Regierung ihre Exekutivaufgaben, die Regierungspflicht aus, für welche sie von den Bürgerinnen und Bürgern eines Landes gewählt wurde. Der Beschluss über diese Initiativen obliegt dem Parlament als Vertreter des Souveräns. Die Wahrnehmung dieser Verantwortung sichert auch zukünftig die tatsächliche Definition nationaler Standards. In einem Gestaltungszyklus mit den Elementen:



Abbildung 1: Gestaltungszyklus Nationaler Standard<sup>165</sup>

Durch einen solchen Zyklus kann erreicht werden, dass nicht nur ein bestehendes System fortgeschrieben wird, sondern eine Adaption an politische, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und den medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt erfolgt. D.h. es findet keine bloße Festschreibung von Zielen statt, sondern durch laufende Evaluation besteht die Möglichkeit eine Justierung vorzunehmen. Somit kann und wird auf gesellschaftliche, wirtschaftliche oder andere Einflussgrößen reagiert werden und die Gesamtstrategie entsprechend angepasst werden.

## 5.2. Diskussion der Sanitätsdienste

Ähnlich wie der zivile Bereich ist auch die Bundeswehr in der politischen und öffentlichen Diskussion konfrontiert mit den haushalterischen Zwängen eines knapper werdenden Finanzrahmens, hier des Verteidigungshaushaltes. Verstärkt durch die weltweiten Finanzkrise von 2008 in Folge des

---

<sup>165</sup> Quelle: Eigene Darstellung

Bankencrashes, sehen sich nicht nur die Streitkräfte in der Bundesrepublik Deutschland mit zunehmenden Einsparungsnotwendigkeiten konfrontiert, sondern dieses betrifft die beiden Partnerstaaten in gleicher Weise.

Bei der Betrachtung der in den Streitkräften zur Verfügung stehenden Kräfte und deren Bewertung ist dies anhand der ihnen zugewiesenen Aufgaben sowie dem nationalen Level of Ambition zu tun. Besteht eine Lücke zwischen dem Anspruch und der realen Lage, so gilt es zu prüfen, ob die Erfüllung der Aufgaben mit der zugebilligten Ausstattung (personell, materiell) möglich ist.

Die Aufgabe von Sanitätskräften lässt sich im Schwerpunkt in vier Unteraufgaben teilen:

1. Die Versorgung im Einsatz
2. Die Aus- und Weiterbildung des Personals
3. Die militärärztliche Begutachtung
4. Die Versorgung im Heimatland

In der Bundesrepublik Deutschland steht heute der Einsatz im Mittelpunkt und andere Aspekte haben sich an diesem und den damit einhergehenden Erfordernissen auszurichten.

Somit ist der Einsatz heute zum System bestimmenden Merkmal der Streitkräfte geworden. Dieses ist nachvollziehbar, schließlich ist die Einsatzoption, d.h. die politisch motivierte Entsendung bewaffneter Kräfte, welche nur für diese Zwecke bereit gehalten werden, das Alleinstellungsmerkmal der Streitkräfte. Die zuvor systembestimmende Aufgabe der Landesverteidigung tritt heute zurück und greift für den

unwahrscheinlichen Eventualfall auf dasselbe vorgehaltene Kräftedispositiv zurück.

Der Versorgung im Heimatland kommt somit nach Prioritäten heute nur eine nachrangige Position zu. Dies ist darin begründet, dass die medizinische Versorgung der Soldaten im Heimatland eben kein Alleinstellungsmerkmal des Sanitätsdienstes ist und hier ohne weiteres auf das zivile Gesundheitssystem zurück gegriffen werden kann. Das zur Verfügung stehende Sanitätspersonal könnte im Rahmen der eigenen Inübhunghaltung die bei Übungen und Ausbildungsvorhaben notwendige sanitätsdienstliche Unterstützung liefern. Ausschließlich für den Einsatzfall werden allerdings nur in sehr geringem Umfang Sanitätskräfte, insbesondere approbierte Sanitätsstaboffiziere (Arzt/Zahnarzt/Apotheker/Veterinär), vorgehalten. D.h. zur Aufgabenerfüllung im Einsatz bedienen sich die Streitkräfte der in der Heimat eingesetzten und dort auch mit realen Aufgaben (der sanitätsdienstlichen Versorgung) betrauten Sanitätsoffiziere. Somit entsteht mit dem Einsatz eine Lücke in der Inlandsversorgung, die es grundsätzlich zu substituieren gilt. Bei zur medizinischen Versorgung der Soldaten nicht ausreichender Verfügbarkeit eigener Sanitätskräfte im Inland entsteht keine Fähigkeits- oder Versorgungslücke für die Bundeswehr insgesamt, dank des zivilen Gesundheitswesens.

### **5.2.1. Anspruch und Wirklichkeit**

Der Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages stellt in seinem Jahresbericht für das Jahr 2009 den folgenden Sachstand fest:

„Die Kündigung von 130 Sanitätsärzten, die Schließung oder Zusammenlegung von Krankenhausabteilungen, die zunehmende Belastung von Ärzten und Sanitätern durch die Einsätze und immer stärker um sich greifende Ärzte-

Vakanz in den Heimatstandorten sind Indizien dafür, dass die Sanitätsführung dieses Problemfeld viel zu spät aufgegriffen hat, obwohl die wichtigsten Defizite nicht zuletzt in den Tätigkeitsberichten des Wehrbeauftragten regelmäßig konkret angesprochen wurden. Zwischenzeitlich liegen zwar die ersten Vorschläge für unbedingt notwendige Verbesserungen vor; allerdings greifen diese auch nach Meinung von Experten nicht weit genug, oder es fehlt an Vorschlägen hinsichtlich der Finanzierung. [...]

Bei den Fachärzten in den Bundeswehrkrankenhäusern waren 2009 teilweise über 20 Prozent der Dienstposten nicht besetzt, bei den Chirurgen waren es zeitweise sogar über die Hälfte. 15 Prozent der Fachärzte waren langfristig abwesend, so dass nur rund 60 Prozent der Dienstposten tatsächlich besetzt waren. Gründe für langfristige Abwesenheiten waren insbesondere Elternzeit, Auslandseinsatz, Weiterbildung, Langzeiterkrankungen sowie Verwendung in einem anderen Kommandobereich. [...]

Wegen der kritischen Personalsituation konnten auch 2009 in den Kliniken Operationssäle nicht beziehungsweise nur durch Hinzuziehung ziviler Vertragsärzte betrieben werden. Auch die Notaufnahme und Bereitschaftsdienste konnten in den Kliniken zeitweise nur durch Vertragsärzte aufrechterhalten werden. Außerdem musste im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz die einzige Station, in der die Bundeswehr schwere Brandverletzungen versorgen konnte, wegen fehlender Fachärzte geschlossen werden mit der Folge, dass Soldaten mit schweren Brandverletzungen nur noch in zivilen Spezialkliniken behandelt werden können. Damit ging in den Bundeswehrkrankenhäusern und der Bundeswehr insgesamt eine Kernfähigkeit zur Behandlung einsatzrelevanter Verletzungen verloren. Dies führt dazu, dass bereits ein schwer brandverletzter Soldat nicht mehr in einem Bundeswehrkrankenhaus behandelt werden konnte. Das hohe Renommee der Bundeswehrkrankenhäuser als Maximalversorger lässt sich so nicht aufrechterhalten.<sup>166</sup>

---

<sup>166</sup> DEUTSCHER BUNDESTAG: Unterrichtung durch den Wehrbeauftragten, Jahresbericht 2009 (51. Bericht), Drucksache 17/900, Berlin 16.03.2010, S. 6 ff



Der Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages macht mit seinem Bericht des Jahres 2009 sehr deutlich, dass im Sanitätsdienst der Bundeswehr eine äußerst kritische Lage erreicht ist. Dies impliziert, dass die Einrichtung des Zentralen Sanitätsdienst allein keine hinreichende Antwort auf die Einsatzherausforderungen, d.h. die Unterstützung des Einsatzes bewaffneter Kräfte durch sanitätsdienstliche Fähigkeiten, wie auch der o.a. allgemeinen ärztlichen Personalknappheit, ist.

Der finanzielle Rahmen auf der einen Seite und auf der anderen Seite auch die nicht im benötigten Maße vorhandene Verfügbarkeit von ausgebildetem sanitätsdienstlichen Personal auf dem „Rekrutierungsmarkt“ macht deutlich, dass kleinere Nachjustierungen nicht den notwendigen Erfolg bringen können. Die ersten bislang ergriffenen Maßnahmen, u.a. Erhöhung der monetären Attraktivität durch Einrichtung einer Zulage, erschweren des Wechsels aus dem Soldaten- in ein Beamtenverhältnis oder auch Einführungen von kürzeren und flexibleren Verpflichtungszeiten sowie Verbesserungen der Weiterbildungszusagen wirken lindernd, werden die bestehenden Engpässe allerdings nicht beseitigen<sup>167</sup>.

Zur Sicherstellung des Auftrages der sanitätsdienstlichen Kräfte und somit auch zur Sicherstellung der langfristigen Einsatzfähigkeit der Bundeswehr ist also eine nachhaltige und systemische Umsteuerung erforderlich, auch wenn diese Notwendigkeit in der Vergangenheit noch nicht anerkannt wurde:

„Der Sanitätsdienst der Bundeswehr gewährleistet in seinen Bundeswehrkrankenhäusern und regionalen Sanitätseinrichtungen neben der „hausärztlichen“ Versorgung [...] eine anspruchsvolle medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten, die im Einsatz verwundet und nach Deutschland repatriert wurden. Dieser Dauerauftrag ist ein wesentliches Merkmal, das denn Inlandsauftrage des Zentralen Sanitätsdienstes der

---

<sup>167</sup> Vgl. HIBBELER, BIRGIT; MEIßNER, MARC: Ärzte bei der Bundeswehr: Mehr Last auf weniger Schultern, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., 2009, Heft 31-32, S. 1546 ff

Bundeswehr über die klassischen Begriff „Grundbetrieb“ hinaus erweitert. [...] Das Problem ist jedoch weniger struktureller Natur, da der Sanitätsdienst bei vollständiger Besetzung aller gemäß Personalstärkmodell 2010 vorgesehenen Dienstposten für Sanitätsoffiziere Arzt uneingeschränkt zur Aufgabenerfüllung befähigt wäre.<sup>168</sup>

Die Analyse und Stellungnahme des Bundesministeriums der Verteidigung von 2009 auf den Jahresbericht des Wehrbeauftragten 2008 macht deutlich, dass zu diesem Zeitpunkt die Tiefe und Komplexität des Gesamtproblems des Sanitätsdienstes nicht in Gänze erfasst wurde. Bis heute sind keine hinreichenden und tatsächlich lindernden Lösungsansätze zu erkennen.

Stünde ausreichend Personal als Rekrutierungsreserve zur Verfügung, so ließe sich der gewünschte Personalbestand an approbierten Sanitätsoffizieren jederzeit erreichen. Bei einem insgesamt für alle Nachfrager (In- /Ausland sowie zivil/militärisch) nur begrenztem Personalkörper (ausgebildete Ärzte) und einer die Nachfrage unterschreitende Zahl des medizinischen Personal ist eben dies bei den derzeitigen Rahmenbedingungen ein Trugschluss und nicht erreichbar.

### **5.2.2. Konzentration auf den kurativen Bereich**

Kritisch zu betrachten ist ebenfalls die Verwendung von approbierten Sanitätsoffizieren im Bereich Führung und Organisation, also den leitenden und verwaltenden Aufgaben innerhalb des Organisationbereichs Zentraler Sanitätsdienst. Der Inspekteur des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Kurth-Bernhard Nakath, nahm hierzu Ende 2008 Stellung:

---

<sup>168</sup> BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Stellungnahme des Bundesministeriums der Verteidigung zum Jahresbericht 2008 des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages, Berlin 2009, S. 89

„Im Zentralen Sanitätsdienstes nehmen 97% der Sanitätsoffiziere kurative bzw. approbationsgebundene Aufgaben wahr. Die Zahl der im Bereich Führung und Organisation benötigten Sanitätsoffiziere ist auf ein unverzichtbares Mindestmaß begrenzt und liegt derzeit bei rund 3%.

Wir setzen Sanitätsoffiziere im Bereich Führung und Organisation nur dort ein, wo sie einen größeren Beitrag zu unserem „Unternehmensziel“, der sanitätsdienstlichen Versorgung der Streitkräfte, beitragen, als dies durch Soldatinnen und Soldaten anderer Laufbahnen möglich wäre.

Für mich würde es einem Organisationsverschulden gleichkommen, wenn gerade der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr, der im Vergleich zum zivilen Gesundheitssystem über die medizinische Inlandversorgung hinaus auch den Export eben dieser medizinischen Standards in jeden Winkel der Welt garantiert, auf diese Expertise verzichten würde.

Dennoch wird gerade intensiv geprüft, wo und in welchem Umfang Sanitätsoffiziere von nicht kurativen bzw. nicht approbationsgebundenen Aufgaben entlastet werden können. Hier bieten sich die durch den Bologna-Prozess angestoßenen Veränderungen bei den akademischen Gesundheitsberufen als Grundlage für weitergehende Überlegungen zur Schaffung einer eigenständigen Laufbahn für Truppenoffiziere im Sanitätsdienst an, um unter anderem die begrenzte Personalressource der Ärzte möglichst effizient in die kurative Versorgung einzubringen.“<sup>169</sup>

Auf den ersten Blick erscheint der Anteil von 97% aller approbierten Sanitätsoffiziere in approbationsgebundenen Tätigkeiten sehr hoch und suggeriert wenig Optimierungspotential. Dennoch erscheint die Grundlage für diesen optimalen Wert nicht valide und bedürfte einer intensiveren Überprüfung. Die Grundlage sollte keinesfalls der Vermerk der Approbationsbindung in den Organisationsgrundlagen (STAN, Stärke- und

---

<sup>169</sup> NAKATH, KURT-BERNHARD; PRINZ, PETER: Der Sanitätsdienst auf der Zielgeraden, Interview von Peter Prinz mit dem Inspekteur des Sanitätsdienstes Generaloberstabsarzt Dr. Karl-Bernhard Nakath, sanitätsdienst-bundeswehr.de, 17.12.2008

Ausrüstungsnachweis) sein. Vielmehr sollte eine differenzierte Betrachtung unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte die Grundlage bilden:

Tätigkeit:

- a) Kurativ (Grundlage zur Versorgung von Soldaten im Einsatz)
- b) Militärärztlich-Begutachtend
- c) Approbationsgebunden im Rahmen der Aus- und Weiterbildung
- d) Führung- und Organisation (einschließlich leitend und verwaltend)

Kritisch gilt es hierbei die Führungsorganisation (Kommandos, Stäbe und Ämter) des Zentralen Sanitätsdienstes, wie auch allgemein diejenigen der anderen Organisationsbereichen (Heer, Luftwaffe, Marine und Streitkräftebasis) der Bundeswehr<sup>170</sup>, zu überprüfen. Die Führungsfähigkeit ist als Fähigkeit unstrittig, doch stellt sich die Frage: Was wird wo von wem geführt.

Die nationale Führung der Kontingente von Auslandseinsätzen obliegt in der Bundeswehr zentral dem Einsatzführungskommando, erfolgt also nicht in Verantwortung der einzelnen Organisationsbereiche. Dieser Aspekt ist heute in der Ausrichtung und Planung der Organisationsbereiche noch unzureichend berücksichtigt. Vielmehr ist ein Nebeneinander tradierter Strukturen und für den Dienstbetrieb, Übungen, Einsatzvorbereitung und letztlich den Einsatz notwendiger Führungsstrukturen vorhanden. Dies scheint letztlich einer effizienten Aufgabenerfüllung hinderlich.

Entsprechend der Koalitionsvereinbarung der amtierenden Bundesregierung setzte der Bundesminister der Verteidigung Karl-Theodor zu Guttenberg im April 2010 eine Strukturkommission ein, welche unter anderem die gesamte

---

<sup>170</sup> Vgl. BMVG: Leitlinien zur Ausplanung der neuen Bundeswehr, Berlin 30.06.2010, S. 1 ff

derzeitige Organisationsstruktur der Bundeswehr kritisch betrachten soll<sup>171</sup>.

Karl-Theodor zu Guttenberg skizziere den Auftrag wie folgt:

„Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigten, dass wir unsere Organisationsstruktur und die Leistungsfähigkeit der Bundeswehr noch stärker auf unsere Kernaufgaben konzentrieren müssen. Zuständigkeiten, Schnittstellen und bürokratische Vorgaben bedürfen vor diesem Hintergrund der kritischen, externen Überprüfung.

Mir kommt es deshalb darauf an, Entsprechend den Erfordernissen des Einsatzes Verantwortlichkeiten zu bündeln, die zivilen und militärischen Führungsstrukturen zu straffen und wirtschaftliches Handeln in der Bundeswehr noch weiter zu stärken.“<sup>172</sup>

Mit den identifizierten Handlungsfeldern<sup>173</sup>

- a) Organisations- und Führungsstruktur straffen
- b) Verantwortlichkeiten bündeln
- c) Konzentration auf die Kernaufgaben
- d) wirtschaftliches Handeln in der Bundeswehr weiter stärken

sind die Kernbereiche einer kritischen Betrachtung auch für den Sanitätsdienst der Bundeswehr genannt. Insbesondere die Konzentration auf die Kernaufgaben und die Stärkung des wirtschaftlichen Handelns bieten Anknüpfungen zum zivilen Gesundheitswesen. Durch verstärkte Kooperation und Integration bieten sich Chancen die bestehenden Probleme mit einem über die Binnenoptimierung hinausgehenden Ansatz anzugehen und die Einsatzorientierung der Streitkräfte zu stärken.

---

<sup>171</sup> Vgl. CDU, CSU, FDP: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, S. 124

<sup>172</sup> BUNDESMINISTER DER VERTEIDIGUNG: Tagesbefehl zur Einrichtung der Strukturkommission, Berlin 12.04.2010

<sup>173</sup> Vgl. ebenda

### 5.3. Ein Blick über die eigenen Grenzen hinaus

Bei einer notwendigen Umsteuerung und auch deren späterer Überprüfung gilt es festzustellen, welche Punkte neuausgerichtet werden und wie dies geschieht. Hier bietet sich ein Blick über die eigenen Grenzen hinaus an, denn für die spätere Evaluation gilt es Benchmarks festzusetzen um so eine valide Überprüfung vornehmen zu können. Der Maßstab hierbei muss das Erreichen des eigenen Level of Ambition sein. Ist der LoA absehbar mit einer Neujustierung nicht erreichbar, so ist der Gesamt-LoA nicht realisierbar und eine Überprüfung oder ggf. politische Nachsteuerung (Erhöhung des vorgegebenen Finanzrahmens, Änderung gesetzlicher oder politischer Rahmenbedingungen o.ä.) erforderlich.

Der Blick auf Schweden und Estland und ein Vergleich der rein quantitativen Fakten machen Unterschiede zwischen den betrachteten Staaten deutlich:

Tabelle 7: Sanitätsdienste (DEU/SWE/EST/EU) im Vergleich

	Deutschland	Schweden	Estland	EU
<b>Bevölkerung</b> <sup>174</sup>	82 728 560	9 148 092	1 341 672	493821984
<b>Soldaten</b> <sup>175</sup>	247.380	19.041	5.500	-
<b>Ärzte/Streitkräfte soll/ist</b> <sup>176</sup>	2790/2368 <sup>177</sup>	50/50	40/22	-

<sup>174</sup> Datenbasis 2008; Quelle: WHO,

[http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=10](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=10), v. 04.11.09

<sup>175</sup> Datenbasis 2009; Quelle: DEU: FÜAKBW FES v. 22.09.09 (Stand: Jun 09), EST: Estonian Ministry of Defence, v. 17.09.09; SWE: FÖRSVARSMAKTEN, Försvarsmakten Arsredovrsning Bilaga 3, S. 24 (Stand: Jan 09)

<sup>176</sup> Datenbasis 2009; Quelle: DEU: soll: HIBBELER, BIRGIT; MEIBNER, MARC: Ärzte bei der Bundeswehr: Mehr Last auf weniger Schultern; ist: BMVg FüSan v. 04.11.09; EST: Estonian Ministry of Defence v. 17.09.09; SWE: Swedish Armed Forces Headquater v. 10.09.09

<sup>177</sup> Von 2368 (August 09) SanStOffz Arzt sind derzeit 199 Soldaten freigestellt (Elternzeit, Betreuungsurlaub, freigestellte Personalvertreter, Mandatsträger) oder leisten aufgrund gesetzlicher Vorgaben keinen Dienst (z.B. Mutterschutz), weitere 102 Soldaten leisten Dienst in Teilzeit.

Nicht nur die Gesamtzahlen der Streitkräfte machen gravierende Unterschiede deutlich, auch, wie zuvor betrachtet, die relativen Verhältnisse von Ärzten zu Soldaten unterstreichen dies.

Dieser rein quantitative Betrachtung bedarf allerdings einer gemeinsamen Grundlage: Sowohl die Streitkräfte Schwedens als auch der Estlands setzten im Heimatland nicht oder nur in sehr begrenztem Umfang auf die sanitätsdienstliche Versorgung ihrer Soldaten mit eigenen Kräften. Hier greifen beide Systeme auf das zivile Gesundheitswesen zurück. In Schweden geschieht dies kostenneutral durch Leistungen des steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitssystems für Soldaten. In Estland werden die Soldaten durch den Dienstherrn im nationalen gesetzlichen Krankenversicherungssystem versichert<sup>178</sup>.

Der Dienstherr trägt also in beiden Fällen, zumindest finanziell, die Last der gesundheitlichen Absicherung für die Soldaten. Somit wird sichergestellt, dass die Soldaten für den Einsatzfall eine hinreichende gesundheitliche Versorgung im Sinne präventiver gesundheitlicher Versorgung und Wiederherstellung auch zu Hause erhalten. Dies ist Teil der dienstlichen Alimentierung.

In Schweden wird somit ein Großteil der Einsatzverpflichtungen des Sanitätsdiensts durch Rückgriff und auch nur durch diesen Rückgriff auf das zivile Gesundheitssystem geleistet. Diese Art der Aufgabenerfüllung reduziert den vorzuhaltenden Personalkörper für den Sanitätsdienst im Heimatland für den Einsatzzweck gravierend.

Wenn Sanitätskräfte zu einem Einsatz erst durch einen individuellen Privatvertrag verpflichtet werden müssen, so ist ein Einsatz von vorgehaltenen Kräften nur noch bedingt eigenständig möglich. Unter der Prämisse, dass Streitkräfte nur im Rahmen einer gemeinsamen

---

<sup>178</sup> Vgl. Estonian Ministry of Defence, Military Service Department v. 09.01.09

Bündnisaktion eingesetzt werden, ist ein Vorhalten natürlich nicht notwendig, wenn davon auszugehen ist, dass diese Leistung auch von Partnern wahrgenommen werden kann. Es ist also eine Frage des eigenen LoA, dieser hat aber keinen Einfluss auf die gesamte Tooth-to-Tail-Ratio (T3R), es verlagert nur die Last von den eigenen Streitkräften auf die von Verbündeten. Bei einer festgelegten Lasten- und Aufgabenteilung in einem Bündnis ist eine grundsätzliche derartige Aufgabenverteilung vorstellbar. Allerdings würde dieses für jeden Einsatz von Streitkräften einen multinationalen Konsens über die Entsendung der Truppen voraussetzen oder aber die Bereitschaft der Partner die Entsendungsentscheidung einer supranationalen Institution, wie EU oder NATO, zu überlassen. Dies würde in beiden Fällen die einzelstaatliche Souveränität beschneiden.

Die Einschränkung der Einsatzmöglichkeiten ist in das eigene politische Kalkül bewusst einzubeziehen. Der Verzicht auf eigene Fähigkeiten aber bedeutet die Verlagerung der Last auf andere und zugleich, wie o.a., eine teilweise Aufgabe von eigenen souveränen Entscheidungsrechten. Denn nur mit dem die spezifische Fähigkeiten bereit stellenden Partnerland gemeinsam und im Konsens, ist ein zukünftiger Einsatz überhaupt möglich.

#### **5.4. Rückschlüsse für die Bundesrepublik Deutschland**

„Deutschlands Gewicht in der internationalen Politik ist seit der Wiedervereinigung gewachsen. Größere Gestaltungsmöglichkeiten und Einfluss bedeuten auch Verpflichtung. Wir sind heute stärker als früher gefordert, Verantwortung in Europa und der Welt zu übernehmen.“<sup>179</sup>

---

<sup>179</sup> Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel im Vorwort des Weißbuches 2006; BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Weißbuch 2006 zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr, S. 2



Diese Aussage der Bundeskanzlerin Angela Merkel im Weißbuch der Bundesregierung zeigt, wie die Regierung der Bundesrepublik Deutschland ihre Außen- und Sicherheitspolitischen Verantwortung einordnet. Als größtes und wirtschaftlich stärkstes Land der EU und gemeinsam mit Großbritannien und Frankreich führendes europäisches Land erscheinen Einschränkung, wie z. B. Schweden sie vornimmt, für die Bundesrepublik keine hinnehmbare Alternative zu sein für eine zukünftige Veränderung und Ausgestaltung des Sanitätsdiensts.

Der zweite gravierende Unterschied, die Versorgung der Soldaten im Heimatland, ist allerdings ein Handlungsfeld, in dem ein Blick über die eigenen Grenzen hinaus ein anderes Lösungsmodell aufzeigen kann. Im Inland ist nur die generelle Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Soldaten eine Herausforderung, welcher es zu begegnen gilt. Diese Leistungen müssen nicht zwingend durch Sanitätsoffiziere, also den Sanitätsdienst der Bundeswehr allein erbracht werden. Die Kernleistung der Sanitätsoffiziere liegt hier eher in der Einsatzvorbereitung, Weiterbildung sowie militärspezifischen Begutachtungen für Soldaten (etwa die Borddienstverwendungsfähigkeitsuntersuchung für auf seegehenden Einheiten eingesetzt Soldaten oder auch die Auslandsdienstverwendungsfähigkeitsuntersuchung).

Ein Überdenken dieser Versorgung im Inland würde einer echten systemischen Umsteuerung bedürfen, böte Chancen für das militärische und zivile Gesundheitssystem. Dies setzte allerdings einen Paradigmenwechsel in der Bundesrepublik Deutschland im Bezug auf die Aufgaben des Sanitätsdienstes voraus. Als Resultat müsste und würde die Zusammenarbeit von zivilem und militärischen Gesundheitswesen eine neue Qualität annehmen.

## **6. Abhängigkeiten und Kooperationsfelder von zivilem und militärischen Gesundheitswesen**

Grundsätzlich ist vorstellbar, dass zivile und militärische Gesundheitswesen nebeneinander und, gänzlich unabhängig voneinander existieren, obwohl sie natürlich auf derselben fachlichen Basis stehen.

Dies bedeutete allerdings die Duplizierung von Einrichtungen, Services und Leistungen in einer Vielzahl von Bereichen, angefangen beim Personal, über Infrastruktur bis hin zu Ausstattung und Gerät. In der Praxis ist daher aus Gründen, wie Auslastung von Personal und Infrastruktur, begrenzter Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal und auch unter dem Aspekt der Inübnunghaltung und Weiterqualifikation von Personal eine Verbindung von beiden Bereichen aus Kostengründen und in Teilbereichen auch aus fachlicher Sicht unabdingbar.

Die Zusammenarbeit zwischen beiden Systemen kann von einer vollständigen Integration des einen Systems in das andere, wobei auch hier die grundsätzlichen Leistungs- und Anforderungserfüllung als Ceteris-paribus Bedingung gesetzt wird, über die Teilintegration bis zur Autarkie gehen. In Realität wäre aber nur eine vollständige Integration des militärischen in das zivile Gesundheitswesen vorstellbar.

Die beiden Extremsituationen der vollständigen Integration und auch der Autarkie werden in der Folge nicht weiter betrachtet, da sie in der NATO und der EU und in den drei betrachteten Staaten nicht realistisch erscheinen. Es sprechen also besonders der wirtschaftliche Umgang, der Personaleinsatz, die verantwortungsvolle Unterstützung von Streitkräften im Einsatz und monetäre Aspekte gegen das eine als auch gegen das andere Extrem.

„Effiziente Landesverteidigung erfordert verlässliche regionale Strukturen sowie Zivil-Militärische-Zusammenarbeit bei Nutzung vorhandenen Kapazitäten.“<sup>180</sup>

Besonders die demokratische offene Gesellschaft wie der nationale Gesundheitskonsens fordert die Verflechtung, die Zivil-Militärische-Zusammenarbeit und nicht ein Nebeneinander von Militär und Zivilgesellschaft<sup>181</sup>. In der Folge wird der realisierbar erscheinende Integrations- und Kooperationsgrad betrachtet. Die Abhängigkeiten und Verflechtungen im Heimatland und auch im Auslandseinsatz sind näher zu beleuchten. Im Mittelpunkt steht hierbei das jeweils im Wesentlichen bestimmende System:

Das heißt:

1. dass im Heimatland das zivile Gesundheitssystem im Fokus steht und es gilt die Frage zu beantworten, welchen Beitrag der Sanitätsdienst, trotz Dominanz des zivilen Systems, in der Kooperation liefert.
2. Gleichwohl gilt es die Frage zu klären, wie die Versorgung der Soldaten auch im Heimatland gewährleistet ist und zu welchen Systembestandteilen sie Zugang haben.
3. Für den Auslandseinsatz steht der Sanitätsdienst als Haupt- und Erstversorger im Mittelpunkt, und es gilt zu klären, auf welche Unterstützung seitens des zivilen Gesundheitswesens die Streitkräfte zurückgreifen können und im Speziellen auf welche zivilen

---

<sup>180</sup> BMVG: Weißbuch 2006 zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr, S. 72

<sup>181</sup> In der Bundesrepublik Deutschland findet dieser Grundsatz im Konzept des „Staatsbürger in Uniform“ seinen Ausdruck. Vgl. BMVG: Weißbuch 2006 zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr, S. 78

medizinischen Leistungen der Sanitätsdienst im Einsatz angewiesen ist.

### **6.1. Kooperationsfelder im Inland**

Im Inland verfügen alle drei Staaten über ein gut ausgebautes ziviles Gesundheitssystem, welches der Aufgabe der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, in unterschiedlicher Ausgestaltung, Intensität und Weise, aber im Nationalen Konsens, gerecht wird. Es ist zu betonen, dass gerade der historisch gewachsene nationale Konsens die Besonderheiten der einzelnen Gesundheitssysteme geprägt und hervorgebracht hat.

Für die Versorgung der Bevölkerung ist das militärische Gesundheitswesen in Schweden und Estland, allein aufgrund der zahlenmäßig geringen Personalausstattung, unbedeutend. Auch in der Bundesrepublik Deutschland, in der Zeit des Kalten Krieges, spielten die Einrichtungen und das Personal des Sanitätsdienstes keine wesentliche Rolle in der Regelversorgung der Bevölkerung.

Anders allerdings im Katastrophenschutz: Hier trugen die Streitkräfte traditionell durch Gestellung von Personal und Material in ganz erheblichem Maße zur Bewältigung dieser Ausnahmesituationen bei. Hier sei beispielhaft an die Flutkatastrophe an der Oder 1997<sup>182</sup> erinnert.

Die zahlenmäßige Ausgestaltung der sanitätsdienstlichen Strukturen in Schweden und Estland verdeutlichen, dass bei jeweils ca. 50 Dienstposten für Ärztinnen und Ärzte bei einer Streitkräftestärke von 19.041 in Schweden und 3.800 Soldaten in Estland von dem Sanitätsdienst allenfalls eine Primärversorgung der Soldaten wahrgenommen werden kann. Wird weiter die notwendige Beschickung der Übungs- und Einsatzkontingente, der

---

<sup>182</sup> Vgl. BMVG: Armee der Einheit 1990-2000, S. 32 f

erforderliche Aufwand für militärspezifische Ausbildung, Planung und Administration in die Betrachtung einbezogen, so ist nachzufragen, ob die ausgeplanten Arztstellen für die Primärversorgung, ohne einen Rückgriff auf das zivile Gesundheitssystem, überhaupt ausreichen können. Hinzu kommt z. B. in Estland, dass nur etwa die Hälfte der vorhandenen Dienstposten besetzt ist.

Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet führt diese Minimalausprägung der sanitätsdienstlichen Strukturen zu einem Kostenvorteil innerhalb des Verteidigungsbudgets. Personal- und Infrastrukturkosten fallen nur in geringem Umfang an. Diese medizinische Versorgung der Streitkräfte legt offen, dass Teile des deutschen Einzelplans 14, dem Etat des Bundesministers der Verteidigung, in Schweden und in Estland nicht im Wehretat sondern im Gesundheitshaushalt abgebildet sind. Unter Versorgungsaspekten verdeutlichen diese Zahlen allerdings, dass die Streitkräfte in Schweden und Estland mit eigenen personellen Ressourcen nicht nachhaltig in der Lage sind die notwendige sanitätsdienstlich Einsatzunterstützung zu leisten.

Bei der Betrachtung der wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen zivilem und militärischem Gesundheitswesen weist somit Estland und Schweden jeweils eine starke einseitige Abhängigkeit des militärischen vom zivilen Gesundheitswesen auf. Der militärische Sanitätsdienst übernimmt allenfalls eine steuernde Funktion beim Übergang von der Primärversorgung der Soldaten im Heimatland hin zur weiteren fachärztlichen Behandlung.

In der Bundesrepublik Deutschland wird dagegen durch die sanitätsdienstliche Komponente der Bundeswehr eine umfassende Versorgung der Soldaten sichergestellt. Die steuernde Funktion leisten hier die Truppenärzte, deren Funktion mit der des Hausarztes vergleichbar ist. Die darüber hinausgehende fachärztliche Versorgung der Soldaten

gewährleistet die Bundeswehr mit 18 regional verteilten Fachsanitätszentren und fünf Bundeswehrkrankenhäusern.

Auf den ersten Blick scheint somit in der Bundesrepublik Deutschland ein unabhängiges Nebeneinander von zivilem und militärischem Gesundheitswesen zu existieren, bei näherer Betrachtung wird aber offenkundig, dass eine ausgeprägte wechselseitige Abhängigkeit vorhanden ist:

Zum einen muss aufgrund der Distanz zwischen den einzelnen militärischen Standorten und den vorhandenen Facharztzentren der Bundeswehr auch auf zivile medizinische Anbieter zurückgegriffen werden. Somit tritt die Bundeswehr u.a. mit Überweisungen von Soldaten an zivile (Fach-) Ärzte oder Kliniken sowie mit der Beschäftigung von (zivilen) Vertragsärzten als Leistungsnachfrager am Gesundheitsmarkt auf. Zum anderen ist die Bundeswehr zugleich auch Leistungsanbieter am zivilen Gesundheitsmarkt. Die fünf Krankenhäuser der Bundeswehr sind auch für zivile Patienten zugänglich und finden in der regionalen Gesundheitsplanung, je nach Größe und Ausstattung, bis hin zum Krankenhaus der Maximalversorgung<sup>183</sup>, Berücksichtigung. So ist das Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Schwerpunkt der traumatologischen Notfallversorgung und zugleich auch akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz<sup>184</sup>. Die Bundeswehrkrankenhäuser Ulm, Hamburg und Berlin sind fest in die regionalen Gesundheitsnetze eingebunden und als weitere Besonderheit zugleich akademische Lehrkrankenhäuser der Universität Ulm, des Universitätsklinikums Eppendorf bzw. der Charité.<sup>185</sup> Das Bundeswehrkrankenhaus Westerstede

---

<sup>183</sup> Vgl. FRANKE, AXEL; WOLFGANG, LANTE; ERWIN KOLLIG, MARKEWITZ, ANDREAS: Immunologische Forschung für die Versorgung polytraumatisierter Patienten am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz: Klinische und wehrmedizinische Aspekte, in: Wehrmedizinische Monatszeitschrift, 2009, Heft 3, S. 66

<sup>184</sup> Vgl. [www.bundeswehrkrankenhaus-koblenz.de/portal/a/koblenz](http://www.bundeswehrkrankenhaus-koblenz.de/portal/a/koblenz), Stand v. 01.09.2010

<sup>185</sup> Vgl. [www.bundeswehrkrankenhaus-ulm.de/portal/a/ulm](http://www.bundeswehrkrankenhaus-ulm.de/portal/a/ulm),  
[www.bundeswehrkrankenhaus-hamburg.de/portal/a/hamburg](http://www.bundeswehrkrankenhaus-hamburg.de/portal/a/hamburg),  
[www.bundeswehrkrankenhaus-berlin.de/portal/a/berlin](http://www.bundeswehrkrankenhaus-berlin.de/portal/a/berlin), Stand v. 01.09.2010

bildet gemeinsam mit der Ammerland-Klinik das Klinikzentrum-Westerstede. Die Aufgabe als Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen bindet die Ammerland-Klinik ein und soll zukünftig auf das Klinikzentrum-Westerstede ausgeweitet werden.<sup>186</sup>

Mit der Aufgabenübernahme als Lehrkrankenhäuser tritt aber eine ganz andere Art und Wertigkeit der zivilen und militärischen Kooperation auf: Die Vernetzung der Hochschule mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr. In der DDR war z.B. eine zumindest unter fachlichen Aspekten „ähnliche“ Kooperation mit der „Militärmedizinischen Sektion“ und der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald gegeben<sup>187</sup>.

Die dritte Kooperation stellt die Notfall- und Rettungsmedizin dar. Durch die Stellung von Notärzten, Rettungswagen und SAR-Hubschraubern wird hier für die Notfallversorgung der Bevölkerung ein signifikanter Beitrag geleistet<sup>188</sup>.

Diese Kooperation von zivilem und militärischem Gesundheitswesen bietet letztlich für beide Seiten essentielle Vorteile:

Für die zivile Seite ermöglicht die Integration der Bundeswehrkrankenhäuser in das regionale Gesundheitsnetz eine Ressourceneinsparung, da auf vorhandenes Personal und Infrastruktur zurückgegriffen wird. Zugleich bedeutet dies für die Bundeswehr eine Generierung von Einkünften, somit werden die laufenden Kosten in Teilen von externer Seite gedeckt. Allerdings verursacht die Behandlung von mehr Patienten auch zusätzliche Kosten. Die Patientenbehandlung mit speziellen

---

<sup>186</sup> Vgl. [www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de](http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de), Stand v. 14.10.2009 u.

[www.bundeswehrkrankenhaus-westerstede/portal/a/westerstede](http://www.bundeswehrkrankenhaus-westerstede/portal/a/westerstede), Stand v. 01.09.2010

<sup>187</sup> Zur Militärmedizin in der DDR im Allgemeinen und deren Integration in die Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald vgl. BORTH, IMMO GERHARD: Beiträge zur Geschichte der Gesellschaft für Militärmedizin der Deutschen Demokratischen Republik (1971-1990), Dissertation, München 2004, S. 112 ff (Kap. 6.1.: Militärmedizinische Sektion der Ernst-Moritz-Arndt Universität in Greifswald)

<sup>188</sup> Vgl. GROHMANN, JOHANNES: Einbindung der Bundeswehr in das zivile Rettungswesen: Sanitätsdienst der Bundeswehr, in: Notfall-Medizin, 2003, Heft 1/2, 44 ff

Krankheits- und Verletzungsmustern ist allerdings schon allein zur bloßen Inübunghaltung notwendig. Der entscheidende Faktor für die Bundeswehr ist also, dass insbesondere zur Vorbereitung auf Auslandseinsätze (Ausbildung und Inübunghaltung) Patienten mit Verletzungsmustern und Krankheiten behandelt werden, die es auf der Erfordernisseite geben muss, die aber innerhalb der Streitkräfte in der Heimat wenig oder gar nicht vorkommen. Nur durch Versorgung von z.B. schweren Unfallopfern und Krebspatienten wird eine Vorbereitung der Ärzte auf eventuell im Einsatz anfallende schwere, ausgefallene Verletzungsmuster gewährleistet. Somit wird durch Kooperation zwischen militärischen und zivilen Anteilen des Gesundheitswesens letztlich ein essentieller Beitrag zum Erhalt der Einsatzbereitschaft der Streitkräfte geleistet.

Die ursprüngliche Rolle als einer der Hauptakteure im nationalen Katastrophenschutz hat sich heute aber zunehmend in der Priorität vom Militär auf andere Träger verlagert. Schon allein die personelle und damit auch materielle Reduzierung der Bundeswehr um 50% der Stärke von 1990 auf den heutigen Ist-Zustand macht die Verschiebung deutlich. Besonders die Konzentration auf und die Ausrichtung an den Einsatzaufgaben lassen diese letzte Rolle heute zu einer subsidiären Aufgabe werden.<sup>189</sup>

Durch die Intensivierung der Zusammenarbeit wird auch die Möglichkeit der personellen Fluktuation zwischen beiden Systemen vergrößert. „Zivile“ Ärzte lernen „militärische“ Kollegen kennen und können sich ein Bild von deren Aufgaben machen, so werden neue Wirkungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Seitdem die Bundeswehr Medizin- und Zahnmedizin Studenten nicht mehr vom Wehrdienst zurückstellt, sondern diese Personalressource regulär zum Grundwehrdienst einberuft, fehlt die Möglichkeit dieses Personal in der dem Zivilberuf entsprechenden Funktion einmal in den Streitkräften fachlich

---

<sup>189</sup> Vgl. BMVG: Verteidigungspolitische Richtlinien für den Geschäftsbereich des Bundesministers der Verteidigung, Berlin 2003, S. 29



einzusetzen. Mit dieser Einberufung wurde diesem Personal auf der einen Seite eine militärische (Grund-) Ausbildung und zum anderen die nach dem Wehrdienst automatische Überführung in den Reservistenstatus zuteil. Zweifelsohne erfordert die Einberufung und Verwendung von frisch approbierten (Zahn-)Ärzten eine enge Begleitung durch erfahrene Kollegen und Vorgesetzte. Jedoch wurde durch die große Zahl der eingezogenen wehrpflichtigen Ärzte ein Großteil der truppenärztlichen Grundversorgung sichergestellt.

## **6.2. Kooperationsfelder und Abhängigkeiten im Auslandseinsatz**

Im Auslandseinsatz erfolgt die Versorgung der Soldaten der drei betrachteten Länder unter der Vorgabe, dass das Ergebnis und die Qualität der Behandlung dem im Heimatland entsprechen sollen<sup>190</sup>.

Diese Maxime stellt den Maßstab für die Gesundheitsversorgung der Soldaten im Auslandseinsatz dar. Bei dienstlichen Auslandsaufenthalten in Ländern mit hohem Lebensstandard ist zumeist ein Rückgriff auf das jeweilige zivile Gesundheitssystem möglich, da dieses als qualitativ gleichwertig anzusehen ist. Erfolgt der Einsatz in Kriegs- oder Krisengebieten, kann in der Regel nicht auf die Unterstützung des Gastlandes<sup>191</sup> zurückgegriffen werden, wenn ein funktionierendes ziviles System nicht vorhanden, zusammengebrochen ist oder durch die Krisensituation bereits völlig überlastet ist. Hier definiert die Maxime das Leistungsspektrum, welches durch den Sanitätsdienst zu erbringen bzw. bereit zu halten ist.

---

<sup>190</sup> Auch im NATO-Rahmen wird dieser Standard in der AJP 4.10 Ziff. 0020 definiert: "Medical support to NATO forces must meet standards acceptable to all participating nations. Even in crisis or conflict, the aim is to provide a standard of medical care as close as possible to prevailing peacetime national medical standards, given the difficulties of doing so in an operational setting."

<sup>191</sup> Im Rahmen von Host Nation Support

Die Erstversorgung (ROLE 1) der entsandten Einheiten erfolgt hierbei grundsätzlich durch eigene Sanitätskräfte des nationalen Kontingentes<sup>192</sup>. Eine weiterführende Behandlung (ROLE 2 und 3) erfolgt ebenfalls im Einsatzgebiet, hier bedienen sich allerdings sowohl Estland<sup>193</sup> als auch Schweden der Versorgung durch Verbündete auf vertraglicher Basis<sup>194</sup>. Schweden baut derzeit aber in Folge der aktuellen Einsatzrealität auch eigene ROLE 2 Fähigkeiten auf und wird somit künftig einen erweiterten Beitrag in Einsätze einbringen können<sup>195</sup>.

Um im Einsatzgebiet ein ausreichendes Kräftedispositiv verfügbar zu haben, werden Sanitätseinheiten der ROLE 2 und 3 auch multinational besetzt, d.h. einzelne Nationen bringen Fähigkeiten, Material und Personal in eine nicht von ihr selbst betriebene Sanitätseinrichtung ein. Das folgende Schaubild verdeutlicht die unterschiedlichen Organisations- und Abbildungsformen von sanitätsdienstlicher Unterstützung im Einsatz:

---

<sup>192</sup> Vgl. NATO AJP 4.10 Ziff 0041

<sup>193</sup> Estonian Ministry of Defence, Military Service Department, v. 26.06.09

<sup>194</sup> Eine entsprechende Vereinbarung erfolgt i.d.R. durch ein MOU zwischen den Vertragsstaaten, hier wird auch die Kostenbeteiligung, Kostenerstattung und personelle Kooperation oder Beistellung geregelt.

<sup>195</sup> SWE Armed Forces HQ, v. 29.01.09



Abbildung 2: Multinationale sanitätsdienstliche Unterstützung<sup>196</sup>

Die in der Abbildung dargestellten Ebenen lassen sich wie folgt beschreiben:

Im oberen Rahmen stellt eine Nation als Leitnation (Lead Nation) die benötigten Fähigkeiten der sanitätsdienstlichen Unterstützung, bzw. den größten Anteil an dieser, für das Einsatzkontingent bereit. Als Beispiel sei hier die Entsendung eines Feldlazarets genannt. Dieses kann entweder vollständig ausgerüstet, mit Personal und Material, oder auch in einem reduzierten Ansatz nicht mit vollständigem Personal entsandt werden. Im letzten Fall wird das weitere Personal durch Partner eingebracht.

Eine erste Abschwächung ist die Form der Beistellung bestimmter Spezialgebiete (Role Specialist Nation). Hier hält eine Nation nur bestimmte Fähigkeiten vor und bringt diese in eine Kooperation mit Partnern sein. Zum

<sup>196</sup> Quelle: Führungsakademie der Bundeswehr, Fachbereich Sanitätsdienst und Gesundheitswissenschaften (SGW), Flottillenarzt Dr. Lutz Nolde, MBA, Hamburg 19.02.10

Beispiel können spezialisierte OP-Teams in ein Feldlazarett einroutiert werden.

Die Multinational Medical Unit (MMU) oder auch Multinational Integrated Medical Unit (MIMU)<sup>197</sup> bildet eine gemeinsame (combined) Sanitätseinrichtung.

Bei Contracting, Third Party Support und auch Host Nation Support werden die notwendigen sanitätsdienstlichen Leistungen von dritter Seite bereitgestellt. Entweder werden diese Leistungen am Markt unter Vertrag genommen (Contracting), d.h. die Leistungen werden gegen Entgelt im geforderten Rahmen aufbaut und zur Verfügung stellt, oder aber es wird durch das Gastland, im Rahmen eines Host Nation Support, sichergestellt.

Bi- oder Multinational besteht auch die Möglichkeit im Rahmen eines MOU die Übernahme des sanitätsdienstlichen Versorgungsauftrages vertraglich zu regeln, wenn keine multinationale Einrichtung oder Kooperation im Bündnisrahmen geplant ist.

Ein wichtiger Kooperationsaspekt im Bezug auf Auslandseinsätze ist der Einsatz ziviler Ärzte, seien es aktive Reservisten oder für die jeweilige Mission verpflichtete zivile Ärzte, wie am Beispiel Schwedens gezeigt. Hier treten Ärzte des zivilen Gesundheitswesens an die Stelle der Sanitätsoffiziere (Arzt) und leisten einen zeitlich befristeten Dienst zur medizinischen Unterstützung der Einsatzverpflichtung der jeweiligen Nation. Ein derartiger Rückgriff auf zivile Ärzte kann nach Anzahl und Qualifikation nicht beliebig erfolgen, denn Einsätze erfordern eine gezielte Vorbereitung der Ärzte auf die Einsatzbedingungen, Gefährdungen und Belastungen usw.

---

<sup>197</sup> MMU und MIMU unterscheiden sich in der Organisation, entweder als durchgehend in den Arbeitsbereichen multinational besetzt (MIMU) oder als Zusammenschluss von Elementen verschiedener Nationen (MMU)

Die internationale Kooperation bietet die Chance Einrichtungen gemeinsam betreiben und nutzen zu können. Dieses erhöht auf der einen Seite die Auslastung der Einrichtung, eine adäquate Größe vorausgesetzt, zudem wird Duplizierungen und ineffizientem Personal- und Materialansatz entgegengewirkt. Auf der anderen Seite führt dieses allerdings zu einer Abhängigkeit von Partnern. Diese Interdependenzen sind per se nicht negativ. Bauen allerdings Nationen in gegenseitigem Vertrauen auf die Unterstützung durch eine andere Nation Fähigkeiten komplett ab, so sind sie in ihrer Einsatzentscheidung de facto nicht mehr vollständig souverän, da sie zusätzlich der nationalen Einsatzentscheidung, die des „Fähigkeit bereitstellenden Partners“ bedürfen. Hier ist eine sorgfältige internationale Abstimmung notwendig. In Bündnissen verhindert in der Regel eine ausgewogene Kräfteverteilung die vollständige Abhängigkeit der Allianz von nur einem Partner

### **6.3. Die wechselseitigen Abhängigkeiten**

Es ist bisweilen lohnenswert, einen Schritt zurück zu treten, um dadurch einen besseren Überblick zu erlangen, in diesem Falle auf das gesamte Gesundheitswesen, zivil wie militärisch. Die Betrachtung beider Systeme bietet die Gelegenheit Interdependenzen zu erkennen. Somit besteht die Chance Schnittmengen und Duplizierungen zu identifizieren und dann durch Lastenteilung und gemeinsames Handeln einen echten Effizienzgewinn zu erzielen.

Die zivilen und militärischen Gesundheitssysteme in Schweden, Estland und der Deutschland zeigen wie oben angegeben eine wechselseitige Verflechtung und unterschiedliche Ausprägungen der sanitätsdienstlichen Komponenten der Streitkräfte. In allen betrachteten Fällen ist es das Ziel, die medizinische Versorgung, wie sie sich im nationalen Konsens

herausbildet, auch für die Soldaten sicherzustellen. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede im Maße der medizinischen Leistungserbringung: Durch eigene sanitätsdienstliche Kräfte und eine eigene Struktur oder aber variierende Abstützung auf das zivile Gesundheitswesen. Grundsätzlich ist die Frage zu stellen, ob die medizinische Versorgung für alle Behandlungsebenen hindurch durch eigene Einrichtungen und Strukturen der Streitkräfte gewährleistet werden sollte? Dieses steht aber unter der Fragestellung, ob dieses ein Kernauftrag der Streitkräfte sein soll und wird im jeweiligen nationalen Konsens in den drei Ländern verschieden gelöst: Sowohl Schweden als auch Estland stellen jeweils nur eine minimale Grundversorgung bereit und die darüber hinausgehende Versorgung leistet das zivile Gesundheitssystem. Dieser Weg erspart den Streitkräften im Inland den Aufbau und Betrieb großer (kostenintensiver) Einrichtungen, und erfordert einen quantitativ nur sehr kleinen eigenen medizinischen Personalkörper. Teile der Kosten der gesundheitlichen Versorgung der Soldaten fallen somit in diesen beiden Ländern nicht in den Verteidigungshaushalt sondern in das Budget des nationalen Gesundheitssystems.

Die medizinische Personalstärke ist dabei allerdings vor dem Hintergrund der Gesamtgröße der jeweiligen Streitkräfte zu sehen:

Mit insgesamt 5.500 Soldaten in der Republik Estland, davon allein 2.000<sup>198</sup> Wehrpflichtigen, wäre bei Besetzung aller 40 Arztdienstposten mit einem Verhältnis von 137,5 Soldaten pro Arzt eine relativ hohe Versorgungsdichte erreicht. Tatsächlich wird aber bei derzeit 22 besetzten Dienstposten mit 250 zu betreuenden Soldaten ein deutlich schlechterer Versorgungswert erreicht. Im Königreich Schweden, mit zukünftig etwa 22.000 Soldaten<sup>199</sup> und einer Anzahl von 50 Ärzten, ist bei einem Betreuungsverhältnis von 440 Soldaten

---

<sup>198</sup> Estonian Ministry of Defence, Military Service Department, v. 17.09.09

<sup>199</sup> SWE Armed Forces HQ, v. 10.09.09: Zielgröße der Schwedischen Streitkräfte nach Wegfall der Wehrpflicht: 6.500 Berufssoldaten, 8.500 Zeitsoldaten und zusätzlich 6000-7000 Unteroffiziere und Offiziere.

pro Arzt eine sehr geringe Versorgungsdichte gegeben und voraussehbar gewollt. Der Sanitätsdienst übernimmt somit im Heimatland nur die Stellung der Primary-Health-Care Unit und neben dieser Primärversorgung die Steuerungsfunktion in das zivile Gesundheitssystem hinein. Ein häufiger Rückgriff auf das zivile Gesundheitssystem ist somit notwendig und systemimmanent, gewollt und geplant.

Die bundesdeutschen Streitkräfte haben heute einen Soll-Gesamtumfang von 252.500 Soldaten, hierin sind 2.500 Stellen für aktive Reservisten enthalten<sup>200</sup>. Diese werden im Bereich des Sanitätsdienstes gezielt eingesetzt. 2008 wurden insgesamt 4431 Wehrübungstage von Ärzten im SanStOffz der Reserve Status geleistet. Bei einer durchschnittlichen Jahresarbeitszeit von 212 Tagen in 2008<sup>201</sup> ergibt dies rechnerisch ein Äquivalent von 21 Vollzeit Dienstposten für SanStOffz Arzt, die durch diese Reservistenbeorderung zusätzlich generiert wurden. Das veranschlagte Maß an Reservisten Wehrübungstagen für SanStOffz (approbationsübergreifend) wurde in 2008 allerdings um nahezu Zwanzigprozent unterschritten<sup>202</sup>. Das bedeutet in Relation zur Gesamtzahl der Sanitätsoffiziere aber nur eine Einsatzkapazität der Reservisten von weniger als 19 oder weniger als 1% der gesamten ärztlichen Kapazität.

Die rechnerische Versorgungsdichte in den deutschen Streitkräften, basierend auf dem vollen Personalumfang der SanStOffz Arzt mit 2790 Stellen, beträgt 90,5 zu betreuende Soldaten pro Arzt. Tatsächlich leisten derzeit 247.380 Wehrpflichtige, Zeit- und Berufssoldaten ihren Dienst. Bei 2368 Ärzten als Sanitätsoffiziere ergibt sich eine tatsächliche rechnerische Versorgungsdichte von 104,47. Somit verfolgt die Bundesrepublik Deutschland von den drei betrachteten Staaten im Sanitätsdienst der Streitkräfte den personalintensivsten Ansatz. Hierbei ist bei einer

---

<sup>200</sup> BMVg: Weißbuch 2006, S. 93

<sup>201</sup> vgl. INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT KÖLN: Ab heute Ferien, in: Informationsdienst des Instituts der Deutschen Wirtschaft Köln, 31.07.2008, S.1

<sup>202</sup> Vgl. Personalamt der Bundeswehr v. 14.10.09

Betrachtung allerdings auch die Größe der Nation und ihr nationaler „Level of Ambition“ einzubeziehen:

Alle drei Staaten haben den Anspruch sich neben der klassischen Landesverteidigung auch in internationalen Auslandseinsätzen zu engagieren.

Die Bundesrepublik Deutschland, mit dem Anspruch „eine gestaltende Rolle in den Bündnissen und internationalen Organisationen [...] in denen wir mitwirken“<sup>203</sup> zu spielen und mit einer quantitativ hohen Zahl an Soldaten, will „in angemessenem Umfang Streitkräfte“<sup>204</sup> bereitstellen. Somit wird zumindest eine vage Quantifizierung dieses Engagements vorgenommen. Eine weitere Quantifizierung bietet das Weißbuch 2006<sup>205</sup>, hier werden unter „Operativen Vorgaben“ die nationalen Zielvorgaben bzgl. Truppenstellung aufgestellt. Sanitätsdienstliche Elemente werden hier allerdings nicht quantifiziert. Hier könnte über eine T3R-Analyse Rückschlüsse zum Anteil des sanitätsdienstlichen Personals an dem Gesamtkontingent gezogen werden, dieses allerdings unter Nichtbeachtung von tatsächlicher Kontingentgröße, vorgesehenem Einsatzort und –zeitraum<sup>206</sup>.

Um die Behandlung der Soldaten gemäß der eigenen Maxime sicherstellen zu können, ist generell ein ausreichender Personalkörper vorzuhalten. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen aber zunehmend, dass die einsatzbedingte Abwesenheit zwangsläufig Vakanzen in der Heimat hervorruft, da ein Einsatz von einem regulär zu besetzenden Dienstposten in der Heimat ausgeht und dieser für den Einsatzzeitraum nicht anderweitig

---

<sup>203</sup> CDU, CSU, FDP: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, S. 113

<sup>204</sup> BMVG: Weißbuch 2006, S. 70

<sup>205</sup> Ebenda, a.a.O., S. 77 f

<sup>206</sup> Vgl. BMVG: Weißbuch 2006, S. 77 ff



Beziehungen ziviler und militärischer Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

besetzt wird. Jeder Einsatz hat folglich eine Versorgungslücke innerhalb des Sanitätsdienstes der Bundeswehr in der Heimat zur Folge.

## **7. Intensivierung der Kooperation von zivilem und militärischem Gesundheitswesen in Deutschland**

Für die Zukunft wird auf weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit von zivilem Gesundheitswesen und militärischem Sanitätsdienst einzugehen sein, wie sie sich anbietet oder wie sie sich bereits heute als durchführbar erweist und vermutlich intensiviert werden könnte.

### **7.1 Kooperation als Weg in die Zukunft**

Der Trend der eingeschränkten Verfügbarkeit von Sanitätssoldaten, insbesondere Ärzten, in der Heimat und damit einer Verschlechterung der Versorgung für die Soldaten, ist zu beobachten. Diesem gilt es entgegen zu steuern. So lassen bei der Betrachtung von Estland, Schweden und auch Deutschland lassen sich neue Wege und Kooperationen für die Zukunft des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, über die Bundeswehrkrankenhäuser hinaus, ausmachen. Diese könnten insgesamt als Anregung für die Weiterentwicklung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr gesehen werden:

Ähnlich wie im Königreich Schweden<sup>207</sup> gehandhabt, sollte auch bei uns verstärkt auf zivile Ärzte zugegangen werden, um diese für einen zeitlich befristeten Einsatz anzuwerben oder sie systematisch einzubinden. Diese Abstimmung sollte möglichst langfristig erfolgen, um konstante planbare Einbindungen zu erreichen.

---

<sup>207</sup> “During 2008 we had 5 positions as physicians on operations 2 in KFOR and 3 in ISAF. That would be approx 1800 days during 2008. Only a minority of these days have been done by medical reserve officers [...] approx 180 days during 2008. During most of the time the positions have been manned by contracted civilian physicians”  
SWE Armed Forces HQ, v. 22.10.09

Es würde von Vorteil sein, wenn zukünftig niedergelassene Ärzte, also das zivile Gesundheitssystem und regionale Sanitätseinrichtungen, verstärkt kooperieren. Hierdurch würde der Kontakt zwischen zivilen Ärzten und Bundeswehr gestärkt und langfristig könnte auch die Bereitschaft der Ärzteschaft zum Engagement sowie zu einem möglichen Auslandseinsatz geweckt werden. Im Falle einer einsatzbedingten Abwesenheit eines niedergelassenen Arztes wäre durch Ärzte der Streitkräfte die Behandlung seiner Patienten zu übernehmen. Wenn zivile Kräfte als Reservisten für Einsätze einspringen würden, böte dies den Sanitätsoffizieren die Möglichkeit, länger am Heimatstandort zu bleiben. Zugleich würde der Weiterbetrieb der niedergelassenen Praxis sicher gestellt. Der Begriff „am Heimatstandort“ zielt hier nicht auf eine längere Verwendungszeit an einem spezifischen Standort, sondern besonders auf eine längere „Einsatzpause“. Denn gerade die langen Einsatzzeiten bei häufiger Entsendung scheinen eine besondere Einsatzdemotivation der Sanitätsoffiziere zu bedingen. Eine Verringerung der individuellen Einsatzbelastung würde auch mit den Bemühungen der Streitkräfte zur „Vereinbarkeit von Familie und Dienst“ korrelieren<sup>208</sup>. Die von der Politik beschlossenen, längeren Einsätze zehren aber an dieser Vereinbarkeit und zeigen massive Diskrepanzen des politischen Willens und der Realität auf.

Analog zu den Bundeswehrkrankenhäusern könnten auch die Fachsanitätszentren verstärkt mit dem zivilen Gesundheitsmarkt zusammenarbeiten. Durch die gemeinsame Nutzung von Infrastruktur und Ausrüstung ließen sich Ressourcen einsparen. Somit böte sich hier die Möglichkeit, im Zuge einer engeren Kooperation in regionalen Versorgungszentren auch medizinisches Personal für Einsätze zu gewinnen. Gegebenenfalls ließe sich auch die (fach-) ärztliche Behandlung durch Kooperation mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf

---

<sup>208</sup> Vgl. BMVG: TK VbkFamDstSK, Berlin 2007, S. 5 ff

Medizinische Versorgungszentren übertragen und eigenes Fachpersonal dort, auch unter einem Aus- und Weiterbildungsaspekt, einbringen. Dies bedeutete zugleich eine deutliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung für Soldaten im Inland, da hier auf das zivile Gesundheitssystem zurückgegriffen würde und somit eine flächendeckende, dichtere Versorgung gewährleistet wäre, als dies heute der Fall ist.

Durch die Konzentration des ärztlichen Personals auf den kurativen Bereich und wenige militärisch administrative Aufgaben wäre dieser Bereich zu stärken. Die Fähigkeit zur qualifizierten Führung von Sanitätseinheiten und –verbände ist allerdings auch im Zuge dieser Konzentration, ebenso wie die ärztliche Expertise in Planungs- und Beratungsfunktionen, sicherzustellen. In diesem Zusammenhang wären auch die approbationsgebundenen Dienstposten in der Bundeswehr mit dem Ziel zu untersuchen, ob die Approbationsbindung tatsächlich immer erforderlich ist, oder ob diese z.B. durch Zusatzqualifikationen für nicht ärztliches Personal, etwa Offiziere des Truppendienstes mit postgraduierten Studium „Health Care Management“, ersetzt werden kann oder auch werden sollte, und ob dieses nicht eine deutliche Verbesserung und Effizienzsteigerung beinhalten würde. Eine umgekehrte Untersuchung zu diesem Themenbereich, eben der Wahrnehmung von Tätigkeiten im Bereich Führung- und Organisation der Bundeswehr durch Sanitätsoffiziere (Arzt, Zahnarzt, Apotheker und Veterinär), wurde 2005 an der Führungsakademie der Bundeswehr im Rahmen einer Arbeit der Generalstabdienstausbildung vorgenommen. Hierin wird für die Sanitätsoffiziere in diesem Tätigkeitsbereich eine postgraduale Zusatzausbildung im Bereich Health Care Management angeregt<sup>209</sup>.

---

<sup>209</sup> SEITZ, MARKUS: Alternative Berufsfelder in der Medizin: Konsequenzen für den Sanitätsdienst?, Lehrgangsarbeit Lehrgang Generalstabdienst Luftwaffe 2003, Führungsakademie der Bundeswehr, Hamburg 2005

In der Führung des Sanitätsdienstes verfügen die drei betrachteten Länder über eine zentrale Führung der sanitätsdienstlichen Einzelemente, zumindest fachlich, auf ministerieller bzw. Hauptquartierebene<sup>210</sup>. In der detaillierten Ausgestaltung dieser Führung zeigen sowohl Schweden als auch Estland einen anderen Weg auf als den die Bundeswehr derzeit beschreitet. Hier bietet eine Konzentration und Bündelung der Führungsverantwortung bei Straffung der Führungsorganisation über die derzeitigen Organisationsbereiche hinausgehend, einen möglichen Effizienzgewinn. Zugleich ließe sich durch die Abschaffung paralleler Kommando- und Planungsstrukturen innerhalb der Bundeswehr gezielt der kurative Bereich stärken: Indem weniger Ärzte leitend und verwaltend im Ministerium, Kommandos und Ämtern tätig sind, könnten zukünftig mehr approbierte Sanitätsoffiziere nicht nur approbationsgebundene sondern kurativen Aufgaben übernehmen.

In der Zukunft wird Kooperation oder besser das „Muss“ zur Kooperation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen eine wachsende Bedeutung zukommen: Vor dem Hintergrund knapper finanzieller Ressourcen, bei gleichzeitig steigender Einsatzbelastung für die jeweiligen Streitkräfte, bietet nur eine Ausweitung der Kooperation die Möglichkeit eines ökonomisch vertretbaren, effizienten Handelns, mit dem Ziel, der Sicherung der Einsatzfähigkeit der Streitkräfte. Auch eine Vertiefung der internationalen Zusammenarbeit wird bei fortschreitender europäischer Integration und damit einhergehenden Harmonisierung unumgänglich sein. Hier könnten die Streitkräfte Erfahrungen aus internationaler Zusammenarbeit im Rahmen der NATO und EU weitergeben und so den zivilen Akteuren im Prozess der Internationalisierung Unterstützung bieten.

---

<sup>210</sup> Die Sonderform der organischen Sanitätseinheiten der Teilstreitkräfte wird hier nicht weiter betrachtet. Allerdings bleibt auch in diesem Falle festzustellen, dass die fachliche Verantwortung für diese dem Sanitätsdienst der Bundeswehr obliegt.

Die Kooperation bietet die Möglichkeit zum Erreichen des gemeinsamen Zieles, der Gesundheitsversorgung, in einem arbeitsteiligen Ansatz.

Die Intensivierung der Kooperation zwischen dem zivilen und militärischen Gesundheitswesen birgt die vielschichtige Chance, Synergien zum beiderseitigen Vorteile zu nutzen.

## **7.2. Fazit**

Angesichts finanzieller und personeller Engpässe, sowohl im zivilen als auch im militärischen Gesundheitswesen, hat die Kostenkontrolle, Kostensenkung und der effiziente Personaleinsatz eine besondere Bedeutung und erzeugt entsprechenden politischen Nachdruck. Es gilt trotz und wegen des finanziellen Druckes zur Ausrichtung auf die Zukunft jeweils eine Optimierung im Sinne von Effizienzsteigerung zu erreichen. Neben der Effizienz innerhalb des eigenen Systems gilt es auch zu prüfen, in wie fern durch Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen eine Effizienzsteigerung und besser auch eine Versorgungssteigerung möglich ist.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr erscheint angesichts der Fülle bestehender Probleme, besonders den Herausforderungen durch die Doppelbelastung von Auslandseinsätzen, sowie Sicherstellung des Versorgungsauftrages im Inland, schwer beansprucht. Verstärkt wird diese Problematik durch die begrenzte Verfügbarkeit von personellen Ressourcen auf dem Rekrutierungsmarkt. Die nachhaltige Unterstützungsfähigkeit der Einsatzverpflichtungen der Bundeswehr insgesamt wird hierdurch belastet. Das zivile Gesundheitssystem ist augenscheinlich nicht auf die Unterstützung durch den Sanitätsdienst angewiesen ist, während eine klare Abhängigkeit des militärischen Gesundheitssystems vom zivilen besteht. Im

Sinne der Effizienzsteigerung eventuell beider Systeme sollte die Möglichkeit zur Intensivierung der Zusammenarbeit deutlich erhöht werden. Schließlich können zusätzlich eingebrachte Ressourcen eigene Lücken schließen helfen.

In einem offenen Dialog sollten die für beiden Seiten notwendigen Unterstützungs- und Kooperationsmaßnahmen angesprochen werden, um somit im Endergebnis eine wirkliche Win-Win-Situation zu generieren.

Die Schlüsselstellung in diesem Prozess kommt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder dem GKV-Bundesverband und dem Verband der privaten Versicherern sowie der Führung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr zu. Diese haben aus fachlicher Sicht zu bewerten, welche Aufgaben wie und mit welchen Mitteln gemeinsam bewältigt werden können. Darüber hinaus haben diese Akteure auch die Möglichkeit initiativ auf Kooperation und Zusammenarbeit sowie auf die erzielbaren Effekte hinzuweisen. Die grundsätzliche Verantwortung für einen solchen Schritt obliegt aber der Politik. Nur die Politik hat die Möglichkeit, durch (strategische) Vorgaben auf die Entwicklung steuernd einzuwirken. Dies ist das Kennzeichen der Exekutive und gegenüber den Wählern auch ihre originäre Verantwortung.

Der operativen Ebene, den Leitenden innerhalb der Systeme obliegt wiederum die detaillierte Ausgestaltung der Rahmenbedingung. Auf der praktischen Ebene, in den Sanitätszentren, Medizinischen Versorgungszentren, Praxen und auch Krankenhäusern wären neue Regelungen ein- und umzusetzen.

Der Blick über die eigenen Grenzen hinaus zeigt in Teilen eine andere Ausgestaltung der Systeme und auch eine andere Umsetzung der gesteckten Ziele auf der operativen Ebene. Das bloße Kopieren eines anderen Systems bringt keine Lösung. Die nationale Besonderheiten gilt es zu

berücksichtigen und der jeweilige nationale Konsens ist zu wahren und muss die Basis des Systems sein. Nur auf diese Weise sind Veränderungen innerhalb eines Nationalstaates zu legitimieren.

Klare strategische Vorgaben ergeben Zwischenziele die es zu erfüllen gilt. Der ressortübergreifende Wille zu gemeinsamer Festlegung einer intensiven Zusammenarbeit und gegebenenfalls auch die ressortübergreifende Vorgabe zukünftiger Ziele ist die Basis des gemeinsamen Wirkens.

Dieses kann als Initialzündung zu einer tatsächlichen Win-Win-Situation führen, aber nur dann, wenn die Vorgaben nicht nur politisch gewollt, sondern auch realistisch erfüllt werden können und ein tragfähiger finanzieller Rahmen geboten wird.



## **8. Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit stellt mit den Gesundheitssystemen der Bundesrepublik Deutschland, des Königreich Schweden und der Republik Estland drei europäische Gesundheitssysteme mit ihren zivilen und militärischen Anteilen vor, die sich im jeweiligen nationalen Konsens unterschiedlich entwickelt haben.

Anhand der Analyse der Gesundheitssysteme werden zum einen verschiedene Wege zur Gewährleistung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch das zivile Gesundheitssystem und zum anderen auch die sanitätsdienstlichen Komponenten der Streitkräfte zur Gesundheitsversorgung der Soldaten aufgezeigt. Im militärischen Bereich des Gesundheitswesens werden sowohl die Aspekte der Versorgung im Heimatland als auch im Auslandseinsatz dargestellt.

Kernfrage der Arbeit ist, ob sich aus dem Vergleich aller drei Systeme trotz unterschiedlicher Entwicklung Anstöße für die Weiterentwicklung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, insbesondere im Bezug auf zivil/militärische Kooperationsmöglichkeiten und/oder -notwendigkeiten sowie Synergieeffekte, ergeben.

Angesichts finanzieller und personeller Engpässe, sowohl im zivilen als auch im militärischen Gesundheitswesen, hat die Kostenkontrolle, Kostensenkung und der effiziente Personaleinsatz eine besondere Bedeutung und erzeugt entsprechenden politischen Nachdruck. Es gilt trotz des finanziellen Druckes zur Ausrichtung auf die Zukunft jeweils eine Optimierung im Sinne von Effizienzsteigerung zu erreichen. Neben der Effizienzsteigerung innerhalb des Systems bietet auch die Kooperation von zivilen Gesundheitssystem und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr die Möglichkeit zu einer Effizienzsteigerung und lässt darüber hinaus - in einer Win-Win-Situation - auch eine Versorgungssteigerung möglich erscheinen.

## **9. Quellen- und Literaturverzeichnis:**

### **9.1. Literatur:**

ÅGREN, G.: Sweden`s new public health policy, National public health objectives for Sweden, Stockholm 2003

ALBRECHT, H.: Medizin am Limit, Welche Behandlung sollen wir uns noch leisten? Wir weigern uns, über diese zentrale Frage zu diskutieren, in: Die Zeit, v. 10.12.2009, Nr. 51, S. 37

ALBRECHT, H.: Frisch gewichtet, Wie Schweden in der Medizin neue Schwerpunkte setzt, in: Die Zeit, v. 10.12.2009, Nr. 51, S. 37

AMTSBLATT DER EUROPÄISCHEN UNION (AbIEG): Vertrag von Nizza zur Änderung des Vertrages über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft sowie einiger damit Zusammenhängender Rechtsakte, C 80, 44. Jg., v. 10.03.2001

AMTSBLATT DER EUROPÄISCHEN UNION (AbIEG): Vertrag von Lissabon zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union und des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, unterzeichnet in Lissabon am 13. Dezember 2007, 2007/, C 306, 50. Jg., v. 17.12.2007

AMTSBLATT DER EUROPÄISCHEN UNION (AbIEG): Konsolidierte Fassung des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union, C 115/47, 51. Jg., v. 09.05.2008

AOK-BUNDESVERBAND: psg-Serie: Gesundheitssysteme der EU-B Beitrittsländer, Estland setzt auf Familienarzt, in: pressservice gesundheit (psg): psgPolitik, Nr. 1/2004, S. 10 – 12

ARNOLD, R.: Plädoyer für mehr Wettbewerb bei medizinischen Leistungen in Europa, Forderung nach einer „Dienstleistungsrichtlinie“ im Gesundheitsbereich, in: GGW, 7. Jg., 2/2007, S. 7-18

BATHELT, J.: Das schwedische Gesundheitssystem, in: Rheinisches Ärzteblatt, 12/2004, S. 14

BANKAUSKAITE, V. (Hrsg): Health Systems in Transition, Sweden 2005, Kopenhagen 2005

BAUER, U.: Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit; in: Aus Politik und Zeitgeschichte: Beilage zur Wochenzeitung das Parlament, 56. Jg., 2006, Heft 8/9, S. 17-24

BERG, B.: Ärztemangel in der Bundeswehr?, 03.12.2008, entnommen: [http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde/streitkraefte/sanitaetsdienst?yw\\_contentURL=/C1256EF4002AED30/W27LYJ95229INFODE/content.jsp](http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde/streitkraefte/sanitaetsdienst?yw_contentURL=/C1256EF4002AED30/W27LYJ95229INFODE/content.jsp) , v. 22.09.2009

BORSTEL, S. VON: Niemand geht öfter zum Arzt als die Deutschen, in: Die Welt, 20.01.2010, S. 9

BORTH, I. G.: Beiträge zur Geschichte der Gesellschaft für Militärmedizin der Deutschen Demokratischen Republik (1971-1990), Dissertation, München 2004

BREITSCHUH, A.: Mitternachtssonne über Europa, EU-Ratspräsidentschaft unter schwedischer Führung, Manuskript des Bayerischen Rundfunks, Bayern2-Hörerservice, Sendereihe Nahaufnahme, Sendedatum 30.06.09

BREYER, F.; ZWEIFEL, P.: Gesundheitsökonomie, Berlin, Heidelberg 1992

BSCHLEIPFER, T.: Ethik einer Krisenmedizin, Kritische Analyse bereichsspezifischer Dilemmata: Ressourcenallokation, Instrumentalisierung und Doppelloyaltät, Dissertation, Cottbus 2007

BUCHBENDER, O. ET AL: Wörterbuch zur Sicherheitspolitik mit Stichworten zur Bundeswehr, Hamburg, Berlin, Bonn 2000

BUNDESGESETZBLATT (BGBL) Jg. 2003 Nr. 55 Teil 1: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz), Jg. 2003, S. 2190-2258

BUNDESGESETZBLATT (BGBL) Jg. 2004 Nr. 69 Teil 1: Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz, S. 3445-3447

BUNDESGESETZBLATT (BGBL) Jg. 2007 Nr. 11 Teil 1: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), S. 378-473

BUNDESMINISTER DER VERTEIDIGUNG: Tagesbefehl zur Einsetzung der Strukturkommission, Berlin 12.04.2010

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Armee der Einheit 1990-2000, Bonn 2000

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Verteidigungspolitische Richtlinien für den Geschäftsbereich des Bundesministers der Verteidigung, Berlin 2003

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Konzeption der Bundeswehr (KdB), Berlin 2004

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Teilkonzeption Sanitätsdienstliche Versorgung (TK SanDstlVers), VS – Nur für den Dienstgebrauch, Berlin 2005

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Weißbuch 2006 zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr, Berlin 2006

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Teilkonzeption Familie und Dienst in den Streitkräften (TK VdkFamDstSK), Berlin 2007

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr – Weiterentwicklung der Verstärkungsreserve des Sanitätsdienstes – neuer Auftrag für die Verstärkungselemente Klinik, in: BMVG: Informationsdienst für Reservisten & Reservistinnen, 1/2009, S. 8-9

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Stellungnahme des Bundesministeriums der Verteidigung zum Jahresbericht 2008 des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages, Berlin 2009

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG (BMVG): Leitlinien zur Ausplanung der neuen Bundeswehr, Berlin 30.06.2010

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: Gesundheitsziele.de, Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele, Berlin 2007

BUNDESVERWALTUNGSGERICHT (BVERWG): BverwG 6 P 2.04 VGH PB 15 S 2180/03, Beschluss des 6. Senats v. 23.09.2004

BUSSE, R.; RIESBERG, A.: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, o.O. 2005

CDU DEUTSCHLAND; CSU LANDESLEITUNG; SPD DEUTSCHLAND: Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, o.O. 18.11.2005

CDU, CSU, FDP: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, o.O. 2009

CLAUSEWITZ, C. VON: Vom Krieg, 19. Aufl., Bonn 1991

CLEMMESSEN, M. H.: Integration of New Alliance Members: The Intellectual-Cultural Dimension, in: Defense Analysis, Nr. 3/1999, S. 261 – 272

DALENIUS, E.: Adapting the Swedish Armed Forces Medical Services to Meet New Challenges, in: Military Medicine, Vol. 165, November 2000, S. 824 – 828

DEMMER, K. W.: Sanitätsdienst der Bundeswehr. Partner im zivilen Gesundheitswesen, in: Deutsches Ärzteblatt, 98. Jg., 2001, Heft 36, S. 2256-2258

DEMMER, K. W.; GLASS, W.: SEG Nachgefragt: Wir stehen dem zivilen Gesundheitswesen unterstützend zur Seite, Interview mit Inspekteur des Sanitätswesens, in: SEG: Zeitschrift für Schnell-Einsatz-Gruppen und erweiterten Rettungsdienst, 5. Jg., 1998, Nr. 2, S. 78 – 81

DEUTSCHER BUNDESTAG, Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2007 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Drucksache 16/6339, Berlin 07.09.2007

DEUTSCHER BUNDESTAG, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Horst Friedrich (Bayreuth), Miriam Gruß, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/8108 – Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, Drucksache 16/8366, Berlin 05.03.2008

DEUTSCHER BUNDESTAG, Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Drucksache 16/13770, Berlin 02.07.2009

DEUTSCHER BUNDESTAG: Plenarprotokoll 17/5, Stenografischer Bericht 5. Sitzung, Berlin 12.11.2009

DEUTSCHER BUNDESTAG: Unterrichtung durch den Wehrbeauftragten, Jahresbericht 2009 (51. Bericht), Drucksache 17/900, Berlin 16.03.2010

DEUTSCHLANDFUNK-INTERVIEW: Es gibt in der Koalition keinen Streit, Bundesgesundheitsminister verteidigt einkommensunabhängige Prämie, Philipp Rösler im Gespräch mit Dirk Müller, v. 18.03.2010, entnommen: [http://www.dradio.de/dlf/sendungeninterview\\_dlf/1145995/](http://www.dradio.de/dlf/sendungeninterview_dlf/1145995/), v. 18.03.2010

DEVLIN, K.: Britain 'has fewer hospital beds than Luthuania and Hungary', in: Telegraph, 13.01.2009, entnommen: <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/4223425>, v. 22.04.2009

DÖHLER, M.: Gesundheitspolitik, in: HOLTSMANN, E. et al. [Hrsg.]: Politik-Lexikon, München, Wien 1994, S. 216-218.

DRABINSKI, T.: Gesundheitsfonds ante portas, Kiel 2008

EESTI KAITSEVÄGI (ESONIAN DEFENCE FORCES): What are the Estonian Defence Forces?, entnommen: [http://www.mil.ee/index\\_eng.php](http://www.mil.ee/index_eng.php), v. 25.02.2010

EUROPÄISCHES PARLAMENT: Geschäftsordnung. 16. Aufl., o. O., März 2009

EVANGELISCHES KIRCHENAMT FÜR DIE BUNDESWEHR: Friedensethik im Einsatz, Ein Handbuch der Evangelischen Seelsorge in der Bundeswehr, Gütersloh 2009

FLEBA, S.: Gesundheitsökonomik, Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner, Berlin, Heidelberg 2007

FLINTROP, J.: Gesetzliche Krankenversicherung, Eine Jahrhundertentscheidung, in: Deutsches Ärzteblatt, 100. Jg, Heft 47, 21.11.2003, S. 3068-3073

FÖHRBACH, G.: Die Sicherheitskonzepte der baltischen Staaten, in: Österreichische Militärzeitung, Nr. 2/2000, S. 139 – 144

FÖRSVARSMAKTEN, Försvarsmakten Arsredovrsning Bilaga 3, Stockholm 2009

FÖRSVARSMAKTEN: Swedish Armed Forces in the World, <http://www.forsvarsmakten.se/en/Forces-abroad/#>, entnommen: 01.09.2010

FRANKE, A.; LANTE, W.; KOLLIG, E.; MARKEWITZ, A.: Immunologische Forschung für die Versorgung polytraumatisierter Patienten am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz: Klinische und wehrmedizinische Aspekte, in: Wehrmedizinische Monatszeitschrift, 53. Jg, 2009, Heft 3, S. 66-70

GANTEN, D.: Evolutionäre Medizin – Evolution der Medizin, Göttinger Universitätsrede – Wissenschaft verantworten, Göttingen 2009

GERST, T.: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, Kritiker diagnostizieren einen verzerrten Wettbewerb, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 12, 23.03.2007, S. 756

GAREIS, S. B.: Deutsche Außen- und Sicherheitspolitik, Eine Einführung, 2. überarbeitete Aufl., Opladen u. Farmington Hills 2006

GRENSTAD, A.: Deal with known and unknown situations, in: NATO`s nations and partners for peace, 51. Jg., 2006, Heft 2, S. 122-127

GINNEKEN, E. VAN (Hrsg.): Health System in Transition, Estonia Health System Review 2008, Kopenhagen 2008

GROHMANN, J.: Einbindung der Bundeswehr in das zivile Rettungswesen: Sanitätsdienst der Bundeswehr, in: Notfall-Medizin, Jg. 29, 2003, Heft ½, S. 44-48

GRUNENBERG, G.: Gesundheitssysteme in Europa: Estland, in: IPG-Newsletter, Nr. 3/2004, S. 1 – 3

HIBBELER, B.; MEIBNER, M.: Ärzte bei der Bundeswehr: Mehr Last auf weniger Schultern, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., 2009, Heft 31-32, S. 1546-1550

HOFFMANN, W. ET AL.: AgnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter, Evaluation der Modelprojekte: Qualität und Akzeptanz, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., H. 1-2, 05.01.2009, S. 3-9

HOGBERG, D.: Sweden`s Single-Payer Health System Provides a Warning to Other Nations, Nationalcenter: National Policy Analysis No. 555, Washington 2007

HOGSTEDT, C. ET AL. (Hrsg): Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries, Östersund 2008

HOLTMANN, E. ET AL. (Hrsg.): Politik-Lexikon, München, Wien 1994

IALANA – Sektion der Bundesrepublik Deutschland: MEMORANDUM für eine sicherheitspolitische Neuausrichtung der Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl., Marburg 1993

INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT KÖLN: Ab heute Ferien, in: Informationsdienst des Instituts der Deutschen Wirtschaft Köln, 34. Jg., 31.07.2008, S. 1

JACOBS, K.: Wer bezahlt die Gesundheit?, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 3/06, 9. Jg., S. 22-28

JEPPSON, T.: Interoperability from the Swedish Perspective, in: RUSI defence systems: defence and security studies, 2006, Heft 2, S. 102 – 103

KAITSEMINISTEERIUM (Ministry of Defence Estonia): Overview: Ongoing Operations, entnommen: <http://operatsioonid.kmin.ee/index.php?page=189&>, 25.02.2010

KAITSEMINISTEERIUM (Ministry of Defence Estonia): Afghanistan > Frequently asked questions, entnommen: <http://operatsioonid.kmin.ee/index.php?page=166&>, 25.02.2010

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008, o.O. 2008

KLOSE, J.; UHLEMANN, T.; GUTSCHMIDT, S.: Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung, Bonn, 2003

KLOTZ, T.; HAISCH, J.; HURRELMANN, K.: Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität, in: Deutsches Ärzteblatt, 103. Jg. H. 10, 10.03.2006, S. 606-609

KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT: WEISSBUCH Gemeinsam für die Gesundheit: Ein Strategischer Ansatz der EU 2008-2013, Brüssel 23.10.2007

KOPETSCH, T.: KBV-Studie zu Arztzahlen, Überalterung und zu wenig Nachwuchs, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 9, 01.03.2002, S. 544-547

KÜCKING, M.: Der Einfluss Europas auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: REBSCHER, H. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg 2006, S. 385-404

LANGE, B.-P.: Ordnungspolitische Perspektiven für die Krankenversicherung; in: Aus Politik und Zeitgeschichte: Beilage zur Wochenzeitschrift Das Parlament, Heft 8/9, 2006, S. 10 – 17

LIDDELL HART, B. H.: Strategie, Wiesbaden 1955



LOFGREN, R.: The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems, and Opportunities, Public Policy Sources Nr. 59, Vancouver July 2002

MARX, S.: Die Streitkräfte Estlands, in: Soldat und Technik, Nr. 2/1999, S. 109 – 110

MCGRATH, J.: The Other End of the Spear: The Tooth-to-Tail Ratio (T3R) in Modern Military Operations, The Long War Series Occasional Paper 23, Fort Leavenworth 2007

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS OF ESTONIA (Hrsg.): Health, Labour and Social Sector in 2007, Tallinn 2008

MOLIN, R.; JOHANSSON, L.: Swedish Health Care in an International Context – a comparison of needs, costs, and outcome, Study of the Swedish Association of Local Authorities and Regions, Stockholm 2005

MOOS, J.: Geglückter Spagat?: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr zwischen Einsatzverwendung und Inlandsauftrag, in: Österreichische militärische Zeitschrift: ÖMZ, 47. Jg. 2009, Heft 2, S. 155-162

NAKATH, K.-P.; PRINZ, P.: Der Sanitätsdienst auf der Zielgeraden, Interview von Peter Prinz mit dem Inspekteur des Sanitätsdienstes Generaloberstabsarzt Dr. Karl-Bernhard Nakath, [www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de](http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de), 17.12.2008, entnommen: [http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/kcxml/04\\_Sj9Spykssy0xPLMnMz0vM0Y\\_QjzKLd4w3NjcFSYGZBiH6kTCxoJRUFV-P\\_NxUfW\\_9AP2C3IhyR0dFRQCTWfd8/delta/base64xml/L2dJQSEvUUt3QS80SVVFLzZfQV8zNzU!?yw\\_contentURL=%2F01DB080000000001%2FW27LJPXF227INFODE%2Fcontent.jsp](http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/kcxml/04_Sj9Spykssy0xPLMnMz0vM0Y_QjzKLd4w3NjcFSYGZBiH6kTCxoJRUFV-P_NxUfW_9AP2C3IhyR0dFRQCTWfd8/delta/base64xml/L2dJQSEvUUt3QS80SVVFLzZfQV8zNzU!?yw_contentURL=%2F01DB080000000001%2FW27LJPXF227INFODE%2Fcontent.jsp), v. 21.05.2010

NÖLDEKE, H.: Sanitätsdienst an Bord, Ein Beitrag zur Organisation und ärztlichen Tätigkeit auf Kriegsschiffen, Herford 1981

NORTH ATLANTIC TREATY ORGANIZATION (NATO): Allied Joint Publication (AJP) 4.10 – Allied Joint Medical Support Doctrine, NATO/PfP Unclassified, o.O., 2002

OBERTI, M.: Medizinethische Fragen im sanitätsdienstlichen Einsatz, Überlegungen von der Versorgung der Truppe bis zur humanitären Hilfe, Lehrgangsarbeit Streitkräftegemeinsamer Lehrgangs Generalstabs-/Admiralstabsdienst National 2008, Führungsakademie der Bundeswehr, Hamburg 2009

OECD: “Economic Survey of Estonia, 2009”, in: Policy Brief OECD, May 2009

PARTS, I., Major, Chief of Estonian Military Medical Service: Medical Service in Estonian Defence Forces, PPT-Präsentation, Anlage von: Mail Estonia Defence Forces Headquarter, 15.01.2009

PENTER, V.: Schlusslicht oder Champion? Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich; in: Management & Krankenhaus, 02/2008, S. 4

PRACHT, U.: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr im Wandel. Zwischen Friedensversorgung und Einsatz, Vortrag Kommandeur Sanitätskommando I vor der Hermann-Ehlers-Akademie Kiel 02.09.2009, entnommen: <http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/fileserving/PortalFiles/02DB080000000001/W27VVG56275INFODE/Der%20Sanitätsdienst%20der%20Bundeswehr%20im%20Wandel.pdf>, v. 08.01.2010

PROELLER, I.: Strategisches Führen im Staat, in: IGT Blickpunkte, Nr. 16, Juli 2007, S. 2

REBSCHER, H. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg 2006

REGERINGSKANSLIT, MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS, SWEDEN: The Health and Medical Service Act, Promulgated 30 June 1982, Translation August 2003 (16 Seiten), entnommen: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/31/25/a7ea8ee1.pdf>, v. 25.01.2010

REGERINGSKANSLIT, MINISTRY OF DEFENCE, SWEDEN: A functional defence – with a substantially strengthened defence capability, Press Release 19.03.2009, entnommen: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/10448/a/123010>, v. 25.02.2010

RICHTER, W. F.: Der Gesundheitsfond – ein Instrument zur Stärkung des Wettbewerbs, in: e.balance – magazin für soziales, Nr.49, 03/2007

SCHLESINGER, H.; TITUS, W.: Bundeswehrkrankenhäuser im Spannungsfeld zwischen Auftrag und Ressourcen, in: Wehrmedizin und Wehrpharmazie, Jg. 32, 2008, Heft 3, S. 50-52

SEITZ, M.: Alternative Berufsfelder in der Medizin: Konsequenzen für den Sanitätsdienst? Lehrgangsarbeitslehrgang Generalstabdienst Lufwaffe 2003, Führungsakademie der Bundeswehr, Hamburg 2005

SPIEWAK, M.: Feilschen ums Rezept, Deutschlands Ärzte kürzen bei Behandlung und Diagnose längst am Notwendigen. Wer leicht an Medikamente gelangen will, sollte privat versichert sein – oder sich mit Kassen und Ärzten anlegen können, in: Die Zeit, v. 10.12.2009, Nr. 51, S. 38

SOTSIAALMINISTEERIUM: Estonia's National Action Plan for Social Inclusion, o.O. 2004

SOTSIAALMINISTEERIUM: National Health Development Plan 2009–2020, Tallinn 2008

STAHEL, A.: Klassiker der Strategie – eine Bewertung, Zürich 2004

SUNDIN, J.; WILLNER, S.: Social change and health in Sweden, 250 years of politics and practice, Stockholm 2007

TEPE, F. : Swedish Neutrality and its Abandonment; in: Istanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Yıl:6 Sayı:11 Bahar 2007/2 S.183-201

TOLGFORS, S.: Speech by the Minister for Defence Sten Tolgfors at Almedalen on the Baltic Sea Co-operation, Visby 03.07.2009, entnommen: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/3211/a/129883>, 25.02.2010

USLAR, R. VON; SCHEWICK, F. VAN: Rotes Kreuz im Fadenkreuz? Gedanken zu Schutzzeichen und Rolle von Sanitätern in asymmetrischen Konflikten aus militärisch-taktischer, juristischer und ethischer Perspektive, in: Wehrmedizin und Wehrpharmazie, 33. Jg., 2009, Heft 3, S. 44-52

VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG E.V.: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2007/2008, Köln, Berlin, 2008

VOLLMUTH, R.: 125 Jahre Krankenversicherung. Das Krankenversicherungsgesetz von 1883, in: Wehrmedizin und Wehrpharmazie, Jg. 33, 2009, Heft 1, S. 49-51

WEBER, I.: Gesundheit in Deutschland im europäischen Vergleich – Deutlicher Aufholbedarf, in: Deutsches Ärzteblatt, 104. Jg., 2007, Heft 8, S. 474-476

WEINERDT, U.: Schwedens Gesundheitssystem – Musterland für ein reformbedürftiges deutsches Gesundheitssystem?, in: außenreport Versicherungsdienste, 2005, Nr. 1, S. 10

## **9.2. Schriftverkehr**

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG FüSan: Email v. 29.09.2009

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG FüSan: Email v. 04.11.2009

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG FüSan: Email v. 05.11.2009

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG FüSan: Email v. 06.11.2009

BUNDESMINISTERIUM DER VERTEIDIGUNG FüSan: Email v. 29.01.2010

ESTONIAN DEFENCE FORCES HEADQUARTER, Senior Medical Staff Officer:  
Email v. 15.01.2009

ESTONIAN MINISTRY OF DEFENCE, Military Service Department, Head of  
Medical Section: Email v. 27.01.2009

ESTONIAN MINISTRY OF DEFENCE, Military Service Department, Head of  
Medical Section: Email v. 26.06.2009

ESTONIAN MINISTRY OF DEFENCE, Military Service Department, Head of  
Medical Section: EMAIL v. 17.09.2009

ESTONIAN MINISTRY OF DEFENCE, Military Service Department, Head of  
Medical Section: EMAIL v. 27.10.2009

ESTONIAN MINISTRY OF DEFENCE, Military Service Department, Head of  
Medical Section: EMAIL v. 28.10.2009

FÜHRUNGSAKADEMIE DER BUNDESWEHR (FÜAKBw) FB FES, Email v.  
22.09.2009

PERSONALAMT DER BUNDESWEHR: Email v. 14.09.2009

PERSONALAMT DER BUNDESWEHR: Email v. 15.09.2009

PERSONALAMT DER BUNDESWEHR: Email v. 14.10.2009

PERSONALAMT DER BUNDESWEHR: Email v. 14.10.2009

SWEDISH ARMED FORCES HEADQUATER, J4 Logistics and Medical Division,  
Email v. 29.01.2009

SWEDISH ARMED FORCES HEADQUATER, J4 Logistics and Medical Division,  
Email v. 26.06.2009

Beziehungen ziviler und militärischer Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

SWEDISH ARMED FORCES HEADQUATER, J4 Logistics and Medical Division,  
Email v. 10.09.2009

SWEDISH ARMED FORCES HEADQUATER, J4 Logistics and Medical Division,  
Email v. 22.10.2009

SWEDISH ARMED FORCES HEADQUATER, J4 Logistics and Medical Division,  
Email v. 02.11.2009

SWEDISH ARMED FORCES CENTRE FOR DEFENCE MEDICINE: Email v.  
10.02.2009

SWEDISH ARMED FORCES CENTRE FOR DEFENCE MEDICINE: Email v.  
03.08.2009

SWEDISH ARMED FORCES CENTRE FOR DEFENCE MEDICINE: Email v.  
29.09.2009

## 10. Anhang

### 10.1. Statistik

Tabelle 8:

Die Gesundheitssysteme und Streitkräfte im Überblick

DEU/SWE/EST/EU – Zusammenfassung:

	Deutschland	Schweden	Estland	EU
Bevölkerung <sup>211</sup>	82 728 560	9 148 092	1 341 672	493821984
Lebenserwartung <sup>212</sup>	79,86	81,05	72,89	79,13
Krankenhausbetten/ 100.000 Einwohner <sup>213</sup>	829,1	287,7	557,3	590,4
Ärzte/100.000 Einwohner <sup>214</sup>	348,35	357,85	328,53	322,34
Ausgaben Gesundheit/ % Anteil BIP <sup>215</sup>	10,7	9,2	5,0	8,92
Ausgaben Gesundheit/ US\$/Einwohner <sup>216</sup>	3012	3250	846	2468,12
Soldaten <sup>217</sup>	247.380	19.041	5.500	-
Ärzte/Streitkräfte soll/ist <sup>218</sup>	2790/2368 <sup>219</sup>	50/50	40/22	-

<sup>211</sup> Datenbasis 2008; Quelle: WHO, [http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=10](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=10), v. 04.11.09

<sup>212</sup> Datenbasis: DEU: 2006, EST: 2005, SWE: 2006, EU: 2007; Quelle: WHO, [http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=10](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=10), v. 04.11.09

<sup>213</sup> Datenbasis: DEU: 2006; EST: 2007; SWE: EU: 2005; Quelle: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00046&plugin=1>, v. 13.10.09

<sup>214</sup> Datenbasis: DEU: 2006, EST: 2005, SWE: 2006, EU: 2007; Quelle: WHO, [http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=5250](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=5250), v. 04.11.09

<sup>215</sup> Datenbasis: 2005; Quelle: WHO, [http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=6710](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=6710), v. 04.11.09

<sup>216</sup> Datenbasis 2005; Quelle: WHO, [http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_600771001257447178&ind=6720](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_600771001257447178&ind=6720), v. 04.11.09

<sup>217</sup> Datenbasis 2009; Quelle: DEU: FÜAKBw FES v. 22.09.09 (Stand: Jun 09), EST: ESTONIAN MINISTRY OF DEFENCE, v. 17.09.09; SWE: FÖRSVARSMAKTEN, Försvarsmakten Arsredovrsning Bilaga 3, S. 24 (Stand: Jan 09)

Ärzte im Auslandseinsatz <sup>220</sup>	100	5	1	-
Eingesetzte Reservisten/Vertragsärzte im Einsatz (Tage/2008)	1585 <sup>221</sup>	1800	180	-

(Zusammenstellung/Darstellung: Autor)

## 10.2. Abkürzungsverzeichnis

AbIEG	Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft
AbIEU	Amtsblatt der Europäischen Union
AJP	Allied Joint Publication; NATO Publikation/ Vorschriftenreihe
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
DEU	Bundesrepublik Deutschland
d.R.	der Reserve; militärischer Dienstgradzusatz für Soldaten im Status eines Reservisten
EAPC	Euro-Atlantic Partnership Council
EST	Republik Estland

<sup>218</sup> Datenbasis 2009; Quelle: DEU: soll: HIBBELER, BIRGIT; MEIBNER, MARC: Ärzte bei der Bundeswehr: Mehr Last auf weniger Schultern; ist: BMVg FüSan v. 04.11.09; EST: ESTONIAN MINISTRY OF DEFENCE v. 17.09.09; SWE: SWEDISH ARMED FORCES HEADQUATER v. 10.09.09

<sup>219</sup> Von 2368 (Aug 09) SanStOffz Arzt sind derzeit 199 Soldaten freigestellt (Elternzeit, Betreuungsurlaub, freigestellte Personalvertreter, Mandatsträger) oder leisten aufgrund gesetzlicher Vorgaben keinen Dienst (Mutterschutz), weitere 102 Soldaten leisten Dienst in Teilzeit.

<sup>220</sup> Durchschnittlicher Jahreswert; Datenbasis 2008 (SanStOffz ohne Unterscheidung der Approbationsrichtung); Quelle: DEU: BMVg FüSan v. 06.11.09; EST: ESTONIAN MINISTRY OF DEFENCE, v. 27.10.09; SWE: SWEDISH ARMED FORCES HEADQUATER v. 22.10.09

<sup>221</sup> SanStOffz d.R., ohne Unterscheidung der Approbationsrichtung

Beziehungen ziviler und militärischer Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

EU	Europäische Union
FüAkBw	Führungsakademie der Bundeswehr
FüSan	Führungsstab des Sanitätsdienstes im BMVg
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HQ	Head Quarter (engl.); Hauptquartier, Führungskommando
LoA	Level of Ambition
MMU	Multinational Medical Unit
MIMU	Multinational Integrated Medical Unit
PersABw	Personalamt der Bundeswehr
PKV	Private Krankenversicherung
psg	presseservice gesundheit
MOU	Memorandum of Understanding, bi-/multinationale Vereinbarung
NATO	North Atlantic Treaty Organisation
RVO	Reichsversicherungsordnung
TK	Teilkonzeption
T3R	Tooth to Tail Ratio
SanOffz	Sanitätsoffizier
SanStOffz	Sanitätsstabsoffizier
SAR	Search and Rescue, Such- und Rettungsdienst
SOP	Standing Operational Procedures
SWE	Königreich Schweden
VN	Vereinte Nationen
WHO	World Health Organization



### 10.3. Glossar

Host Nation Support	Versorgung durch das Gastland
Level of Ambition	Strategische Zielsetzung
SanOffz	Sanitätsoffizier bis einschl. Hauptmann/Stabsarzt <sup>222</sup>
SanStOffz	Sanitätsstabsoffizier: Oberstabsarzt/ Oberfeldarzt/Oberstarzt <sup>223</sup>
Tooth to Tail Ratio	Verhältnis kämpfender zu unterstützender Truppe

---

<sup>222</sup> Marinedienstgrade entsprechend: Kapitänleutnant/Stabsarzt

<sup>223</sup> Marinedienstgrade entsprechend: Oberstabsarzt/Flottillenarzt/Flottenarzt

## **Danksagung**

Die vorliegende Arbeit entstand inspiriert durch Seminare des Fachbereiches Sanitätsdienst und Gesundheitswissenschaften der Führungsakademie der Bundeswehr im Rahmen des 5. Streitkräftegemeinsamen Lehrgangs Generalstab-/Admiralstabsdienst National.

Für die Überlassung des Themas und die Betreuung dieser Arbeit, sowie Anregungen und Diskussionsbereitschaft danke ich Herrn Prof. Dr. Jochen Fanghänel und Frau Prof. Dr. Dr. Mariacarla Gadebusch Bondio, Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald.

Seitens der Führungsakademie der Bundeswehr danke ich für Anregungen und Diskussionsbereitschaft Herrn Flottillenarzt Dr. Lutz Nolde, Fachbereich Sanitätsdienst und Gesundheitswissenschaften, Herrn PD Dr. Stefan Bayer, Wissenschaftlicher Direktor im Fachbereich Human- und Sozialwissenschaften sowie Herrn Oberst i.G. Hartmut Raddatz, Fachbereich Einsatz Streitkräfte.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie für die Geduld und Unterstützung.

Kassian N. Meesenburg

14. September 2010

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass keine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades vorliegt.

Greifswald, 14. September 2010

Kassian N. Meesenburg

## **Lebenslauf**

Name: **Kassian Nicolai Meesenburg**  
akad. Grad: Diplom-Staatswissenschaftler (Univ.)  
geboren: 30. März 1975, Heidelberg  
Eltern: Ulrike Meesenburg und  
Prof. Dr. Dietmar Kubein-Meesenburg  
Beruf: Marineoffizier, Korvettenkapitän  
Familienstand Verheiratet seit 1998 mit Bente Tove Meesenburg,  
geb. Glandorf  
Kinder: Tyade-Boy Nicolai, 1999  
Luk-Jale Max, 2001  
Calotta-Mette Emma, 2003  
Esben-Kjell Johannes, 2005  
Wohnort: 24848 Kropp, Ivo-Braak-Ring 32

### Beruflicher Werdegang:

01.10.94 Rekrut Navigation, Marineortungsschule Bremerhaven  
01.07.95 Wechsel in die Laufbahn der Offiziere des Truppen-  
dienstes, Regelausbildung/Offiziergrundlehrgänge  
09/96-12/99 Studium der Staats- und Sozialwissenschaften an der  
Universität der Bundeswehr München, Abschluss  
Dipl.-Staatswiss. (Univ.)  
01/00-03/01 Ausbildung zum Marineführungsdienstoffizier  
04/01-09/03 Fernmeldeoffizier Flottendienstboot OKER, Kiel  
10/03-09/05 Adjutant Amtschef Marineamt, Rostock  
10/05-09/06 Bordeinsatzleiter See, Bataillon Elektronische Kampf-  
führung 912, Nienburg/Weser und Flottendienstboot  
OKER, Eckernförde  
09/06-06/08 Erster Wachoffizier/Bootseinsatzoffizier Flottendienst-  
boot ALSTER, Eckernförde

Beziehungen ziviler und militärischer Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

06/08-08/08	Bundessprachenamt Hürth
09/08-09/10	Lehrgang Generalstabs-/Admiralstabsdienst National der Streitkräfte, Führungsakademie der Bundeswehr, Hamburg
seit 12/08	Externer Promovend an der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
ab 10/10	Kommandant Flottendienstboot OSTE, Eckernförde

Beförderungen (Offizierdienstgrade):

1998	Leutnant zur See
2001	Oberleutnant zur See
2004	Kapitänleutnant
2008	Korvettenkapitän

Greifswald, 14. September 2010

Kassian N. Meesenburg