

## **Zukünftiger Bedarf im Bereich Koordinierter Sanitätsdienst.**

**Gutachten von Prof. Dr. Thomas Zeltner zuhanden des Vorstehers des Eidgenössischen Departementes für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS).**

Bern, den 18. Dezember 2018

*Prof. Dr. Thomas Zeltner  
Gerechtigkeitsgasse 31  
CH 3011 Bern  
t.zelt@bluewin.ch*

## Inhaltsverzeichnis

1. Auftrag.....	3
2. Ausgangslage .....	4
2.1. Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen im Normalfall und in der Krise.....	4
2.1.1. Kantonale Verantwortlichkeiten.....	4
2.1.2. Primäre Bundeshoheiten .....	8
2.1.3. IVR, IVHSM und Koordinierter Sanitätsdienst (KSD) .....	9
2.1.4 Weitere Bundesbehörden .....	11
2.2. Koordinationsbemühungen im Gesundheitswesen: Entwicklung in den letzten 25 Jahren.....	12
3. Befolgung des Organisationsgrundsatz «Gleiche Verantwortlichkeiten im Normal- wie im Krisenfall».....	13
4. Verbesserungspotential am heutigen System der Krisenbewältigung im Gesundheitswesen.....	15
4.1. Stufe Gesundheitswesen Kantone.....	15
4.2. Zivilschutz .....	18
4.3. Armee.....	19
4.4. BABS / Bundesstab für Bevölkerungsschutz .....	20
4.5. Koordinierter Sanitätsdienst (KSD).....	21
5. Beantwortung Ihrer Fragen.....	27
6. Zusammenfassende Empfehlungen .....	32

## 1. Auftrag

Mit Datum vom 14. Mai 2018 hat der Vorsteher des VBS Herrn Prof. Dr. Thomas Zeltner den Auftrag erteilt zur Erstellung eines Gutachtens, das zum Ziel hat, konkrete Empfehlungen zu machen, wie der Bedarf und die Ressourcen des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD) in ein Gleichgewicht gebracht und damit die geforderten Leistungen erbracht werden können, wie die Zuständigkeiten, insbesondere bezüglich der Leitung des KSD geregelt werden sollten und welche Anpassungen organisatorischer oder rechtlicher Art es dazu braucht.

Folgende Fragen wurden im Mandat festgehalten:

- Wer hat heute welche Aufgaben, Zuständigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen (Infrastrukturen, Personal, Finanzen) im Sanitätsdienst (Armee, Zivilschutz, Koordinierter Sanitätsdienst) und wie sehen das Verhältnis und die Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren aus?
- Wie sind die heutigen Strukturen, Aufgaben und Zuständigkeiten im KSD geregelt und wie präsentiert sich die Ressourcenlage in diesem Bereich (Infrastrukturen, Personal, Finanzen)?
- Wie wird die heutige Doppelfunktion des Oberfeldarztes und des Beauftragten des Bundesrates für den KSD beurteilt?
- Welche Rolle und welchen Bedarf haben die Partner des KSD, namentlich die Kantone (inkl. Regierungskonferenz Militär, Zivilschutz und Feuerwehr sowie Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren), die Armee, das Bundesamt für Bevölkerungsschutzes, das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung, das Bundesamt für Gesundheit und das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen?

- Sind die heutigen Strukturen, Zuständigkeiten und Ressourcen richtig und genügend, um die vom KSD geforderten Leistungen – auch gegenüber den oben genannten Partnern – zu erbringen oder braucht es diesbezüglich Anpassungen?
- Falls es Anpassungen braucht, welche Massnahmen sind dafür nötig und auf welcher Ebene (organisatorisch, Verordnungen, Gesetze)?

## **2. Ausgangslage**

### **2.1. Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen im Normalfall und in der Krise**

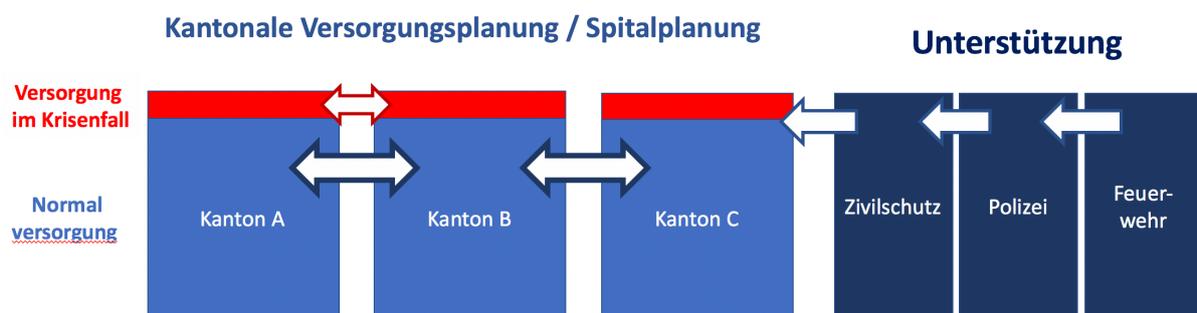
#### **2.1.1. Kantonale Verantwortlichkeiten**

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gehört in den Verantwortungsbereich der Kantone. Daran ändert auch der 2014 neu eingeführte BV Art. 117a<sup>1</sup> nichts. Die Kantone haben die Verpflichtung, eine ausreichende, der ganzen Bevölkerung zugängliche, medizinische Versorgung sicherzustellen. Die Verpflichtung umfasst sowohl die Versorgung in Friedenszeiten («Normalfall»), wie auch im Falle eines übermässigen Patientenanfalls (Krisenfall). Die Kantone sind im Weiteren aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verpflichtet, den Versorgungsauftrag möglichst wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen<sup>2</sup>. Sie haben sich in Bezug auf die Aufgabenerfüllung zu koordinieren und zusammen zu arbeiten. Dies erfolgt unter anderem über interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarungen, sowie interkantonale Koordinationsorgane und Konkordate. Besonders zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)<sup>3</sup>, die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)<sup>4</sup> sowie den Interverband für Rettungswesen (IVR)<sup>5</sup>. In den letzten Jahren ist ein zunehmender Ruf nach Bildung

von wenigen regionalen (d.h. überkantonalen) Versorgungsräumen laut geworden, um den Versorgungsauftrag effizienter erbringen zu können<sup>6</sup>. Die Regionalisierung ist ein fortschreitender, aber bei weitem noch nicht abgeschlossener Prozess. Er hat aber zum Beispiel zur Gründung von 4 regionalen Gesundheitsdirektorenkonferenzen geführt<sup>7</sup>.

Es gilt zu beachten, dass all diese Zusammenarbeit-Formen zwar oft (auch) eine technische Komponente enthalten, dass sie aber in einem hohen Masse von politischen Überlegungen beeinflusst und gesteuert werden. Als Beispiel seien die Beschlüsse im Bereich der hochspezialisierten Medizin erwähnt. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen haben regionalpolitische Überlegungen einen hohen Stellenwert. So wird jeweils sichergestellt, dass es zumindest ein Versorgungszentrum in der deutschen und eines in der Romandie gibt (auch wenn aus medizinischen Gründen ein einziges Zentrum für die ganze Schweiz genügen würde).

Insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung in bei Notfällen und bei Rettungsaktionen arbeiten die federführenden kantonalen Gesundheitsbehörden mit anderen kantonalen und regionalen Diensten zusammen wie Feuerwehr, Polizei, Rettungsdiensten und dem Zivilschutz. Bei Bedarf können sie auf die in allen Kantonen existierenden Kantonalen Führungsorganisationen (KFO) zurückgreifen. Und diese wiederum auf überregionale oder interkantonale Gremien (wie die Regierungskonferenz Militär, Zivilschutz und Feuerwehr).



Im Gesundheitswesen waren im Jahr 2016 435'100 Personen beschäftigt. Dieses verursachte Kosten von 80'709 Mio. CHF. Die Finanzierung wird zum grossen Teil von den privaten Haushalten mit 64% (davon 30% durch die obligatorische Krankenversicherung) sowie von der öffentlichen Hand mit 29% getragen.

Angehörige der Armee (AdA), die medizinisch versorgt werden müssen, werden in leichteren Fällen in den medizinischen Einrichtungen der Armee versorgt (Kostenaufwand 2017: 14.7 Mio CHF).

Patienten, die in Medizinischen Einrichtungen der Armee behandelt wurden (2017):

	Stationäre Patienten	Ambulante Konsult.	Ambulante Behandlungen.
2017	23'419	104'478	123'540

Quelle: Militärärztlicher Dienst, A Stab - Sanität

Bei schwerwiegenderen Erkrankungen und Unfällen werden AdA zur Versorgung an Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens überwiesen (Kostenaufwand 2017: 70.5 Mio CHF). Sie fallen damit (in Friedenszeiten) angesichts der Gesamtkosten von CHF 80 Mrd. finanziell kaum ins Gewicht, generieren sie doch nicht einmal 0.1% der Gesamtkosten im Gesundheitswesen.

Anders sieht es natürlich im Falle eines Konfliktes mit Einsatz von Armeekräften aus: ab Mobilmachung rechnet die NATO mit 1.03% Ausfällen pro Tag (disease and non battle injury DNBI) - also ohne Kampfhandlungen. Bei durchschnittlich 5 Hospitalisationstagen pro Patient wären demnach die militärischen Hospitalisationskapazitäten (bei einer angenommenen Mobilisationsgrösse von 55'000) nach 4 Tagen erschöpft und weitere verletzte oder kranke Angehörige der Armee müssten dem zivilen Gesundheitswesen übergeben werden<sup>8</sup>.

Die Kantone können bei Überlastung und bei Bedarf Ressourcen des Zivilschutzes aufbieten. Im Zusammenhang mit diesem Gutachten interessieren insbesondere die sanitätsdienstlichen Ressourcen.

- 1) Gemäss Information des BABS bestehen schweizweit (Stand Februar 2018) noch 94 geschützte Spitäler (GH) mit insgesamt 22'538 Patientenliegestellen (PatList), davon 39 «Aktive» (inklusive 7 GH mit Sonderstatus KSD) mit 7'812 PatList sowie 248 geschützte Sanitätsstellen (GST) mit insgesamt 28'558 PatList, davon 19 «Aktive» mit 3'398 PatList<sup>9</sup>. Bekanntlich sind deren baulicher Zustand, Ausrüstungsstand und deren Einsatzbereitschaft zu überprüfen und gegebenenfalls gemäss heutigen Anforderungen nachzurüsten. Abgestuft nach Finanzkraft der Kantone beteiligt sich der Bund mit Beiträgen zwischen 30 und 70% an den Erstellungs-, Erneuerungs- und Ausrüstungskosten dieser Anlagen. Insgesamt hat sich der Bund zwischen

2008 und 2017 mit CHF 16'916'646 an der Erneuerung oder Aufhebung von geschützten Sanitätsdienststellen und -Spitälern beteiligt (im Schnitt CHF 1'691'665 / Jahr)<sup>10</sup>.

2) Sanitätsdienstliches Personal des Zivilschutzes: solches wird nur noch in drei Kantonen ausgebildet, nachdem 2004 das schweizweite Obligatorium aufgehoben wurde.

Der Kanton Zug zum Beispiel verfügt aktuell über einen Sanitätszug mit 50 Angehörigen des Zivilschutzes (AdZS): 2 San Of; 4 San Uof, 44 San Sdt.

Der Sanitätszug:

- unterstützt bei Bedarf das Gesundheitswesen;
- stellt Transporthelferinnen und -helfer für das Gesundheitswesen mit Sanitätspersonal;
- stellt Sanitätspersonal für den Betrieb von Sanitätsstellen, Impf- und Isolationszentren;
- stellt den Sanitätsdienst innerhalb der ZSO sicher.

Da der Sanitätssoldat keine eigentliche Grundfunktion des Zivilschutzes ist, erfolgt die Ausbildung gemäss den Grundlagen des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetz (BZG): 2 Wochen Grundausbildung, danach jährlich 2-tägige Ausbildungskurse. In der Rekrutenschule werden die AdZS angefragt, ob sie an einer Ausbildung zum Sanitätssoldaten interessiert sind. Um den Bestand von 50 Sanitätssoldaten sicherzustellen, werden bei einem Dienstalder vom 20. - 36. Altersjahr ca. 4 - 5 AdZS pro Jahr benötigt, welche sich zum Sanitätssoldaten ausbilden lassen<sup>11</sup>.

Gemäss Auskunft des Kantonsarztes Zug hat sich die so gestaltete Ausbildung von Sanitätspersonal bewährt.

Schliesslich besteht für die Kantone die Möglichkeit Unterstützung des Bundes (Armee / KSD) anzufordern. Im Bereich des Sanitätsdienstes stehen hierfür zurzeit eine Kapazität von 800 Spitalbetten zur Verfügung (im Militärspital Einsiedeln und den 7 KDS Spitälern Burgdorf, Chur, Herisau, Lugano, Neuchâtel, Sierre und Stans).

Im äussersten Fall könnten gemäss Beauftragtem für den KDS zudem folgende zusätzlichen Mittel bereitgestellt werden<sup>12</sup>:

- 1'242 Betten in den 6 Medizinischen Zentren der Regionen (MZR, 300 sofort, 621 in 4h, 1'242 in 12h), Miliz-Personal in 24h
- 600 Betten in Rekrutierungszentren
- 46 San Hist (2 in 6h, 30 in 24h, 16 später),  
460 Trauma-Rea und 1'380 Notfall Pat / Tag
- oder 298 Impfmodule  
= 125'160 Impfungen / Tag
- Transportkapazität (60km / 24h)

Trsp	Spit Bat 24h	San Sup Bat 1w	San Kp 24h	San Pz 1w	Total
liegend	384	864	1'600	768	3'616
sitzend	1'152	2'292	4'800	2'304	10'548

## 2.1.2. Primäre Bundeshoheiten

In wenigen Bereichen besteht eine primäre Verantwortung bzw. Mitverantwortung des Bundes bei der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Gesundheitsrisiken:

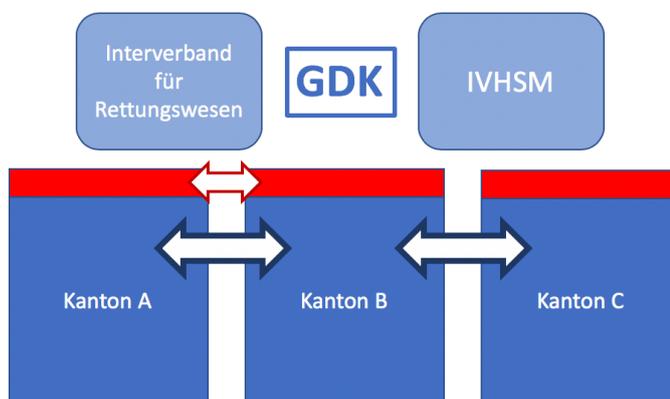
- 1) Bei offensichtlich Bevölkerungsschutz-relevanten Ereignissen. Das Bundesgesetz über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz (BZG von 2004) regelt im Art. 5 Absatz 1, dass im Einvernehmen mit den Kantonen der Bund die Koordination und allenfalls die Führung bei Ereignissen übernehmen kann, welche mehrere Kantone, das ganze Land oder das grenznahe Ausland betreffen. Typisches Beispiel mag ein Erdbeben mit zahlreichen Verletzten und Toten sein.

Auch der Schutz der Bevölkerung gegen ABC-Gefährdungen ist eine typische gemeinsame Aufgabe von Bund und Kantonen und wird im zivilen wie im militärischen Bereich vorbereitet<sup>13</sup>. Die Zuständigkeiten sind im Wesentlichen durch die Art der Bedrohung und die Eskalationsstufe gegeben.

- 2) Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten. Artikel 4 des seit 2012 gültigen Epidemiengesetzes (EpG)<sup>14</sup> legt fest, dass der Bundesrat unter Einbezug der Kantone die Ziele und Strategien der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten festlegt. Zu diesem Zweck erarbeitet das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter Einbezug der Kantone themenspezifische nationale Programme zur Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten.

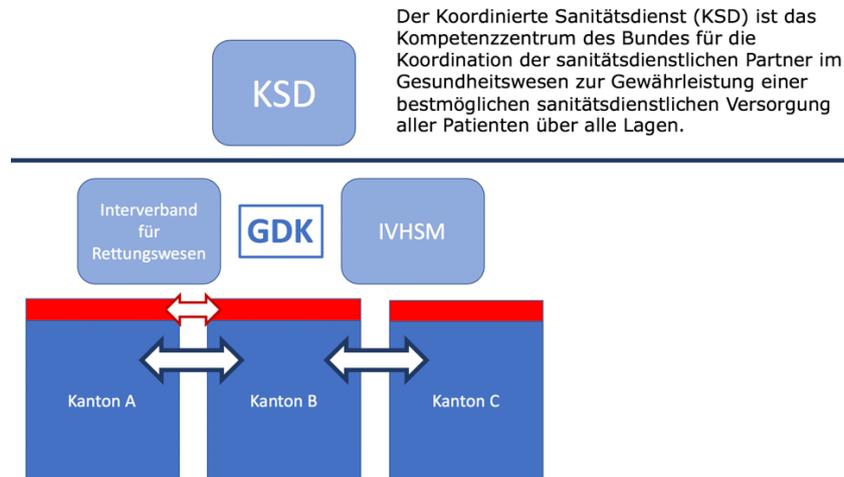
### 2.1.3. IVR, IVHSM und Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)

Wie in Paragraphen 1.1.1. aufgeführt haben die Kantone im Gesundheitsbereich in den vergangenen Jahren eigene Koordinationsstrukturen aufgebaut, insbesondere das Zentralsekretariat der GDK sowie den Interverband für Rettungswesen (IVR) und die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM).



Diese werden ergänzt durch und stehen zugleich in einem gewissen Spannungsfeld zum KSD des Bundes, dessen Aufgaben in der Verordnung über den koordinierten Sanitätsdienst vom 27.04.2005 festgelegt sind. Gemäss Artikel 1 dieser Verordnung besteht die Aufgabe des KSD in der Sicherstellung der stufengerechten Koordination des Einsatzes und der Nutzung der personellen, materiellen und einrichtungsmässigen Mittel der zivilen und militärischen Stellen, die mit der Planung, Vorbereitung und Durchführung von sanitätsdienstlichen Massnahmen beauftragt

sind (KSD-Partner), wobei die Zuständigkeiten der einzelnen KSD-Partner vorbehalten bleiben.



Als seine Kernaufgaben hat der KSD für sich vier Felder definiert: Vernetzen, Leisten, Bilden, Konzipieren<sup>15</sup>. Als illustrative Beispiele für Aufgaben des KSD werden aufgeführt:

- Schweizweite Konzepte und Guidelines erstellen, Massnahmen umsetzen  
→ z.B. Dekontaminationsrichtlinien;
- Gesamtübersicht zu Aufnahmekapazitäten von Spitälern erstellen;
- Allgemein gültige Instrumente für Kader erstellen  
→ z.B. Katastrophenpläne;
- Massenanfall von Patienten bewältigen  
(physisch/psychisch);

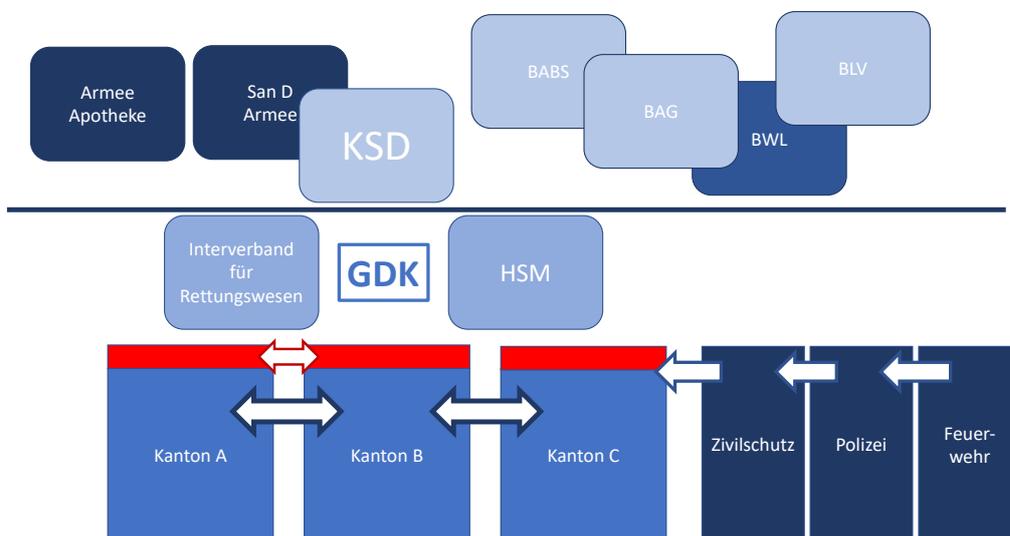
Der KSD erstellt einen Jahresbericht, in welchem die Fortschritte in den laufenden Projekten und Aktivitäten dargelegt werden (allerdings ohne Jahresrechnung und Budget). Zur Erfüllung seiner Aufgaben stehen der Geschäftsstelle des KSD 5 Vollzeit-Personaleinheiten und ein Jahresbudget von CHF 1.8 Mio. (2017) zur Verfügung. Dazu kommen die Betriebskosten für das Informations- und Einsatzsystem IES von CHF 1.2 Mio., an welchem sich die Kantone/Dritte jährlich mit rund CHF 0.4 Mio beteiligen (Kooperationsverträge).

Der KSD wird in seinen Aufgaben unterstützt durch das SANKO<sup>16</sup>, die Leitungskonferenz KSD, sowie ständige und nicht-ständige Fachgruppen.

## 2.1.4 Weitere Bundesbehörden

Auf Stufe Bund sind weitere Verwaltungseinheiten mit Aufgaben im Zusammenhang mit der Vorbeugung, Planung, Bewältigung und Koordination von gesundheitlichen Krisenlagen betraut, unter anderem die Armeeapotheke, der Sanitätsdienst der Armee sowie die Bundesämter für Bevölkerungsschutz (BABS), Gesundheit (BAG), Wirtschaftliche Landesvorsorge (BWL) sowie Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV).

Dem BABS obliegt zudem die Verantwortung der Koordination aller Akteure. Es nimmt diese Verantwortung über den Bundesstab für Bevölkerungsschutz wahr. Das BABS zeichnet auch verantwortlich für die Erarbeitung und Publikation der Dokumentation «Katastrophen und Notlagen Schweiz (2015)<sup>17</sup>.



## 2.2. Koordinationsbemühungen im Gesundheitswesen: Entwicklung in den letzten 25 Jahren

Zum Verständnis der heutigen Situation und Problemlage ist ein Blick in die jüngere Vergangenheit hilfreich.

Sie belegt 2 Entwicklungen:

1) Verstärkte Zusammenarbeit der Kantone und interkantonale Koordination.

Nicht zuletzt aufgrund des steigenden Kostendrucks auf die Gesundheitsversorgung und zur Qualitätsförderung sahen sich die Kantone veranlasst ihre Zusammenarbeitsplattformen auszubauen und neue zu schaffen. Besondere Bedeutung kommt hier den durch Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ausgelösten Anforderungen zu überkantonalen Planung<sup>18</sup>, Zusammenarbeit und Finanzierung im Spitalsektor zu<sup>19</sup>. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz baute in der Folge ihr Zentralsekretariat aus und schuf ein interkantonales Konkordat zur Koordination der hochspezialisierten Medizin. Ein Indikator dafür ist auch das Jahresbudget der Konferenz: war es im 2009 noch bei CHF 2.5 Mio / Jahr, stieg es im 2017 auf CHF 4.5 Mio. Die GDK besitzt heute ein hochprofessionelles Sekretariat. Die Notwendigkeit der regionalen Zusammenarbeit hat auch die Entstehung und Festigung von regionalen Koordinationsgremien gefördert. Insgesamt hat die Entwicklung zu einem Zusammenwachsen der Kantone geführt. Der Zusammenschluss aller Kantonalen Regierungskonferenzen im Haus der Kantone hat diesem Prozess weiteren Schub gegeben.

2) Zunehmender Abstand zu den Bundesinstanzen, insbesondere dem KSD

Über lange Jahre waren eine Serie von Bundesvertretern als ständige Gäste im Vorstand der GDK vertreten, unter anderem auch der Oberfeldarzt<sup>20</sup>. Er und der Direktor des BAG waren ursprünglich auch stimmberechtigt. Dies wurde ihnen im Zusammenhang mit späteren Reorganisationen entzogen. 2004 wurde der Oberfeldarzt, bzw. der Beauftragte für den KSD aus dem Vorstand ausgeschlossen<sup>21</sup> und ist seither «nur» noch als ständiger Gast bei

der jährlich stattfindenden Plenarversammlung der GDK willkommen. In der aktuellen Liste der Mitglieder der GDK-Organe und -Delegationen<sup>22</sup> (Stand September 2018) fehlt allerdings sein Name in der Liste der ständigen Gäste.

Aufgrund seiner Funktion hat der Beauftragte für den KSD auch um Mitgliedschaft (als ständiger Gast) im Beschlussorgan der Hochspezialisierten Medizin gebeten. Diesem Wunsch wurde (bislang) nicht entsprochen

Der Direktor des BAG ist aufgrund seiner Verantwortung im Zusammenhang mit dem KVG weiterhin regelmässig an die Vorstandssitzungen der GDK eingeladen und als ständiger Gast bei der Plenarversammlung sowie des Beschlussorgans der Hochspezialisierten Medizin aufgeführt.

Die beschriebene Entwicklung hat dazu geführt, dass der ursprünglich recht intensive und regelmässige Kontakt zwischen den kantonalen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen und dem Oberfeldarzt / Beauftragten KSD einem zwar freundlichen und respektvollen, aber distanzierteren Verhältnis gewichen ist, was sich auch auf deren Verständnis und Support für den KSD auswirkt.

### **3. Befolgung des Organisationsgrundsatz «Gleiche Verantwortlichkeiten im Normal- wie im Krisenfall»**

Es ist ein allgemein anerkannter Grundsatz des Krisenmanagements, dass die Bewältigung einer Krise leichter gelingt, wenn die in der Krisenbewältigung geforderten Instanzen sich aus der Zusammenarbeit im Alltag kennen und vertrauen. Jeder Stabwechsel von der Führung im Alltag zu einer Führung in einer Krisensituation führt zu Reibungsverlusten und sollte idealerweise vermieden werden. Die föderale Struktur der Schweiz und die vorgesehenen Eskalationsstufen (besondere und ausserordentliche Lage) erlauben es allerdings nicht, diesem Grundsatz stets nachzuleben. Damit bleibt einzig die Möglichkeit, die Schwächen, die sich daraus ergeben, zu minimieren. Eine Möglichkeit ist, sich im Rahmen von Übungen näher zu kommen; eine andere, im Rahmen des Alltagsgeschäfts Raum und

Möglichkeiten zur gegenseitigen Zusammenarbeit und Vertrauensbildung zu schaffen und auszubauen.

Die gleiche Frage stellt sich auch in Bezug auf die Verantwortlichkeit zur Koordination der verschiedenen Akteure. Idealerweise würde diese Aufgabe im Konsens von einer der führungsverantwortlichen Instanzen wahrgenommen<sup>23</sup> und nicht von einer dritten, nicht mit Führungsverantwortung ausgestatteten Instanz.

Die Verordnung des KSD (VKSD) beschreibt in Artikel 1 die Problematik treffend, ohne allerdings das Dilemma zu lösen:

*Artikel 1: Koordinierter Sanitätsdienst*

*1 Aufgabe des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD) ist die stufengerechte Koordination des Einsatzes und der Nutzung der personellen, materiellen und einrichtungsmässigen Mittel der zivilen und militärischen Stellen, die mit der Planung, Vorbereitung und Durchführung von sanitätsdienstlichen Massnahmen beauftragt sind (KSD-Partner).*

*2 Die Zuständigkeiten der einzelnen KSD-Partner bleiben vorbehalten.*

*3 Ziel der Koordination ist die Gewährleistung einer bestmöglichen sanitätsdienstlichen Versorgung aller Patienten in allen Lagen.*

Es ist zu beachten, dass das Mandat des KSD gemäss Artikel 1 VKSD nicht nur die Koordination der Partner im Falle von besonderen und ausserordentlichen Lagen beinhaltet, sondern auch im Alltag, d.h. in der ordentlichen / normalen Situation. Wichtig ist schliesslich die Feststellung, dass es sich bei der Mehrzahl der zu koordinierenden Partnern um politische Akteure handelt, die entsprechend handeln und deren Entscheide von politischen Überlegungen geprägt sind. Und schliesslich, dass die überwiegende Zahl der zu koordinierenden Partnern aus dem zivilen Sektor stammen und nur wenige aus dem Bereich der Armee<sup>24</sup>.

Die untenstehenden Vorschläge und Empfehlungen zielen drauf hin, die sich aus dieser Problematik ergebenden Schwierigkeiten zu reduzieren.

## 4. Verbesserungspotential am heutigen System der Krisenbewältigung im Gesundheitswesen

Selbstverständlich hat das heutige System der sanitätsdienstlichen Versorgung viele Stärken. Diese sollen hier nicht ausführlich besprochen werden. Der Fokus der folgenden Ausführungen konzentriert sich vielmehr auf Gebiete, wo Verbesserungspotential besteht.

### 4.1. Stufe Gesundheitswesen Kantone

4.1.1. Es ist unbestritten, dass die Kantone einzeln und im Verbund die primäre Verantwortung zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Bevölkerung in Normallagen, aber auch in besonderen und ausserordentlichen Lagen haben. Sie müssten diesem Sachverhalt zum Beispiel bei der Erstellung der kantonalen Spitalplanungen Rechnung tragen und personelle und strukturelle Reservekapazitäten für Notlagen miteinplanen. Ein Blick in die kantonalen Spitalplanungsunterlagen zeigt allerdings, dass dies heute nicht ausreichend der Fall ist. Die typische Formulierung, die sich in vielen kantonalen Spitallisten findet, ist diejenige des Kantons Bern:

*Die Spitalliste des Kantons Bern dient der Zulassung von Spitälern zur stationären Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Grundversicherung. Auf der Spitalliste sichert der Kanton das bedarfsnotwendige inner- und ausserkantonale Angebot für die Versorgung der Wohnbevölkerung des Kantons Bern.*

Ein «bedarfsnotwendiges inner- und ausserkantonaies Angebot» müsste in einem vernünftigen Mass auch den Bedarf in Notfallsituationen abdecken. Dies wird im Fachjargon als «Surge Capacity»<sup>25</sup> bezeichnet. Allerdings besteht kein solider, national oder international getragener Konsens wie gross die «Surge Capacity» sein müsste. Das Department of Homeland Security (USA) zum Beispiel empfiehlt als Richtwert zur Bewältigung von Epidemien eine Zusatzkapazität von 500 Betten / 1 Mio Einwohner und von 50 Betten / 1 Mio Einwohner für nicht-infektiöse Notfallsituationen.

Für die Schweiz würde dies eine Zusatzkapazität von rund 4250 Betten (bzw. 425) auf 8.5 Mio. Einwohner oder ca. + 11% bedeuten (aktueller Bettenbestand in der Schweiz: rund 38'000). Die NATO empfiehlt ihren Mitgliedsstaaten eine zusätzliche Kapazität für 1000 Patienten<sup>26</sup> bereit zu stellen, unabhängig der Grösse des Mitgliedstaates<sup>27</sup>.

Für die schweizerische Spitalplanung scheint damit ein Zusatzbedarf von total 4250 Betten<sup>28</sup> eine realistische Planzahl. Die zusätzlich notwendige Infrastruktur ist die eine Seite der Frage, die andere, mindestens ebenso schwierige: wo und mit welchem Personal kann ein solcher Massenansturm bewältigt werden. Und schliesslich: wer kommt für die Kosten auf, die diese Planung auslöst.

Gespräche mit Vertretern der Kantone dokumentieren, dass das Bewusstsein in den Kantonen wächst, dass hier kantonaler und interkantonaler Handlungsbedarf besteht und dass eine zukünftige integrale Spitalplanung diese Aspekte abdecken müsste. Sie erfordert auch eine intensiviertere regionale Zusammenarbeit. Eine Verlegung von Patienten in Spitälern eines Nachbarkantons wird häufig als zweckmässiger beurteilt, als die Inbetriebnahme von Sanitätsanlagen des Zivilschutzes oder allenfalls der Armee. Diese müssten vor Betriebsaufnahme erst personell bestückt werden, Personal, das dann allerdings in den zivilen Spitälern fehlt. Die Frage ist aktuell auch Gegenstand von Diskussionen zwischen der GDK und dem KSD<sup>29</sup>.

4.1.2. Die Schweiz ist in Bezug auf die stete und ununterbrochene Versorgung mit medizinischen Gütern (Medikamente, Medizinprodukte, Labormaterialien) in sehr hohem Masse auslandabhängig. Versorgungsengpässe sind deshalb häufig und zu einem wachsenden Problem geworden. Das Bundesamt für Wirtschaftliche Landesversorgung hat als eine der Massnahmen zur Risikoreduktion die Kantone aufgefordert, in ihren Gesundheitseinrichtungen einen Minimalstock an Medikamenten, Medizinprodukten und Labormaterialien zu lagern. Die Kantone haben diese Forderung bislang nicht oder nur unvollständig umgesetzt. Auch hier wäre die zweckmässigste Lösung, dieses Anliegen in die Leistungsvereinbarung der Kantone mit den Spitälern aufzunehmen.

4.1.3. Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1.1.2009 die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Für die hochspezialisierte Medizin gibt es somit anstelle von 26 kantonalen Planungen nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung. Auch diese Planung berücksichtigt den erhöhten Bedarf, der sich bei Notfallsituationen oder Katastrophen ergeben könnte, nicht oder zu wenig; ein Sachverhalt, den der Beauftragte für den KSD verschiedentlich bei der GDK angemahnt hat.

4.1.4. In der Schweiz werden in den kommenden Jahren rund 70 Spitäler neu gebaut oder substantiell umgebaut. Das totale Bauvolumen wird auf 20 Milliarden CHF geschätzt<sup>30</sup>. Es wäre höchst sinnvoll, im Rahmen dieser Bauprojekte die zusätzlichen Bedürfnisse für Notlagen/Katastrophen mit zu berücksichtigen und in die Auftragserteilung aufzunehmen. Soweit ermittelbar, ist dies zurzeit nicht der Fall.

4.1.5 Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass sich im Falle einer Krise oder einer Katstrophe sehr viele nicht mehr oder nur teils berufstätige Gesundheitsfachleute ihre Hilfe anbieten<sup>31</sup>. Es muss auf lokaler Ebene oder Stufe Kanton geklärt und organisiert werden, an wen sich diese Personen wenden können, schon nur zur Verhinderung, dass sie zu weiterem Chaos beitragen.

Die beschriebenen Problemstellungen konnten mit dem Präsidenten der GDK andiskutiert werden; es versteht sich, dass er dazu im Detail nicht Stellung nehmen wollte, aber Bereitschaft signalisierte, die Thematik bei Gelegenheit auf Stufe der GDK aufzunehmen.

## 4.2. Zivilschutz

4.2.1. Infrastrukturen: Der Zivilschutz trägt einen grossen Ballast an sanitätsdienstlichen Infrastrukturen aus der Vergangenheit mit sich, deren Zustand und Verwendbarkeit einer Überprüfung bedürfen und die alleine beim Bund laufende jährliche Kosten von rund CHF 1.7 Mio. verursachen.

Zudem besteht Bedarf nach einer strategischen Diskussion, welche Bedeutung diesen Infrastrukturen in Zukunft zukommen soll. Die jetzige Vorgabe, wonach für 0.6 bis maximal 0.8% der Bevölkerung geschützte Patientenplätze bereitgestellt werden müssen, ist zu überprüfen.

Die Kantone fordern bekanntlich eine solche Überprüfung und im BABS ist ein entsprechender Projektantrag in der Pipeline<sup>32</sup>. Nach meinem Verständnis muss es in einem ersten Schritt darum gehen, eine detaillierte Auslegeordnung des ganzen Fragekomplexes zu machen und anschliessend die verschiedenen Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit dem zukünftigen Infrastrukturbedarf im Zivilschutz stellen, in Einzelprojekte aufzugliedern und die entsprechenden Projektorganisationen aufzugleisen. Im Bereich der sanitätsdienstlichen Infrastrukturen müssen schon in der Phase der Auslegeordnung wie auch bei der Erstellung der entsprechenden Projektorganisation neben dem Zivilschutz und dem KSD die Gesundheitsdirektoren prominent (wenn nicht federführend) vertreten sein. Die Fragestellung des Bedarfs an geschützten Infrastrukturen hat einen unmittelbaren Bezug zur Frage der Weiterentwicklung der regionalen und schweizweiten Spitalplanung (vgl. Abschnitte 4.1.1 – 4.1.4 (obenstehend) sowie Abschnitt 5.5) und ist mit dieser zu koordinieren, wenn nicht gar zusammen zu legen.

4.2.2. Medizinisches Personal: Hier stellen sich zwei Fragen:

a) mit welchem Personal und in welchen Lagen sollen die unter 4.2.1. erwähnten Infrastrukturen betrieben werden?

Die Vorstellung, dass dazu ärztliches und nicht-ärztliches Personal aus dem Zivissektor abgezogen wird, wird von vielen Verantwortlichen in den Kantonen

wegen des damit verbundenen Effizienzverlustes im Gesamtsystem mit einem grossen Fragezeichen versehen. Zugleich macht es keinen Sinn, Infrastrukturen betriebsbereit aufzurüsten, ohne zu klären, mit welchem Personal diese betrieben werden können. Konsens besteht darüber, dass der kritische Faktor bei der Problemlösung die Personal- und nicht die Infrastrukturfrage ist.

b) Unabhängig des Einsatzes in den sanitätsdienstlichen Infrastrukturen des Zivilschutzes ist die Frage zu klären, ob der Zivilschutz wieder Sanitätspersonal ausbilden soll.

Nur 3 Kantone tun dies bekanntlich noch. Sie ziehen in meinen Gesprächen dazu eine positive Bilanz. Im Zusammenhang mit der Revision des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG) stehen zwei Konzepte im Raum: eine «Kurzausbildung» von 10-19 Tagen oder eine «Spezialisten-Ausbildung» von bis zu maximal 54 Tagen. Dazu müsste allerdings das BZG angepasst werden<sup>33</sup>.

Aus meiner Sicht kann die Beantwortung dieser Frage in der Hoheit der Kantone belassen werden. D.h. Kantone, die dies wünschen, sollen weiterhin Sanitätspersonal im Zivilschutz ausbilden können, andere sollen dazu jedoch nicht verpflichtet werden. Der Bund kann (in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Roten Kreuz, der nationale Expertenorganisation zur Ausbildung von Gesundheitspersonal dieser Qualifikation) die Kantone allenfalls mit einheitlichen nationalen Ausbildungsunterlagen unterstützen.

### **4.3. Armee**

4.3.1. Anstehend ist die Klärung der Frage der Weiternutzung des Militärspitals Einsiedeln. Dazu haben die Immobilien Verteidigung (ImmoV) des Armee Stabes vor kurzem ein Projekt gestartet. Das Ergebnis dieses Projektes gilt es abzuwarten. Im Zusammenhang mit der Fragestellung dieses Gutachtens sind 2 Punkte von Relevanz:

a) hat das Militärspital auch in Zukunft eine Funktion für das zivile Gesundheitssystem bzw. im Rahmen der subsidiären Unterstützung der Armee zugunsten der Zivilbevölkerung?

b) Welchen Einfluss hätte der Entscheid der Schliessung dieser Anlage auf die stationäre Behandlung von Angehörigen der Armee im zivilen Gesundheitswesen?

Ohne dem Ergebnis der Abklärungen der Projektgruppe vorgreifen zu wollen, scheint mir das Weiterbehalten einer (einzigen) militärischen Einrichtung zu Ausbildungszwecken für Armeeangehörige sinnvoll.

4.3.2. Braucht es eine gesetzliche Verankerung des Grundsatzes wonach das zivile Gesundheitssystem Angehörigen der Armee (in allen Lagen) zu übernehmen hat, welche ihm zur Versorgung überwiesen werden? Die Antwort ist ein klares Ja, wobei zurzeit keine besondere Dringlichkeit der Regelung dieser Frage besteht.

#### **4.4. BABS / Bundesstab für Bevölkerungsschutz**

4.4.1. Wissenschaftliche Robustheit der Berichte «Nationale Gefährdungsanalyse - Gefährdungsdossiers».

Als konkretisierende Ausführungen zum Bericht «Katastrophen und Notlagen 2015» publiziert das BABS Gefährdungsdossiers zu den 33 als relevant eingestuftten Ereignissen. Die Dossiers werden jeweils von Experten aus verschiedenen Fachbereichen erstellt. Sie haben für die weiteren Umsetzungsarbeiten auf allen Stufen grosse Relevanz. Um jede Diskussion über deren wissenschaftliche Robustheit aus dem Wege zu räumen und zur Qualitätskontrolle scheint es angebracht, diese Dossiers (analog einer wissenschaftlichen Publikation) zusätzlich einem externen Peer-Review

Prozess<sup>34</sup> (Begutachtung durch externe unabhängige Gutachter) zu unterziehen.

#### 4.4.2. Abläufe beim Ersuchen um militärische Unterstützung.

Eine der in der «Strategischen Führungsübung 2017 (SFU 17)» festgestellten Schwachstellen betraf die unklaren Verfahrenswege beim Ersuchen um militärische Unterstützung durch Partner des KSD. Die im Zusammenhang mit diesem Gutachtensauftrag geführten Gespräche bestätigen diesen Sachverhalt. Mit Bundesratsbeschluss vom 9.05.2018 wurde das VBS beauftragt die Abläufe bis Ende 2018 zu klären. Pro memoria sei hier auf diese Pendezenz hingewiesen.

### **4.5. Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)**

#### 4.5.1. Prozess der Prioritätensetzung des KSD.

Artikel 1 der Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst (VKSD) formuliert eine relativ abstrakte und allgemeine Aufgabenstellung und Zielsetzung für den KSD. Artikel 4 der VKSD schliesslich umschreibt das Aufgabenspektrum des Beauftragten des KSD. Auch dieses ist sehr weit und konkretisierungsbedürftig. Mit der Festlegung von 4 strategischen Schwerpunkten (Vernetzen, Leisten, Bilden, Konzipieren) und deren Konkretisierung im Rahmen von Jahreszielen, Definition von Einzelprojekten und Produkten bemüht sich der KSD das breite mögliche Aufgabenspektrum auf eine realistische Ebene hinunter zu brechen, welche auch Rücksicht nimmt auf die beschränkte Ressourcenlage des KSD. Aufgrund dieser Ausgangslage ist es besonders wichtig, dass der KSD sein Aktivitätsspektrum möglichst genau auf die Bedürfnisse seiner Kunden (konkret der Partner) ausrichtet. Der KSD verfügt über 2 Plattformen (Leitungskonferenz KSD und SANKO), die im Grundsatz diese Aufgabe wahrnehmen könnten. Beide

wurden in der Vergangenheit allerdings mehr als Informationsplattformen denn als Partner zur aktiven Mitgestaltung der Prioritäten des KSD beigezogen.

#### 4.5.2. Ferne zu den Führungsverantwortlichen im Gesundheitswesen.

Wie in Abschnitt 1.2 dargelegt, hat die organisatorische Weiterentwicklung der GDK dazu geführt, dass der Beauftragte des Bunderates für den KSD nicht mehr die gleiche Nähe zum innersten Zirkel der Entscheidungsträger hat wie in der Vergangenheit. Es handelt sich dabei aus meiner Warte nicht um einen proaktiven und bewussten Ausschluss des Oberfeldarztes und Beauftragten für den KSD, sondern vielmehr um eine ungewollte Nebenwirkung (siehe John Sterman: «unintended side effect»<sup>35</sup>) von Reformschritten mit anderen Zielsetzungen. Das Resultat bleibt jedoch das gleiche: es ist eine Distanz zum inneren Führungskreis der GDK entstanden, der dort das Verständnis für die Anliegen des KSD schwächt und die Erfüllung des Auftrags des KSD erschwert. Zur Distanz mag auch beitragen, dass das Gesundheitswesen ein hochpolitisches Feld geworden ist. Die GDK ist damit auch zu einem stark politisch denkenden und handelnden Akteur geworden, während der KSD einer eher technisch-wissenschaftlichen Denkweise verpflichtet bleibt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die GDK in den letzten Jahren Koordinationsaktivitäten entwickelt hat und noch entwickeln müsste (siehe Abschnitt 3.1.), die eine engere Absprache und Koordination mit dem KSD erfordern würden.

#### 4.5.3 Organisatorische Ansiedelung des KSD.

Damit stellt sich auch die Frage der optimalen organisatorischen Ansiedelung des KSD, damit dieser seinen Auftrag bestmöglich erfüllen kann.

Im Rahmen der Gespräche mit den Partnern des KSD wurden von diesen 4 Optionen aufgebracht und diskutiert.

- a) Transfer der Aufgabe ins BABS;
- b) Transfer der Aufgabe ins BAG;

- c) Transfer der Aufgabe in die GDK und
  - d) Beibehaltung der Aufgabe im VBS, verbunden mit organisatorischen Anpassungen.
- a) Für einen Transfer in BABS spricht wenig. Das BABS wird als eine Einheit mit einer beträchtlichen Ferne zu Entscheidungsträgern und Schlüsselakteuren im Gesundheitswesen wahrgenommen. Das Postulat der inhaltlichen Nähe im Alltag und im Krisenmodus (siehe Abschnitt 2) ist nicht erfüllt und erschwert damit seine Akzeptanz als vertrauenswürdiger Koordinator auftreten zu können.
- b) Das BAG ist bei einigen als prioritär eingestuften Gesundheitsgefährdungen die nationale Expertenorganisation. Insbesondere im Bereich von übertragbaren Krankheiten kommt ihm aufgrund des EPG sowie bei A-Ereignissen eine federführende Funktion zu. Das BAG wird zudem als der zentrale gesundheitspolitische und vertrauenswürdige Akteur auf Bundesebene wahrgenommen. Es ist auch mit der GDK und vielen weiteren gesundheitspolitisch relevanten Institutionen im regelmässigen Kontakt<sup>36</sup>. In anderen gesundheitlichen Krisensituationen, insbesondere solchen, die einen Grossanfall an verletzten Patienten mit sich bringen, hat das BAG jedoch keine Fachkompetenz. Eine Ansiedelung im BAG brächte hier keinen Mehrwert.
- c) Eine Ansiedelung der Aufgaben des KSD auf Stufe der GDK wird von vielen Partnern als die mittelfristig beste Lösung angesehen. Die GDK hat ihre Instrumente zur überkantonalen (regionalen) Planung und gesundheitspolitischen Steuerung in den letzten Jahren ausgebaut, ist ein zentraler Akteur in der Spitalplanung, verantwortet die nationale Steuerung der Spitzenmedizin und ist ein zentraler Player in der Koordination des Rettungswesens. Die aktuelle Führung der GDK ist sich bewusst, dass sie ihr Engagement zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung nicht nur für den Normalfall, sondern auch in Krisenfällen erhöhen muss. Alle diese Elemente sprechen dafür, dass zwischen den Aktivitätsfeldern der GDK und des KSD ein grosses, nicht

ausgeschöpftes Synergiepotential besteht. Gegen eine rasche Überführung der Aufgaben des KSD spricht, dass die GDK in den nächsten Jahren eine Serie von Hausaufgaben zu erledigen hat (siehe Abschnitte 3.1. und 3.2. obenstehend) bevor ihr die Verantwortung zur Koordination aller Partner (analog Artikel 1 der VKSD) übertragen könnte.

- d) Bleibt die Beibehaltung der Ansiedelung des KSD im VBS. Falls es gelingt, die unter 4.5.1. und 4.5.2 erwähnten Schwachstellen zu reduzieren, bzw. zu eliminieren, bleibt die Eingliederung des KSD im VBS für die nächsten Jahre damit die zweckmässigste Lösung.

#### 4.5.4. Organisatorische Anpassungen im KSD

Es gilt Verbesserungen in 3 Domänen anzugehen:

- a) Erhöhung der Mitsprachemöglichkeiten bei der Definition der Leistungen des KSD durch seine Kunden;
  - b) Reduktion der Distanz zwischen KSD und den zentralen Führungsverantwortlichen im Gesundheitswesen;
  - c) Stärkung der Position des KSD im VBS.
- 
- a) Die Diskussionen mit den Partnern haben gezeigt, dass viele Vorhaben und Produkte des KSD das Wohlwollen der Partner finden. Andererseits wird moniert, dass der Palette der Aktivitäten des KSD etwas Zufälliges anhaftet. Auch bei grundsätzlich positiv bewerteten Produkten (wie dem IES) wird von manchen zudem deren Alltagstauglichkeit bemängelt. Schliesslich geben nicht wenige Akteure zu Protokoll, dass sie von der Tätigkeit des KSD recht wenig wissen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass das Portfolio der Aktivitäten des KSD als stark von in-Haus-Überlegungen getrieben wahrgenommen wird<sup>37</sup>. Das mag seine Begründung auch darin haben, wie der Zielvereinbarungsprozess (LOBE) im VBS organisiert ist: es ist die militärisch vorgesetzte Stelle (C ASTAB), der dem KSD die strategischen Zielvorgaben<sup>38</sup> macht. Zivile Partner haben dabei kein Mitwirkungsmöglichkeiten.

Aus meiner Warte ist den nicht-militärischen Partnern des KSD bei der Festlegung der Ziele des KSD und dessen Portfolio eine deutlich grössere Einflussnahme einzuräumen. Dies kann auf 2 Arten erfolgen.

- Die Aufgaben des KSD werden (analog dem ABC Schutz) in die Verantwortung einer extraparlamentarischen Kommission überführt, wobei der KSD die Funktion der Geschäftsstelle der Kommission übernimmt. Bei der Zusammensetzung der Kommission ist zu beachten, dass die Aufgabe des KSD eine intensive Interaktion mit politischen Akteuren bedingt; eine rein technisch-medizinisch zusammen gesetzte Kommission, wie z.B. die Eidg. Kommission für Militär und Katastrophenmedizin (EKMK) würde diesen Anforderungen nicht genügen. Kernaufgabe der Kommission wäre die Erarbeitung der Strategie und der Ziele des KSD.
- Einsetzen eines Leitungsgremiums (von 7 - 9 Mitgliedern) für den KSD. Darin vertreten sein müssten wiederum die hauptsächlichen Kunden/Partner des KSD, insbesondere auch von kantonaler Seite. Auch das Leitungsgremium müsste mit politischen Verantwortungsträgern bestückt werden können. Eine technische (d.h. ausschliesslich mit Beamten und medizinischen Experten besetzte) Gruppe würde nicht genügen<sup>39</sup>. Die Aufgabe des Leitungsgremiums entspricht derjenigen der oben beschriebenen Kommission. Schliesslich müsste eine genügende Unabhängigkeit des Leitungsgremiums vom Beauftragten KSD sichergestellt werden. Konkret: falls das Leitungsgremium basierend auf Artikel 8 VKSD (Leitungskonferenz KSD)<sup>40</sup> eingesetzt wird, müsste garantiert sein, dass die Kompetenz des Beauftragten KSD zur Ernennung der Mitglieder die Unabhängigkeit des Gremiums nicht gefährdet. Die Ernennung der Mitglieder erfolgt gemäss VKSD zwar aufgrund eines Vorschlags aller KSD Partner, was eine gewisse Unabhängigkeit sicherstellt. Um jeden Verdacht der Befangenheit des Beauftragten KSD bei der Bestellung des Leitungsgremiums auszuschliessen, sollte das Gremium jedoch zusätzlich auch noch vom C VBS genehmigt werden.

Aus pragmatischen Gründen liegt meine Präferenz bei der zweiten Varianten (Leitungsgremium). Die Einsetzung des Gremiums sollte zeitlich so erfolgen, dass dieses wenn möglich auf die Zielsetzungen und das Budget des KSD von 2020 oder spätestens 2021 Einfluss nehmen kann.

b) Reduktion der Distanz zwischen KSD und den zentralen  
Führungsverantwortlichen im Gesundheitswesen

Es sollte ein weiterer Versuch unternommen werden, dem Beauftragten KSD eine Mitgliedschaft als ständiger Gast im Beschlussorgan der Hochspezialisierten Medizin der GDK zu ermöglichen. Dies ist nicht nur ein inhaltlich vernünftiges Anliegen, sondern würde die Interaktion zwischen der GDK und den Beauftragten KSD beleben.

Eine ständige Teilnahme an den Vorstandssitzungen der GDK halte ich zurzeit für nicht realistisch.

c) Schliesslich sollte erwogen werden, den KSD aus dem militärischen Teil des VBS herauszunehmen und z.B. direkt dem Generalsekretariat des VBS zu unterstellen. Dies würde der Glaubwürdigkeit des KSD gegenüber seinen Partnern dienen. Dies insbesondere auch im Kontext mit Ressourcenallokations- und Budgetdiskussionen. Es muss vermieden werden, dass der KSD als «Junior Partner» der Armee wahrgenommen wird, der bei Budgetdiskussionen zurück stecken muss vor den Bedürfnissen der Armee.

## 5. Beantwortung Ihrer Fragen

*5.1. Wer hat heute welche Aufgaben, Zuständigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen (Infrastrukturen, Personal, Finanzen) im Sanitätsdienst (Armee, Zivilschutz, Koordinierter Sanitätsdienst) und wie sieht das Verhältnis und die Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren aus?*

Dazu sei auf die Ausführungen im Abschnitt 2 (Seiten 4 -12) verwiesen.

*5.2. Wie sind die heutigen Strukturen, Aufgaben und Zuständigkeiten im KSD geregelt und wie präsentiert sich die Ressourcenlage in diesem Bereich (Infrastrukturen, Personal, Finanzen)?*

Dazu sei auf die Ausführungen in den Abschnitten 2.1.3 (Seiten 9 - 10) und 2.2. (Seiten 12 - 13) verwiesen.

*5.3. Wie wird die heutige Doppelfunktion des Oberfeldarztes und des Beauftragten des Bundesrates für den KSD beurteilt?*

Die Thematik wurde anlässlich meiner Gespräche nur gelegentlich angesprochen, etwas häufiger in Diskussionen mit Vertretern von Bundesinstanzen (BABS, BAG, BWL) als mit anderen Partnern. Es scheint sich insgesamt nicht um eine als sehr problematisch eingestufte Frage zu handeln.

Drei Punkte standen dabei jeweils zur Debatte: I) wie schafft es ein und dieselbe Person zwei so grosse und inhaltlich unterschiedliche Arbeitsfelder allein schon zeitlich zu bewältigen? II) Wie gross ist das Synergiepotential, das sich aus dieser Doppelfunktion ergibt? III) Wie gross sind die Interessenkonflikte, die sich aus der Doppelfunktion ergeben?

Die Fragestellung beinhaltet 3 Teilaspekte:

a) Doppelte Unterstellung (Beauftragter KSD: Gesamtbundesrat; Oberfeldarzt: C ASTAB).

Die Wahl durch den Bundesrat<sup>41</sup> und direkte Unterstellung des Beauftragten KSD unter diesen soll primär die Bedeutung dieser Funktion für das Gesamtwohl unterstreichen. Im praktischen Alltag rapportiert der Beauftragte KSD (wie auch der gleiche gelagerte Fall des Delegierten für Wirtschaftliche Landesversorgung) nicht direkt dem Gesamtbundesrat, sondern über die Linie des VBS, also über den Chef VBS. Anders sieht es beim Oberfeldarzt aus. Es liegt im Ermessen des VBS, die Unterstellung des Oberfeldarztes und seine Rapportlinie festzulegen, wobei diese logischerweise im V des VBS zu liegen hat. Damit bleiben 2 Fragen zu klären: hat der Oberfeldarzt und der Beauftragte KSD einen oder zwei direkte Linienvorgesetzte und hat der Oberfeldarzt und Beauftragte KSD einen oder zwei Stellvertreter<sup>42</sup>? Aus Grund der oben geführten Überlegungen (Abschnitt 3.5.4.c) sollte eine doppelte Unterstellung geprüft werden (Oberfeldarzt in der Armee; Beauftragter KSD direkt dem GS VBS) und für jeden der beiden Aufgabenfelder eine separate Stellvertretungsregelung getroffen werden.

b) Doppelfunktion in einer und derselben Person und damit verbunden die Nähe des KSD zur Armee.

Die Vereinigung beider Aufgaben in einer Person hat einiges Synergiepotential. Der Beauftragte KSD kann – sozusagen automatisch - auf das nationale und internationale berufliche Netzwerk des Oberfeldarztes zurückgreifen. Die Fachkompetenz für beide Felder erfordert profundes medizinisches und notfallmedizinisches Wissen. Zunehmend wird der Beauftragte KSD aber zusätzlich auch Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich Gesundheitspolitik und gesundheitspolitischer Prozesse haben müssen.

Die vielfach gemachte Aussage, dass durch die Doppelfunktion auch ein schnellerer und unbürokratischerer Zugang des KSD auf Unterstützungsmittel der Armee möglich ist, muss nach Neufestlegung der Abläufe beim Ersuchen um militärische Unterstützung (Abschnitt 4.4.2.) überprüft werden.

Die jetzige Nähe des KSD zur Armee birgt aber auch Gefahren, insbesondere bei der Festlegung der Ziele und der Ressourcenallokation für den KSD. Die reale oder allenfalls nur perzipierte Gefahr, dass die Geschäfte des KSD durch eine Armee-dominierte Perspektive betrachtet und beurteilt werden, ist nicht von der Hand zu weisen. Die Vorschläge (Etablierung eines Leitungsgremiums für den KDS, Unterstellung KSD direkt unter GS VBS) korrigieren diese reale oder auch nur perzipierte Gefahr.

Eher mit einem Augenzwinkern sei schliesslich angemerkt, dass der Name «Koordinierter Sanitätsdienst» («Service sanitaire coordonné», «servizio sanitario coordinato») ziemlich antiquiert ist und in Kombination mit der Unterstellung unter das V des VBS an eine primär militärisch orientierte Einheit denken lässt und nicht an eine Organisation, deren Ziel es ist, die bestmögliche Versorgung aller Patienten in der Schweiz und in allen Lagen zu koordinieren. Die GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Direktoren) hat aus ähnlichen Überlegungen ihren Namen 2004 von Sanitätsdirektorenkonferenz (Conference des directeurs des affaires sanitaires suisse) zu Gesundheitsdirektorenkonferenz gewechselt.

- c) Ansiedelung des KDS (im V des VBS (?), im B des VBS (?), anderswo in der Bundesverwaltung oder allenfalls auf Interkantonaler Ebene.

Siehe dazu Ausführungen unter 4.5.3.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Frage des Doppelmandates Oberfeldarzt/Beauftragter KSD bei den Gesprächspartnern zurzeit keine hohe Brisanz hat.

Anders sieht es erst aus, sollte in einigen Jahren ein Transfer des KSD zur GDK ins Auge gefasst werden.

*5.4. Welche Rolle und welchen Bedarf haben die Partner des KSD, namentlich die Kantone (inkl. Regierungskonferenz Militär, Zivilschutz und Feuerwehr sowie Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen*

*und -direktoren), die Armee, das Bundesamt für Bevölkerungsschutzes, das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung, das Bundesamt für Gesundheit und das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen?*

Die verschiedenen Rollen der Partner des KSD sind in den Abschnitten 2 und 3 ausführlich beschrieben (Seiten 4 – 14)

*5.5. Sind die heutigen Strukturen, Zuständigkeiten und Ressourcen richtig und genügend, um die vom KSD geforderten Leistungen – auch gegenüber den oben genannten Partnern – zu erbringen oder braucht es diesbezüglich Anpassungen?*

Nein. Es besteht grosser Handlungsbedarf, will die Schweiz dem Anspruch gerecht werden, der ganzen Bevölkerung in allen Lagen die bestmögliche Gesundheitsversorgung anzubieten.

Die zwei grössten Baustellen befinden sich beim Zivilschutz, der auf einer Grosszahl nicht mehr benutzbarer und/oder benötigter Infrastrukturen sitzt und über deren Schicksal beschliessen muss sowie bei den kantonalen Gesundheitsbehörden, die im Rahmen der Weiterentwicklung der regionalen und schweizweiten Spitalplanung (inklusive Neubauten im Gesamtwert von CHF 20 Milliarden) sicherstellen müssen, dass die Ressourcen im Gesundheitswesen in der Grössenordnung von CHF 80 Milliarden /Jahr (Personal und Infrastruktur) so eingesetzt werden, dass der Bevölkerung eine bestmögliche und situationsgerechte Versorgung in allen Lagen garantiert werden kann. Diese beiden Baustellen müssen im Rahmen von zwei miteinander verlinkten Grossprojekte (oder allenfalls einem beide Aspekte abdeckenden Grossprojekt) angegangen werden. Aus meiner Warte wird deren Abwicklung etwa fünf Jahre in Anspruch nehmen.

Es kann nicht die Rolle des KSD (oder einer anderen Bundesstelle) sein, diese Grossprojekte an sich zu ziehen und abwickeln zu wollen. Für die Kantone sind diese Projekte zu bedeutsam und zu politisch, als dass sie diese in die Federführung einer Bundesinstanz übergeben könnten oder sollten. Bleibt damit die Frage, ob und welche koordinative Rolle der KSD in diesem Setting übernehmen kann. Meines Erachtens haben die wichtigsten Partner des KSD

(und damit Kunden seiner Koordinationsleistungen) gemeinsam festzulegen, welche Leistungen des KSD für sie in den nächsten Jahren prioritär sind. Das Arbeitsprogramm des KSD ist entsprechend auszurichten. Dazu sollte ein Leitungsgremium eingesetzt werden, welches diese Arbeit im 2019 leistet, damit der KSD ab 2020 (oder spätestens 2021) seine Tätigkeiten daran orientiert. Versteht sich von selber, dass das Tätigkeitsfeld im Gleichgewicht mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen stehen muss.

*5.6. Falls es Anpassungen braucht, welche Massnahmen sind dafür nötig und auf welcher Ebene (organisatorisch, Verordnungen, Gesetze)?*

Die beschriebenen Anpassungen beim KSD erfordern eine ganze Serie von organisatorischen Massnahmen. Meines Erachtens können diese aber ohne Gesetzesänderungen an die Hand genommen werden.

Die Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst (VKSD) dagegen müsste in wenigen Punkten revidiert, bzw. präzisiert werden.

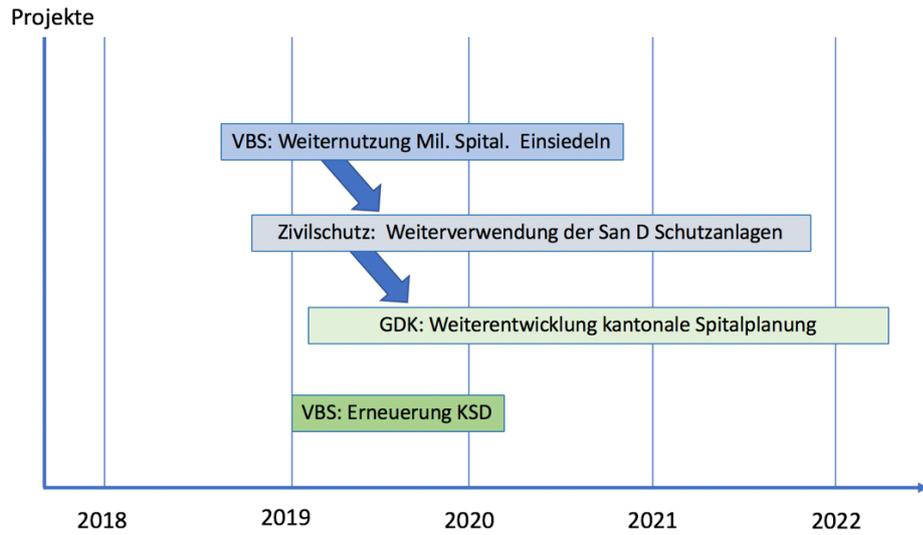
- a) In Artikel 1 wäre zu prüfen, ob der KSD die Verantwortung für «die Gewährleistung der bestmöglichen sanitätsdienstlichen Versorgung aller Patienten in allen Lagen» weiterhin übernehmen soll oder ob das Mandat auf eine realistische Aufgabe reduziert werden sollte (auch zum Schutze des Bundes, bzw. des VBS vor unrealistischen Erwartungen der anderen KSD Partner).
- b) Soll ein Leitungsgremium (gemäss obenstehenden Ausführungen 4.5.4a) eingesetzt werden, so sollte Artikel 8 VKSD angepasst werden und im Minimum eine Genehmigung der Zusammensetzung des Leitungsgremiums durch den C VBS vorgesehen werden.
- c) Der Anlass der Revision der VKSD könnte schliesslich dazu benutzt werden, die teils veraltete Nomenklatur in der Verordnung zu aktualisieren (siehe obenstehende Ausführungen unter 5.3a)

Allenfalls braucht es auch eine Anpassung in der Organisationsverordnung des VBS (OV-VBS)

## 6. Zusammenfassende Empfehlungen

Zusammenfassend wird dem VBS empfohlen:

- Das Projekt Weiternutzung Militärspital Einsiedeln abzuwickeln (Start Herbst 2018);
- Dem Wunsch der Kantone zu entsprechen und dem BABS den Auftrag zu erteilen, eine Auslegeordnung über den zukünftigen Infrastrukturbedarf im Zivilschutz zu machen, basierend darauf Einzelprojekte zu definieren und die entsprechenden Projektorganisationen aufzugleisen (Start Ende 2018);
- Die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und Direktoren (GDK) aufzufordern, ein Projekt zu initialisieren zur Weiterentwicklung der regionalen und schweizerischen Spitalplanung (Start 1. Hälfte 2019) und dieses Projekt eng mit dem Teilprojekt Weiterverwendung der sanitätsdienstlichen Zivilschutzanlagen zu koordinieren. Alternative: im Rahmen eines Grossprojektes beide Aspekte (kantonale Spitalplanung und zukünftigen Bedarf an geschützten sanitätsdienstlichen Zivilschutzanlagen) koordiniert zu klären;  
Den KDS so rasch wie möglich dem Generalsekretariat VBS zu anzugliedern;
- Im Jahre 2019 ein Leitungsgremium KSD einzurichten;
- Die Ziele des KSD spätestens auf 2021 basierend auf die Empfehlungen des Leitungsgremiums festzulegen;
- Die VKSD einer Teilrevision zu unterziehen.



Anhang 1:

Liste der geführten Gespräche / Interviews.

---

<sup>1</sup> Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität.

<sup>2</sup> KVG Art. 32: Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

<sup>3</sup> In der GDK sind die für das Gesundheitswesen zuständigen Regierungsmitglieder der Kantone in einem politischen Koordinationsorgan vereinigt. Zweck der Konferenz ist es, die Zusammenarbeit der 26 Kantone sowie zwischen diesen, dem Bund und mit wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens zu fördern. Rechtlich und finanziell werden die Konferenz und ihr Zentralsekretariat durch die Kantone getragen.

<sup>4</sup> Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39, Abs. 2bis KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzauftrages haben die Kantone per 1.1.2009 die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Für die hochspezialisierte Medizin gibt es somit anstelle von 26 kantonalen Planungen nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung

<sup>5</sup> Der IVR ist die Dachorganisation des medizinischen Rettungswesens der Schweiz, welches einen Teil des Gesundheitswesens und einen Beitrag zur Sicherheit der Bevölkerung darstellt. Er deckt die ganze Rettungskette am Boden, im Wasser und in der Luft vom Ereignisort bis zum Spital ab. Er setzt Standards für die medizinische Rettung im Alltag so-wie in besonderen und ausserordentlichen Lagen. Der IVR ist von Bund und Kantonen beauftragter Partner.

<sup>6</sup> Z.B. Interview Alt-Regierungsrat und GDK Präsident Carlo Conti vom 29.02.2016: ...Richtig ist, dass 26 Gesundheitsstrukturen in der Schweiz heute zu kleinräumig sind. Ich sage das schon lange: man sollte entlang der gewachsenen Agglomerationsräume Gesundheitsregionen bilden. Das wären dann vielleicht sechs oder sieben Regionen mit einer abgestimmten Gesamtplanung innerhalb dieser Regionen...

<sup>7</sup> <https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/gdk/weitere/chefbekonf.201805.pdf>.

<sup>8</sup> Persönliche Mitteilung von Div. Andreas Stettbacher vom 27.09.2018.

<sup>9</sup> BABS: Faktenblatt 10. April 2018. Weiterführung des anlagegebundenen Sanitätsdienstes im Zivilschutz.

<sup>10</sup> BABS: Faktenblatt 4. Juli 2018. Schutzanlagen: Zuständigkeiten und Ausgaben Bund 2008-2017

<sup>11</sup> Persönliche Mitteilung von Urs Marti, Leiter / Chef KFS ZG vom 24.09.2018

<sup>12</sup> Referat Beauftragter des BR für den KSD vom 29.03.2017

<sup>13</sup> STRATEGIE "ABC-SCHUTZ SCHWEIZ. Eidgenössische Kommission für ABC-Schutz, KomABC. 2007-06-D.

<sup>14</sup> Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012 (Stand am 1. Januar 2016)

<sup>15</sup> Siehe z.B. Referat des Beauftragten für den Koordinierten Sanitätsdienst «Vorstellung Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)» für neue interne Mitarbeiterinnen, 2018.

---

<sup>16</sup> Das SANKO plant auf Begehren aus dem KSD-Netzwerk, auf Entscheid des Beauftragten KSD oder auf Anordnung des Bundesrates die sanitätsdienstliche Koordination und führt diese im Einsatz durch. Es koordiniert insbesondere die personellen und materiellen, zivilen und militärischen Ressourcen. Durch Antragstellung an die zuständigen Stellen des Bundes, der Armee, der Kantone oder von Dritten wirkt das SANKO sowohl strategisch als auch operativ, ohne ein Führungsorgan zu sein (Handbuch SANKO vom 31.10.2013).

<sup>17</sup> <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/40200.pdf>.

<sup>18</sup> Die Kantone sind verpflichtet mittels Leistungsaufträgen an Spitäler sicherzustellen, dass genügend inner- und ausserkantonale stationäre Spitalleistungen für ihre Wohnbevölkerung sowie die ausserkantonale Nachfrage bereitgestellt werden. Durch Definition von Mindestfallzahlen soll zudem die Qualität der Versorgung gestärkt werden.

<sup>19</sup> Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung vom 25.05.2018 unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 1.1.2018; [https://www.gdk.cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM\\_Spitalplanung\\_totalrevidiert\\_20180525\\_def\\_d.pdf](https://www.gdk.cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf)

<sup>20</sup> Minder Andreas, Notizen zur Geschichte der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, in: SDK (Hrsg.), SDK Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, 1919 – 1994, 75 Jahre SDK

<sup>21</sup> Heute wird er nur noch für spezifische, den KSD betreffende Traktanden in den Vorstandssitzungen eingeladen.

<sup>22</sup> Liste der Mitglieder der GDK-Organe und -Delegationen; [https://www.gdk.cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/gdk/weitere/Liste\\_Mitglieder\\_GDK-Organe\\_und\\_Delegationen\\_20180901.pdf](https://www.gdk.cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/gdk/weitere/Liste_Mitglieder_GDK-Organe_und_Delegationen_20180901.pdf)

<sup>23</sup> Ein interessantes Lehrbeispiel ist der «Veterinärdienst der Schweiz». Bund und Kantone teilen sich in die Verantwortung für das Veterinärwesen in der Schweiz. Die verantwortlichen Stellen beim Bund (insbesondere das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, BLV) und den Kantonen (insbesondere die kantonalen Veterinärdienste) bilden eine gemeinsame Organisation unter dem Namen "Veterinärdienst Schweiz". Diese zeichnet auch verantwortlich für die Prävention, Vorbereitung und Führung im Einsatz von kritischen Ereignissen und Krisen im Veterinärbereich. Der Direktor des BLV übernimmt dabei die zentrale Koordinationsfunktion und wenn notwendig und im Konsens mit den anderen Partnern auch die informelle Führung.

<sup>24</sup> Ein Vergleich der Ressourcen mag das verdeutlichen: das kantonale Gesundheitswesen bewirtschaftet heute rund 38'000 Betten (Bettenbelegung (2015 und 2016) 84% = 6'800 freie Betten), die Armee kann im Notfall dazu nur noch gerade 800 zusätzliche Betten beisteuern.

<sup>25</sup> Unter «Surge Capacity» versteht man den durch eine Notlage oder Katastrophe ausgelösten Zusatzbedarf an medizinischer Infrastruktur, gemessen am Zusatzbedarf an Raum (z.B. Betten), Personal, Material und Management Unterstützung.

<sup>26</sup> The benchmark of 1000 casualties has been drawn up on the basis of statistics on casualties from terrorist attacks over the past 60 years, with 1000 casualties considered a realistic challenge.

<sup>27</sup> NATO: CIVIL EMERGENCY PLANNING COMMITTEE (CEPC)  
Guidance to National Authorities for Planning for Incidents Involving Catastrophic Mass Casualties. 26 March 2018. AC/98-D(2018)0002-REV1

<sup>28</sup> Oder 3'450 zivile Betten, falls man auf die Reserve der Armee von 800 Betten (betrieben durch Spitalformationen der Armee) zurückgreifen möchte.

---

<sup>29</sup> Vorstandssitzung GDK vom 28.06.2018.

<sup>30</sup> PWC, 2013: Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen.  
[https://www.pwc.ch/publications/2016/pwc\\_spitalimmobilien\\_perspektiven\\_chancen\\_d.pdf](https://www.pwc.ch/publications/2016/pwc_spitalimmobilien_perspektiven_chancen_d.pdf);

<sup>31</sup> Zusätzlich sieht Art. 6 Absatz 2 Buchstabe c EPG vor, dass der Bundesrat in Absprache mit den Kantonen Ärztinnen und Ärzte und weiteres Gesundheitspersonal verpflichten kann, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken.

<sup>32</sup> BABS: Projektinitialisierungsauftrag ZCI010000026: Weiterverwendung der sanitätsdienstlichen Schutzanlagen;

<sup>33</sup> Persönliche Mitteilung von Direktor BABS B. Bühlmann vom 23.09.2018;

<sup>34</sup> PUBLISSO: ZB MED-Publikationsportal: Peer Review: Warum ist es wichtig?  
<https://www.publisso.de/open-access-beraten/faqs/peer-review/>;

<sup>35</sup> John Sterman. Learning from Evidence in a Complex World. [Am J Public Health](#). 2006 March; 96(3): 505–514. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470513/>;

<sup>36</sup> Ähnlich wie die das BLV mit den Kantonstierärzten führt das BAG beispielsweise monatliche Telefonkonferenzen mit allen Kantonsärzten durch.

<sup>37</sup> Ob dies wirklich zutrifft oder nicht, spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle; auch hier gilt: perception is reality.

<sup>38</sup> Ziele 2018: KSD ist fit for mission; Positionierung im VBS, bei Bund und Kantonen konsolidiert; Produkte sind gefragt/geschätzt.

<sup>39</sup> Das Präsidium würde idealerweise von einem Vorstandsmitglied der GDK übernommen. Von Bundesseite müssten die Direktoren des BAG und BABS sowie der Delegierte für wirtschaftliche Landesversorgung sowie ein Vertreter der Armee vertreten sein. Als weitere Mitglieder kommen ein Mitglied des Beschlussorgans der HSM, eine Vertretung des Spitalverbandes H+, des SRK u.a. in Frage.

<sup>40</sup> Artikel 8.VKSD:

1. Die Leitungskonferenz KSD berät den Beauftragten KSD in allen sanitätsdienstlichen Koordinationsbelangen und unterstützt ihn bei der Umsetzung der Koordination.
2. Der Beauftragte KSD ernennt die Mitglieder der Leitungskonferenz KSD auf Vorschlag aller KSD-Partner. Die Mitglieder werden aus den Reihen aller wichtigen KSD-Partner ausgewählt.

<sup>41</sup> Die gleiche Konstruktion wurde für den Delegierten des Bundesrates für die Wirtschaftliche Landesversorgung gewählt (Landesversorgungsgesetz Art. 58).

<sup>42</sup> Soweit mir bekannt, ist die Stellvertretung des Beauftragten KSD nicht geregelt.

---

## Anhang 1:

### Liste der geführten Gespräche / Interviews

- Korpskommandant Philippe Rebord, Chef der Armee (CdA);
- Divisionär Andreas Stettbacher, OFAZ (jeweils begleitet von Herrn Andreas Trachsel): 5 Gespräche;
- Benno Bühlmann, Direktor BABS: 4 Gespräche;
- Dr. Heinz Moll, Chef der Armeepothek;
- Yves-Vincent Salamin, Suppléant du chef immobilier de l'instruction, Etat-major de l'Armée – Immobilier de la Défense;
- Beat Wernli, Generalsekretariat VBS, Finanzen VBS;
- Prof. Dr. Joerg Leuppi, Präsident der Eidgenössischen Kommission für Militär und Katastrophenmedizin, in Begleitung von Dr. Conrad Müller, Mitglied der Kommission;
  
- Pascal Strupler, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit;
- Dr. Daniel Koch und Dr. Patrick Mathys, Bundesamt für Gesundheit;
- Arbeitsgruppe Strategie MT des Bundesamtes für Gesundheit: eine Gesprächsrunde;
- Dr. Hans Wyss, Direktor des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen;
- Dr. Raimund Bruhin, Direktor des Schweizerischen Heilmittelinstitutes (Swissmedic);
- Werner Meier, Delegierter für wirtschaftliche Landesversorgung (in Begleitung der Herren Alfred Flessenkämpfer und Ueli Haudenschild, Bundesamt für Wirtschaftliche Landesversorgung);
- Michael Mayer und Herrn Laurent Cremieux, Eidgenössische Finanzkontrolle: 2 Gespräche;

- 
- Regierungsrat Thomas Heiniger, Präsident der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK);
  - Michael Jordi, Zentralsekretär der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK);
  - Dr. Rudolf Hauri, Präsident der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS);
  - Lukas Zemp, Direktor des Interverbandes für Rettungswesen (IVR);
  - Franz Wyss, ehemaliger Zentralsekretär der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK);
  - Dr. Alexander Krethlow, Generalsekretär der Regierungskonferenz Militär, Zivilschutz und Feuerwehr (RK MZF);
  - Diego Ochsner, Präsident der Konferenz der kantonalen Verantwortlichen für Militär, Bevölkerungsschutz und Zivilschutz (KVMBZ);
  - Markus Mader, Direktor Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK);
  - Stefan Häusler, Generalsekretär der Feuerwehr Koordination Schweiz FKS;
  - Dr. Hanspeter von Flüe, Chef Kantonales Führungsorgan (KFO) Kanton Bern.