



Sicherheitsverbund Schweiz  
Réseau national de sécurité  
Rete integrata Svizzera per la sicurezza

## **Zukünftiger Bedarf im Bereich des Koordinierten Sanitätsdiensts**

Bericht vom 9. November 2021

---

## Inhalt

1. Einleitung .....	3
1.1 Ausgangslage .....	3
1.2 Projektauftrag .....	4
1.3 Projektorganisation und Methodik .....	4
2. Der Koordinierte Sanitätsdienst: einer der koordinierten Bereiche zur Bewältigung von Katastrophen und Notlagen.....	5
3. Ergebnisse .....	7
3.1 Standortbestimmung .....	7
3.1.1 Sanitätsdienstliche Schutzanlagen .....	7
3.1.2 Spitäler in der Krise: zusätzliche Spitalbetten (Surge Capacity).....	8
3.1.3 Ziviles Gesundheitspersonal und Hilfspersonal.....	9
3.1.4 Gesundheitspersonal und Sanitätspersonal der Armee .....	10
3.1.5 Versorgung mit Medikamenten und medizinischen Gütern .....	10
3.1.6 Vorsorgeplanungen .....	11
3.1.7 Ausbildung.....	11
3.1.8 Nationale Übersicht über Spitalkapazitäten, Material und Ressourcen .....	12
3.1.9 Schnittstelle mit dem Interverband für Rettungswesen .....	13
3.1.10 Zusammenarbeit mit Experten/Expertinnen .....	13
3.1.11 Rolle des KSD in der Krise .....	13
3.2 Zukünftiger Auftrag KSD .....	14
3.3 Gouvernanz: Modelle für die Steuerung des KSD .....	16
3.3.1 KSD-Beauftragter des Bundes.....	16
3.3.2 Ansiedlung.....	16
Variante 1: Gruppe Verteidigung (Armee).....	17
Variante 2: BABS .....	19
Variante 3: BAG .....	21
3.3.3 Struktureller Einbezug der Partner.....	23
3.3.4 Finanzierung.....	24
4. Rechtsgrundlage .....	24
5. Empfehlungen.....	24
6. Anträge des Projektleiters .....	25
7. Anhang .....	26

## 1. Einleitung

Der Koordinierte Sanitätsdienst (KSD) wurde in einer Zeit geschaffen, als die Armee das hauptsächliche sicherheitspolitische Instrument zur Bewältigung grösserer Krisen war. Der KSD hat heute gemäss seiner Rechtsgrundlage<sup>1</sup> die Aufgabe, die zivilen und militärischen Stellen, die mit der Planung, Vorbereitung und Durchführung von sanitätsdienstlichen Massnahmen beauftragt sind, zu koordinieren. Geführt wird der KSD vom Beauftragten des Bundesrates für den KSD, der heute zugleich der Oberfeldarzt der Armee ist. Der KSD ist seit Beginn bei der Armee (Gruppe Verteidigung<sup>2</sup>) angesiedelt. Aufgrund der Entwicklung der Bedrohungslage und des Gesundheitswesens sowie der verschiedenen Reformen der Armee stellte sich im Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) im Jahr 2018 die Frage, ob die Organisation des KSD zeitgemäss ist. Das VBS beauftragte daraufhin Prof. Dr. Thomas Zeltner ein Gutachten<sup>3</sup> über den KSD zu erstellen.

Der vorliegende Bericht geht der Frage nach, welchen Auftrag und welche Leistungen der KSD künftig zu erfüllen hat, welche Möglichkeiten für die Ansiedlung des KSD in Frage kommen und wie die Partner des KSD in die Steuerung einzubeziehen sind. Die Projektarbeiten basierten einerseits auf dem Gutachten von Prof. Dr. Zeltner. Andererseits wurde mit der Covid-19-Pandemie das Krisenmanagement auf operativer und strategischer Stufe von Bund und Kantonen insbesondere auch im Gesundheitsbereich auf die Probe gestellt. Die Pandemie gab die Gelegenheit, die Aktivitäten des KSD in der besonderen und ausserordentlichen Lage zu analysieren und die Erwartungen der Partner an den KSD in der Krise zu erfassen.

Nach den Empfehlungen von Prof. Dr. Zeltner (Kapitel 1.1) wird der Projektauftrag (Kapitel 1.2), die Projektorganisation und Methodik (Kapitel 1.3) präsentiert. Kapitel 2 stellt den KSD kurz vor. Eine Standortbestimmung zu verschiedenen Themen und die daraus gezogenen Erkenntnisse sind in Kapitel 3.1 dargestellt. Der zukünftige Auftrag des KSD (Kapitel 3.2) leitet sich von diesen Erkenntnissen ab. Kapitel 3.3 befasst sich mit der zukünftigen Gouvernanz des KSD. Es werden drei mögliche Varianten für die Ansiedlung diskutiert: Gruppe Verteidigung (Armee), Bundesamt für Bevölkerungsschutz (BABS), Bundesamt für Gesundheit (BAG). Es wird auf die Doppelfunktion KSD-Beauftragter und Oberfeldarzt eingegangen und der strukturelle Einbezug der Partner sowie die Finanzierung des KSD diskutiert. Kapitel 4 geht auf die Rechtsgrundlage ein. Kapitel 5 präsentiert einige Empfehlungen und Kapitel 6 beinhaltet die Anträge des Projektleiters.

### 1.1 Ausgangslage

Prof. Dr. Zeltner befasste sich mit der Frage, ob der KSD in seiner Form den aktuellen Herausforderungen und Aufgaben entspricht, wie die geforderten Leistungen erbracht werden können, wie die Zuständigkeiten bezüglich der Leitung geregelt werden sollten und welche Anpassungen organisatorischer und rechtlicher Art dazu erforderlich sind. Prof. Dr. Zeltner gab in seinem Gutachten von Ende 2018 folgende Empfehlungen ab:

1. Das Projekt «Weiternutzung Militärspital Einsiedeln» abzuwickeln (Start Herbst 2018). Aktueller Stand: Die Armee hat beschlossen, das Militärspital bis 2035 zu nutzen und es bis dahin Instand zu halten. Der Entscheid für eine Weiterverwendung mit Gesamtsanierung und allfälliger Nutzungserweiterung muss bis 2028 erfolgen.
2. Dem Wunsch der Kantone zu entsprechen und dem BABS den Auftrag zu erteilen, eine Auslegeordnung über den zukünftigen Infrastrukturbedarf im Zivilschutz zu erstellen, basierend darauf Einzelprojekte zu definieren und die entsprechenden

---

<sup>1</sup> Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst (VKSD) vom 27. April 2005 ([SR 501.31](#))

<sup>2</sup> Die Gruppe Verteidigung plant, führt und verwaltet die Armee.

<sup>3</sup> Prof. Dr. Zeltner (2018): Gutachten zukünftiger Bedarf im Bereich Koordinierter Sanitätsdienst.

Projektorganisationen einzusetzen (Start Ende 2018). Aktueller Stand: der Projektinitialisierungsauftrag wurde im August 2020 verabschiedet. Die Projektarbeiten unter der Leitung des BABS starteten im Sommer 2021.

3. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) aufzufordern, ein Projekt zur Weiterentwicklung der regionalen und schweizerischen Spitalplanung zu initialisieren (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.
4. Den KSD so rasch wie möglich dem Generalsekretariat VBS anzugliedern (als Zwischenlösung und langfristig einen Transfer zur GDK vorzusehen).
5. Im Jahre 2019 ein Leitungsgremium KSD einzurichten.
6. Die Ziele des KSD spätestens auf 2021 basierend auf die Empfehlungen des Leitungsgremiums festzulegen.
7. Die Verordnung des KSD einer Teilrevision zu unterziehen.

## 1.2 Projektauftrag

Im November 2019 beauftragte die Vorsteherin VBS zusammen mit der Politischen Plattform des Sicherheitsverbunds Schweiz (SVS)<sup>4</sup> und der damaligen Präsidentin der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) den Delegierten SVS, die Erkenntnisse von Prof. Dr. Zeltner mit den Hauptpartnern des KSD zu analysieren. Es sind dabei Umsetzungsvarianten für die Empfehlungen vier bis sieben vorzuschlagen und wenn möglich die Empfehlungen eins bis drei zu berücksichtigen.

Das Mandat<sup>5</sup> sah eine Standortbestimmung für den KSD (Kapitel 3.1), einen Vorschlag zur Anpassung der Aufgaben des KSD (Kapitel 3.2) und Variantenvorschläge für ein neues Modell der Steuerung des KSD (Kapitel 3.3) vor. Die Projektarbeiten starteten im Januar 2020. Sie mussten wegen der Pandemie unterbrochen werden, da die Mehrheit der Projektmitarbeitenden direkt mit der Bewältigung der Krise beschäftigt war. Mit einer zeitlichen Verzögerung konnten die Projektarbeiten mit diesem Bericht abgeschlossen werden.

## 1.3 Projektorganisation und Methodik

Die Hauptpartner des KSD waren in der Projektorganisation über drei Ebenen vertreten. Die Politische Plattform SVS hatte zusammen mit dem Präsidenten der GDK die politische Aufsicht des Projekts inne. In der strategischen Begleitgruppe und in den drei Teilprojekten waren die GDK, die Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS), das BAG, das Generalsekretariat VBS, das BABS, die Regierungskonferenz für Militär, Zivilschutz und Feuerwehr (RK MZF), die Konferenz der kantonalen Verantwortlichen für Militär, Bevölkerungsschutz und Zivilschutz (KVMBZ), die Armee, der KSD, das Bundesamt für Polizei (fed-pol), das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL), die Feuerwehrkoordination Schweiz (FKS) und der Interverband für Rettungswesen (IVR) vertreten. Der Generalsekretär VBS war der Auftraggeber des Projekts. Es wurde vom Delegierten SVS geleitet.

In den drei Teilprojekten «Ressourcen und Infrastruktur», «Auftrag KSD» und «Gouvernanz» wurde eine Standortbestimmung zu definierten Themen der strategischen Begleitgruppe ge-

---

<sup>4</sup> In der Politischen Plattform des Sicherheitsverbunds Schweiz sind die Vorsteher/innen des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) und des Eidgenössischen Departements für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) sowie die Präsidenten/innen der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) und der Regierungskonferenz Militär, Zivilschutz, Feuerwehr (RK MZF) vertreten.

<sup>5</sup> Siehe Mandat und Projektorganisation betreffend die Zukunft des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD) vom 11. November 2019.

macht und dazu Vorschläge für die zukünftige Ausrichtung des KSD ausgearbeitet. Die strategische Begleitgruppe beurteilte diese Vorschläge der Teilprojekte und fasste sie als Ergebnisse und Resultate in diesem Bericht zusammen (Kapitel 3). Die KVMBZ führte zusätzlich eine Umfrage bei den kantonalen Führungsorganen durch. Die Befragung eruierte den Wissenstand zum KSD, die Zufriedenheit mit den Leistungen des KSD und die zukünftig gewünschten Leistungen, die Zusammenarbeit mit dem KSD während der Pandemie sowie die Meinung zu den sanitätsdienstlichen Schutzanlagen. Die Vertretung der KVMBZ brachte die Ergebnisse der Umfrage in das Projekt ein. Einige Fragen und Antworten sind im Anhang (Kapitel 7) dargestellt. Zudem führte die Projektleitung bilaterale Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, des Verbands H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Schweizerischen Roten Kreuz.

## **2. Der Koordinierte Sanitätsdienst: einer der koordinierten Bereiche zur Bewältigung von Katastrophen und Notlagen**

Die Bewältigung von Katastrophen und Notlagen erfordert den gezielten Einsatz verschiedenster Organisationen und Institutionen. Die koordinierten Bereiche<sup>6</sup> wurden geschaffen, um die Planung und Vorbereitung der einzelnen Stellen zu koordinieren. Es handelt sich dabei um Organe zur Zusammenarbeit auf Bundesebene und mit den Kantonen. Verantwortlich für die Koordination auf Bundesebene ist der Bundesrat. Er überträgt die Koordination besonderen Organen (Ausschüssen, Kommissionen), in denen die zuständigen Stellen vertreten sind. Der Koordinierte Sanitätsdienst ist einer der sechs koordinierten Bereiche. Die Hauptpartner von Bund und Kantonen sind in der Abbildung 1 dargestellt.

### Definitionen

*Sanität:* Organisation, welche zum Zweck hat, die notfallmedizinische Versorgung von Erkrankten, Verletzten oder Verwundeten sicherzustellen und die dazu notwendigen öffentlichen Aufgaben in der medizinischen Ereignis- und Katastrophenbewältigung inklusive den entsprechenden Vorbereitungen wahrnimmt.

*Sanitätsdienst:* Bezeichnung für Leistungen für die notfallmedizinische Versorgung von Erkrankten, Verletzten oder Verwundeten und die öffentlichen Aufgaben in der medizinischen Ereignis- und Katastrophenbewältigung inklusive den entsprechenden Vorbereitungen.

*sanitätsdienstlich:* mit der notfallmedizinischen Versorgung von Erkrankten, Verletzten und Verwundeten und den damit verbundenen öffentlichen Aufgaben im Bereich der medizinischen Ereignis- und Katastrophenbewältigung beschäftigt.

*Koordinierter Sanitätsdienst KSD:* Der KSD ist das nationale Netzwerk zur Koordination und Steuerung der nationalen sanitätsdienstlichen Versorgung in allen Lagen.

---

<sup>6</sup> <https://www.babs.admin.ch/de/verbund/kobe.html>

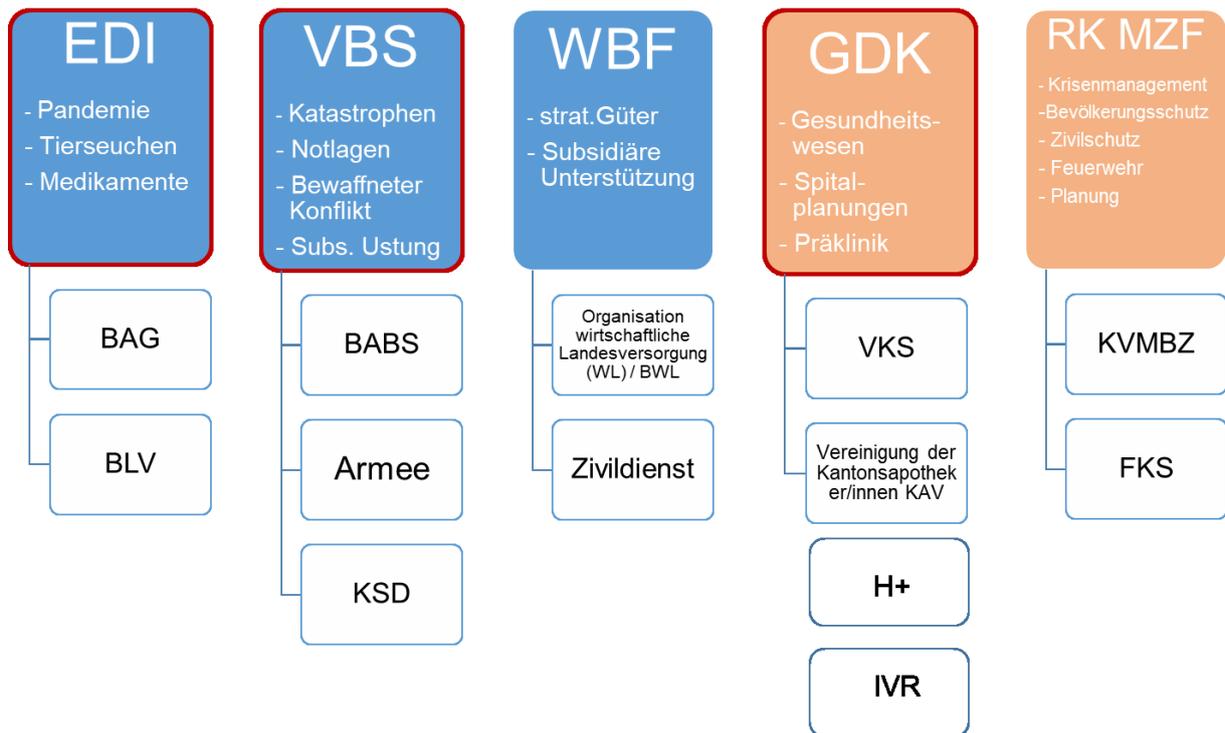


Abbildung 1: Akteure des Koordinierten Sanitätsdienstes

Die Verordnung über den KSD vom 27. April 2005 (VKSD) beschreibt den breit gefassten Auftrag des Koordinierten Sanitätsdienstes: «...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» (Art. 1). In Artikel 4 sind die Aufgaben näher umschrieben, dennoch sind sie konkretisierungsbedürftig. Prof. Dr. Zeltner weist darauf hin, dass von der «stufengerechten Koordination aller Mittel in allen Lagen» wegzukommen sei, da keine Stelle diesen Auftrag erfüllen könne.

Der Beauftragte des Bundesrates für den KSD leitet den KSD. Er wird vom Bundesrat gewählt und ist ihm direkt unterstellt. Organisatorisch ist er dem VBS angegliedert (Art. 3), zurzeit in der Gruppe Verteidigung. Der KSD-Beauftragte ist aktuell in Personalunion auch Oberfeldarzt der Armee. Die Verordnung schreibt diese Regelung nicht explizit vor. Zum KSD gehört gemäss Verordnung die Geschäftsstelle KSD (Art. 11), das sanitätsdienstliche Koordinationsgremium (SANKO) sowie die Leitungskonferenz. «Die Leitungskonferenz KSD berät den Beauftragten KSD in allen sanitätsdienstlichen Koordinationsbelangen und unterstützt ihn bei der Umsetzung der Koordination» (Art. 8 Abs. 1). Die Mitglieder der Leitungskonferenz sind in der Verordnung nicht aufgeführt. Der Beauftragte KSD ernennt sie auf Vorschlag der KSD-Partner. Das SANKO wiederum «... unterstützt den Beauftragten KSD in allen sanitätsdienstlichen Fragen und Belangen und berät ihn bei Aufgaben von strategischer Bedeutung» (Art. 9 Abs. 1). Zu erwähnen, im Projekt allerdings nicht berücksichtigt, ist die dem KSD-Beauftragten unterstellte Geschäftsstelle für die Leitung des Kompetenzzentrums für Militär- und Katastrophenmedizin (Art. 13).

Das VBS finanziert den KSD mit rund 4.3 Millionen Schweizer Franken pro Jahr. Die Geschäftsstelle KSD verfügt über 500 Stellenprozent (ohne KSD-Beauftragter). Etwa 1.7 Millionen Franken stehen für Beratungsleistungen, Projekte und Vorsorge zur Verfügung (KSD-Spitäler, Samariterverbund, etc.). Die Kantone tragen zum Betrieb des Informations- und Einsatzsystems (IES) mit einem jährlichen Betrag von 5 Rp. pro Einwohner/in bei, die Weiterentwicklung wird durch das VBS finanziert.

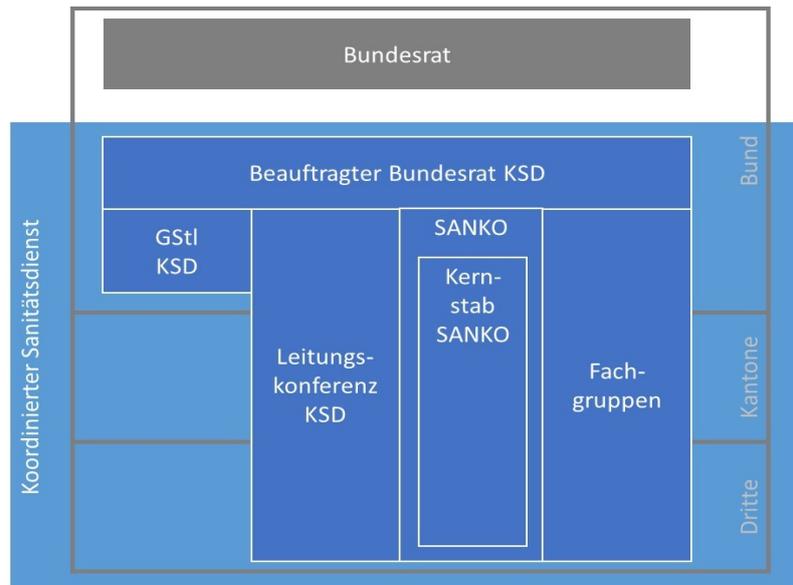


Abbildung 2: Aktuelle Organisation KSD

### 3. Ergebnisse

Das Kapitel 3 umfasst die gewonnenen Ergebnisse aus dem Projekt. In der Standortbestimmung (Kapitel 3.1) werden die untersuchten Themen kurz diskutiert und anschliessend die Erkenntnisse und teilweise möglichen Optionen für die Zukunft des KSD aufgeführt (grau hinterlegt). Daraufhin wird im Kapitel 3.2 ableitend aus den Erkenntnissen der zukünftige Auftrag für den KSD sowohl für die normale als auch für die besondere und ausserordentliche Lage aufgezeigt. Es folgen in Kapitel 3.3 verschiedene Aspekte und Vorschläge für die Gouvernanz des KSD.

#### 3.1 Standortbestimmung

##### 3.1.1 Sanitätsdienstliche Schutzanlagen

Ende 2018 wurden 90 geschützte Spitäler und 248 geschützte Sanitätsstellen gezählt, davon sieben sogenannte KSD-Spitäler. Bund und Kantone finanzieren diese Schutzanlagen gemeinsam. Diese sanitätsdienstlichen Schutzanlagen entsprechen von der Konzeption her (Bautyp, Einrichtungen, Betrieb und Unterhalt) den Standards der 1970er und 80er Jahre und wurden für den bewaffneten Konflikt gebaut. Sie genügen den heutigen Ansprüchen nicht mehr, wie dies auch in einem Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) vom Mai 2020<sup>7</sup> festgehalten wurde. Zudem fehlt es an qualifiziertem Personal (Fach- und Milizpersonal) für den Betrieb dieser Schutzanlagen.

Gemäss Prof. Dr. Zeltner ist der Bedarf an geschützten Sanitätsanlagen unmittelbar mit der Frage der Weiterentwicklung der regionalen und schweizweiten Spitalplanung zu koordinieren, wenn nicht sogar zusammenzulegen. Basierend auf der Empfehlung 2 von Prof. Dr. Zeltner beauftragte die Chefin VBS das BABS im 2019, eine neue Strategie für den Einsatz der sanitätsdienstlichen Schutzanlagen zu erarbeiten. Das BABS sollte diese Strategie sowie ein darauf basierendes Konzept bis im Frühjahr 2024 vorlegen. Kantonsvertreter/innen (GDK, RK MZF) sind im Projekt des BABS vertreten.

Dieses Projekt befasste sich nur mit den sieben unterirdischen geschützten KSD-Spitälern. Sie wurden während der Pandemie aus epidemiologischen und medizinischen Gründen nicht

<sup>7</sup> [Bericht](#) der Eidgenössische Finanzkontrolle (2020): Zustand der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen und Koordination zwischen den Bundesstellen.

gebraucht. Der Kanton Wallis nutzte während der Pandemie die Betten des KSD-Spitals für die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten in oberirdischen Infrastrukturen und in Neuenburg diente das KSD-Spital der Triage und Reserve.

#### **Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft**

- Eine Mehrheit der Projektmitarbeitenden, insbesondere die Kantonsvertreter/innen, ist der Meinung, dass es in Zukunft grundsätzlich keine KSD-Spitäler mehr braucht und die nötigen Kapazitäten für den Ereignisfall (Traumatologie, infektiöse Notfallsituationen) in den bestehenden (grossen) Spitälern zu schaffen sind.
- Eine Weiterführung der KSD-Spitäler würde nur dann Sinn machen, wenn sie tatsächlich betrieben werden könnten. Investitionen in ein KSD-Spital sind deshalb an Bedingungen zu knüpfen: Ein KSD-Spital muss in den ordentlichen Betrieb eines oberirdischen Spitals integriert und in einen Gesamtkontext (Spitalplanungen) eingebettet sein. Auch die Umfrage der KVMBZ bestätigt in der Tendenz diese Erkenntnis.
- Die Armee weist darauf hin, dass sie die KSD-Spitäler bei Bedarf subsidiär unterstützen, den Betrieb jedoch nicht unabhängig vom oberirdischen Spital sicherstellen kann. Die Armee müsste alle Spitalformationen einsetzen, wenn sie gleichzeitig alle sieben KSD-Spitäler unterstützen müsste.
- Im Projekt des BABS sind Kriterien und Voraussetzungen zu definieren, nach welchen KSD-Spitäler in ein oberirdisches Spital integriert bzw. betrieben werden könnten. Gleichzeitig sind auch die Anzahl der nötigen Betten und Leistungscluster (Versorgungsqualität, Quantität der Betten, welche Art von Patienten/innen bzw. für welche Verletzungsmuster) für Katastrophen und Notlagen zu definieren.
- Die Kantone (Gesundheitsregionen) haben basierend auf diesen Kriterien zu entscheiden, ob sie die für Katastrophen und Notlagen nötigen Betten und Leistungscluster in den unterirdischen KSD-Spitälern oder in oberirdischen bestehenden Spitälern schaffen wollen. Massgeblich sind die regionalen Bedürfnisse (inkl. Spitalplanungen), die dafür nötigen Personalressourcen der zugehörigen Kantone und ein funktionierendes Betriebskonzept.
- Im Projekt des BABS ist weiter mit den Kantonen zu klären, für welche Zwecke die anderen sanitätsdienstlichen Schutzanlagen in Zukunft dienen sollen.

### **3.1.2 Spitäler in der Krise: zusätzliche Spitalbetten (Surge Capacity)**

In seinem Gutachten vertritt Prof. Dr. Zeltner die Ansicht, dass die Schweiz in der Lage sein sollte, bis zu 4'250 zusätzliche Betten zur Bewältigung von Epidemien und 425 zusätzliche Betten für nicht-infektiöse Notfallsituation zu schaffen. Aus Sicht der GDK ist es auch aus finanziellen Gründen unrealistisch, in den heutigen Spitalstrukturen in der Regelversorgung 4'000 Betten bereitzuhalten. In der Pandemie schufen die Kantone zahlreiche zusätzliche Betten, entweder durch den Verzicht auf geplante Operationen oder durch den Aufbau von temporären Strukturen. Viele Kantone haben auch Privatspitäler in die Notfallpläne einbezogen und sie verpflichtet, (Covid-)Patienten aufzunehmen. Ein Zwischenbericht des BAG<sup>8</sup> erwähnt 3'619 Spitalaufenthalte vom 25. Februar 2020 bis zum 27. April 2020 im Zusammenhang mit der Pandemie. Vom 24. Februar 2020 bis am 7. November 2021 wurden in der Schweiz und Liechtenstein 34'029 Spitaleintritte wegen Covid-19 registriert.

#### **Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft**

- Die Pandemie verdeutlicht, dass nicht primär zusätzliche Spitalbetten fehlen, sondern zusätzliches Fachpersonal (z.B. geschultes Intensivpflegepersonal (IPS) - Personal).

<sup>8</sup> Epidemiologische [Zwischenbilanz](#) zum neuen Coronavirus in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein des BAG vom 27. April 2020.

- Die kantonalen und interkantonalen Spitalplanungen in der Zuständigkeit der Kantone haben im Hinblick auf Epidemien/Pandemien und nicht infektiöse Notfallsituationen (z.B. Massenanfall von Verletzten) zusätzliche Spitalkapazitäten vorzusehen, die im Ereignisfall unverzüglich geschaffen und betrieben werden können. Dafür arbeiten die Kantone mit den Spitälern und Gesundheitseinrichtungen zusammen.
- Im Ereignisfall soll der KSD eine nationale Übersicht über die Spital- und Bettenkapazitäten führen mit dem Informations- und Einsatzsystems (IES) (siehe auch Kapitel 3.1.8).
- Der KSD soll im Ereignisfall in diesem Bereich eine koordinierende Rolle einnehmen (z.B. Koordination des Konzepts «Nationale Koordination bei massivem Zustrom von Patienten in Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie», mit dem die Rega beauftragt ist, Intensivplätze und Behandlungsbetten zu vermitteln).

### 3.1.3 Ziviles Gesundheitspersonal und Hilfspersonal

In der Krise fehlt es in erster Line an ausgebildetem Gesundheitspersonal. Gerade die Schaffung von zusätzlichen Betten erfordert mehr Fach- und Betriebspersonal (vom Arzt über die Pflege bis zum Logistikpersonal). Mit dem Einsatz von pensioniertem Fachpersonal und Studierenden (Medizin, Pflege), der Verpflichtung von Personal aus Privatspitälern und durch interne organisatorische Massnahmen (gestützt auf die Lockerungen der arbeitsgesetzlichen Vorschriften in den Covid-Verordnungen) konnte verhindert werden, dass Personal fehlte (Stand Mitte September 2021). Der Mangel an spezialisiertem IPS-Personal konnte teilweise aber nur mit fragwürdigen Arbeitsbedingungen aufgefangen werden.

Auch Freiwillige aus der Zivilgesellschaft oder aus Organisationen boten ihre Unterstützung an. Da Freiwillige die Arbeitsprozesse einer Gesundheitseinrichtung oft nicht kennen, können sie eine zusätzliche Belastung für das Fachpersonal sein. In der Pandemie war es eine Herausforderung, auf lokaler und regionaler Ebene eine Übersicht über die Leistungen der Freiwilligen zu haben, ihre Referenzen und Fähigkeiten zu überprüfen und sie schnell und am richtigen Ort einzusetzen. Der Zivilschutz und der Zivildienst nahmen ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen ein.

#### Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft

- Der KSD verfügt über keine eigenen personellen Ressourcen für die Unterstützung des Gesundheitswesens. Die Kantone sind grundsätzlich selber für ihr benötigtes Gesundheitspersonal verantwortlich.
- Der KSD soll die Kantone in der Personalrekrutierung nicht konkurrieren. Der Fokus des KSD soll deshalb auf der Rekrutierung von zivilem Gesundheitspersonal und Hilfspersonal sowie Spezialisten des Bundes und den Institutionen des Bundes (Labor Spiez, ETH, Verwaltung) sein. Der KSD soll ein Konzept für den Einsatz dieses Bundespersonals erarbeiten, das Spitäler und Gesundheitseinrichtungen in der Krise unterstützen kann.
- Die Kantone wiederum sind verantwortlich, Hilfspersonal aus den ihnen unterstellten oder lokalen/regionalen Institutionen und Freiwillige zu rekrutieren (evtl. mit Vereinbarungen) und im Ereignisfall zu engagieren. Zudem ist mit dem BABS zu klären, inwiefern die Betreuer des Zivilschutzes in Zukunft ausgebildet sein sollen und ob sie in Spitälern eingesetzt werden könnten. Für den Einsatz als Pflegepersonal in Spitälern ist eine Zertifizierung nötig.
- Es ist schwierig, einen Überblick über das zur Verfügung stehende Hilfspersonal und Freiwillige zu haben. Ein IT-Instrument könnte eine nationale, regionale, kantonale und lokale Übersicht über die zur Verfügung stehenden Personalressourcen

und ihre Leistungen erleichtern und eine kantonsübergreifende Zuteilung der Ressourcen erlauben. Der KSD sollte dieses IT-Instrument (z.B. IES) betreiben und die Partner darauf Zugriff haben (siehe auch Kapitel 3.1.8).

- Während der Pandemie konnte festgestellt werden, wie stark der Schweizer Gesundheitssektor von ausländischem Gesundheitspersonal bzw. von Grenzgänger/innen abhängig ist. In mehreren Kantonen würde ohne dieses Gesundheitspersonal (z.B. bei Grenzschiessung) die Gesundheitsversorgung zusammenbrechen. Diese Abhängigkeit ist auf politischer Ebene zu beurteilen und wenn nötig sind Massnahmen zu treffen.

### **3.1.4 Gesundheitspersonal und Sanitätspersonal der Armee**

Während der Pandemie Anfang April 2020 erbrachten rund 2'400 Armeeingehörige (BBI 2020 3447) im subsidiären Einsatz Dienstleistungen zugunsten von zivilen Spitälern, Alters- und Pflegeheimen sowie Rettungsdiensten. Es wurden sämtliche Sanitäts- und Spitalformationen der Armee aufgeboden. Sie erbrachten dezentral Leistungen in den Bereichen Pflege (inkl. Intensivpflege), Patiententransporte und Triage. Dieser Einsatz wurde basierend auf der Analyse der eingegangenen kantonalen Anträge durch den KSD (SANKO) als Spartenorganisation des Bundesstabs Bevölkerungsschutz (BSTB) im Rahmen des Ressourcenmanagement Bund definiert.

Eingerücktes, nicht zwingend benötigtes ziviles Gesundheitspersonal wurde nach der einsatzbezogenen Ausbildung auf Gesuch beim Oberfeldarzt der Armee wieder entlassen, um dem zivilen Gesundheitswesen keine Kapazitäten zu entziehen.

Der Bundesrat beschloss im November 2020 einen Assistenzdienst von maximal 2500 Armeeingehörigen zur Unterstützung des Gesundheitswesens bis längstens zum 31. März 2021 (BBI 2020 8805). Er verschärfte im Vergleich zur ersten Welle die Kriterien für die subsidiäre Unterstützung. Das führte dazu, dass in der zweiten Welle weniger Gesuche für Einsätze der Armee als in der ersten Welle genehmigt wurden. Gegen Ende November 2020 wurde mit 750 gleichzeitig eingesetzten Angehörigen der Armee der Höchststand erreicht, wovon 449 Personen im Einsatz zugunsten von zivilen Spitälern standen.

#### **Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft**

- Eine Mehrheit der Projektmitarbeitenden ist der Ansicht, dass bei Katastrophen und Notlagen ziviles Gesundheitspersonal nur selektiv und situativ für die Armee aufgeboden werden sollte, z.B. für einsatzbezogene Ausbildung.
- In der Pandemie beurteilte der KSD, respektive SANKO (siehe auch Kapitel 3.1.11) als Spartenorganisation des Bundesstabs Bevölkerungsschutz (BSTB) und im Rahmen des Ressourcenmanagement Bund (ResMaB) die kantonalen Unterstützungsgesuche für Leistungen und Ressourcen der Armee. Im BSTB wurde entschieden, ob den Gesuchen stattgegeben wird. Die Armee teilte den Kantonen die Leistungen und das Material zu.
- In der Pandemie war es nicht nötig eine Priorisierung der geforderten Ressourcen und Leistungen vorzunehmen. Für den Fall, dass dies eintreffen würde, sollten vorgängig (fachliche) Priorisierungskriterien und (politische) Entscheidungsprozesse definiert werden.

### **3.1.5 Versorgung mit Medikamenten und medizinischen Gütern**

Das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL) zeigt in seinen regelmässigen Berichten auf, dass die Versorgung mit und die Beschaffung von lebenswichtigen Medikamenten auch in der normalen Lage eine strategische Herausforderung ist. Zu Beginn der Pan-

demie waren der Prozess und die Zusammenarbeit der verschiedenen zuständigen Bundesstellen für die Versorgung und Beschaffung von Medikamenten sowie medizinischen Gütern unzureichend und nicht transparent geregelt. In der besonderen Lage (ab 19. Juni 2020) wurde eine temporäre interdepartementale Arbeitsgruppe (IDAG) eingesetzt mit der Absicht, die Versorgung und Beschaffung von medizinischen Gütern besser zu koordinieren. Der Beauftragte KSD übernahm die Leitung dieser Arbeitsgruppe.

#### **Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft**

- Im Projekt wurde diskutiert, ob die Versorgung (Bevorratung und Beschaffung) von lebenswichtigen Medikamenten sowie medizinischen Gütern in allen Lagen weiterhin die Aufgabe des BAG, BWL und der Armeeapotheke ist und dem KSD wenn nötig eine unterstützende Rolle zukommen soll. Alternativ könnte er eine aktive Rolle übernehmen. Es gibt keine einheitliche Meinung dazu.
- Es gibt unterschiedliche Meinungen, ob es notwendig war, die interdepartementale Arbeitsgruppe einzusetzen oder ob die Aufgaben mit den bestehenden Strukturen und unter einer anderen Leitung hätten gelöst werden können. Einige sind der Auffassung, dass es Doppelspurigkeiten mit anderen Akteuren und bestehenden Strukturen gab (BAG, BWL, Armee, Seco, BSTB, NAZ, ResMaB) (siehe Kapitel 5, Empfehlung 3).

### **3.1.6 Vorsorgeplanungen**

Mit Ausnahme der Planung bei einem grossen Anfall von Patienten/innen mit schweren Verbrennungen gibt es derzeit keine nationalen Vorsorgeplanungen für das Gesundheitswesen.

#### **Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft**

- Die Kantone sollen für die kantonalen und regionalen Krisenreaktionspläne und Vorsorgekonzepte verantwortlich sein, denn die Umsetzung ist Sache der Kantone. Der KSD kann in der Planung unterstützen oder koordinieren, wenn dies gewünscht wird.
- Es wird mehrheitlich befürwortet, dass der KSD in Zusammenarbeit mit den zuständigen Akteuren (Kantone, Spitäler, Rettungsdienste) nationale Vorsorgekonzepte für das Gesundheitswesen ausarbeitet. Solche Konzepte sollen sich nicht auf spezifische Ereignisse beziehen («ereignisneutral»), sie sollen aber mit verschiedenen Szenarien überprüft sein («szenarienüberprüft»). Sie sollen sich auf Ereignisse mit einer hohen Anzahl von Patienten/innen beziehen, die die Kapazitätsgrenzen innerhalb einer Region ausschöpfen und auf Ereignisse mit geringem Patientenfall, die das Gesundheitssystem dennoch an seine Grenzen bringen könnte (siehe auch Empfehlung 3 des Schlussberichts zur Sicherheitsverbandsübung 2019<sup>9</sup>).
- Die interkantonale Koordination und Zusammenarbeit soll schon in der Vorsorge gestärkt werden.

### **3.1.7 Ausbildung**

Prof. Dr. Zeltner weist in seinem Gutachten darauf hin, dass die vier strategischen Schwerpunkte des KSD (Vernetzen, Leisten, Bilden, Konzipieren) und deren Konkretisierung in Einzelprojekten ein breites Aufgabenspektrum für den KSD sind. Es soll in Rücksicht auf die beschränkten Ressourcen des KSD auf einen realistischen Umfang reduziert werden.

<sup>9</sup> [Schlussbericht](#) vom November 2020 zur Sicherheitsverbandsübung 2019.

Der KSD entwickelte zusammen mit der Berner Fachhochschule (Bereich Wirtschaft) das Konzept «Campus KSD»<sup>10</sup> mit dem Ziel, dass sich die Partner in den erforderlichen Fähigkeiten für das gesundheitliche Krisenmanagement ausbilden können. Dafür werden existierende Ausbildungskurse, die dieses Kompetenzprofil anstreben, miteinander vernetzt. Der KSD führt selber keine Ausbildung oder Zertifizierungen durch, sondern unterstützt finanziell die Ausbildungen des «Campus KSD» in der Notfall- und Katastrophenmedizin.

#### **Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft**

- Das Ausbildungskonzept «Campus KSD» ist vielen Partnern unbekannt.
- In einem künftigen Begleitgremium des KSD ist zu definieren, welche Ausbildungsthemen vom KSD weiterverfolgt und allenfalls unterstützt werden sollten. Es ist zu analysieren, ob die vom KSD unterstützten Ausbildungen von den KSD-Partnern genutzt werden oder ob bestehende Ausbildungen der KSD-Partner gefördert werden sollten. Zur Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen KSD und IVR vgl. Kapitel 3.1.9.
- Der KSD kann den Kantonen im Hinblick auf Epidemien/Pandemien und nicht-infektiöse Notfallsituation Ausbildungskonzepte für das Spitalpersonal zur Verfügung stellen.
- Aus der Umfrage der KVMBZ geht hervor, dass Ausbildungen bedürfnisorientiert anzubieten sind und auch Ausbildungen für die benutzten IT-Plattformen (IES) sinnvoll wären.

### **3.1.8 Nationale Übersicht über Spitalkapazitäten, Material und Ressourcen**

Die Pandemie verdeutlicht die Wichtigkeit einer gesamtschweizerischen Übersicht über Ressourcen und Kapazitäten im Gesundheitswesen (Spital- und Bettenkapazitäten, IPS-Auslastung, medizinische Güter, Schutzmaterial, Personal). Der KSD erstellt diese nationale Übersicht und das Lagebild («Blaue Lage») mittels dem Informations- und Einsatzsystem (IES). Teilweise ist es schwierig, diese Informationen von den Kantonen und Spitälern in der notwendigen Qualität und rechtzeitig zu erhalten um sie entsprechend aufzubereiten. Dies zeigt, dass die Datenübermittlung zwischen Bund und Kantonen (inkl. Spitäler) schwierig ist. Einerseits, weil nicht alle dieselben Systeme verwenden und die Kompatibilität der Systeme nicht gegeben ist. Andererseits, weil das System nicht benutzerfreundlich ist.

#### **Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft**

- Die Projektmitarbeitenden sind sich einig, dass es eine solche nationale Übersicht in der Krise braucht. Der KSD soll diese Übersicht mittels der IT-Plattform (IES) weiterhin betreiben und die Bedürfnisse der Leistungserbringer (Spitäler, Rettungsdienste, Pflegeeinrichtungen) und der Nutzer (Bund, Kantone, Dritte) in der im 2019 beschlossenen Weiterentwicklung des Systems berücksichtigen. Damit diese Plattform den Leistungserbringern und den Nutzern im Not- und Katastrophenfall nützlich ist, sind universelle Schnittstellen zu anderen verwendeten Systemen zu bilden. So kann die Kompatibilität zwischen den in der normalen Lage verwendeten Systemen der Partner mit dem IES herbeigeführt und die Datenübermittlung ermöglicht werden. Damit wäre eine nationale Übersicht auch in der normalen Lage möglich. Die Weiterentwicklung der IT-Plattform (IES 2.0) sollte diese Kompatibilität ermöglichen.
- Die Kantone tragen aktuell mit einem jährlichen Beitrag von 5 Rp. pro Einwohner/in zum Betrieb dieser IT-Plattform bei.

<sup>10</sup> <https://www.bfh.ch/wirtschaft/de/weiterbildung/campus-ksd/>

- Das Lagebild sollte noch spezifischer auf die lokale, regionale und kantonale Verwendung und die Informationsbedürfnisse der KSD-Partner, der Kantone und der Bundesstellen ausgerichtet sein.

### 3.1.9 Schnittstelle mit dem Interverband für Rettungswesen

Der Interverband für Rettungswesen (IVR) ist die Dachorganisation des medizinischen Rettungswesens der Schweiz. Die Mitglieder des IVR decken einen grossen Teil der Leistungen des präklinischen Bereichs ab. Der IVR hat ein Mandat von der GDK, das den ganzen Rettungsbereich umfasst (Ersthelfer bis zur Übergabe an die Klinik). Unter anderem hat der IVR Qualitätsrichtlinien zu erlassen, welche in den meisten Kantonen erfüllt werden müssen, um eine Betriebsbewilligung für einen Rettungsdienst zu erhalten. Heute sind die Zuständigkeiten und die Abgrenzung zwischen dem IVR und dem KSD unzureichend geklärt.

#### Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft

- Eine strukturierte Schnittstelle zwischen dem IVR und dem KSD sollte entwickelt werden (mit dem Einbezug in einem Begleitgremium).
- Der IVR ist im Auftrag der GDK für die Festlegung von Richtlinien und Qualitätsstandards im Themenfeld der Präklinik (z.B. Sanitätsnotrufzentralen, Rettungsdienste) verantwortlich. Er legt die Standards der medizinischen Notfallversorgung im Alltag fest, die mit (über)regionalen Mitteln bewältigt werden können (regionale Krisenreaktionspläne). Die Standards des IVR sind vom KSD in den Konzepten der Ereignisbewältigung und in den Bildungsangeboten zu übernehmen.
- Die detaillierten Zuständigkeiten, insbesondere auch im Bereich der Ausbildung, sind zwischen GDK, IVR und KSD im Rahmen einer Vereinbarung zu regeln.
- Der KSD soll nur die nationalen Vorsorgekonzepte und Krisenreaktionspläne für den präklinischen Bereich koordinieren (z.B. Pandemie, radioaktive Ereignisse, bewaffneter Konflikt), basierend auf den regionalen Krisenreaktionsplänen des IVR.

### 3.1.10 Zusammenarbeit mit Experten/Expertinnen

Das für die KSD-Aktivitäten benötigte Wissen erfordert das Engagement von externen Experten/Expertinnen, die das intern fehlende Wissen und die Fähigkeiten vermitteln können. Für externe Angestellte und Experten/innen sind gegenwärtig 500'000 CHF pro Jahr budgetiert.

#### Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft

- Für welche KSD-Aktivitäten das Engagement von externen Experten/Expertinnen sinnvoll und nützlich ist, ist mit den Partnern des KSD im Begleitgremium zu definieren.

### 3.1.11 Rolle des KSD in der Krise

In der Pandemie wurde das sanitätsdienstliche Koordinationsgremium (SANKO) als operativer Teil des KSD aktiviert. Die in der Verordnung definierten Mitglieder von SANKO waren während der Pandemie allerdings nicht in diese Arbeiten involviert. SANKO bestand in Spitzenzeiten aus rund 60 Personen (Mitarbeitende der Geschäftsstelle KSD, des Zivilschutzes, des Zivildienstes, Angehörige des Stabs Bundesrat NAZ (Armee) und Externe wie ehemalige Kantonsärzte). SANKO machte die Lageaufbereitung und -darstellung, Führungsunterstützung und Support und analysierte die kantonalen Unterstützungsbegehren.

### Erkenntnisse / mögliche Optionen für die Zukunft

- In vielen Kantonen war die Rolle und Funktion des SANKO und auch der eigenen kantonalen KSD-Verantwortlichen unklar oder sogar unbekannt. Die KSD-Verantwortlichen der Kantone sollten besser in das Krisenmanagement und in den kantonalen Krisenstab integriert werden.
- Während der Pandemie wurde offensichtlich, dass die Schnittstellen zwischen dem KSD (SANKO) und dem Bundesstab Bevölkerungsschutz, respektive der NAZ, nicht klar definiert waren.
- SANKO wurde in der Pandemie als operativer Teil des KSD eingesetzt. SANKO übernahm Aufgaben, die bis zur Pandemie durch die NAZ und im Ressourcenmanagement Bund (ResMaB) vorgesehen waren. Der Unterschied zwischen den Aufgaben von SANKO und NAZ/ResMaB war, insbesondere zu Beginn der Pandemie, unklar. In der Zwischenzeit wurde beispielsweise geregelt, dass die Kantone ihre Gesuche für die Bewältigung der Pandemie weiterhin via NAZ in das ResMaB einreichen, was dem Standard entspricht, unabhängig von der Art der Krise.
- SANKO erstellte in der Pandemie in Zusammenarbeit mit der NAZ das nationale sanitätsdienstliche Lagebild (Spital- und Bettenkapazitäten, Patientenbelegung, Überblick der Gesundheitssituation, Überblick über wichtige medizinische Güter) und die sogenannte «Blaue Lage». SANKO prüfte und beurteilte im Rahmen des ResMaB die kantonalen Unterstützungsgesuche für das Gesundheitswesen. Die Armee teilte basierend darauf und gemäss Entscheid des BSTB den Kantonen die Ressourcen zu.
- Es ist zu bestimmen, ob der KSD für den Ereignisfall ein eigenes operatives Krisenorgan SANKO (Milizpool) hat oder ob diese Tätigkeiten in die Einsatzorganisation NAZ integriert und von der NAZ und ResMaB wahrgenommen werden (siehe Kapitel 3.3.3 und Kapitel 6, Antrag 5).

### 3.2 Zukünftiger Auftrag KSD

In diesem Kapitel folgt der Vorschlag für den zukünftigen Auftrag des KSD, er leitet sich aus den zuvor präsentierten Ergebnissen in Kapitel 3.1 ab. Die Mehrheit der Projektmitarbeitenden sieht den KSD zukünftig sowohl in der normalen Lage als auch im Ereignisfall in einer unterstützenden und koordinierenden Rolle auf nationaler Ebene. Der KSD soll sich nicht in die regionale, (inter-)kantonale Ebene einmischen (z.B. in Spitalplanungen), sondern nur dann eine Aufgabe wahrnehmen, wenn es um eine überregionale, respektive nationale Koordination geht. Eine Minderheit, insbesondere aus der KVMBZ, erachtet es als sinnvoll, dem KSD eine aktivere Rolle zu geben, die über Beratung und Koordination hinausgeht.

Der Auftrag in der normalen Lage ist vom Auftrag in der besonderen und ausserordentlichen Lage zu unterscheiden. Die folgenden Ausführungen müssen in der Revision der Verordnung präzisiert werden.

In der *normalen* Lage soll der KSD folgenden Auftrag haben:

1. Eine Risikoanalyse für das Gesundheitswesen erstellen, die zuständigen Behörden darüber informieren und geeignete Massnahmen zur Prävention, Bewältigung und Begrenzung dieser Risiken empfehlen.
2. Eine aktualisierte Übersicht über die verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen erstellen (Spital- und Bettenkapazitäten, Patientenbelegung, Personal, Bestände der wichtigen medizinischen Güter und Schutzmaterial) und sie den KSD-Partnern zur Verfügung stellen.

3. Zusammen mit den Partnern nationale Vorsorgekonzepte/Krisenreaktionspläne für das Gesundheitswesen erarbeiten (Spitäler, Rettungsdienste, Alters- und Pflegeheime, ambulante Pflege). Sie sollen sich nicht auf spezifische Ereignisse beziehen («ereignisneutral»), aber mit verschiedenen Szenarien überprüft sein («szenarienüberprüft»). Die Vorsorgekonzepte sollen sich einerseits auf Ereignisse mit einer hohen Anzahl von Patienten/innen beziehen, die die Kapazitätsgrenzen innerhalb einer Region ausschöpfen. Andererseits sollen sie sich auf Ereignisse mit geringem Patientenansturm beziehen, die das Gesundheitssystem dennoch an seine Grenzen bringen könnten (z. B. für den medizinischen ABC-Schutz, Empfehlung C1 der Strategie Kom ABC 2019).
4. Nationale Konzepte für das Patientenmanagement (z.B. Verlegung von Patienten/innen bei massivem Zustrom) und Konzepte für den Einsatz von materiellen sowie personellen Ressourcen und Leistungen des Bundes für besondere oder ausserordentliche Gesundheitssituationen in Abstimmung mit dem BAG und den internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) koordinieren und erstellen.
5. Die Weiterbildung (von Führungskräften und Fachpersonen) der Partner des KSD in Absprache mit dem IVR und den Partnern in den relevanten Bereichen des Gesundheitswesens (Notfall- und Katastrophenmedizin) und in der Bekämpfung von Tierseuchen unterstützen und koordinieren.
6. Das Informations- und Einsatz-System (IES) betreiben und weiterentwickeln und die Bedürfnisse der Partner und Nutzer (Kantone, Spitäler, Rettungsdienste) berücksichtigen.

In der *besonderen* und *ausserordentlichen* Lage soll der KSD folgenden Auftrag haben:

1. Das Informations- und Einsatz-System (IES) betreiben.
2. Als Beitrag zur Gesamtlage der NAZ das nationale Lagebild des Gesundheitswesens (Spital- und Bettenkapazitäten, Patientenbelegung, IPS-Auslastung, Personal, Überblick der Gesundheitssituation, Überblick über Bestände der wichtigen medizinischen Güter und Schutzmaterialien) und die sogenannte «Blaue Lage» erstellen.
3. Die kantonalen Unterstützungsgesuche für das Gesundheitswesen als Spartenorganisation des BSTB im Rahmen des ResMaB beurteilen und priorisieren. Nach Entscheidung werden den betroffenen zivilen Behörden die personellen und materiellen Ressourcen sowie Leistungen der Armee, des Zivildienstes und anderer Bundesämter und ziviler Organisationen durch die jeweilige Organisationseinheit zugewiesen.
4. Auf Antrag die Partner (des Gesundheitswesens) in der nationalen Koordination unterstützen sowie dort wo sinnvoll und notwendig im Rahmen des ResMaB auch die internationale Koordination unterstützen.
5. Spezifische Gesundheitsmassnahmen vorschlagen, sofern diese noch nicht von den Partnern des KSD vorgesehen sind.

### 3.3 Gouvernanz: Modelle für die Steuerung des KSD

Dieses Kapitel geht auf verschiedene Aspekte der Gouvernanz ein. Diskutiert wird die Ansiedlung und Unterstellung des KSD-Beauftragten und seiner Geschäftsstelle, den Einbezug der Partner und die Finanzierung.



Abbildung 3: behandelte Aspekte des Teilprojekts Gouvernanz

#### 3.3.1 KSD-Beauftragter des Bundes

Heute ist es nicht mehr üblich, dass eine Funktion direkt dem Bundesrat unterstellt ist. Der KSD-Beauftragte und seine Geschäftsstelle sollen deshalb bei einem zivilen oder militärischen Bundesamt angesiedelt und einer Bundesamtsdirektorin oder einem Bundesamtsdirektor formell oder administrativ unterstellt sein. Die Bezeichnung der Funktion ist auf Beauftragter KSD des Bundes zu ändern und die Verordnung entsprechend anzupassen.

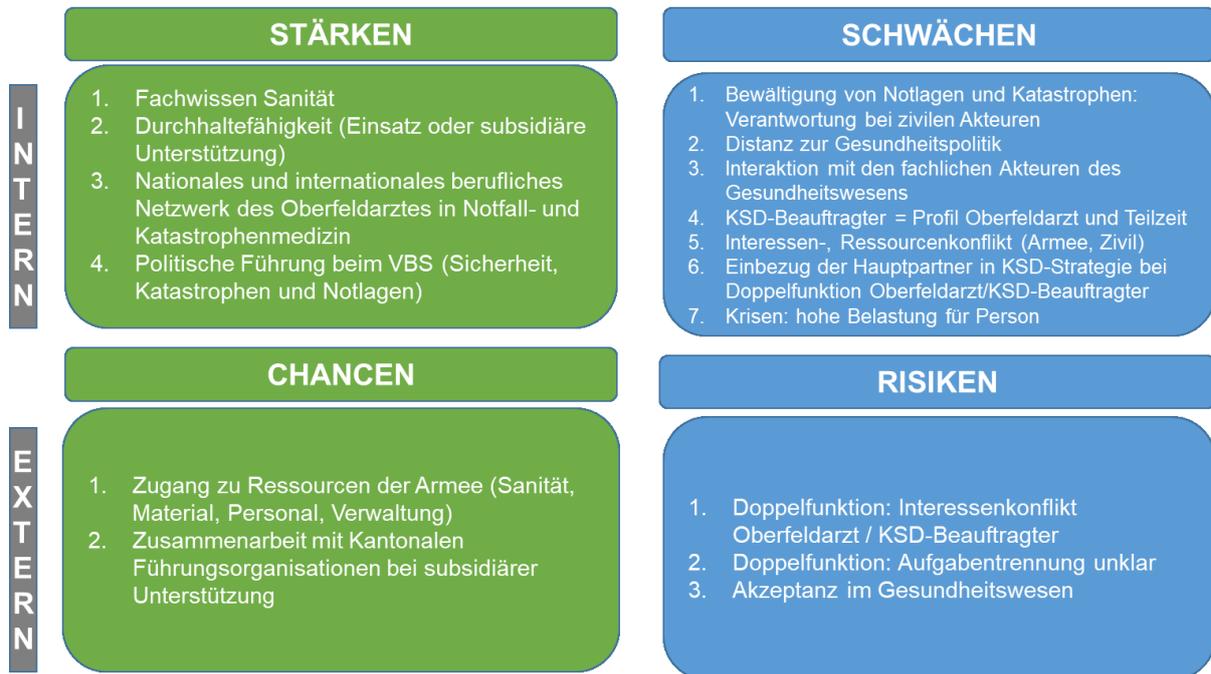
#### 3.3.2 Ansiedlung

Die strategische Begleitgruppe befasste sich intensiv mit der zukünftigen Ansiedlung des KSD. Drei Varianten standen dabei im Vordergrund: die Gruppe Verteidigung (Armee), das BABS und das BAG. Die Optionen, den KSD beim Generalsekretariat VBS oder bei der GDK anzusiedeln oder als eine eidgenössische Kommission zu führen, eignen sich aus Sicht der strategischen Begleitgruppe nicht. Der KSD-Beauftragte soll beim Bund angesiedelt sein, da es um die nationale Koordination geht. Eine Ansiedlung bei der GDK wird deshalb und im Hinblick auf die Bewältigung von Notlagen und Katastrophen nicht als zielführend erachtet. Das Generalsekretariat VBS ist zu weit entfernt von der operativen Ebene und das Gesundheitswesen ist nicht sein Kernthema. Die Pandemie hat zudem gezeigt, dass sich eidgenössische Kommissionen weniger gut für den Krisenfall eignen, da sie zu weit weg von den Entscheidungsträgern sind.

Die Beibehaltung der Doppelfunktion Beauftragter KSD – Oberfeldarzt der Armee bedingt eine Ansiedlung des KSD-Beauftragten bei der Gruppe Verteidigung. Die Trennung der Personalunion bedeutet, dass es weiterhin einen Oberfeldarzt der Armee gibt und die Funktion des KSD-Beauftragten mit einer Geschäftsstelle bei der Gruppe Verteidigung, im BABS oder im BAG angesiedelt wird. Allgemein wird befürwortet, dass die Funktion von einer Ärztin/einem Arzt mit entsprechenden Kompetenzen ausgeübt wird.

Im Folgenden werden die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der drei Varianten beschrieben.

## Variante 1: Gruppe Verteidigung (Armee)



### Stärken

Die Armee verfügt über Fachwissen im Sanitätsbereich, der Oberfeldarzt ist die verantwortliche Person für diesen Bereich. Die Armee unterstützt die zivilen Partner im Gesundheitsbereich und in anderen Bereichen subsidiär und bereitet sich für Krisen und auf die Durchhaltefähigkeit vor (Einsatz oder subsidiäre Unterstützung). Bei Beibehaltung der Doppelfunktion kann der Beauftragte KSD insbesondere in der Notfall-, Katastrophen-, und Kriegsmedizin auf das nationale und internationale berufliche Netzwerk des Oberfeldarztes zurückgreifen. Verbleibt der KSD bei der Gruppe Verteidigung, ist die politische Führung des KSD beim VBS. Im VBS sind schon heute Organe und Strukturen für das Krisenmanagement sowie koordinierte Bereiche (Telematik, ABC-Schutz) angesiedelt.

### Schwächen

Heute stehen nicht mehr der bewaffnete Konflikt sondern andere Szenarien und Risiken im Vordergrund<sup>11</sup>. Für die Bewältigung von Notlagen und Katastrophen sind grundsätzlich die zivilen Akteure zuständig. Die Armee ist gesamthaft gesehen ein eher bescheidener Akteur im Gesundheitswesen und hat keine Rolle in der Gesundheitspolitik. Sie hat wenig Austausch mit den kantonalen Gesundheitsdirektoren/innen und der Fachebene (Kantonsärzte, IVR etc.). Das heutige Profil des KSD-Beauftragten ist nicht spezifisch auf die Tätigkeiten des KSD ausgerichtet, sondern entspricht dem Profil des Oberfeldarztes. Die Doppelfunktion erlaubt nur eine Teilzeittätigkeit für den KSD. Verbleibt der KSD bei der Gruppe Verteidigung, wird er weiterhin als Teil der Armee wahrgenommen: Interessen- und Ressourcenkonflikte zwischen der Armee und dem KSD (zivil) sind nicht von der Hand zu weisen. Zudem gibt die militärisch vorgesetzte Stelle dem Oberfeldarzt/KSD-Beauftragten die strategischen Ziele vor. In der Vergangenheit waren die Partner des KSD zu wenig in die Definition der KSD-Strategie einbezogen. In Krisen ist es schwierig, die Doppelfunktion auszuüben, ohne dass die eine oder andere Seite vernachlässigt wird. Die Belastung für die Person ist sehr hoch.

<sup>11</sup> Siehe [Bericht](#) zur Nationalen Risikoanalyse (Katastrophen und Notlagen Schweiz) 2020 des BABS.

## **Chancen**

Der KSD kann in der normalen Lage und in Krisen relativ unkompliziert auf verschiedene Ressourcen der Gruppe Verteidigung zugreifen (Personal, Material, Verwaltung) und diese Synergien nutzen. Die Nähe und die kurzen Wege zwischen dem KSD und der Gruppe Verteidigung (z. B. Sanität, Logistik) können bei Ereignissen von Vorteil sein, in denen die Kantone subsidiäre Unterstützung der Armee für das Gesundheitswesen beantragen (Zusammenarbeit mit Kantonalen Führungsorganisationen durch die Verbindungsstäbe der Armee).

## **Risiken**

Die Ansiedlung des KSD bei der Gruppe Verteidigung und die Beibehaltung der Doppelfunktion bergen das Risiko, dass die KSD-Geschäfte durch eine Armee-dominierte Perspektive betrachtet und beurteilt werden und es kann zu Interessenkonflikten (Ressourcen, Prioritäten) führen. Die Koordinationsarbeiten des KSD beziehen sich hauptsächlich auf die zivilen Akteure. Oft ist für die Partner unklar, ob eine Aufgabe vom KSD (zivil) oder vom Oberfeldarzt (Armee) erledigt wird. Die Leistungserbringer Armee und KSD werden von externen Stellen verwechselt oder vermischt. Diese unscharfe Trennung und die Tatsache, dass die Koordinationsarbeiten von einer Stelle wahrgenommen werden, die bei der Gruppe Verteidigung (Armee) angesiedelt ist, stösst bei einigen Partnern auf geringe Akzeptanz.

## **Zusätzliche Bemerkung**

Die Gruppe Verteidigung erarbeitet zurzeit ein Konzept «militärisches Gesundheitswesen», das im Rahmen einer Revision des Militärgesetzes eine gesetzliche Grundlage erhalten soll. Das Konzept sieht auch die Nutzung ziviler sanitätsdienstlicher Ressourcen durch die Armee vor.

## **Ansiedlung des KSD innerhalb der Gruppe Verteidigung**

Es wäre am VBS respektive an der Gruppe Verteidigung zu entscheiden, in welchem Bereich der Gruppe Verteidigung der KSD-Beauftragte und seine Geschäftsstelle angesiedelt würden und ob sie formell oder administrativ unterstellt wären.

## Variante 2: BABS



### Stärken

Das Gesundheitswesen, die Polizei, die Feuerwehr, der Zivilschutz und die technischen Betriebe sind die fünf Bereiche des Bevölkerungsschutzes. Gemäss Artikel 3 des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG) arbeiten die Führungsorgane, Partnerorganisationen und Dritte im Rahmen des Bevölkerungsschutzes in der Vorsorge und der Ereignisbewältigung zusammen. Auf nationaler Ebene ist das BABS das zuständige Bundesamt für den Bevölkerungsschutz. Das BABS hat mit dem KSD Synergien in verschiedenen Bereichen (Zivilschutz, Sanitätsdienstliche Schutzanlagen (Infrastrukturen), nationaler ABC-Schutz, Ausbildung, Lagerdarstellung). Die politische Führung ist im VBS, wo auch die Armee und zivile Organe und Strukturen für Katastrophen und Notlagen angesiedelt sind. Leistungen und Material der Armee sind im gleichen Departement verortet. In subsidiären Einsätzen der Armee funktioniert die Zusammenarbeit mit den zivilen Behörden aber unabhängig dieses Aspekts. Mit dem Bundesstab Bevölkerungsschutz, NAZ und ResMaB bestehen beim BABS Strukturen für eine Krisenbewältigung<sup>12</sup>. Die NAZ ist im Ereignisfall erste Anlaufstelle für die Kantone in allen Fragen des Bevölkerungsschutzes, erstellt die bevölkerungsschutzrelevante Lage und nimmt die Unterstützungsgesuche der Kantone für Leistungen und Material des Bundes und der Armee entgegen (ResMaB). Während der Pandemie lieferte der KSD (SANKO) und das BAG der NAZ die entsprechenden Teillagen des Gesundheitswesens für die Gesamtlage Schweiz.

<sup>12</sup> Der [Bericht](#) der Bundeskanzlei zur Auswertung des Krisenmanagements in der Covid-19-Pandemie vom 11. Dezember 2020 vermerkt dazu auf S. 15: «Der Bundesstab Bevölkerungsschutz (BSTB) und der Krisenstab des Bundesrates Corona (KSBC) haben die ihnen zugeschriebenen Rollen und Aufgaben nicht vollständig ausgeschöpft. (...) Zugleich waren die Funktion, die Rolle und die Kompetenzen des BSTB nicht klar, sodass auch er die für ihn vorgesehenen Aufgaben nicht vollständig wahrnehmen konnte. Dementsprechend bereitete er keine Entscheidungsgrundlagen, Gesetzgebungen, Verordnungen oder Verfügungen vor. Diese Aufgaben wurden ebenfalls von der Taskforce BAG übernommen.»

## **Schwächen**

Das BABS hat keine nationale Kompetenz im Gesundheitswesen und daher auch wenig Fachwissen und keine internationalen Kontakte in diesem Bereich. In der normalen Lage gibt es wenig fachlichen Austausch mit Akteuren des Gesundheitswesens und es findet kaum eine Interaktion mit den politischen Verantwortlichen der Kantone statt.

## **Chancen**

Das BABS bietet die Möglichkeit, den KSD im Zivilen anzusiedeln (= Trennung Doppelfunktion) und ihn besser im Bevölkerungsschutz und für Notlagen und Katastrophen zu positionieren. Weiter könnte das medizinische Wissen respektive das Fachwissen in Notfall- und Katastrophenmedizin (Profil = Ärztin/Arzt) im BABS gestärkt werden. Die Pandemie hat gezeigt, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und den Kantonalen Führungsstäben wichtig ist. Eine Ansiedlung des KSD beim BABS ermöglicht eine engere Zusammenarbeit dieser beiden Bereiche auf nationaler Ebene. Die Kantone reichten auch während der Pandemie die Unterstützungsgesuche für Leistungen und Material der Armee und des Bundes bei der NAZ ein. SANKO (in der Pandemie der Krisenstab des KSD) beurteilte die Gesuche des Gesundheitswesens im Rahmen von ResMaB und als Spartenorganisation des BSTB. SANKO bestand in dieser Zeit aus Mitarbeitenden des KSD, des Zivilschutzes, des Zivildienstes, der NAZ und der Armee. Der BSTB entschied über die Zuteilung der Leistungen und Material. Doppelspurigkeiten zwischen dem KSD und dem BABS/NAZ, wie sie sich in der Pandemie gezeigt haben, könnten mit der Ansiedlung beim BABS voraussichtlich bereinigt werden. Die Tätigkeiten von SANKO könnten demnach bei der NAZ und ResMaB integriert werden, was eine Synergienutzung und eine Verschlanung der Strukturen des KSD zur Folge hätte (Auflösung SANKO). Eine Integration des KSD beim BABS entspricht der Logik des BZG. Eine Ansiedlung beim BABS bietet die Möglichkeit, die Funktion des KSD-Beauftragten vom Oberfeldarzt zu trennen und in einem Vollzeitpensum auszuüben. Die Dynamik einer Neuansiedlung des KSD-Beauftragten und seiner Geschäftsstelle bietet die Chance, die Partner besser in die Strategie des KSD einzubeziehen (Begleitgremium). Eine Mehrheit des zukünftigen Begleitgremiums des KSD (siehe Kapitel 3.3.3) hat aber heute eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem BAG.

## **Risiken**

Das heutige Netzwerk des KSD-Beauftragten in der Notfall- und Katastrophenmedizin basiert insbesondere auf der Funktion des Oberfeldarztes. Das Profil des KSD-Beauftragten ist nicht spezifisch auf die Tätigkeiten des KSD ausgerichtet, sondern entspricht dem Profil des Oberfeldarztes. Mit einer Ansiedlung beim BABS müsste das Profil neu definiert und eine passende Person gefunden werden. Das BABS hat, bis auf die Mitgliedschaft der GDK im BSTB, wenig Austausch mit den fachlichen Akteuren und politischen Verantwortlichen der Kantone (GDK) (im Gegensatz zum BAG). Es ist als Partner im Gesundheitswesen wenig bekannt und müsste ein neues Netzwerk aufbauen. Mit der Ansiedlung des KSD erhält das BABS einen zusätzlichen Aufgaben- und Verantwortungsbereich.

## **Ansiedlung des KSD beim BABS**

Es wäre am VBS respektive am BABS zu entscheiden, wo der KSD und seine Geschäftsstelle innerhalb des Amtes angesiedelt würden und ob sie formell oder administrativ unterstellt wären.

## Variante 3: BAG



### Stärken

Auf nationaler Ebene ist das BAG das zuständige Bundesamt für das Gesundheitswesen. Es schafft die nationalen Rahmenbedingungen (Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsschutz) und hat eine nationale, federführende Funktion bei übertragbaren Krankheiten und A-Ereignissen. Bei solchen Ereignissen ist das BAG auch zuständig bei Fragen zu Tests, Impfungen, Pflege und Medikamenten. Die Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitswesens ist institutionalisiert (das BAG hat aber keine direkte Zusammenarbeit mit den Gesundheitsversorgern wie Spitäler und Heime). Das BAG und das EDI tauschen sich regelmässig mit den politischen Akteuren des Gesundheitswesens (GDK) aus. Weiter ist das BAG zuständig für die internationalen Kontakte im Gesundheitswesen (z.B. WHO). Es erhebt die Daten zur Gesundheitssituation in der Schweiz und hat den Überblick über die epidemiologische Lage, Medikamente etc.

### Schwächen

Der Auftrag des BAG bezieht sich auf die öffentliche Gesundheit, die Gesundheitspolitik und auf ein leistungsfähiges und bezahlbares Gesundheitssystem (vorwiegend normale Lage, Verwaltungsaufgaben). Das BAG verfügt über eine Sektion Krisenbewältigung, die sich mit Strategien zur Krisenbewältigung befasst, gemäss Auftrag z. B. für eine Pandemie<sup>13</sup>. Das BAG war, zumindest bis zu Beginn der Pandemie, nicht auf ein operativ funktionierendes Krisenmanagement ausgerichtet. Das BAG macht strategische Vorgaben für die Berufsbildung im Gesundheitswesen, anerkennt Aus- und Weiterbildungen und führt Register (z. B. Medizinalberuferegister<sup>14</sup>). Das BAG bietet selber keine Ausbildungen an. Aus- und Weiterbildungen für Krisensituationen (Notfall- und Katastrophenmedizin; Rettungswesen, psychologische

<sup>13</sup> z.B. Strategien zur Krisenbewältigung im Pandemiefall, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/direktionsbereiche-abteilungen/direktionsbereich-oeffentliche-gesundheit.html>

<sup>14</sup> Medizinalberuferegister: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinalberuferegister-medreg.html>

Nothilfe) gehören heute nicht zum Portfolio des BAG. Es gibt fast keine Zusammenarbeit mit den kantonalen Akteuren des Krisenmanagements.

### **Chancen**

Das BAG bietet die Möglichkeit, den KSD im Zivilen anzusiedeln (=Trennung Doppelfunktion) und ihn besser im Gesundheitswesen einzubinden. Eine Ansiedlung beim BAG ermöglicht, die Funktion des KSD-Beauftragten vom Oberfeldarzt zu trennen und in einem Vollzeitpensum auszuüben. Synergien mit bestehenden Bereichen und Tätigkeiten insbesondere in der Vorsorge (z.B. öffentliche Gesundheit, Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und übertragbarer Krankheiten, Digitale Transformation) können genutzt werden. Die Zahlen zu den Spital- und Bettenkapazitäten bei den Gesundheitsversorgern (Spitäler, Heime) erhebt zurzeit der KSD. Mit der Ansiedlung beim BAG könnten die Erhebungen im Gesundheitswesen vom selben Amt gemacht und veröffentlicht werden. Weiter könnte das BAG im Krisenmanagement und mit medizinischem Wissen respektive mit Fachwissen in der Notfall- und Katastrophenmedizin (Profil = Ärztin/Arzt) gestärkt werden. Die Dynamik einer Neuansiedlung des KSD-Beauftragten und seiner Geschäftsstelle bietet auch die Chance, die Partner besser in die Strategie des KSD einzubeziehen (Begleitgremium). Das BAG hat schon heute mit der Mehrheit des zukünftigen Begleitgremiums des KSD eine institutionalisierte Zusammenarbeit. Die Direktorin BAG ist regelmässig an die Vorstandssitzungen der GDK eingeladen und ständiger Gast bei der Plenarversammlung der GDK.

### **Risiken**

Die Ansiedlung des KSD beim BAG kann innerhalb des Bundesamts zu Friktionen führen. Während das BAG für die strategischen Vorgaben im Gesundheitswesen zuständig ist, koordiniert der KSD die Bedürfnisse und Arbeiten der operativen Ebene des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene (nationale Vorsorgeplanungen/Krisenreaktionspläne, siehe Kapitel 3.2). Das heutige Netzwerk des KSD-Beauftragten in der Notfall- und Katastrophenmedizin basiert insbesondere auf der Funktion des Oberfeldarztes. Das Profil des KSD-Beauftragten ist nicht spezifisch auf die Tätigkeiten des KSD ausgerichtet, sondern entspricht dem Profil des Oberfeldarztes. Mit einer Ansiedlung beim BAG muss das Profil neu definiert und eine passende Person gefunden werden. Der KSD hat seinen Ursprung im Sicherheitsbereich (Armee). Die Kulturen des KSD und des BAG sind unterschiedlich. Mit der Ansiedlung des KSD erhält das BAG einen zusätzlichen Aufgaben- und Verantwortungsbereich.

### **Ansiedlung des KSD beim BAG**

Es wäre am EDI respektive am BAG zu entscheiden, wo der KSD und seine Geschäftsstelle innerhalb des Amts angesiedelt würden und ob sie formell oder administrativ unterstellt wären.

### 3.3.3 Struktureller Einbezug der Partner

Prof. Dr. Zeltner empfiehlt ein Leitungsgremium mit den Hauptpartnern inkl. politischen Verantwortungsträgern einzusetzen, welches die Ziele und die Aktivitäten des KSD festlegt. Den zivilen Partnern des KSD sei mehr Einfluss als bis anhin einzuräumen und die Aktivitäten und Produkte des KSD seien auf die Bedürfnisse seiner Kunden bzw. Partner auszurichten. Der KSD verfügt heute über zwei Plattformen (Leitungskonferenz KSD und SANKO), die diese Aufgabe wahrnehmen könnten. In der Vergangenheit waren beide eher Informationsplattformen als Instrument zur aktiven Mitgestaltung der KSD-Strategie.

Die strategische Begleitgruppe befürwortet den zukünftigen Einbezug der Partner mit einem Begleitgremium. Sie will hingegen weder eine hybride noch eine politische Führungsstruktur Bund-Kantone. Der KSD soll deshalb formell oder administrativ bei einem zivilen oder militärischen Bundesamt angesiedelt werden. So werden auch die finanziellen und organisatorischen Zuständigkeiten vereinfacht. Gemäss zukünftigem Auftrag (Kapitel 3.2) werden allerdings viele Projekt des KSD per Definition ausserhalb der Linie eines Bundesamtes sein.

Das Begleitgremium soll die vom Auftrag (Kapitel 3.2) abgeleiteten Tätigkeiten und Projekte des KSD definieren, die Bedürfnisse und Anliegen der Partner einbringen und den KSD-Beauftragten beraten. Das Begleitgremium wird vom Beauftragten KSD geleitet und setzt sich aus GDK, VKS, Kantonsapothekervereinigung (KAV), Beschlussorgan HSM, RK MZF, KVMBZ, BAG, BABS, Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV), wirtschaftliche Landesversorgung, Armee, IVR, FKS, Spitalverband H+, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) zusammen.

Es ist zu bestimmen, ob der KSD für den Ereignisfall ein eigenes operatives Krisenorgan SANKO (Milizpool) hat oder ob diese Tätigkeiten in die Einsatzorganisation NAZ integriert und von der NAZ und ResMaB wahrgenommen werden. Aus Sicht der Kantone ist es wichtig, dass im Ereignisfall der Zugang zu den Ressourcen und Leistungen der Armee möglichst unkompliziert ist.



Abbildung 4: Zukünftige Organisation KSD

### 3.3.4 Finanzierung

Der KSD ist weiterhin vom Bund zu finanzieren. Die strategische Begleitgruppe lehnt eine Mischfinanzierung Bund-Kantone ab. Die Kantone sind bereits heute für die Vorsorge- und Krisenreaktionsplanungen und deren Umsetzung zuständig. Sie tragen zudem finanziell zum Betrieb der IT-Plattform IES bei. Das zukünftige Budget für den KSD und die Anzahl Stellenprozente für den Beauftragten KSD und die Geschäftsstelle ist vom zuständigen Amt bzw. Departement festzulegen.

## 4. Rechtsgrundlage

Die aktuelle Verordnung über den KSD (VKSD) bezieht sich auf Artikel 150 des Militärgesetzes (MG) vom 3. Februar 1995 und auf Artikel 75 des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG) vom 4. Oktober 2002. Das BZG und der entsprechende Artikel wurden in der Zwischenzeit revidiert. Der Rechtsdienst VBS empfiehlt, die VKSD künftig auf Art. 6 Abs. 1 BZG abzustützen, unabhängig der Ansiedlung des KSD. Gemäss Art. 6 Abs. 1 BZG sorgt der Bund für die Koordination der Tätigkeiten der Partnerorganisationen sowie für deren Zusammenarbeit mit den anderen Behörden und Stellen im Bereich der Sicherheitspolitik.

Es sei denn, das Verhältnis des KSD zum Bundesstab Bevölkerungsschutz wird untersucht. Recht VBS weist darauf hin, dass gemäss Art. 7 Abs. 3 BZG der Bundesstab Bevölkerungsschutz das Koordinationsorgan des Bundes für den Bevölkerungsschutz ist, zu dessen Partnerorganisationen gemäss Art. 3 Abs. 2 Bst. c BZG das Gesundheitswesen zählt. Zu den Aufgaben des Bundesstabs Bevölkerungsschutz gehört gemäss Art. 7 Abs. 3 Bst. a BZG ausdrücklich auch die Vorsorgeplanung und die Vorbereitung für allfällige Einsätze. Aus rechtlicher Sicht könnte der KSD und seine Geschäftsstelle folglich als eine Teilaufgabe in die Geschäftsstelle des Bundesstabs Bevölkerungsschutz integriert werden. Anstelle einer neuen oder revidierten VKSD könnte eine Integration der Regelungsgegenstände in die Verordnung vom 2. März 2018 über den Bundesstab Bevölkerungsschutz zielführend sein.

## 5. Empfehlungen

Sowohl die Projektarbeiten als auch die Pandemie haben zu sehr vielseitigen Feststellungen und Erkenntnissen geführt (Kapitel 3.1.1-3.1.11). Einige davon sind als Empfehlungen hervorzuheben, auch wenn dies nicht Bestandteil des Auftrags war.

1. Die kantonalen KSD-Verantwortlichen sind in einigen Kantonen noch besser in das kantonale Krisenmanagement und in das kantonale Führungsorgan zu integrieren (Kapitel 3.1.11).
2. Die Gesundheitsregionen respektive die Regionalkonferenzen der GDK haben basierend auf dem Projekt des BABS zu den sanitätsdienstlichen Schutzanlagen zu entscheiden, ob sie für Katastrophen und Notlagen die nötigen Bettenkapazitäten und Leistungscluster in den unterirdischen KSD-Spitälern oder in zivilen oberirdischen Spitälern schaffen wollen (Kapitel 3.1.1).
3. Das EDI und das VBS prüfen zusammen mit den zuständigen Bundesstellen, ob es einen tatsächlichen Handlungsbedarf gibt, die interdepartementale Arbeitsgruppe für die Versorgung und Beschaffung von medizinischen Gütern permanent einzusetzen oder ob diese Aufgaben mit den bereits existierenden Strukturen erledigt werden können (Kapitel 3.1.5).  
Diese Empfehlung ist ein Teilaspekt der Empfehlungen 4 und 5 des Berichts der Bundeskanzlei zur Auswertung des Krisenmanagements in der Covid-19-Pandemie vom 11. Dezember 2020.
4. Die Nutzer der IT-Plattform IES (Kantone, Spitäler, Rettungsdienste) sollen im Ereignisfall die freien und ausgelasteten Kapazitäten im IES eingeben, damit eine nationale Übersicht über die Material- und Ressourcenlage im Gesundheitswesen möglich ist.

Die Nutzer sind im Projekt zur Weiterentwicklung des IES einzubeziehen und ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen (Kapitel 3.1.8).

Diese Empfehlung ist ein Teilaspekt der Empfehlung 8 des Berichts der Bundeskanzlei zur Auswertung des Krisenmanagements in der Covid-19-Pandemie vom 11. Dezember 2020.

5. Der Schweizer Gesundheitssektor ist stark von ausländischem Gesundheitspersonal bzw. von Grenzgänger/innen abhängig. Diese Abhängigkeit ist auf politischer Ebene zu beurteilen und wenn nötig sind Massnahmen zu treffen (Kapitel 3.1.3).
6. Im Bereich des Zivilschutzes ist zu überprüfen, wie die Ausbildung der Betreuer in Zukunft auszusehen hat, damit sie im Gesundheitswesen Unterstützung leisten können. Zudem ist zu überlegen, inwiefern das Pflegepersonal in einer Krise mittels kurzen Ausbildungssequenzen für andere Tätigkeiten vorbereitet werden kann, die nicht zu ihrem ursprünglichen Aufgabengebiet gehören (Kapitel 3.1.3).

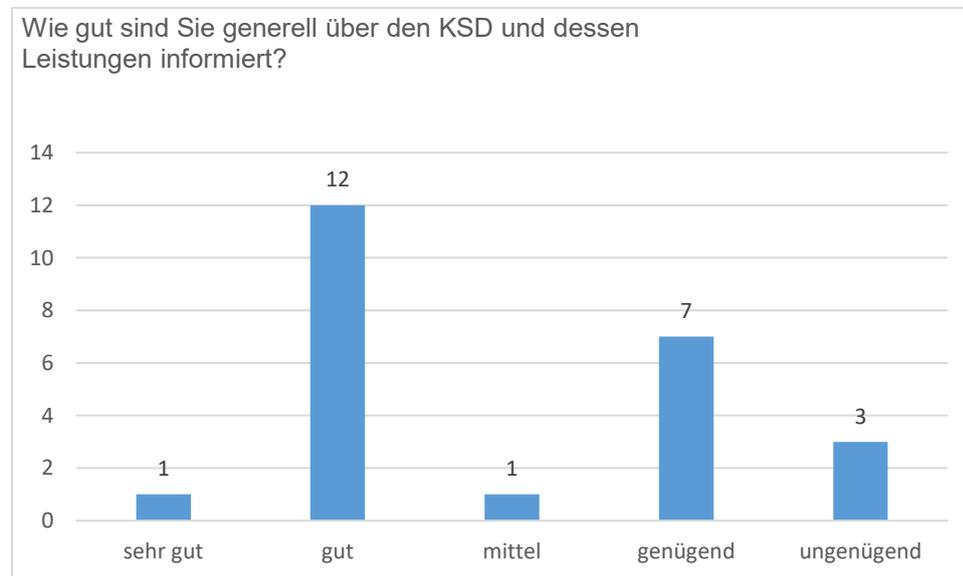
## **6. Anträge des Projektleiters**

Die strategische Begleitgruppe fand insbesondere keinen Konsens in der Frage der zukünftigen Ansiedlung des KSD. Aus diesem Grund wurde beschlossen, dass der Projektleiter die Anträge stellt und den Bericht der politischen Aufsicht und dem Auftraggeber übergibt. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse in Kapitel 3 stellt der Projektleiter folgende Anträge:

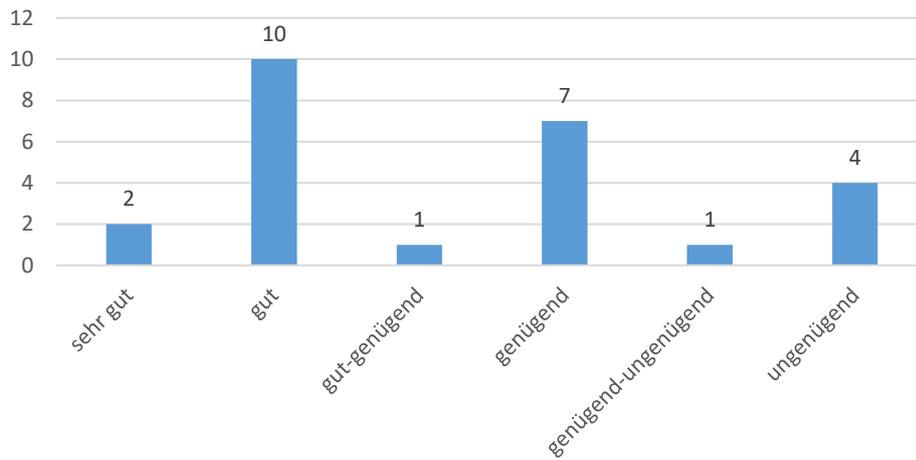
1. Der Bericht über die zukünftige Ausrichtung des KSD wird zur Kenntnis genommen.
2. Der Vorschlag zum zukünftigen Auftrag des KSD wird befürwortet. Die Aufgaben der normalen Lage und die Aufgaben der besonderen und ausserordentlichen Lage werden deutlicher ausgewiesen (Kapitel 3.2).
3. Die Doppelfunktion KSD-Beauftragter – Oberfeldarzt wird aufgehoben. Der KSD-Beauftragte und seine Geschäftsstelle werden beim BABS angesiedelt und formell oder administrativ unterstellt (Kapitel 3.3.1 und 3.3.2).
4. Die Partner des KSD werden strukturell mit einem Begleitgremium einbezogen (Kapitel 3.3.3).
5. Das VBS (BABS) bestimmt, ob das SANKO als Krisenorgan des KSD in Form eines Milizpools beibehalten und im Ereignisfall eine Spartenorganisation des Bundesstabs Bevölkerungsschutz für das Gesundheitswesen ist. Oder ob SANKO aufgelöst wird und die Aufgaben in die Einsatzorganisation NAZ integriert und von der NAZ und Res-MaB wahrgenommen werden.
6. Der KSD wird weiterhin vom Bund finanziert (Kapitel 3.3.4). Das Budget und die Anzahl Stellenprozente für den Beauftragten KSD und die Geschäftsstelle wird vom zuständigen Amt bzw. Departement festgelegt.
7. Die Verordnung KSD wird mit obenstehenden Änderungen angepasst.

## 7. Anhang

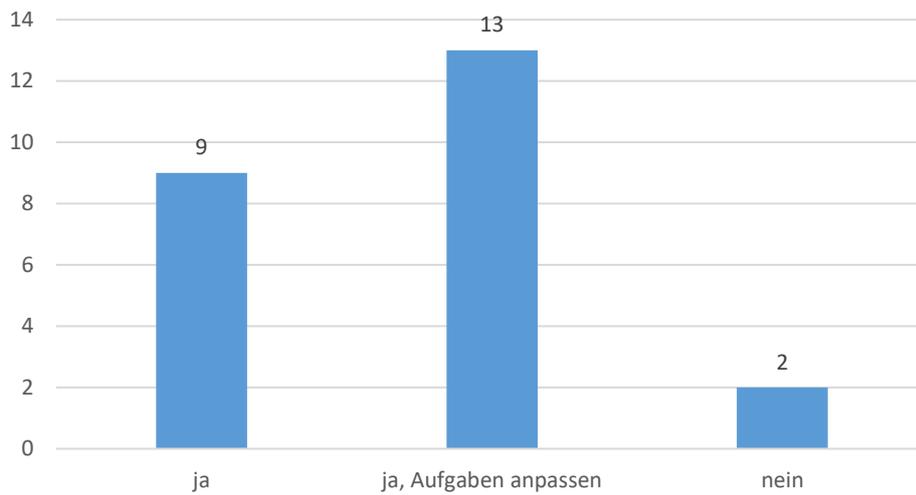
Im Folgenden sind einige Ergebnisse aus der Umfrage der KVMBZ graphisch dargestellt. Chefs oder Stabschefs von 24 kantonalen Führungsorganen und Liechtenstein nahmen daran teil. Die Umfrage fand zwischen Dezember 2020 und Januar 2021 statt.



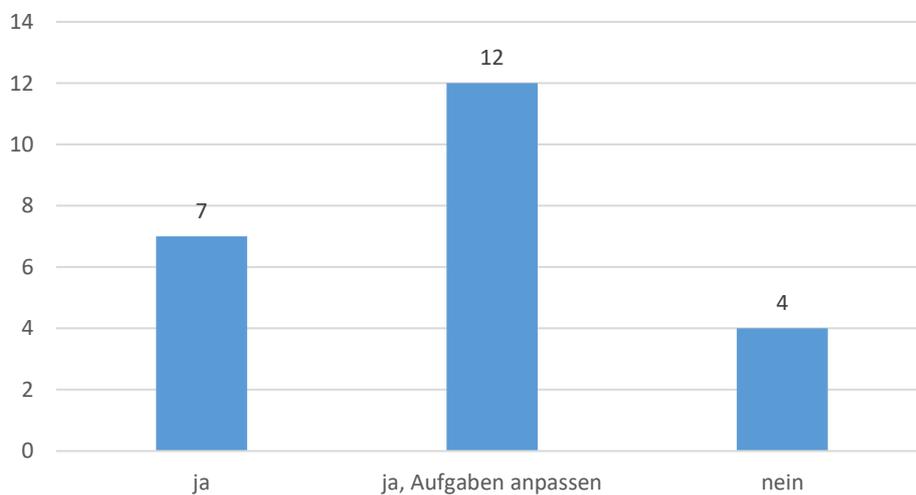
Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und dem SANKO während der COVID-19-Krise?



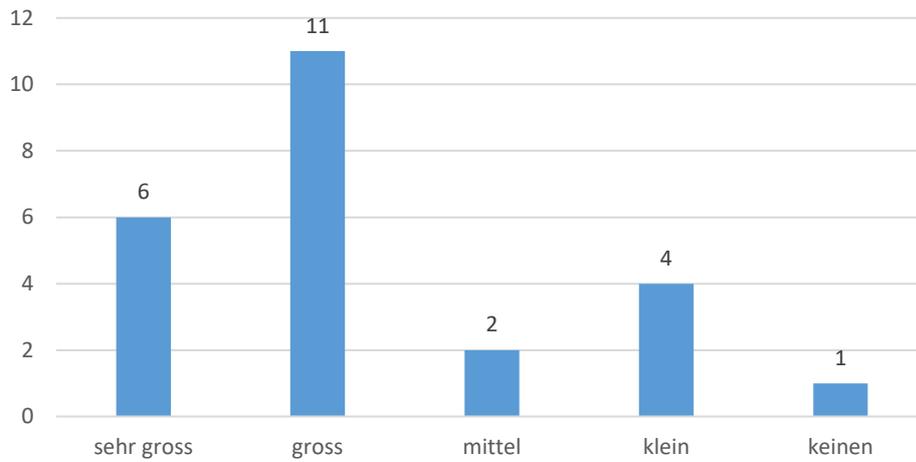
Braucht es aus Sicht der Kantone den KSD?



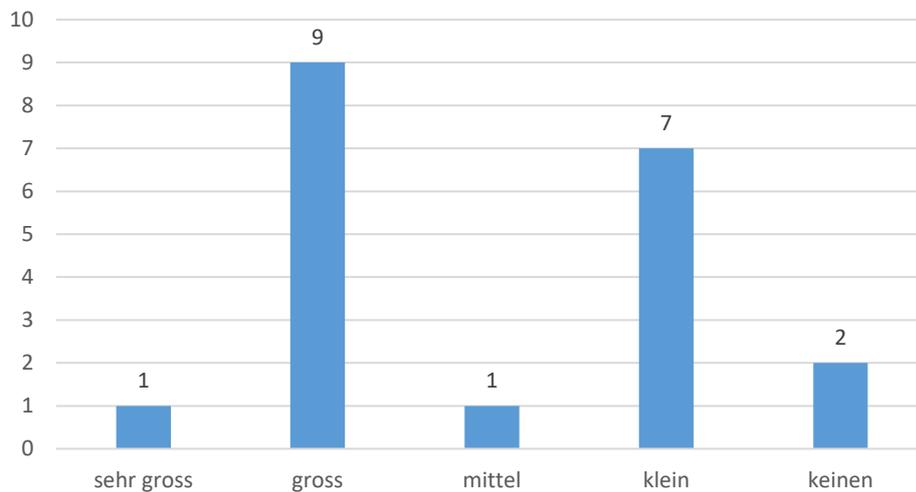
Braucht es aus Sicht der Kantone das SANKO?



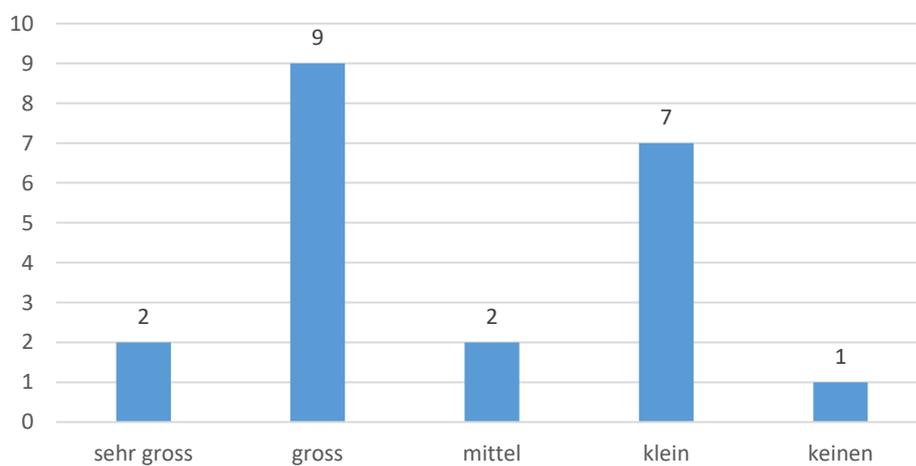
Welchen Mehrwert bringt der KSD im Bereich Lage (Blaue Lage)?



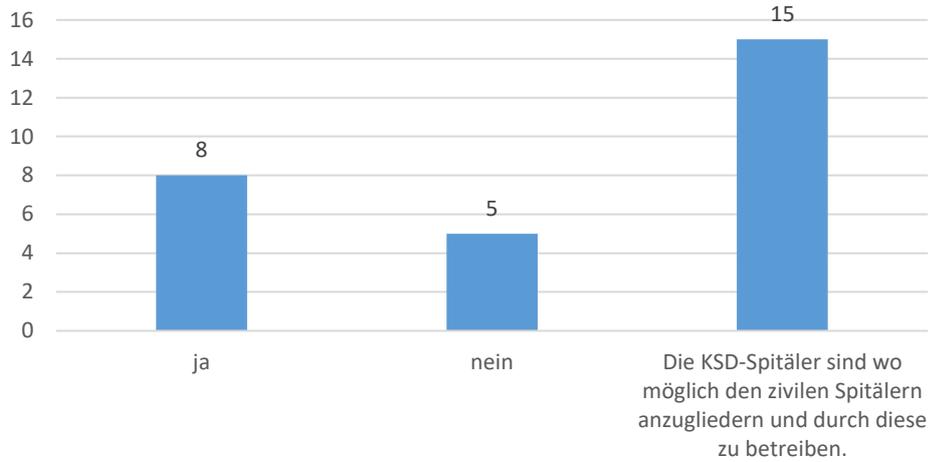
Welchen Mehrwert bringt der KSD im Bereich Ausbildung?



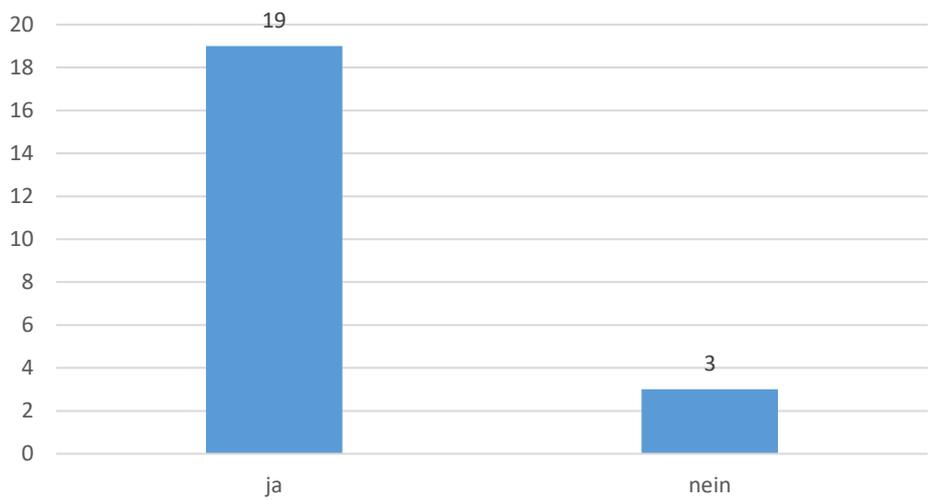
Welchen Mehrwert bringt der KSD im Bereich Vorsorgeplanung?



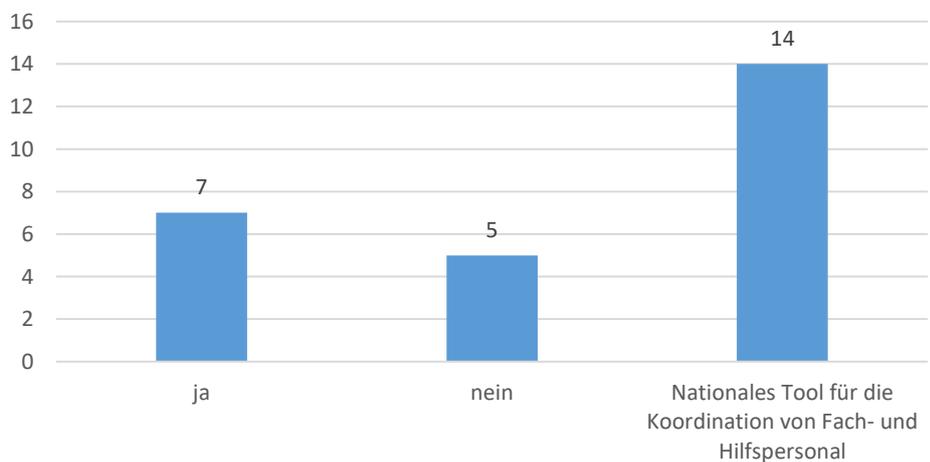
Benötigt das stationäre Gesundheitswesen die KSD-Spitäler noch?



Braucht es das Informations- und Einsatzsystem IES?



Braucht es weitere Systeme, welche der KSD zur Verfügung stellt?



Wo sollte der KSD idealerweise angesiedelt werden?

