

Frieden sichern

Umbau Sanität. Russland wird wieder als größte Bedrohung im euroatlantischen Raum betrachtet. Deshalb werden die Bundeswehr und ihr Zentraler Sanitätsdienst neu aufgestellt. Wird Deutschland also wehrhaft? Oder ergibt sich durch den Umbau eine Gefahr für die Weisungsunabhängigkeit der (Zahn-)Ärzte – und damit eine Gefahr für die Verantwortungskette im Ernstfall? Eine kontroverse Debatte.

AUTORIN: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG

„**NATO-ANALYSEN GEHEN DAVON AUS**, dass die russischen Streitkräfte sich nach circa fünf Jahren von dem Krieg gegen die Ukraine erholt haben, gesteigerte Kampfkraft besitzen und die eigene politische Zielsetzung eines ‚großrussischen Reiches‘ weiter mit Gewalt verfolgen werden“, schreibt im April in der „Wehrmedizinischen Monatsschrift“ Generalarzt Dr. Rolf von Uslar, seit Oktober Direktor Multinational Medical Coordination Centre-Europe in Koblenz, zuvor Stellvertretender Kommandeur im Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung in Diez (vgl. Christian Mölling, Torben Schütz, DGAP Policy Brief, November 2023). Rückblick: Wegen dieser erkannten Bedrohungslage steht nach der postulierten „Zeitenwende“-Rede von Kanzler Olaf Scholz (SPD) am 27. Februar 2022, drei Tage nach Beginn des Ukrainekriegs, Russland im Zentrum der schon im Koalitionsvertrag vereinbarten ersten Nationalen Sicherheitsstrategie der Bundesregierung im Juni 2023. „Das heutige Russland ist auf absehbare Zeit die größte Bedrohung für Frieden und Sicherheit im euroatlantischen Raum. Russlands Angriffskrieg gegen die Ukraine ist ein eklatanter Bruch mit der Charta der Vereinten Nationen und der kooperativen europäischen Sicherheitsordnung.“

Das Zwei-Prozent-Ziel bei den Verteidigungsausgaben wird beschworen: „Unser Bekenntnis zu NATO und EU ist unverrückbar. Wir stehen unverbrüchlich zum Versprechen auf gegenseitigen Beistand nach Artikel 5 des Nordatlantikvertrags. Die Bundeswehr stärken wir als einen Grundpfeiler der Verteidigung in Europa. Landes- und Bündnisverteidigung ist Kernauftrag der Bundeswehr; dieser umfasst auch unseren Beitrag zur Abschreckungsfähigkeit der Allianz. Zunächst auch durch das neu geschaffene Sondervermögen Bundeswehr werden wir im mehrjährigen Durchschnitt unseren 2%-BIP-Beitrag zu den NATO-Fähigkeitszielen erbringen.“

Dem Schlagwort der „Zeitenwende“ folgen die „Gedankenwende“, „Wehrhaftigkeit“ und „Kriegstüchtigkeit“: „Wir müs-

sen Landesverteidigung und Bündnisverteidigung neu denken. Wir müssen der Zeitenwende die Gedankenwende folgen lassen. Alle Strukturen und Prozesse müssen dem übergeordneten Ziel der Wehrhaftigkeit und der Kriegstüchtigkeit dienen“, sagt Generalinspekteur Carsten Breuer im Juli 2023, gewissermaßen stellvertretend für den am 19. Januar 2023 vereidigten Bundesverteidigungsminister Boris Pistorius (SPD), der im Amt der drei Tage zuvor zurückgetretenen Christine Lambrecht (SPD) nachfolgt.

Im November 2023 werden neue verteidigungspolitische Richtlinien veröffentlicht, es ist die 6. Auflage seit 1972. Auch hier steht im Fokus die neue Bedrohungslage, beschworen werden „Anstrengungen eines gemeinsamen Selbstverständnisses von Wehrhaftigkeit“.



Informationslehrrübung, Feldkirchen

© 2018 Bundeswehr/Patrick Gierlich

BRANDBRIEFE AN PISTORIUS

Mit der Verabschiedung des Bundeshaushalts am 2. Februar tauchen im „Einzelplan 14 Bundesministerium der Verteidigung“ in einem Haushaltsvermerk „Maßnahmen im Zusammenhang mit der Umstrukturierung der Bundeswehr“ auf. In einem am 27. Februar aufgesetzten Schreiben an Pistorius berufen sich die Unterzeichner – der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Bundesärztekammer (BÄK), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sowie der Marburger Bund (MB) unter Nennung des Hartmannbunds und des Spitzenverbands Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) – allerdings auf „Presseberichte über die geplante Neustrukturierung der Bundeswehr/Sanitätsdienst“. Sie monieren, durch eine Zusammenlegung zu einem Unterstützungsbereich von Streitkräftebasis und Zentralem Sanitätsdienst wären dessen „Eigenständigkeit und Fachlichkeit nicht nur gefährdet, sondern im Prinzip zerstört“. Dahingegen könnte ein „Generalarzt der Bundeswehr“ im Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) für die Mitarbeiter ein „Zeichen der Anerkennung“ sein (Kasten „Protest I“).

Am 1. März folgt ein Schreiben an Pistorius von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) unter Nennung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), gleichfalls zur „geplanten Neuordnung des Sanitätswesens“. Angemahnt wird der „völkerrechtlich unabhängige Status des Sanitätsdienstes“, dessen Ärzte „fachlich und standesrechtlich weisungsunabhängig handeln können“ müssten (Kasten „Protest II“).

Am 20. März meldet die FAZ, das Sanitätswesen werde im Zuge des Bundeswehr-Umbaus einen Chefmediziner (Chief Medical Officer) erhalten. Ende April wird Pistorius' Osna-brücker Erlass veröffentlicht, in dem die Anfang April verkündete Umstrukturierung weiter ausgeführt wird, um auf eine

„kriegstüchtige Bundeswehr der Zeitenwende“ ausgerichtet zu sein: „Die aktuelle Bedrohungslage und sich abzeichnende sicherheitspolitische Herausforderungen erfordern eine konsequente Fokussierung der Bundeswehr auf zeitgemäße Landes- und Bündnisverteidigung im gesamtstaatlichen Kontext und die spürbare Erhöhung ihrer Einsatz- und Abschreckungsfähigkeit. Dies ist Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit der Bundesregierung und für den umfassenden Schutz unserer Bevölkerung sowie die Wahrnehmung unserer Verantwortung in Bündnissen und gegenüber unseren internationalen Partnern. Deutschland muss dabei das Rückgrat der Abschreckung und kollektiven Verteidigung in Europa sein. [...] Diese Lage erfordert eine Anpassung der Strukturen des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg) und der Bundeswehr.“

SANITÄT NUR NOCH BEI BEDARF IM MFR

Zu der nun seit Oktober voranschreitenden „Anpassung der Strukturen“ gehört eine neue „militärische Spitzengliederung“: Dem Generalinspekteur der Bundeswehr unterstehen die Streitkräfte Heer, Luftwaffe, Marine und, neu, CIR/Cyber- und Informationsraum (seit 2017 militärischer Organisationsbereich). In dem vom Generalinspekteur einberufenen Militärischen Führungsrat (MFR), wo „gemeinsame Angelegenheiten der Streitkräfte von grundsätzlicher Bedeutung“ erörtert werden, sollen künftig als ständige Mitglieder vertreten sein: der Stellvertretende Generalinspekteur, die Inspektoren der Streitkräfte und der Befehlshaber des Operativen Führungskommandos, das in Zusammenlegung von Territorialem Führungskommando und Einsatzführungskommando für die „nationale operative Planung und Führung“ zuständig sein soll und damit für „die Priorisierung von Aufträgen und die darauf basierende Zuweisung von Unterstützungsfähigkeiten“. Unterstützen soll die Streitkräfte neben Logistik, Feldjägerwesen, Civil Military Cooperation (CIMIC) und ABC-Abwehr auch der Zentrale Sanitätsdienst, dessen Alleinstellungsmerkmal im Unterstützungskommando es sein soll, taktische Füh-



MedEvac-Übung in Dornstadt

© 2021 Bundeswehr/Patrick Grütlich



Informationslehrrübung, Feldkirchen

© 2019 Bundeswehr/Patrick Ginterich

„FRAGE VON MATERIAL UND MINDSET“

rungsaufgaben „in rein sanitätsdienstlichen Einsätzen“ wahrzunehmen. In diesen Fällen soll der Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes „verbindliche Vorgaben für den übrigen Bereich der Bundeswehr machen“ können. Im Zuge der Umstrukturierung sei er kein militärischer Inspekteur mehr, sondern ein fachdienstlicher, heißt es aus Kreisen der Bundeswehr gegenüber dem DFZ.

Der Befehlshaber des Unterstützungskommandos ist mit Gerald Funke ein Generalleutnant der Luftwaffe, dessen Stellvertreter der Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes, Generaloberstabsarzt Dr. Ralf Hoffmann. Hoffmann soll im kommenden Jahr zugleich Wehrmedizinischer Berater der Leitung des BMVg (Chief Medical Officer CMO) werden und als solcher dort verortet sein; er soll nur noch themenbezogen vom Generalinspekteur im MFR hinzugezogen werden können.

„DIE ZEIT DRÄNGT“

Einen Monat vor Beginn der Umstrukturierung steht im September der Operationsplan Deutschland (OPLAN DEU). Auch er ist ausgerichtet „auf die sich verschärfende sicherheitspolitische Lage in Europa“ mit der „Drehscheibe Deutschland“ als Pfeiler für Logistik und medizinische Versorgung im NATO-Bündnisfall für „mehrere hunderttausend Soldatinnen und Soldaten“. Wird die Bundeswehr also kriegstüchtig durch all die unter Pistorius aufgestellten Strategien, Richtlinien, Erlasse, Pläne? Wird Deutschland wehrhaft durch einen Umbau der Bundeswehr, einen Umbau des Zentralen Sanitätsdienstes? Oder ergibt sich daraus eine Gefahr für die Weisungsunabhängigkeit ihrer (Zahn-)Ärzte – und damit eine Gefahr für die Verantwortungskette im Ernstfall? Und: Kostet ein Umbau nicht zu viel Zeit angesichts der NATO-Analysen?

„Die Bundeswehr hat stets Jahrzehnte gebraucht, um sich in den komplexen außen-, innenpolitischen und militärischen Rahmenbedingungen neu zu kalibrieren. Doch die Zeit drängt jetzt mehr denn je, da nicht mehr ausgeschlossen werden kann, dass deutsche Soldaten in wenigen Jahren tatsächlich kämpfen müssen“, stellt der Militärgeschichtler Prof. Dr. Sönke Neitzel fest (FAZ, 14.01.2024). Und Prof. Dr. Carlo Masala, Politikwissenschaftler an der Universität der Bundeswehr München, sagt: „Ich glaube, Kriegsfähigkeit ist eine Frage von Material und Mindset. Diese Strukturen [des Umbaus; d. Red.] tragen vielleicht ein bisschen dazu bei, aber das ist nicht das Entscheidende“ (SZ, 05.04.2024).

DEN KRIEG DENKEN

Indes ist für Generalarzt Dr. Rolf von Uslar gerade unter dem Aspekt der „Kriegstüchtigkeit“ eine Umstrukturierung vonnöten: „Die sicherheitspolitische Lage erfordert eine de facto dritte Neuaufstellung der Bundeswehr und damit auch unseres Sanitätsdienstes der Bundeswehr. LV/BV [Landesverteidigung/Bündnisverteidigung; d. Red.] ist Kernauftrag der Bundeswehr, auf den sich alles auszurichten hat, dazu müssen wir den Krieg denken. Wir haben begonnen, Strukturen und Prozesse an den Anforderungen LV/BV auszurichten; Schwerpunkte sind die sanitätsdienstliche Unterstützung der Ebene 1 im Gefecht [Erst-/Notfallversorgung; d. Red.], die Führungsfähigkeit und die Aufgaben in der ‚Drehscheibe Deutschland‘, einschließlich der Begutachtung und der Koordination der Rehabilitation. Hier müssen aber noch erheblich größere Anstrengungen folgen, um kriegstüchtig zu werden.“

„LV/BV“ und damit den „Ernstfall“ beschreibt Generaloberstabsarzt Dr. Ulrich Baumgärtner, bis Mai Inspekteur des Zentralen Sanitätsdienstes: „Im Falle der LV/BV ist mit einer größeren Anzahl verwundeter, verletzter und erkrankter Soldatinnen und Soldaten pro Tag zu rechnen, die nach Deutschland transportiert und versorgt werden müssen. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr kann diese Aufgabe mit seinen verfügbaren Ressourcen nicht allein stemmen. Im Ernstfall wird beispielsweise das militärische Fachpersonal der Bundeswehrkrankenhäuser weitgehend in den Feldsanitätseinrichtungen gebunden sein und die Zahl der zur Verfügung stehenden Betten ist mit 1800 viel zu gering“ (Wehrmedizinische Monatsschrift, Oktober–November 2023; DFZ-Interview S. 26ff.). „Viel zu gering“ ist vieles bei der Bundeswehr. Die Bundeswehr hat zu wenig Material, zu wenig Geld, zu wenig Personal. Der desolate Zustand ist auch politischer Wille, überwiegend begründet mit dem Fall der Berliner Mauer, womit die Kriegsgefahr an der Ostgrenze Europas gebannt zu sein schien. So habe Deutschland, wie andere Länder Europas, seine Verteidigungsausgaben über Jahre hinweg auf ein Niveau von 1,1–1,5 Prozent des BIP gesenkt, 1990–2023 ein „um mehr als 20 Mrd. Euro höheres jährliches Budget“ erzielt und damit eine „Friedensdividende“ für andere (Konsum-)Ausgaben zur Finanzierung und Ausweitung seines Wohlfahrtsstaats, resümiert der Volkswirt Dr. Florian Dorn (Verteidigungsausgaben für die Sicherheit Europas – wie viel ist genug? ifo-Institut, 2024).

PROTEST I

Nach „Presseberichten über die geplante Neustrukturierung der Bundeswehr“ setzten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Marburger Bund (MB) sowie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter Nennung des Hartmannbunds und des Spitzenverbands Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (Spifa) am 27. Februar ein Schreiben an Bundesverteidigungsminister Boris Pistorius (SPD) auf.

Sie befürchten, die „schlagkräftigen und effizienten Strukturen“ des Zentralen Sanitätsdienstes seien nicht mehr gegeben, wenn die Strukturveränderungen Realität werden sollten. So sei ein „auf fachlich höchstem Niveau in eigenständigen Strukturen unter durchgehend sanitätsfachlicher Leitung arbeitender Sanitätsdienst nicht nur von hohem Wert für die

Aufgabenerfüllung der Bundeswehr, sondern auch von elementarer Bedeutung für die zivil-militärische Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sowohl bei der Bewältigung von nationalen Krisensituationen wie auch für die Aus- und Weiterbildung militärischen und zivilen Personals“.

Daher sei die geplante Beibehaltung einer zentralen Sanitätsstruktur positiv zu bewerten, bei der geplanten Einführung eines zentralen Unterstützungsbereichs sei allerdings eine „Unterbrechung der Verantwortungskette Medizin bis hin zum Inhaber der Befehls- und Kommandogewalt zu vermeiden“. Um die Eigenständigkeit auch weiterhin in den Führungsstrukturen abzubilden, plädieren die Unterzeichner des Briefes für einen „Generalarzt der Bundeswehr“ im Bundesministerium der Verteidigung (BMVg). Fachlich, eigenständig, effizient – so beschreiben die Körperschaften, Institutionen und Berufsverbände den Zentralen Sanitätsdienst – und so wollen sie ihn erhalten wissen.

„NAHEZU BLANK“

Bis zum 24. Februar 2022. „Es kam fast einer Revolution gleich, als der Inspekteur des Heeres, Alfons Mais, am 24. Februar 2022 nach dem Angriff Russlands auf die Ukraine öffentlich feststellte, dass die Landstreitkräfte ‚nahezu blank‘ seien“, schreibt Neitzel (FAZ, 14.01.2024). „So viel Ehrlichkeit durfte es nicht geben.“ Die SPD habe Mais sofort loswerden wollen; das Vorhaben wäre allein daran gescheitert, dass die damalige Verteidigungsministerin Lambrecht gerade schon den Inspekteur der Marine, Vizeadmiral Kay-Achim Schönbach, entlassen hatte.

„Nahezu blank“ – das greift dann auch die Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages, Eva Högl (SPD), in ihrem Jahresbericht 2022 auf, und das nicht etwa als Dementi: „Verlautbarungen aus den Reihen höchster Offiziere, die Streitkräfte stünden mehr oder weniger blank da oder die Munition reiche nur für wenige Tage, unterstrichen nochmals die Dringlich-

keit, den schon seit Jahren bekannten Mangel in vielen Bereichen der Bundeswehr schleunigst zu beseitigen.“ Um die Fehlbestände bei Material und Gerät auszugleichen, bedürfe es nach Einschätzung von Militärexperten 300 Milliarden Euro. Auch müsse sich die Höhe des Verteidigungshaushalts in den kommenden Jahren, ausgehend von den 2022 erreichten 1,5 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP), stetig und in deutlichen Schritten hin zum Zwei-Prozent-Ziel der NATO bewegen, verlautbart Högl. Auf das Zwei-Prozent-Ziel hatten sich die NATO-Mitglieder erstmals 2006 verständigt.

2023 erfolgt, nach Angaben der NATO, mit geschätzten 1,64 Prozent noch kein „deutlicher Schritt hin zum Zwei-Prozent-Ziel“; 2024 jedoch meldet Deutschland der NATO im Juni für das laufende Jahr 2,12 Prozent und damit Verteidigungsausgaben von geschätzten 90,586 Milliarden Euro (Defence Expenditure of NATO Countries 2014–2024). Wenige Monate später allerdings fordert die NATO von Deutschland eine Stei-



Abteilung für Nuklearmedizin, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

© 2022 Bundeswehr/Marius Dittlich



Vorüben für Informationslehrübung, Munster

© 2018 Bundeswehr/Fabian Bimmer

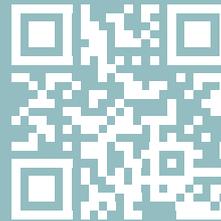
DEUTSCH- LAND FEHLEN GUT 280.000 SOLDATEN

gerung Richtung 3 Prozent (SZ, 11.10.2024). Auch der neue NATO-Generalsekretär Mark Rutte kritisiert bei einem Besuch bei Kanzler Olaf Scholz (SPD) die von Scholz für 2025 versprochene Anhebung der Verteidigungsausgaben auf das Zwei-Prozent-Ziel der NATO als zu gering (Spiegel/DLF, 04.11.2024). Zum Vergleich: Russland habe seine Verteidigungsausgaben nach dem Kalten Krieg auf einem Niveau von 3,5 Prozent seines BIP gehalten, nach der Annexion der Krim seien die Ausgaben auf mehr als 4 Prozent gestiegen, und nach der russischen Invasion in die Ukraine habe Russland begonnen, große Teile seiner Wirtschaft auf eine Kriegswirtschaft umzustellen und die Militärausgaben 2023 und 2024 weiter auf 6 Prozent erhöht (Florian Dorn, Verteidigungsausgaben für die Sicherheit Europas – wie viel ist genug?, ifo Institut 2024). Für 2025 soll der Rüstungsetat nach dem Haushaltsentwurf der russischen Regierung noch einmal um ein Viertel anwachsen, auf 128 Milliarden Euro, sodass der Posten „nationale Verteidigung“ ein Drittel aller Ausgaben ausmache (FAZ, 18.10.2024).

Viel zu gering ist auch die Truppenstärke. Nach Aussage von Pistorius braucht Deutschland wegen der veränderten Sicherheitslage für eine mögliche Bündnisverteidigung langfristig rund 460.000 Soldaten. Doch Ende September dienen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei der Bundeswehr nur 179.207 Soldaten, durchschnittlich 490.000 waren es in den 1970er-/80er-Jahren. Zum Vergleich: Die russischen Streitkräfte sollen in den kommenden Jahren auf 1,5 Millionen Soldaten aufgestockt werden. Das seien doppelt so viele wie vor dem Ukrainekrieg; jährlich würden 1000–1500 Kampfpanzer in Russland produziert und damit etwa doppelt so viele wie die fünf größten europäischen NATO-Nationen im Bestand hätten – Deutschland habe etwa 300, sagt Generalinspekteur Carsten Breuer (FAZ, 05.11.2024; vgl. Guntram

Die Anti-Stress- Bank für Ihre Geldanlage

Wir stehen für das Spa im Sparen



Infos und Beratung unter
mediservbank.de





Training AirMedEvac in Wunstorf

© 2018 Bundeswehr/Stephan Ink

„SICHERHEIT IST WIE DIE LUFT ZUM ATMEN“

B. Wolff et al., Kriegstüchtig in Jahrzehnten: Europas und Deutschlands langsame Aufrüstung gegenüber Russland, Kiel Report 9/2024).

So konstatiert die Wehrbeauftragte Högl weiterhin große Defizite auch in ihrem Jahresbericht 2023: „Ich komme nicht umhin festzuhalten, dass auch im zweiten Jahr der Zeitenwende substantielle Verbesserungen bei Personal, Material und Infrastruktur auf sich warten lassen.“ Sie kommt zudem auf den Personalmangel des „Sanitätsdienstes“ zu sprechen: Gleichwohl 2022 „bis zu 2000 Dienstposten“ zusätzlich einge-

richtet worden seien, werde die „größte Herausforderung“ sein, für diese wie auch für frei werdende Stellen Nachwuchs zu gewinnen, zumal schon viele Bereiche des Sanitätsdienstes unter unbesetzten Dienstposten litten – gegengesteuert werden solle über „attraktivitätssteigernde Maßnahmen“ wie Fachkräftezulagen und flexible Arbeitszeiten.

EINFLUSSNAHME AUF THERAPIEFREIHEIT?

Doch die Attraktivität des Zentralen Sanitätsdienstes sowohl für angehende Ärzte als auch für Bestandspersonal sieht Dr. Dirk Heinrich, Vorstandsvorsitzender des Spitzenverbands Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa), gefährdet durch den Umbau. Denn gerade der bislang selbstständige Organisationsbereich des Zentralen Sanitätsdienstes sei „die Gewähr für die qualitativ hochwertige Versorgung der Truppe“ gewesen, argumentiert der SpiFa-Vorstandsvorsitzende gegenüber dem DFZ. Wenn Ärzte nun aber Truppenoffizieren unterstellt würden, eröffne dies die Möglichkeit, „Einfluss auf medizinische Entscheidungen auszuüben, welche einzig der ärztlichen Therapiefreiheit unterliegen sollten“. Diese Gefahr artikulieren weiterhin DGOU/DGU und betonen, nur Ärzte dürften von Ärzten Anweisungen und Befehle erhalten. Indes bleibt von der seitens G-BA, KBV, KZBV, DKG, BÄK, BZÄK, MB geforderten Beibehaltung der „Eigenständigkeit und Fachlichkeit des Sanitätsdienstes“ gemäß Osnabrücker Erlass allein die „Fachlichkeit des Sanitätsdienstes“ übrig. Die immerhin sieht der Ärztetag im Mai gestärkt, da der von den Körperschaften, Institutionen und Berufsverbänden postulierte „Generalarzt der Bundeswehr“ im BMVg künftig der wohl dort zu verortende CMO sein werde, womit eine erhebliche Beeinträchtigung der „Motivation aller Mitarbeitenden“

PROTEST II

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) übermittelte unter Nennung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) am 1. März „Forderungen“ an Pistorius. Angesichts der Behandlung von mehr als 1000 Schwerstverletzten aus der Ukraine erläutert die DGOU die aus ihrer Sicht unzureichende Vorbereitung Deutschlands auf einen Ernstfall, weshalb „mit erheblicher Sorge“ auf die Neuordnung des Sanitätswesens geblickt werde. Ärzte des Sanitätsdienstes müssten „fachlich und standesrechtlich weisungsunabhängig handeln können, ein auch völkerrechtlich unabhängiger Status des Sanitätsdienstes [ist] unabdingbar“. DGOU/DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Dietmar Pennig konstatiert in einem Pressestatement einen „erheblichen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Vernetzung im zivil-militärischen Bereich“. Es fehlten in Deutschland regelmäßige Trainings von Chirurgen in Bundeswehrkliniken. Es fehlten regelmäßige Übungen von Arzt- und Pflegepersonal in Kliniken für den Massenfall von Verletzten. Es fehlten für den Ernstfall ausgebildete Ärzte, insbesondere für Operationen. Es fehlten Betten. Es fehle eine Vorkhaltung von Notfallinstrumenten. Es fehle eine zivil-militärische Stabsstelle zur Koordinierung der Verteilung von (Schwer-)Verletzten.

Pennig sagt: „Die deutschen Krankenhäuser haben hinsichtlich der Versorgung von Kriegsverletzten einen erheblichen Nachholbedarf, lediglich die fünf Bundeswehrkrankenhäuser sind mit besonderen Kenntnissen ausgestattet. Im Falle der Ausweitung dieses Konfliktes auf den Bündnisfall wären die vorgehaltenen Betten der Bundeswehrkrankenhäuser und der assoziierten BG-Kliniken innerhalb von 48 Stunden ausgelastet.“ In einem Videostatement führt er aus, die fünf Bundeswehrkrankenhäuser hätten rund 1800 Betten, die neun berufsgenossenschaftlichen Kliniken 2200 Betten, doch sei nach einer NATO-Simulation von 1000 Kriegsverletzten pro Tag auszugehen, sodass diese 14 Kliniken innerhalb von 48 Stunden voll seien.

Dann müssten die 650 Krankenhäuser des TraumaNetzwerks der DGU aktiviert werden. Dabei käme es auf eine schnelle Verteilung der Verletzten an: „Das muss man vorher üben, das kann man nicht dann erst planen und einrichten.“ Deshalb fordern DGOU/DGU eine „gemeinsame Kommandozentrale, einen gemeinsamen Brückenkopf mit der militärischen Seite“. Es müsse eine Kommunikationskette etabliert werden, sodass die Krankenhäuser im Krisenfall gezielt angesteuert werden könnten, um Verwundete zu übernehmen.

des Sanitätsdienstes korrigiert würde, heißt es in einem Beschluss des Ärztetags. Die endgültige Entscheidung über die Ansiedlung und konkrete Ausgestaltung des CMO im BMVg stehe allerdings noch aus, stellt der unparteiische G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken auf DFZ-Anfrage klar. Hecken gehört zu den Mitinitiatoren des Briefes der Körperschaften, Institutionen und Berufsverbände. Gleichwohl er einen eigenständigen Zentralen Sanitätsdienst präferiere, „scheint auch in der neuen Kommandostruktur die zwingend notwendige und durchgehende ärztliche Befehlskette gewährleistet zu sein“, meint Hecken. Indes reißt die Kritik nicht ab.

WENIGER MITTEL FÜR DIE SANITÄT?

Armin Ehl, Hauptgeschäftsführer MB und Reserveoffizier, sieht es kritisch, dass der CMO nur themenbezogen in den MFR hinzugebeten werden soll. Seiner Auffassung nach sollte der CMO ständiges Mitglied im MFR sein. Ehl vermutet, dass dem Zentralen Sanitätsdienst im Unterstützungsbereich künftig weniger Mittel zur Verfügung stehen. Durch die „Abwertung“ des Zentralen Sanitätsdienstes sieht der MB die Attraktivität für den Nachwuchs geschmälert; die internationale Vorbildfunktion des Zentralen Sanitätsdienstes sei im Begriff zu schwinden. Und wohl auch, um eine „Abwertung“ abzuwenden, will der Ärztetag den Zentralen Sanitätsdienst im neuen Operativen Führungskommando verankert wissen mit dem Ziel, „alle medizinischen Einsätze und Aufträge fachkompetent und durchhaltefähig zu begleiten, um so die medizinische Versorgung in hoher Qualität und Verlässlichkeit sicherzustellen“.

KZBV, BZÄK, DKG und KBV als Mitunterzeichner des Briefes der Körperschaften, Institutionen und Berufsverbände

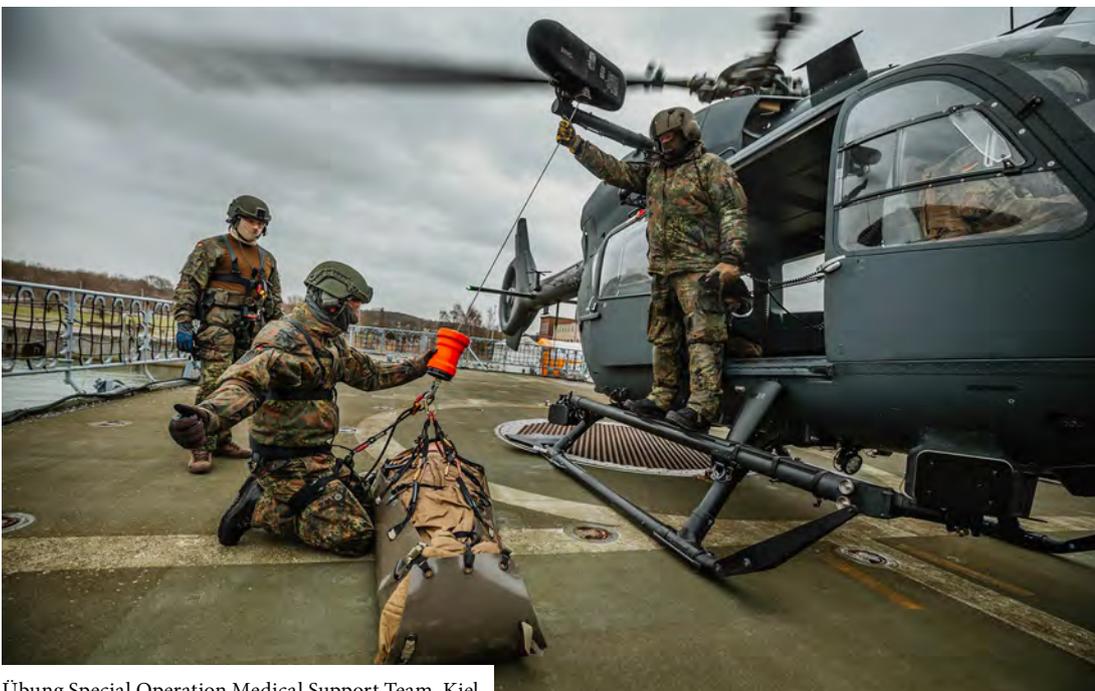
wurden ebenfalls vom DFZ angefragt, wollten sich aber nicht weiter äußern.

SCHAUT DEUTSCHLAND WEG?

Die Bundeswehr selbst begründet den „Verlust der Eigenständigkeit des Sanitätsdienstes“ gegenüber dem DFZ wenig überraschend angesichts der politischen und militärischen Einlassungen in den vergangenen zwei Jahren mit einem „veränderten Sicherheitsumfeld“ und der damit „notwendigen Neuausrichtung der Bundeswehr“.

Eine Landes- und Bündnisverteidigung erfordere, alle Unterstützungsleistungen, und nicht nur die sanitätsdienstliche Versorgung, „gebündelt, zielgerichtet und koordiniert aus einer Hand“ dem jeweiligen „Bedarfsträger“ und damit der jeweiligen Teilstreitkraft zuteilen zu können, sodass diese nur einen Ansprechpartner für alle Unterstützungsbelange bräuchte. Gleichwohl sei geplant, „in einer späteren Phase der Umstrukturierung“ den Kampfverbänden des Heeres sanitätsdienstliche Unterstützungsleistungen fest zuzuordnen – dies führe zu einer „optimierten Kaltstartfähigkeit“. Doch wird auch die Gesellschaft verstehen, wie Generalarzt Dr. Rolf von Uslar es formuliert, „den Krieg denken [zu] müssen“?

Dazu noch einmal der Generalinspekteur der Bundeswehr, Carsten Breuer: „Was mir Gedanken macht, ist, dass wir in Deutschland unangenehme Dinge häufig nicht wahrhaben wollen. [...] Es muss verstanden werden, dass wir in der Lage sein müssen, Russland abzuschrecken. Wir müssen deutlich machen, dass ein Angriff gegen NATO-Gebiet unkalkulierbare Folgen haben wird. Unsere Sicherheit ist wie die Luft zum Atmen: Wir merken sie nicht, bis sie uns fehlt.“



Übung Special Operation Medical Support Team, Kiel

© 2022 Bundeswehr/Jana Neumann

„Mit einem Vertrauensvorschluss agieren“

Nachgefragt. Dr. Helfried Bieber ist Flottenarzt a. D. Bis 2022 war er Leitender Zahnarzt der Bundeswehr. Aus seiner Sicht kann eine neue Bundeswehrstruktur effizient sein, zumal der Zentrale Sanitätsdienst „Stand jetzt, im Ergebnis eins zu eins“ in diese neue Struktur mit ihren neuen Kommandobehörden übertragen werde.

INTERVIEW I: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG



© 2024 Bundeswehr/Marco Dorow

Abschlussübung Grand Quadriga, Pabrade/Litauen

Dr. Bieber, die NATO geht davon aus, Russland könnte schon 2029 in der Lage sein, NATO-Territorium anzugreifen. Ist Deutschland bis dahin kriegstüchtig?

Vorausschicken will ich, dass ich mich zu diesen Fragen als ehemaliger Sanitätsoffizier und Staatsbürger in Uniform äußern werde, der seinen Dienst aus einer tiefen inneren Überzeugung geleistet hat. Wir wären immer nur im Kontext mit unseren Verbündeten in der Lage, NATO-Territorium oder eben auch unser Land

zu verteidigen. Selbst die Bundeswehr im Jahr 1990 wäre nicht in der Lage gewesen, Deutschland zu verteidigen bei einem Angriff. Wir hätten unsere Verbündeten gebraucht, und deshalb waren sie auch in Deutschland stationiert. Es gab Großübungen in Deutschland. Die letzte dieser Art war REFORGER (Return of Forces to Germany) 1988 mit über 120.000 Soldaten. Es existierten entsprechende NATO-Pläne, um das Bündnis zu verteidigen.

Sie meinen den General Defense Plan (GDP), der in Zeiten des Kalten Krieges Angriffe des Warschauer Pakts frühzeitig abwehren sollte?

Genau, und zum Ende des Kalten Krieges, 1990, hatte die Bundeswehr noch einen Personalumfang von circa 460.000 aktiven Soldaten und beorderten Reservisten und materiell voll ausgestattete „gekaderte“ Einheiten. Jetzt umfasst sie etwa 180.000, deutlich weniger als die Hälfte. Mit der Deutschen Einheit setzte dann der Prozess ein,

dass man nur von Freunden umgeben ist; das war eine wichtige Aussage des Berichts der Weise-Kommission 2010.

Die Weise-Kommission unter dem damaligen Vorstandsvorsitzenden der Bundesagentur für Arbeit, Frank-Jürgen Weise (CDU), einem Oberst der Reserve, wurde vom damaligen Bundesverteidigungsminister Karl-Theodor zu Guttenberg (CSU) eingesetzt.

Im Ergebnis wurde die Personalstärke der Truppe von damals noch 240.000 Soldaten auf 180.000 verringert, und es kam – durchaus etwas überraschend – zu einer allgemein akzeptierten Aussetzung der Wehrpflicht bis heute. Die Bundeswehr sollte neu ausgerichtet werden und zur Haushaltskonsolidierung beitragen. Ein Thema dieser Zeit war auch die Frage nach einer Wehrgerechtigkeit, weil immer weniger potenziell Wehrpflichtige einberufen worden waren. Und heute steht die Bundeswehr vor großen Herausforderungen, in allen Bereichen der Zukunfts- und Fähigkeitsentwicklung. Dazu gehört auch, geeignetes Personal in allen Dienstgradgruppen zu gewinnen.

Man fühlte sich 2010 so sicher?

Ja, mit dem Fall der Mauer, der Deutschen Einheit und dem Ende des Kalten Krieges – um nur einige Ereignisse schlagwortartig zu nennen – entwickelte sich immer mehr dieses Denken und dieser Mindset. In diesen Jahren wurde auch regelmäßig der Begriff der Friedensdividende verwendet, die es einzufahren galt.

Wie lange kennen Sie die Bundeswehr von innen?

Ich bin 1983 Soldat geworden, das Jahr, in dem die Bundeswehr ihren größten Personalumfang von knapp 500.000 aktiven Soldaten erreichte.

Was sind im Rückblick die Stellschrauben, an denen falsch gedreht wurde?

Alle Maßnahmen waren überwiegend auch Teil eines gewissen gesellschaftlichen Grundkonsenses. Das Personal der Bundeswehr wurde kontinuierlich reduziert und auf neue Aufgaben

„SCHWIERIG, NACH KURSÄNDERUNG SPÄTER GEGENZUSTEUERN“

ausgerichtet, etwa auf Internationales Krisenmanagement (IKM). Der Bericht der Weise-Kommission und dessen Umsetzung haben diesen stattfindenden Prozess bestätigt, sodass die Truppe bis 2016 auf knapp 178.000 Soldaten reduziert wurde. Für die Bundeswehr gilt dieses Bild des großen Tankers: Wenn man da eine Kursänderung vornimmt, wird es schwierig, später gegenzusteuern.

Fehlt der Weitblick?

So würde ich das nicht sagen. Als Bundespräsident Horst Köhler (CDU) im Mai 2010 zurückgetreten ist, geschah das wegen einer Aussage, die heute zumindest nicht mehr so kritisch gesehen würde, wenn sie nicht, aus meiner Sicht, sogar eher konsensfähig wäre. Er hatte gesagt, im Notfall sei auch militärischer Einsatz notwendig, um die Interessen Deutschlands als Wirtschaftsnation, etwa durch freie Handelswege, zu wahren. Diese Aussage wurde damals durchaus kritisch gesehen.

Wieso?

Ihm wurde vorgehalten, dass er Bundeswehreinätze in einen direkten Zusammenhang mit wirtschaftlichen Interessen gestellt hatte.

Was ist jetzt dringend zu tun? Oder anders gefragt: Können die gegenwärtigen Umstrukturierungen der Bundeswehr und ihres Zentralen Sanitätsdienstes auch effizient sein?

Selbstverständlich! Wie immer wird die Zeit zeigen, was das Ergebnis letzt-



Dr. Helfried Bieber

lich bringt. Ich habe aber auch ein ausgeprägtes Grundvertrauen in Menschen, die sich Strukturen überlegen, dass die Gedanken, die sie dazu gebracht haben, zielführend sind; da würde ich tatsächlich mit einem Vertrauensvorschuss agieren wollen. Funktionierende Strukturen sind wichtig. Gleichwohl kann man sich sicherlich darüber Gedanken machen, wieso man den Zentralen Sanitätsdienst, der aus meiner Sicht durchaus erfolgreich ein eigenständiger militärischer Organisationsbereich war, genauso wie die Streitkräftebasis, nicht beibehält.

Das kritisieren viele zivile (Zahn-)Ärzte.

Es dürfte oft der Gedanken tragend sein: Da wir weniger Personal, weniger Material haben, ist es sinnvoll, diese geringeren Ressourcen zu bündeln und aus einer Hand zu führen. Vor Jahrzehnten gab es zum Beispiel im Großraum Hamburg – als Ergebnis der damaligen Strukturen – mehrere zahnärztliche Behandlungseinrichtungen neben den ärztlichen, die alle unterschiedlichen Teilstreitkräften beziehungsweise militärischen Organisationsbereichen zugeordnet waren. Da gab es eine Zahnarztgruppe des Heeres in Hamburg-Fischbek (später aufgelöst), zwei Zahnarztgruppen der Zentralen Militärischen Dienststellen der Bundeswehr (ZMilDBw) an der Bundeswehr-Universität und an der Führungsakademie, eine Behandlungseinrichtung im Bundeswehrkrankenhaus, zudem eine Zahnarztgruppe der Luftwaffe in der schleswig-holsteinischen Gemeinde

Appen im Kreis Pinneberg. Diese hatten bis zur Aufstellung des Zentralen Sanitätsdienstes 2001 – strukturell so angelegt – nur wenige Berührungspunkte.

War das effizient?

Es war schon gut, den Zentralen Sanitätsdienst anzustreben, wenn auch weiterhin einzelne Teile des Sanitätsdienstes bei den Teilstreitkräften verblieben waren, um deren Besonderheiten Rechnung zu tragen. So blieben zum Beispiel bei der Luftwaffe die Fliegerärzte, bei der Marine der Bord-Sanitätsdienst und beim Heer ein Sanitätsdienst beim KSK (Kommando Spezialkräfte). Dies wird auch in der neuen Struktur so bleiben. Der Zentrale Sanitätsdienst wird, Stand jetzt, im Ergebnis eins zu eins in diese mit ihren neuen Kommandobehörden übertragen.

Wie bindend ist Pistorius' Osnabrücker Erlass und damit die Verortung eines Chief Medical Officers (CMO) im BMVg?

Mit diesem Erlass hat Minister Pistorius neue Grundsätze zur Spitzengliederung und Führungsorganisation im BMVg und in der Bundeswehr geregelt. Dazu zählt auch, dass der Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes als Wehrmedizinischer Berater der Leitung des BMVg dort verortet sein wird. Wie bisher gibt es einen Militärischen Führungsrat (MFR). Bisher gehörte der Inspekteur des Sanitätsdienstes von Amts-

wegen diesem Gremium an, jetzt wird er (nur noch) themenbezogen als CMO dazugebeten. Man wird sehen, wie diese Verortung und seine Beteiligung am MFR tatsächlich erfolgt.

Ist der Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes dann in viele Prozesse nicht involviert?

Es bleibt abzuwarten, wie oft es vorkommt, dass man sagt: Wir brauchen den höchsten Sanitätsoffizier dabei. Der Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes wird als CMO aus dem MFR ja nicht gänzlich ausgeschlossen. Er war zwar zuvor regelmäßig und immer im MFR und konnte sich so mit den anderen Inspektoren auf Augenhöhe austauschen; er war also auch bei Themen dabei, die ihn beziehungsweise den Sanitätsdienst weniger betrafen. Jetzt entscheidet der Generalinspekteur, ob er betroffen ist und dazugebeten wird. Er ist dann nur Gast im MFR.

Der Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes wird nun von einem Generalleutnant der Luftwaffe, dem Befehlshaber des Unterstützungskommandos, befehligt. Was bedeutet das für die Verantwortungskette?

Diese Unterstellung ist für alle Beteiligten Neuland. Man wird sehen müssen, wie diese Struktur auf der Zeitachse mit Leben gefüllt wird. Ich bin aber fest überzeugt, dass dies in posi-

ver Weise auch für den Sanitätsdienst gelingen wird. Ich kann mir zwar einiges vorstellen, allerdings nur schwerlich, dass ein Befehlshaber des Unterstützungskommandos auf einmal der bessere und kompetentere Arzt sein will und diesem erklärt, wie man ärztlich oder sanitätsdienstlich versorgt. Ich sehe vielleicht eine theoretische Möglichkeit, aber nicht die Gefahr. Aber möglicherweise hilft gerade die öffentliche Diskussion darüber, sodass niemand auf die Idee kommt.

Werden Sachmittel und Personalstellen künftig aufgeteilt werden müssen zwischen Zentralem Sanitätsdienst und den Fähigkeitskommandos Logistik, Feldjägerswesen, ABC-Abwehr und CIMIC (Civil Military Cooperation)?

Das kann man erst sagen, wenn absehbar ist, wie hoch jeweils das Gesamtbudget ist. Zwar kann man Kürzungen nie ausschließen, das wäre jetzt aber nicht mein erster Gedanke. Wie heißt es so schön? Vorhersagen sind schwierig, besonders wenn sie die Zukunft betreffen. Dass priorisiert werden muss und es dann an anderer Stelle weniger Geld gibt, das hat es auch beim selbstständigen Zentralen Sanitätsdienst gegeben; diese Gefahr scheint mir jetzt aber nicht größer als zuvor.

Schwindet die Attraktivität des Zentralen Sanitätsdienstes durch seine Umstrukturierung?

Ich kann mir nur sehr schwer vorstellen, dass eine 18- bis 20-jährige Person sich nicht mehr für eine Laufbahn im Sanitätsdienst entscheiden wird, sei es etwa als Offizier, Feldwebel oder Unteroffizier, nur weil der Zentrale Sanitätsdienst nun zum Unterstützungskommando gehört.

Auf dem Ärztetag wurde gefordert, den Zentralen Sanitätsdienst einzubinden in das neue Operative Führungskommando. Was halten Sie davon?

Dazu kann ich nur sagen, dass aus meiner Sicht in Führungskommandos weiterhin auch sanitätsdienstliche Anteile enthalten sein müssten. Das war bislang auch der Fall, zum Beispiel im



Intensivtransportwagen des Bundeswehrkrankenhauses Ulm

© 2020 Bundeswehr/Jana Neumann

„Die Bundeswehr muss insgesamt personell, materiell, infrastrukturell besser ausgestattet werden, das kostet richtig Geld.“

Einsatzführungskommando in Schiewlowsee bei Potsdam. Ob sich daran jetzt etwas ändert, ist mir nicht bekannt.

Werden die Dienstzeitenden bei der Bundeswehr wohl aufgeweicht werden aufgrund des Personalmangels? Wären Sie gerne länger geblieben?

Es gibt bereits jetzt unterschiedliche Dienstzeitenden, das ist unter anderem abhängig von der Laufbahn, der man angehört, und teilweise vom Dienstgrad, den man erreicht hat. Ich war sehr gerne Soldat und mit 65 am möglichen Maximum angelangt, das war vor zwei Jahren. Die Dienstzeitenden wurden über die Jahrzehnte peu à peu erhöht. Aber auch da gab es gegenläufige Entwicklungen. Mitte des vorigen Jahrzehnts ist man dann, auch um wieder aufzuwachsen, zu den „festen Zurruhe-setzungsterminen“, 31. März und 30. September, zurückgekehrt und hat damit eine Verlängerung der Dienstzeit um durchschnittlich drei Monate bewirkt. Darüber hinaus wurde die Allgemeine Altersgrenze für Sanitätsoffiziere mit dem Dienstrechtsneuordnungsgesetz im Zeitraum 2013 bis 2024 iterativ in Drei-Monats-Schritten erhöht; die allgemeine Grenze liegt jetzt bei 65.

Wie wäre es, einen Gesundheitstest einzuführen für alle, die gerne länger dienen wollen?

Allgemeine Regelungen sollten immer die Gesamtbreite des Spektrums umfassen und nicht die Ausnahmen. Die allgemeine Altersgrenze von 65 erscheint mir daher sinnvoll und zeitgemäß. Insgesamt ist es wichtig, über einen alle Altersgruppen vertretenden Personalkörper zu verfügen, der auch den Tätigkeits-/Verwendungsprofilen

entspricht. Im Übrigen lebt ein System wie die Bundeswehr auch von Veränderungen und vom Wechsel. Dieser ermöglicht nicht allein eine kontinuierliche Personalentwicklung sowie (Be-)Förderungen, sondern auch eine Weiterentwicklung des Systems durch neue Ideen.

Dennoch wird der zügige Aufwuchs der Bundeswehr zur Abschreckungsfähigkeit Deutschlands im NATO-Bündnis als dringend angesehen. Sollte angesichts dessen nicht ein Interesse daran bestehen, fitte und motivierte Leute länger zu halten?

Die Bundeswehr ist sich dieses möglichen Wissensverlusts bewusst. So spricht sie vermehrt noch aktive Zeit- und Berufssoldaten oder freiwillig Wehrdienstleistende an, um deren Wissen, Können und Erfahrungen weiter zu nutzen als künftig Reservistendienstleistende, selbstverständlich mit Altersgrenzen. Dies gilt auch für ungediente Frauen und Männer. Ergänzend gibt es zahlreiche Möglichkeiten, sich mit seinem Wissen und seinen Erfahrungen in verschiedene „bundeswehрнаhe“ Verbände und Vereine einzubringen.

Was braucht die Bundeswehr?

Die Bundeswehr muss insgesamt personell, materiell, infrastrukturell besser ausgestattet sein, das kostet richtig Geld. Dies gilt umso mehr, da Material an die Ukraine abgegeben wurde. Und die NATO hat nun schon angedeutet, dass das Zwei-Prozent-Ziel, an dem wir uns derzeit orientieren und es mit dem 100-Milliarden-Sondervermögen gerade erreichen, nicht ausreichend ist. Der ehemalige Wehrbeauftragte, Dr. Hans-Peter Bartels (SPD), hat sich gerade dahingehend geäußert, dass zu Zeiten der sozialdemokratischen Bundeskanzler Willy Brandt und Helmut Schmidt 3,5–4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Verteidigung aufgewendet worden waren, was aus seiner Sicht der Weiterentwicklung des Sozialstaats keinen Abbruch getan hat.

1963 wurden gar 4,9 Prozent des BIP in Verteidigung investiert, das war unter CDU-Regierung.

Diese Zahlen kann ich inhaltlich nicht kommentieren und will sie auch nicht politisch zuordnen. Über viele Jahre gab es in der Politik einen Grundkonsens zu einer einsatz- und verteidigungsbereiten, personell und materiell voll ausgestatteten Bundeswehr.

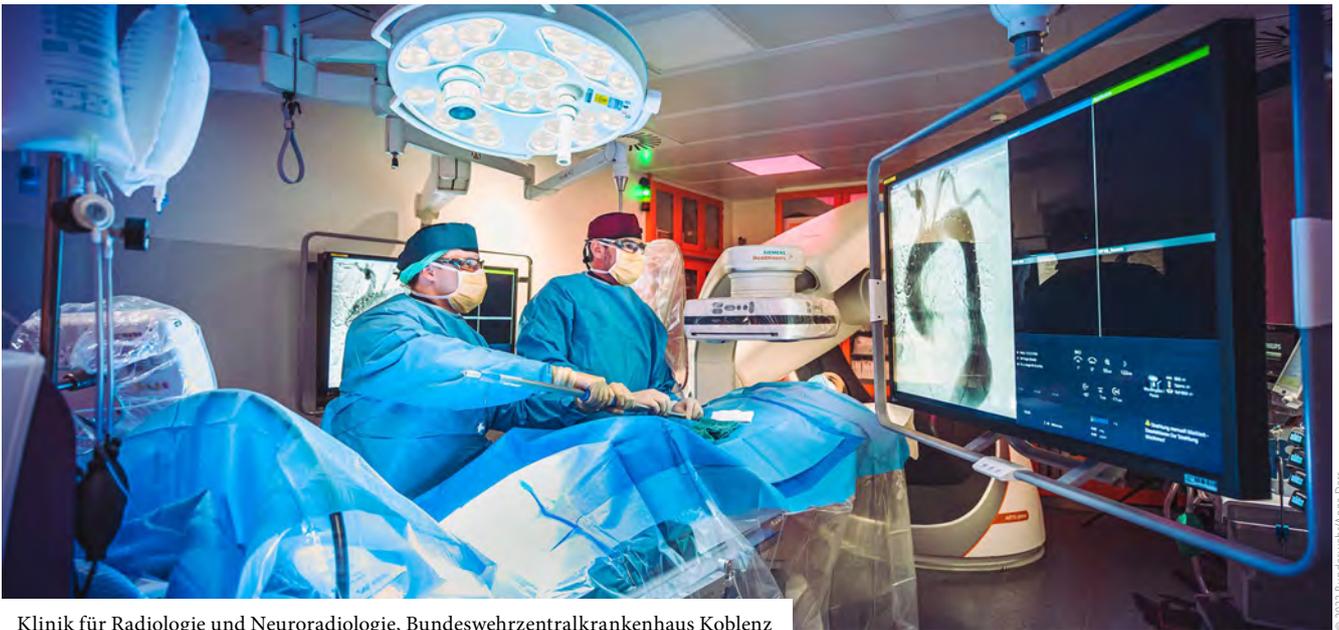
Und heute? Gibt es denn eine verteidigungsbereite Gesellschaft? Der Generalinspekteur der Bundeswehr, Carsten Breuer, hat der FAZ gesagt: „Wir müssen uns gemeinsam, gesamtgesellschaftlich verteidigen. Das ist nicht allein Aufgabe des Militärs. Wir können Sicherheit gesellschaftlich nicht mehr outsourcen – Sicherheit geht uns alle an.“

Dem stimme ich ausdrücklich zu. Der Politikwissenschaftler Carlo Masala sagte jüngst in einem Vortrag, aus seiner Sicht sei Bundesverteidigungsminister Boris Pistorius der falsche Sprecher für solche Nachrichten. Alle glaubten, er sage das allein, weil er mehr Geld für die Bundeswehr wolle. Natürlich will er und braucht er mehr Geld, sagt Masala, aus dessen Sicht es allerdings deutlich besser wäre, würde etwa der Bundeskanzler sagen, die deutsche Gesellschaft muss wieder resilient und widerstandsfähig werden. So nütze es auch nichts, wenn es möglicherweise gut ausgestattete und auch kriegstüchtige Streitkräfte gebe, aber die Gesellschaft einen Einsatz, zum Beispiel im Rahmen der Bündnisverteidigung, nicht mittragen wolle. Unsere Gesellschaft müsse die freiheitliche Demokratie als verteidigungswert wahrnehmen. Dies gelte umso mehr, als ein Viertel aller Deutschen – wie Masala es nennt – antidemokratische Parteien wählen könnte, da müssten die anderen drei Viertel auch wollen, dass die Demokratie, in der sie leben, verteidigt werde. Masalas Fazit: Der Urlaub von der Geschichte, den wir uns genommen haben, ist vorbei. Und General Breuer bringt es auf den Punkt: „Kämpfen können, um nicht kämpfen zu müssen“ ist nicht mehr genug. Wenn wir in der Zeitenwende glaubwürdig abschrecken und somit Krieg verhindern wollen, müssen wir vor allen Dingen eins: Gewinnen wollen, weil wir gewinnen müssen.

„Ärzte dürfen nur von Ärzten Befehle erhalten“

Nachgefragt. Prof. Dr. Dietmar Pennig ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Bis zu seiner Pensionierung 2021 war er Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln. Pennig plädiert für eine zivil-militärische Kommandostruktur, umso sorgenvoller blickt er auf die Umstrukturierung des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr.

INTERVIEW II: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG



© 2022 Bundeswehr/Anna Derr

Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

Professor Pennig, im März haben die chirurgischen Fachgesellschaften in einem Brief an Bundesverteidigungsminister Pistorius den völkerrechtlich unabhängigen Status des Sanitätsdienstes angemahnt, der ihre Weisungsunabhängigkeit sicherstellen soll. Die „vollständige Eigen- und Führungsverantwortung mit Abbildung in der Hierarchieebene des Ministeriums“ sei nötig, um den Ausbau zivil-militärischer Zusammenarbeit zur Versorgung von Verletzten im Kriegsfall sicherzustellen.

Haben Sie als Mitunterzeichner eine Antwort erhalten?

Ja, haben wir. Der Bundesverteidigungsminister versteht naturgemäß nichts von Medizin, was ja auch nicht schlimm ist, muss er ja auch nicht. Dafür hat er einen Sanitätsdienst, mit dem wir regelmäßig sprechen. Und wir wissen sehr genau, dass sich hinsichtlich einer zivil-militärischen Zusammenarbeit nicht einfach ein Schalter umlegen lässt, damit sie funktioniert. Angesichts

**„PROBLEM:
WIR HABEN
KEINEN BRÜ-
CKENKOPF“**

der politischen Großwetterlage halten wir einen kontinuierlichen zivil-militärischen Dialog für essenziell. Das Problem dabei ist: Wir haben keine gemeinsame Kommandostruktur, keinen Brückenkopf – und das bräuchten wir zwingend im NATO-Bündnisfall.

Das heißt?

Würde Deutschland Aufmarschgebiet werden, wäre einer NATO-Simulation zufolge mit 1000 Kriegsverletzten pro Tag zu rechnen. Was sollen wir dann tun? Wir können doch nicht die Krankenhäuser abtelefonieren. Wir haben jetzt schon seit 2008 das TraumaNetzwerk der DGU, um punktuelle Überlastungen zu vermeiden. Stellen wir uns mal vor, wir hätten einen Flugzeugabsturz in Köln/Bonn mit vielen Verletzten. Es gäbe nicht ein einzelnes Krankenhaus, das mit dieser Belastung allein zurechtkäme, sodass wir zwecks Patientenverteilung sofort das TraumaNetzwerk aktivieren müssten, dessen 650 zertifizierte Kliniken als lokale, regionale und überregionale Traumazentren miteinander verschaltet sind. Doch bei 1000 Verletzten ist auch das TraumaNetzwerk nicht entsprechend organisiert, um die zivil-militärische Zusammenarbeit im kriegerischen Ernstfall erweitert um einen Brückenkopf mit entsprechend personeller und technischer Ausstattung zu leisten. Das ist das, was wir von der militärischen Seite fordern. Denn nach wie vor ist nach meinem Kenntnisstand die Bundeswehr zuständig für die Landesverteidigung. Wir helfen gerne, aber die Bundeswehr muss sich kümmern, solche Strukturen aufzulegen. Ansonsten haben wir, sollte die Bündnis- und Landesverteidigung nötig werden, ein ziemlich gravierendes Problem.

Sie müssten offene Türen im Bundesverteidigungsministerium (BMVg) einrennen angesichts der Umtriebbarkeit des Ministers, die sich zumindest in vielen Papieren niederschlägt.

Die militärischen Ärzte des Sanitätsdienstes stehen hinter unseren Forderungen, dort weiß man auch um die Notwendigkeit. Inwieweit das allerdings

„Der Sanitätsdienst sitzt jetzt nicht mehr am Ministertisch, er sitzt – ich sage das jetzt mal ein bisschen provokant – am Katzentisch.“

bis in die Spitze des Ministeriums vordringen ist, das kann ich Ihnen nicht sagen.

Sie haben Ihr Anliegen also nicht nur in einem Brief an den Minister geäußert, sondern auch dem Sanitätsdienst vorgebracht?

Genau. Zunächst einmal ist das Sanitätswesen umstrukturiert worden und mit Gerald Funke der Führung eines Generalleutnants der Luftwaffe unterstellt worden. Funke ist der Befehlshaber des Unterstützungskommandos, zu dem nun auch das Sanitätswesen gehört. Das sehen wir als sehr, sehr kritisch an, weil Ärzte nur von Ärzten Befehle oder Anweisungen erhalten dürfen. Der Sanitätsdienst sitzt jetzt nicht mehr am Ministertisch, er sitzt – ich sage das jetzt mal ein bisschen provokant – am Katzentisch. Gewiss ist auch das Militär wichtig, die Panzer, die Jets, aber für die Versorgung der Bevölkerung, für die Kollateralschäden, sind nun mal Ärzte verantwortlich. Und da wir uns in der Pflicht sehen, für die Bevölkerung einzustehen, und im Ernstfall mit unserem TraumaNetzwerk unterstützen wollen, müsste diese zivil-militärische Zusammenarbeit ordnungsgemäß organisiert werden. Leider können wir bislang nicht erkennen, dass das Ministerium sich darum kümmert. Das ärgert mich gewaltig, denn wir übernehmen aus der Ukraine wöchentlich Verletzte, und ich sitze mit im Gremium, das diese Verletzten verteilt auf unser TraumaNetzwerk. Die werden schon lange nicht mehr in den Bundesländern verteilt,



Prof. Dr. Dietmar Pennig

© Interpress/Umanu

stattdessen greift das Kleeblatt-System plus (COVRIIN+). In dem Gremium sitzen Anästhesisten, Internisten, das Robert Koch-Institut (RKI) und neben mir noch zwei weitere Unfallchirurgen. Wir schauen uns die Verletzungsmuster an und entscheiden über die notwendigen Versorgungsstrukturen. Wir wissen also, was da auf uns zukommen könnte.

Der Befehlshaber des Sanitätsdienstes soll künftig nur bei Bedarf im Militärischen Führungsrat (MFR) vertreten sein.

Das sehe ich mit großer Sorge. Denn gehen wir mal zurück in die Historie, da hatten wir auch schon einmal die Situation, dass Nicht-Ärzte Ärzten Anweisungen gegeben haben; und Sie wollen sich gar nicht vorstellen, was damals alles passiert ist. Das ist immer noch nicht vollständig aufgearbeitet, aber an Fehlentwicklungen schwer zu überbieten. Also, Ärzte reden mit Ärzten, und Ärzte geben Ärzten Anweisungen, aber nie anders. Deshalb macht uns zivilen Medizinern die Umstrukturierung des Sanitätsdienstes große Sorgen.

Der Befehlshaber des Sanitätsdienstes soll aber bei einem Massenanfall von Verletzten das Sagen haben.

Aber mit welchen Instrumenten denn? Bleiben wir mal bei dem Szenario mit 1000 Verletzten pro Tag. So eine Konfrontation ist bei 700.000 Soldaten nicht nach einem Tag vorbei. Wir haben 1800 Betten in den fünf Bundeswehrkrankenhäusern in Deutschland, 2200 in den neun BG-Kliniken, wir haben 35.000 Betten im Sektor Orthopädie/

Unfallchirurgie in den 650 Trauma-Netzwerk-Kliniken. Sie können sich also lebhaft vorstellen, dass ein solcher Anfall von Verletzten alle Strukturen überfordert, wenn man eine solche Situation a) zuvor nicht geübt hat und b) wenn man keine Strukturen schafft, die eine übergeordnete zivil-militärische Kommunikation erlauben. Während wir bei den ukrainischen Kriegsverletzten noch die Ärzte des TraumaNetzwerks nach ihren Kapazitäten fragen können, das nennt man im System Pull, werden wir bei der Bündnis-/Landesverteidigung den Ärzten nur noch sagen können: Macht eure Betten frei, das nennt man dann: Push. Dafür braucht es eine Kommandostruktur, einen gemeinsamen Brückenkopf zwischen der zivilen und der militärischen Seite.

Sie sagten, die Bundeswehr müsse den Brückenkopf bereitstellen?

Das ist eine Aufgabe des Sanitätsdienstes, das sind unsere direkten Kontaktpersonen auf der militärischen Seite; und dann muss diese Struktur auch vertraglich angeflanscht werden an unser TraumaNetzwerk. Nachdem Russland in die Ukraine einmarschiert

ist, haben wir uns in wenigen Tagen per Videokonferenz zusammengeschaltet mit chefärztlichen und leitenden oberärztlichen Kollegen, um die Aufnahme von ukrainischen Kriegsverwundeten zu organisieren. Also von der zivilen Seite aus können wir das. Doch wenn man sich jetzt mal daran erinnert, dass es beim Militär schon problematisch ist, kompatible Funkgeräte für alle Fahrzeuge zu beschaffen, dann wissen Sie, wie sehr diese Strukturen der Anpassung bedürfen.

Aber hat die Bundeswehr Zeit für Umstrukturierung, wenn nach NATO-Analysen Russland 2029 NATO-Territorium angreifen kann?

Wir gehen davon aus, dass diese Wahrscheinlichkeit definitiv am Horizont steht, insbesondere bei der jetzigen Entwicklung mit schätzungsweise 10.000 nordkoreanischen Soldaten, die nun an der Seite Russlands gegen die Ukraine kämpfen sollen. Das macht uns Sorgen; wir zivilen Ärzte haben ja auch Familie und Kinder und wollen uns nicht fragen lassen: Warum habt ihr nicht rechtzeitig reagiert, ihr habt das doch alles kommen sehen?

Sind die zivilen Ärzte auf den Ernstfall vorbereitet?

In den Vereinigten Staaten rotieren pro Jahr staatlich finanziert 50.000 Ärzte aller Fachrichtungen in militärischen Krankenhäusern für sechs Monate; dann eignen sie sich auch eine gemeinsame Sprache an. Die Behandlungen von Kriegsverletzungen sind nun mal nicht vergleichbar mit der Behandlung stumpfer Traumata wie Auto- oder Fahrradunfälle oder Stürzen aus großer Höhe. Laut Bundesärztekammer-Statistik vom 31.12.2022 haben wir hierzulande insgesamt 161 Chirurgen im Sanitätsdienst, darunter 36 Orthopäden und Unfallchirurgen. Zum Vergleich: Die Franzosen haben mit einer ähnlichen Qualifikation im chirurgischen Sektor etwa 1000 Ärzte im Sanitätsdienst. Das heißt also, im Ernstfall werden wir sehr, sehr schnell zivile Chirurgen einsetzen müssen – wir trainieren sie aber bislang nicht. Wir haben Trainingssysteme, die wir laufen lassen könnten, die aber von den zivilen Krankenhäusern bezahlt werden müssten oder aber von den Chirurgen, die sich weiterbilden wollen. Es sind Kosten in sechsstelliger Höhe, wenn Sie einen Maximalversorger mit etwa 800–900 Betten einen Tag vom Netz nehmen. Doch ohne solche Trainings in zivilen und militärischen Einrichtungen gefährden wir unsere Bevölkerung, auch wenn der Staat das bislang nicht finanziert, obwohl er verantwortlich ist für die Daseinsvorsorge. Dass sich der Staat politisch vor allem mit sich selbst beschäftigt, das können wir in dieser Zeit nicht gebrauchen. Da brauchen wir eine klare Führung und klare Prioritäten. Und wenn die Bevölkerung nicht geschützt ist, ist alles vergebens.

Und Russland rüstet weiter auf.

Wenn ein Land wie Russland auf Kriegswirtschaft umstellt, und das geht jetzt schon seit anderthalb Jahren so, dann muss dieses Land irgendwann territoriale Gewinne seiner leidtragenden Bevölkerung präsentieren können, um diese Gleichung wieder glattziehen, ansonsten ist das eine Investition, die kein Return on Investment hat und an



Informationslehrrübung, Feldkirchen

© 2019 Bundeswehr/Patrick Günterich

„ENORM WICHTIG, DAS BEWUSSTSEIN IN DER BEVÖLKERUNG ZU SCHÄRFEN“

der man pleitegeht. Diese Situation macht es möglich, höchstwahrscheinlich nach einer kurzen Erholungsphase von drei, vier Jahren, dass die Aggression weitergeht, in Richtung baltische Staaten, in Richtung Polen. Sie brauchen nur auf die Parlamentswahl in Georgien schauen: Gewonnen haben soll die pro-russische Regierungspartei, die pro-

westliche Opposition spricht von Wahlbetrug – und der Kreml streitet jede Einmischung ab.

Wie sieht es mit Materialien aus? Sind die zivilen Kliniken für den Ernstfall ausgestattet?

In allen Bundeswehrkrankenhäusern, BG-Kliniken und TraumaNetzwerk-Kliniken haben wir eine Beschaffungssituation on demand. Das heißt, wir verbrauchen ein Implantat, der zuständige Bereich bestellt das bei der Industrie nach, und die liefert. Im Falle einer Konfrontation, über die wir jetzt reden, funktioniert das alles sehr schnell nicht mehr. Da brauchen Sie Materialien für den Notfall. Statt einer Hüftprothese brauchen Sie dann beispielsweise eher äußere Festhalter, Fixateur-Extern-Systeme zur Knochenbruchbehandlung und Notfallversorgung. Das müssen Sie als komplementäres System in den Krankenhäusern gelagert haben. Selbst eine große Klinik mit Zentralsterilisation wie unsere hier in

Köln ist wohl kaum in der Lage, solche Situationen aufzufangen, und auch eine Uniklinik ist dazu nicht in der Lage, selbst im Verbund nicht. Das heißt, wir brauchen zusätzliches Sterilgut für den Ernstfall, um Massenanfälle von Verletzten bewältigen zu können. Das Material muss vorher beschafft und eingelagert werden; das hat natürlich ein Verfallsdatum. Dieses zu ignorieren ist nicht legitim, in der Katastrophensituation würde man es wohl strecken müssen. Für ein Land wie Deutschland ist das allerdings nicht akzeptabel.

Wie lautet Ihre Botschaft?

In Bezug auf Putin: Mit dem Rücken zur Wand hat man schon so manche wahnwitzige Tat erlebt. Für uns ist es enorm wichtig, das Bewusstsein in der Bevölkerung zu schärfen, aber auch die Aufmerksamkeit der Politik zu erreichen. Wie gesagt, wir wollen uns nicht fragen lassen: Warum habt ihr nicht rechtzeitig reagiert? Das wäre eure Aufgabe gewesen. Das ist unsere Aufgabe.

Praxis digital und smart – mit charly family by rose

Anamnese. Aufklärung. Dokumente.
Factoring. Fragebögen. Controlling.

Die digitale Praxis mit der charly family: Unsere Lösungen machen Zahnarztpraxen digitaler und smarter: von der Patienten-Aufklärung bis zur Praxis-Analyse. Weniger Aufwand & Papier. Mehr Erfolg & Effizienz. Setzen Sie auf mehr Zeit für das Wesentliche!

Erfahren Sie mehr über charly family und die Partnerschaft mit rose.



rose x charly
by solutio

„Es ist nie so gekommen wie geplant“

Nachgefragt. Dr. Rüdiger Schott ist Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) und Oberstarzt der Reserve. Er fordert, den künftigen Chief Medical Officer in beratender Funktion in alle Gespräche im Militärischen Führungsrat einzubeziehen, „ansonsten geht es mit der Medizin in der Bundeswehr abwärts“.

INTERVIEW III: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG



Informationslehrübung, Feldkirchen

© 2018 Bundeswehr/Patrick Gutierrez

Dr. Schott, wie sind die Umstrukturierungspläne der Bundeswehr und damit auch die ihres Sanitätsdienstes einzuordnen unter dem Aspekt der von Bundesverteidigungsminister Boris Pistorius (SPD) geforderten „Wehrhaftigkeit“?

Der Aspekt der Wehrhaftigkeit setzt klare Strukturen voraus. Seit dem Verlust des Feindbildes durch die Wiedervereinigung 1989/90 hat man sich permanent mit sich selbst beschäftigt und vor allem die Bürokratie perfektioniert.

Was hat der Verlust des Feindbildes mit der Bürokratie zu tun?

Sie können sich gar nicht vorstellen, was es bedeutet, Innovationen bei der Bundeswehr voranzubringen. Die Bundeswehr würde den Nobelpreis für Bürokratie bekommen, wenn es ihn gäbe.

Deshalb wurde von Pistorius ja auch das Beschaffungswesen der Bundeswehr personell neu aufgestellt.

Ja, das Beschaffungsamt in Koblenz mit mehreren Tausend Mitarbeitern ist

„WEHRHAFTIGKEIT SETZT KLARE STRUKTUREN VORAU“

„Es wäre dringend nötig, Entscheidungen zu treffen, zumal sich um uns herum unheilige Allianzen auf tun. Da braut sich ein Cocktail zusammen, der für Europa nicht lustig ist.“

das Nadelöhr; deshalb dauert alles so lange. Pistorius hat das erkannt und möchte Konsequenzen ziehen; aber das wird zumindest in dieser Regierung nicht mehr passieren.

Bürokratische Hürden sind schlecht in Kriegszeiten.

Ja, zu Zeiten der Wiedervereinigung gab es keinen äußeren Druck zur Erledigung von Aufgaben; wir waren von Freunden umgeben.

... von Freunden umzingelt.

Das war genau der Punkt.

Das Kommando Sanitätsdienst soll künftig dem Unterstützungsbereich der Teilstreitkräfte zugeordnet werden; Generaloberstabsarzt Dr. Ralf Hoffmann ist nun Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes und Stellvertretender Befehlshaber des Unterstützungskommandos. Er soll 2025 zugleich Wehrmedizinischer Berater (Chief Medical Officer CMO) im Bundesverteidigungsministerium werden und „in rein sanitätsdienstlichen Einsätzen verbindliche Vorgaben für den übrigen Bereich der Bundeswehr machen“ können. Ist er also weisungsbefugt gegenüber den Teilstreitkräften im Ernstfall, wenn es um den Massenfall von Verletzten geht?

Zunächst einmal: Das fachliche Niveau des Sanitätsdienstes ist hervorragend. Auch gab es schon einmal einen Arzt im Verteidigungsministerium: Im Zuge der Corona-Pandemie wurde im Mai 2020 Generalstabsarzt Dr. Hans-Ulrich Holtherm geholt, der 2020 die Leitung als Kommandeur und ärztlicher Direktor über das Bundeswehrkrankenhaus in Ulm übernommen

hatte. Doch schon Ende 2021 wurde der gegenüber der EU als Chief Medical Officer benannte Holtherm wieder aus dem Ministerium entfernt, ihm das Kommando über die Sanitätsakademie der Bundeswehr übertragen. Zu Ihrer Frage der Weisungsbefugnis: Fachlich bezogen ist Generaloberstabsarzt Hoffmann dann weisungsbefugt. Doch das Papier, der Osnabrücker Erlass, auf den Sie sich hier beziehen, ist noch nicht endgültig verabschiedet. Aus meiner Sicht kann sich noch sehr viel ändern, zumal momentan keiner so recht Mut zu Veränderungen hat.

Wer hat keinen Mut zu Veränderungen?

Die Politik. Die Rolle des CMO müssen jetzt die Fachbereiche in der Bundeswehr auf allerhöchster Ebene entscheiden; da gilt es, nach ganz klaren Handlungsstrukturen vorzugehen, alles perfekt zu dokumentieren und die Kriterien des Qualitätsmanagements (QM) zu erfüllen. Mal schauen, was am Ende vom Osnabrücker Erlass übrigbleibt.

Der Verteidigungsminister beweist doch aber Mut zu Veränderungen; so hätte er einen Auswahlwehrdienst in Anlehnung an Schweden gerne eingeführt.

Ich habe den Eindruck, dass man den Verteidigungsminister wegen seiner Beliebtheit in der Bevölkerung bewusst ausbremst, damit er einem Kanzler Scholz nicht zu gefährlich werden kann. Dabei wäre es dringend nötig, Entscheidungen zu treffen, zumal sich um uns herum unheilige Allianzen auf tun; das demonstrierte gerade das Treffen der BRICS-Staaten, zu denen neben Brasilien, Russland, Indien, China, Südafrika nun unter anderen auch Iran gehört. Da braut sich ein Cocktail zusammen, der für Europa nicht lustig ist. Und Putin rüstet wahnsinnig auf, die Wirtschaft läuft deshalb so gut, weil die Rüstungsindustrie im Mittelpunkt steht.

Der Posten „nationale Verteidigung“ soll in Russland 2025 ein Drittel aller Ausgaben umfassen und mehr als 6 Prozent des BIP, schreibt die FAZ und beruft sich auf den Haushaltsentwurf.

Da sind wir weit von entfernt.



Dr. Rüdiger Schott

Während Deutschland seit 1953 überwiegend 3 Prozent seines BIP in Verteidigung investiert hatte, 1963 gar 4,9 Prozent, sinken die Ausgaben seit 1992. Selbst 2023 flossen nur 1,52 Prozent ins Militär. Indes, nach übereinstimmenden Medienberichten, fordert die NATO jetzt, wegen wachsender Spannungen im Verhältnis zu Russland solle Deutschland künftig eher 3 statt 2 Prozent seiner Wirtschaftsleistung für Verteidigung ausgeben.

Aber wo soll's denn herkommen? An den Zahlen zeigt sich im Vergleich aber auch, wie die Weltlage in der Vergangenheit beurteilt wurde. Die festgesetzte NATO-Quote wurde in den vergangenen 30 Jahren unterschritten, denn: Was soll schon passieren, wir haben ja keine Feinde mehr! Es geht aber nicht nur um kriegerische Auseinandersetzungen, es geht auch darum, dass man zum Beispiel die Bundeswehr bei Naturkatastrophen einsetzt. So haben wir zwar diese schönen guten alten Unimogs, die eine Wattiefe haben, die relativ gut ist, sodass sie auch durch Überschwemmungsgebiete kommen, aber wenn wir das alles ans Ausland verschenken, dann haben wir selbst natürlich nichts mehr. Klar müssen wir die Ukraine unterstützen, aber man muss auch überlegen, wie es um die eigene Sicherheit bestellt ist.

Zurück zum Sanitätsdienst. Steht an der Spitze immer ein Humanmediziner?

Das ist die größte Fachdisziplin; auch Hoffmann ist wieder Humanmediziner. Da kann man nur hoffen, dass die kleinen Disziplinen wie die Tiermedizin, die Pharmazie oder auch die

Zahnmedizin nicht ganz vergessen werden. Denn das ist die Gefahr, die Humanmedizin vergisst immer gerne die kleinen Teildisziplinen.

Sie meinen vor allem die strukturellen Disbalancen, die schon im Studium beginnen, wo „kleineren“ Fächern oftmals finanzielle Mittel zugunsten der Humanmedizin entzogen werden?

Ja. Zu hoffen bleibt auch, dass dem Sanitätsdienst eine bessere Verzahnung mit dem zivilen Gesundheitssystem gelingt, weil es dort Fachbereiche gibt, die die Bundeswehr nicht hat, die aber in ernsthaften Auseinandersetzungen gebraucht werden. Es gibt gut funktionierende Versuche in Westerstede und Ulm, die dringend gestärkt werden sollten.

Wie sehen diese Versuche aus?

An beiden Standorten gibt es eine intensive zivil-militärische Zusammenarbeit zwischen zivilem Krankenhaus und Bundeswehrkrankenhaus. In Ulm beispielsweise ist der Chef der Kieferchirurgie des Bundeswehrkrankenhauses gleichzeitig der Chef der Kieferchirurgie des Universitätsklinikums.

Auf diese zivil-militärische Verzahnung kommt es im Ernstfall an, sagt die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Solch eine zivil-militärische Verzahnung kann aber im Ernstfall nur funktionieren, wenn man sie zuvor geübt oder gelebt hat. Trainings gibt es schon, doch die DGOU fordert das jetzt in einer deutlich erhöhten Frequenz, was sinnvoll ist.

Doch braucht es für eine stärkere zivil-militärische Verzahnung auch einen Umbau der Bundeswehr?

(lacht) Wenn ich jetzt meine Glas- kugel dabei hätte, würde ich Ihnen das beantworten können. Wir wissen nur, dass in der Vergangenheit eine Reform die andere gejagt hat. Es ist nie so gekommen wie geplant. Man hat sich von einer Reform in die nächste gestürzt; und es schaut jetzt wieder so aus, dass operative Hektik gelebt wird, aber das Ergebnis? Fragezeichen.

Schon unter Bundesverteidigungsministerin Annegret Kramp-Karrenbauer (CDU) sollte die Bundeswehr neu strukturiert, ihr Sanitätsdienst als eigenständige Einheit aufgelöst werden. Schon damals warnten auch BZÄK/KZBV vor einem Qualitätsverlust. Droht der nun oder wird mit dem CMO alles gut?

Der Inspekteur des Sanitätsdienstes war in der Vergangenheit den Inspektoren der Teilstreitkräfte gleichgestellt; das ist jetzt nicht mehr der Fall. Und nur weil jemand im Ministerium verortet ist, ist das keine Garantie, dass die Medizin zielgerichtet geführt wird. Generalstabsarzt Holtherm wurde schnell wieder aus dem Verteidigungsministerium entfernt, obwohl er seinen Job gut gemacht hatte. Das sind Beliebigkeiten; Leute kann man dort schnell wieder aufs Abstellgleis schieben, die werden zum Spielball der Politik.

Der CMO soll vom Generalinspekteur künftig nur im Einzelfall in den Militärischen Führungsrat (MFR) einberufen werden.

Man kann nur hoffen, dass alle so clever sind, den CMO nicht nur in Stand-by zu belassen, sondern ihn ständig in beratender Funktion bei allen Gesprächen im MFR hinzuzuziehen, ansonsten geht es mit der Medizin in der Bundeswehr abwärts. Der CMO ist in alle Entscheidungen permanent einzu- binden, weil die medizinischen Belange bei allen Einsätzen zu berücksichtigen sind.

Bleibt die ärztliche Unabhängigkeit gewahrt?

Funktionieren wird das nur, wenn klare Kommandostrukturen vorgegeben sind, eine klare Befehlsstruktur mit klarer Kommunikation. Und das lässt sich momentan an den Plänen noch nicht ablesen.

Wird der Sanitätsdienst weiter eigenständig handeln können?

Wir hatten lange für den Zentralen Sanitätsdienst gekämpft – mit ganz klaren Strukturen. Und das haben wir nach vielen, vielen Jahren geschafft. 2001 war es uns endlich gelungen, die Eigenständigkeit des Sanitätsdienstes zu errei-

chen, erstklassig funktionierend und einsatzbewährt. Das hat man daran gemerkt, dass die ausländischen Streitkräfte uns um diesen Zentralen Sanitätsdienst beneidet haben, mit Ausnahme der Amerikaner, die sehr gut aufgestellt sind. Bei Auslandseinsätzen haben sich die Soldaten sehr gerne von deutschen Ärzten behandeln lassen, deren fachlicher Kompetenz sie bislang vertraut haben; doch das dürfte jetzt wieder infrage gestellt werden.

Wie lässt sich Personal gewinnen, wenn das Vertrauen geschmälert ist?

Die größte Gefahr besteht aus meiner Sicht darin, dass die Soldaten diese Umstrukturierungsprozesse kritisch betrachten und vielleicht zu dem Ergebnis kommen, dass eine optimale Versorgung vielleicht nicht mehr so optimal ist. Das wäre die größte Gefahr, dass Unsicherheit beim Personal erzeugt wird.

Wäre für die Bundeswehr nicht vieles wichtiger als eine Umstrukturierung? Zumal die Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages einen Modernisierungsbedarf von 300 Milliarden Euro ausmacht.

Das ist sicherlich noch sehr vorsichtig geschätzt angesichts der zu erneuernden Liegenschaften, des fehlenden Materials und Personals. Die Frage ist nur: Wo soll das Geld herkommen? So wurde großspurig ein Sondervermögen von 100 Milliarden Euro in den Raum gestellt, wobei das kein Vermögen ist, vielmehr Schulden. Zwar ist das Geld inzwischen verplant, doch Fähigkeitslücken, eklatante Ausstattungsmängel bleiben. Daran sieht man mal wieder, wie perfekt die Bürokratie arbeitet. Der Ukrainekrieg zeigt, jetzt muss man die Maske fallen lassen, jetzt kommt die Wahrheit zum Vorschein. Und die Politik trägt eine maßgebliche Schuld an dieser zurückliegenden, drei Jahrzehnte anhaltenden „Friedenssituation“. Denn mit Wattebällchen werfen lässt sich keine kriegerische Auseinandersetzung gewinnen. Der Laden wurde zu Tode gespart; ich kenne die Bundeswehr noch aus der Zeit vor der Grenzöffnung, da gab es noch genügend Material.

„LANGE FÜR ZENTRALEN SANITÄTS-DIENST GEKÄMPFT“



Oberstabsarzt bei der UN-Mission MINUSMA, Gao/Mali

Es soll auch technische Mängel geben.

Ja, ich erinnere mich an ein Gewehr, das wegen Überhitzung im Afghanistan-Einsatz nicht mehr zu gebrauchen war. Es gibt ein Lastenheft, in dem genau vermerkt ist, welche Eigenschaften ein Produkt haben muss; das zeigt, da ist im Planungsstadium etwas schiefgelaufen. Das kann dann auch nicht dem Rüstungshersteller in die Schuhe geschoben werden, denn die machen das, was ihnen vorgelegt wird. Das heißt, das Beschaffungsamt ist in die Verantwortung zu nehmen. So gesehen sind die 100 Milliarden Euro Sondervermögen ein Scherz, das reicht hinten und vorne nicht.

Rückblickend sagen viele, der Ukrainekrieg habe sich lange angekündigt. So sagte der ehemalige NATO-Generalsekretär Jens Stoltenberg in einem mit der FAZ geführten Interview an einem seiner letzten Amtstage im September: „Ich bedaure, dass die NATO-Verbündeten und die NATO selbst nicht mehr getan haben, um die Ukraine früher zu stärken. Wenn die Ukraine militärisch stärker gewesen wäre, wäre die Schwelle zum Angriff für Russland höher gewesen. Ob sie hoch genug gewesen wäre, ist unmöglich zu sagen.“

Man wollte selbst dann noch die Augen verschließen, als sich auf russischem Boden Tausende von Fahrzeugen Richtung Ukraine in Bewegung gesetzt haben. Wurde etwa geglaubt, dass Putin mit seiner Armee zum Kaffeetrinken nach Kiew fahren will?

Wie sollte austariert werden zwischen Sozial- und Militärausgaben?

Ich glaube, die Bevölkerung hat verstanden, dass es wichtig ist, eine Bundeswehr zu haben, die in der Lage ist, feindliche Angriffe abzuwehren. Auch die Politik denkt um, das zeigte etwa der CDU-Parteitag im Mai. Da sollte man auch mal wieder laut darüber nachdenken dürfen, ob die 2011 ausgesetzte Wehrpflicht nicht wieder eingeführt werden sollte. Aus meiner Sicht: ja. Zu achten ist auf die Wehrgerechtigkeit und die soziale Gerechtigkeit. Entsprechend der Dauer des Wehrdienstes könnte man für Männer und Frauen ein verpflichtendes soziales Jahr einführen, um etwa in der Pflege, im Krankenhaus Unterstützung zu erhalten. Eine solche Regelung wäre, wie ich meine, gerecht.

Dann würde es im zivil-militärischen Bereich personell mehr Unterstützung im Ernstfall geben.

Solch eine Regelung könnte Synergieeffekte auslösen, sodass zur Pflegekraft ausgebildete Menschen vielleicht dabeiblieben und sich der Personalmangel in diesem Bereich verringern ließe.

Denkbar wäre aber auch, dass eine Wehrpflicht zu der einen oder anderen zusätzlichen Bundeswehrkarriere beiträgt.

Die Politik müsste mutige Entscheidungen treffen, doch das war und ist schwierig unter einem entscheidungsschwachen Kanzler ohne Visionen für die Zukunft.

Generalleutnant André Bodemann sagte gegenüber der FAZ: „Wir werden uns im Falle eines Falles stark auf die Reserve abstützen müssen, und nun ist die Frage: Wie generieren wir Reserve?“ Was ist Ihr Selbstverständnis als Reservist?

Auch für die Reservisten gilt: Wir dienen Deutschland. Die Frage ist nur,

inwieweit die Politik in der Lage ist, genügend Reservisten zu rekrutieren, und wie man diese Aufgabe lukrativ gestaltet sowohl für die selbstständigen als auch für die angestellten Reservisten. Die Selbstständigen müssen finanzielle Verluste hinnehmen, da es nur eine sehr begrenzte Unterhaltssicherung gibt; zudem werden vorab Anfragen unter pekuniären Gesichtspunkten durchgeführt, damit der Reservist nicht zu teuer kommt. Und wenn Angestellte von ihren Firmen freigestellt werden sollen, dann muss man versuchen, diesen Firmen so wenig wie möglich Bürokratie zu bescheren. Nichtsdestotrotz werden die Reservisten aufgrund der geopolitischen Auseinandersetzungen künftig eine zentrale Bedeutung für die Bundeswehr haben.

Das wurde offensichtlich erkannt, zumindest theoretisch.

Das wurde eben nicht erkannt. So wurde zwar überlegt, ob man die Einsatzzeit für die Heilberufler verlängert, aber das hat man nicht auf den Weg gebracht. Selbst solche leichten Entscheidungen schafft Deutschland nicht. Ich bin persönlich betroffen und habe gedacht, meine Reservistenzeit würde noch zwei, drei Jahre verlängert; aber diese „schwerwiegende“ Entscheidung will man nicht fällen. So ist für mich am Ende dieses Jahres Schluss mit der Bundeswehr. Ich werde 65, und damit bin ich automatisch ausgemustert.

Trotz Personalmangels? Ein Beispiel lährender Bürokratie?

„Wenn ich nicht mehr weiterweiß, gründ‘ ich einen Arbeitskreis“ – und dann dauern Reformen weiterhin Jahrzehnte, ja.

Im kommenden Jahr beabsichtigt der DFZ, nach Abschluss der Umstrukturierung der Bundeswehr und ihres Zentralen Sanitätsdienstes über die Auswirkungen auf die Zahnmedizin zu berichten.

Redaktionsschluss dieser Titelstrecke: 25.11.2024.