

Evaluation der Krisenbewältigung Covid-19 bis Sommer 2021

Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Luzern, den 4. Februar 2022

| Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Andreas Balthasar (Gesamtleiter Evaluationsteam, Interface)
Dr. Dr. Stefan Essig (Stv. Gesamtleiter und operativer Leiter, Interface)
Thomas von Stokar (Operativer Leiter, Infras)
Anna Vettori (Projektmitarbeiterin, Infras)
Andrea von Dach (Projektmitarbeiterin, Infras)
Judith Trageser (Projektmitarbeiterin, Infras)
Prof. Dr. Philipp Trein (Projektpartner, Universität Lausanne)
Prof. Dr. Sara Rubinelli (Projektpartnerin, Universität Luzern)
Prof. Dr. Christoph Zenger (Projektpartner, Zenger Advokatur und Beratung, Bern)
Prof. Dr. Maria Perrotta Berlin (Projektpartnerin, Stockholm School of Economics, Schweden)
Prof. Dr. Günter Weiss (Projektpartner, Medizinische Universität Innsbruck, Österreich)

| Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

| Leitung Evaluationsprojekt im BAG

Tamara Bonassi, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

| Begleit- und Steuergruppe

Eine Liste der Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation findet sich in der Darstellung DA 1 im Anhang.

| Auftragnehmer

INTERFACE Politikstudien
Forschung Beratung GmbH

Seidenhofstrasse 12
CH-6003 Luzern
Tel +41 (0)41 226 04 26

Rue de Bourg 27
CH-1003 Lausanne
Tel +41 (0)21 310 17 90

INFRAS

Forschung und Beratung

Binzstrasse 23
CH-8055 Zürich
Tel. +41 (0)44 205 95 95

Sennweg 2
CH-3012 Bern
Tel. +41 (0)31 370 19 19

| Laufzeit der Evaluation

Okttober 2020 bis März 2022

| Laufzeit der Datenerhebung

Dezember 2020 bis Ende Juni 2021

| Meta-Evaluation

Der vorliegende Bericht wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) extern in Auftrag gegeben, um unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antworten auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

| Bezug

Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), 3003 Bern,

www.bag.admin.ch/evaluationsberichte

| Zitiervorschlag

Balthasar, Andreas; Essig, Stefan; von Stokar, Thomas; Vettori, Anna; von Dach, Andrea; Trageser, Judith; Trein, Philipp; Rubinelli,

Sara; Zenger, Christoph; Perrotta, Maria; Weiss, Günter (2022): Evaluation der Krisenbewältigung Covid-19 bis Sommer 2021.

Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), Luzern, Zürich, Bern.

| Projektreferenz

Projektnummer: 20-77

Abstract	4
1. Ausgangslage und Methodik	5
1.1 Ablauf der Krise	5
1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen der Evaluation	7
1.3 Methodisches Vorgehen	8
1.4 Grenzen der Evaluation	11
1.5 Aufbau des Berichts und Dank	12
2. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung	13
2.1 Auswirkungen auf die Bevölkerung	13
2.2 Beurteilung der Krisenbewältigung durch die Bevölkerung	17
2.3 Fazit	23
3. Analysierte Themenbereiche (Analyse bis Ende März 2021)	24
3.1 Themenbereich «Maskenverfügbarkeit, -verwendung und -tragspflicht»	24
3.2 Themenbereich «Strategie zu Tests und Contact Tracing»	27
3.3 Themenbereich «Abwägung des Schutzes von Personen in Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen und Zugang durch Angehörige»	30
3.4 Themenbereich «Gesellschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»	34
3.5 Themenbereich «Psychische Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»	36
3.6 Themenbereich «Wirtschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»	39
4. Vertieft analysierte Themenbereiche (Analyse bis Ende Juni 2021)	43
4.1 Themenbereich «Kompetenzordnung Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung»	43
4.2 Themenbereich «Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten»	52
4.3 Themenbereich «Rollen und Verantwortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung»	60
4.4 Themenbereich «Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern»	68
4.5 Themenbereich «Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie»	75
5. Fazit und Empfehlungen	86
5.1 Übergreifende Ergebnisse	86
5.2 Identifizierter Handlungsbedarf und übergeordnete Empfehlungen	102
Anhang	109
A 1 Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation	109
A 2 Evaluationsfragen und Methoden	111
A 3 Gesprächspartner/-innen	114
A 4 Grundlagen für die Befragung von Experten/-innen des ersten Schritts der Evaluation	118
A 5 Methodik und Themen der Bevölkerungsbefragung	126
A 6 Stakeholder, die gemäss Gesetz ausdrücklich mit einzubeziehen oder zur Mitwirkung verpflichtet sind	128
A 7 Literaturverzeichnis	130
A 8 Verzeichnis der Rechtsquellen	135

Abstract

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Planung sowie die Zweckmässigkeit und die Wirksamkeit der gesundheitlichen Massnahmen im Rahmen der Corona-19-Pandemie evaluieren lassen. Die Evaluation wurde im Oktober 2020 gestartet. Die empirischen Arbeiten wurden Ende Juni 2021 abgeschlossen. Basierend auf einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, Online-Befragungen ausgewählter Gruppen von Betroffenen, der Analyse von Literatur sowie zahlreichen Gesprächen mit Stakeholdern wurden folgende Themen vertieft untersucht: Kompetenzordnung Bund und Kantone, Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten, Rollen und Verantwortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung, Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern sowie Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie.

Die Evaluation kommt zum Schluss, dass Bund und Kantone meist angemessen und, von Ausnahmen abgesehen, zeitgerecht auf die Covid-19-Bedrohungslage reagiert haben. Dennoch haben eine mangelhafte Krisenvorbereitung und ein ungenügendes Krisenmanagement die Effektivität und Effizienz des Handelns zum Teil erheblich beeinträchtigt. Die Evaluation kommt daher zu verschiedenen Empfehlungen auf politischer, strategischer und operativer Ebene.

Stichwörter: Evaluation, Krisenmanagement, Corona-Pandemie, Covid-19, Bundesamt für Gesundheit, Digitalisierung, Föderalismus, Gesundheitsversorgung.

1. Ausgangslage und Methodik

Die Krisenbewältigung der Corona-Pandemie hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) stark gefordert. Die Verantwortlichen haben daher im Frühjahr 2020 entschieden, die Pandemie-Planung sowie die Zweckmässigkeit und die Wirksamkeit der gesundheitlichen Massnahmen zur Verringerung der Ausbreitung des Corona-Virus extern evaluieren zu lassen. Die Evaluation dient in erster Linie der Optimierung der Krisenvorbereitung und Krisenbewältigung. Nachfolgend werden die Fragestellungen der Evaluation sowie die methodischen Grundlagen beschrieben. Einleitend halten wir wichtige Eckwerte betreffend den Ablauf der Krise fest. Diese dienen als Grundlage für die weiteren Ausführungen.

1.1 Ablauf der Krise

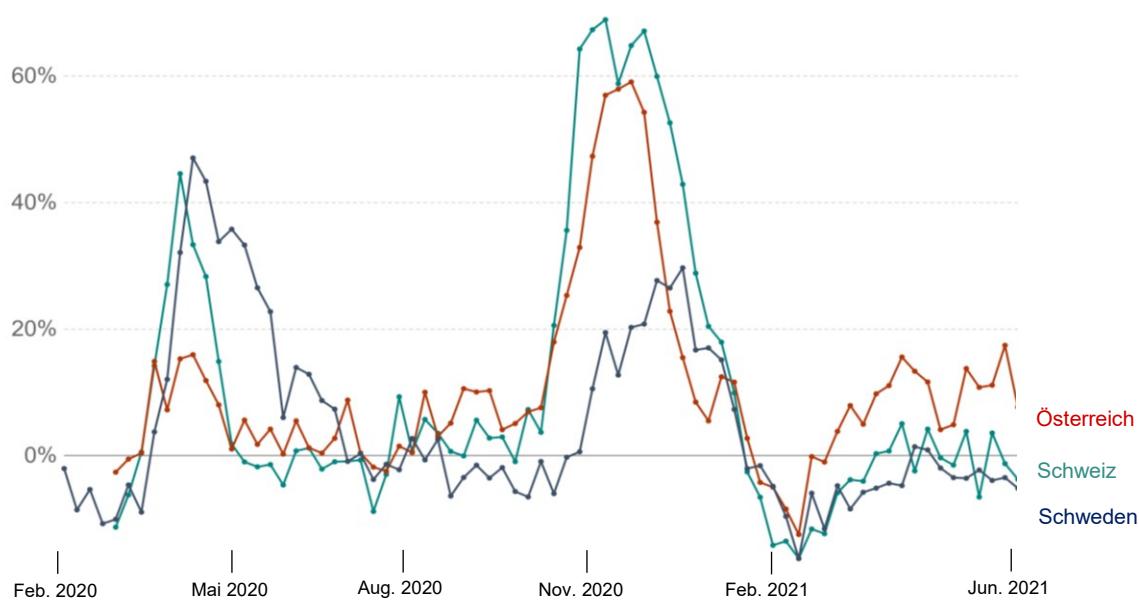
Der erste Fall einer Erkrankung durch den Corona-Virus in der Schweiz wurde am 25. Februar 2020 bestätigt. Die erste Informationsnotiz des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) an die Mitglieder des Bundesrats datiert vom 28. Januar desselben Jahres. Vorangegangen sind zum Teil langjährige Vorbereitungen für den Fall einer Pandemie. In der nachfolgenden Darstellung ist der Ablauf der Krise in Phasen eingeteilt, die sich an den Massnahmen des Bundes orientieren. Im vorliegenden Bericht stützen wir uns auf diese Einteilung.

D 1.1: Ablauf der Krise

Bezeichnung	Zeitraum	Erläuterung	Epidemiologischer Verlauf
1 Krisenvorbereitung bis nationalen Lockdown - Vor Pandemie - Erste Massnahmen in erster Welle	Bis 15. März 2020 Bis 28. Februar 2020 28. Februar bis 15. März 2020	Langjährige Vorbereitung Erklärung der besonderen Lage und Beginn Massnahmen am 28. Februar. WHO ruft Pandemie am 12. März aus.	Beginn der Ausbreitung. Erster bestätigter Fall in der Schweiz am 25. Februar. Ab Ende Februar Anstieg der Fallzahlen.
2 Nationaler Lockdown in erster Welle	16. März bis 26. April 2020	Erklärung der ausserordentlichen Lage und Einschränkung grosser Teile der Wirtschaft und des gesellschaftlichen Lebens.	Bis Ende März weiterer Anstieg, dann Abfall der Fallzahlen.
3 Lockerungen nach erster Welle	27. April bis 18. Oktober 2020	Etappenweise Wiederöffnung bis Mitte Juli. Rückkehr zur besonderen Lage am 19. Juni.	Zu Beginn weiterer Abfall, ab September Wiederanstieg der Fallzahlen.
4 Massnahmen in zweiter Welle	19. Oktober 2020 bis Februar 2021	Verschärfung der Massnahmen. Beibehalten der besonderen Lage; Start erste Impfungen.	Sinkende Fallzahlen ab November.
5 Massnahmen in dritter Welle	März bis April 2021	Erste Lockerungsschritte bei ansteigenden Fallzahlen; kantonale Testoffensiven; Ausweiten der Impfungen.	Anstieg der Fallzahlen.
6 Lockerungen nach dritter Welle	Mai bis Ende Juni 2021	Weitere Lockerungen, Impfen in der Breite.	Sinkende Fallzahlen.

Quelle: Darstellung Interface/Infras.

Parallel zu den Massnahmen lässt sich der epidemiologische Verlauf aufgrund der Infektionshäufigkeit verfolgen. Die Phasen mit ansteigenden Infektionszahlen (Phasen 2, 4, 5) entsprechen drei Wellen und sind in Darstellung D 1.2 als Höhepunkte erkennbar. Die Darstellung bildet die Übersterblichkeit, das heisst die erhöhte Sterberate zwischen Januar 2020 und Juni 2021, in der Schweiz im Vergleich zur Situation in Österreich und Schweden ab. Die Werte von Österreich und Schweden sind in der Darstellung abgebildet, weil der vorliegenden Evaluation systematische Vergleiche mit der Situation in diesen Ländern zugrunde liegen (vgl. die Ausführungen zur Methodik in Abschnitt 1.3). In der Schweiz zeigte sich im Frühjahr 2020 und Herbst/Winter 2020/21 im Vergleich zu den Vorjahren eine Übersterblichkeit. Im Frühjahr hatte die Corona-Pandemie in Schweden ähnlich starke Auswirkungen auf die Sterblichkeit, Österreich war weniger stark betroffen. Im Herbst/Winter 2020/21 zeigte sich dagegen in der Schweiz ein ähnlicher Schweregrad wie in Österreich, während Schweden weniger stark betroffen war.

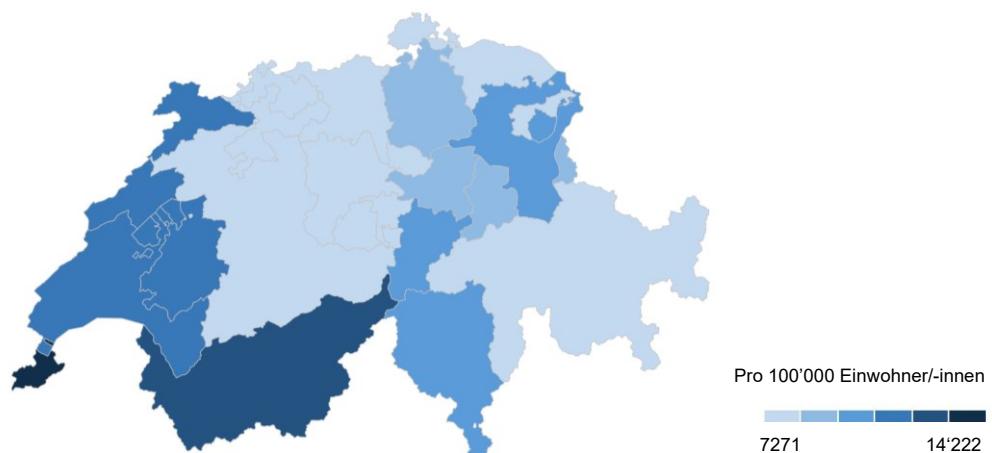
D 1.2: Übersterblichkeit im Krisenverlauf: Schweiz, Österreich und Schweden im Vergleich

Legende: Dargestellt sind die prozentualen Unterschiede der Todesfälle zwischen 2020/21 und dem Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2019.

Quelle: OurWorldInData.org/coronavirus/CC BY.

Insgesamt sind in der Schweiz von Beginn der Krise bis Ende Juni 2021 10'406 Personen mit einer laborbestätigten Covid-19-Infektion gestorben. Das entspricht 124 Personen pro 100'000 Einwohner/-innen. In Schweden lag der entsprechende Wert bei 144, in Österreich bei 118. Damit war die Sterblichkeit in der Schweiz leicht höher als in Österreich, jedoch tiefer als in Schweden.

Im Verlauf der Krise waren die Menschen je nach Alter unterschiedlich stark vom Virus betroffen. In den ersten beiden Wellen erkrankten besonders ältere Menschen an Covid-19. Anschliessend – mit Beginn der Impfung – verschob sich die Hauptlast zur jüngeren Bevölkerung. Unterschiede zeigten sich auch zwischen den Regionen. Zwischen Februar 2020 und Juni 2021 traten in der französischsprachigen Schweiz am meisten Covid-19-Fälle auf (vgl. folgende Darstellung).

D 1.3: Gemeldete Covid-19-Fälle pro 100'000 Einwohner/-innen der Kantone seit Beginn der Krise bis Juni 2021

Quelle: BAG (2021): Epidemische Lage. Geographische Verteilung. <https://www.Covid19.admin.ch/de/epidemiologic/case?time=total>.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie in der Schweiz vergleichsweise leicht stärker waren als in Österreich, jedoch etwas geringer als in Schweden. Auffällig ist die Tatsache, dass die Westschweiz stärker als die übrigen Gebiete in der Schweiz gelitten hat. Die Swiss National Covid-19 Science Task Force (nachfolgend SN-STF genannt) beschreibt, dass in der Westschweiz insbesondere die zweite Welle der Pandemie im Herbst 2020 schwer verlief und dies möglicherweise auf höhere Fallzahlen vor Beginn der zweiten Welle, im Spätsommer 2020, zurückzuführen sei. Es bleibt aber unklar, warum die Fallzahlen in der Westschweiz derart stark anstiegen.¹ Als besonders problematisch ist zudem die überdurchschnittlich starke Betroffenheit der älteren Bevölkerung in der zweiten Welle zu beurteilen.

1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen der Evaluation

Im Fokus der Evaluation stehen die Krisenvorbereitung sowie die Zweckmässigkeit und die Wirkungen der gesundheitlichen Massnahmen zur Verringerung der Ausbreitung des Virus («Outcome» und «Impact»). Die Massnahmen umfassen unter anderem die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, die Schliessung von Geschäften und Dienstleistungen, die Maskenpflicht im öffentlichen Verkehr und bei Kundgebungen, Vorgaben für Schutzkonzepte usw. Die übergeordneten Fragestellungen lauten:

1. Haben der Bund (insbesondere das BAG) und die Kantone zeitgerecht und angemessen auf die Covid-19-Bedrohungslage reagiert?
2. Welches Optimierungspotenzial besteht in der Krisenvorbereitung, der Krisenbewältigung und deren Auf- respektive Nachbereitung?

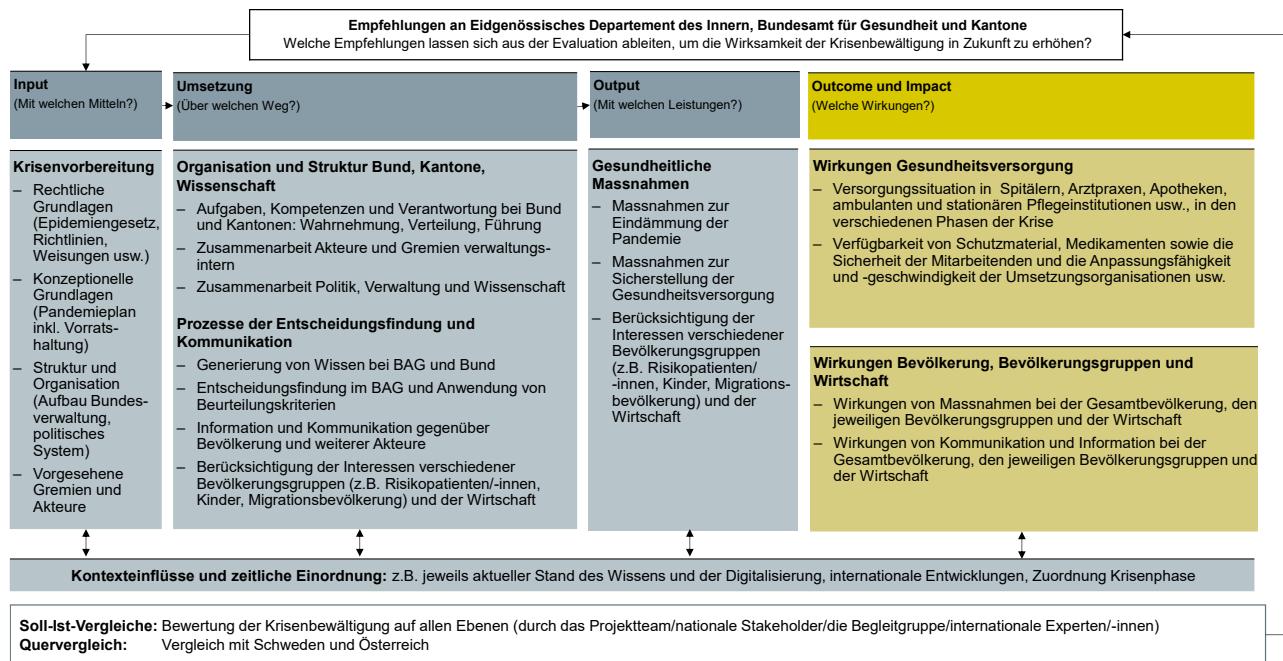
Zentrales Ziel ist das Aufzeigen von Mechanismen und Optionen in politischer (rechtlicher Rahmen), strategischer (übergeordnete Ausrichtung) und operativer (Projektarbeit, Implementation) Hinsicht. Der rote Faden der Evaluation in Bezug auf die Nutzung der Resultate ist die Revision des Epidemiengesetzes (EpG) und die Pandemie-Planung. Sekundär bildet die Evaluation auch die Grundlage für die Beantwortung parlamentarischer Vorstösse.

Die nachfolgende Darstellung zeigt den Evaluationsgegenstand und die postulierten Wirkungszusammenhänge in Form eines einfachen Wirkungsmodells. Entlang der Wirkungsdimensionen Input, Umsetzung, Output sowie Outcome und Impact sind die Systemebenen sowie die Bereiche aus dem Pflichtenheft aufgegriffen.² Die Evaluationsfragen werden unter Berücksichtigung der genannten Bereiche entlang des Wirkungsmodells beantwortet.

¹ Swiss National Covid-19 Science Task Force (2020). Analyse der regionalen Unterschiede in der zweiten Welle. Policy Brief. <https://sciencetaskforce.ch/policy-brief/analyse-der-regionalen-unterschiede-in-der-zweiten-welle/>, Zugriff am 09.09.2021.

² Das Pflichtenheft unterscheidet folgende Bereiche: Krisenvorbereitung, Organisations- und Leitungsform der Krisenbewältigung, Wirksamkeit der gesundheitlichen Massnahmen und Wirkungen auf die Gesellschaft, insbesondere Wirtschaft und Soziales, Kontexteinflüsse. Ergänzend werden Zweckmässigkeit und Kohärenz der gesundheitlichen Massnahmen berücksichtigt. Vgl. Bonassi, T. (2020): Pflichtenheft Evaluation der Krisenbewältigung COVID-19, Bundesamt für Gesundheit, Bern.

D 1.4: Wirkungsmodell der Evaluation



Quelle: Darstellung Interface/Infras.

1.3 Methodisches Vorgehen

Die Evaluation beruht auf dem Ansatz des «Backward Mapping».³ Ausgehend von den Wirkungen werden dabei relevante Einflussfaktoren «rückwärts» entlang des Wirkungsmodells identifiziert.

1.3.1 Arbeitsschritte der Evaluation

I Schritt 1: Identifizierung zentraler Themenbereiche

Ausgangspunkt der Evaluation bildete eine fundierte Analyse der Wirkungen der Krise und der Krisenbewältigung auf die Gesundheitsversorgung sowie auf die Bevölkerung und die Wirtschaft. Die relevanten Fragen sind im Wirkungsmodell (vgl. Darstellung D 1.4) gelb unterlegt. Diese Wirkungsanalyse ermöglichte es, zentrale Themenbereiche im Verlauf der Krise zu identifizieren. Dazu wurden zwischen Dezember 2020 und März 2021 folgende Arbeiten durchgeführt:

- **Bevölkerungsbefragung:** Im Januar 2021 wurde eine Online-Befragung der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren realisiert. 15'390 Personen nahmen teil. Wichtige Zielsetzung der Befragung war es, herauszufinden, welche Folgen der Pandemie und der Pandemie-Bewältigung die Bevölkerung besonders beschäftigt oder belastet haben. Die Befragung lässt repräsentative Aussagen für drei Sprachregionen, fünf Altersgruppen sowie nach Geschlecht zu. Die Methodik, der Ablauf und die Themen der Bevölkerungsbefragung finden sich im Anhang A 5.
- **Online-Befragungen von Stakeholder-Gruppen:** Im Januar 2021 wurde erstens eine Online-Befragung bei Leitenden von Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen durchgeführt.⁴ Dabei sind 545 Antworten von Leitenden von Alters- und Pflegeinstitutionen und 417 Antworten von Leitenden von Betreuungsinstitutionen eingegangen. Zweitens wurden Mitarbeitende der ambulanten Pflege online befragt. 5'139 Personen haben sich daran beteiligt. Drittens fand eine Online-Befragung von Angehörigen von Heimbewohnern/-innen und von Menschen mit Unterstützungsbedarf,

³ Elmore, R. F. (1979): Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decision. In: Political Science Quarterly 94, 601 ff.

⁴ Unter Alters- und Pflegeinstitutionen sind stationäre Institutionen subsummiert, das heisst Alters- und Pflegeheime, betreute Wohleinrichtungen für ältere Menschen usw. Unter Betreuungsinstitutionen werden Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen, Institutionen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Sucht-Erkrankungen sowie Institutionen für Kinder oder Jugendliche unter 20 Jahren verstanden.

die zu Hause leben, statt, an der 3'849 Personen teilgenommen haben.⁵ Diese Befragungen wurden durchgeführt, um die Sicht von Personen, die in engem Kontakt mit älteren Menschen mit Pflege- und/oder Betreuungsbedarf stehen, in die Sammlung von wichtigen pandemiebezogenen Themen einzubeziehen.

- *Persönliche Gespräche mit Experten/-innen:* Zwischen Januar und März 2021 wurden 15 Gespräche mit Stakeholdern aus der Gesellschaft und Wirtschaft realisiert. Weiter fanden 22 Gespräche mit Stakeholdern aus der Gesundheits- und Sozialversorgung in allen Landesteilen statt. Auch in diesen Gesprächen stand die Frage im Zentrum, welche Folgen der Pandemie und der Pandemie-Bewältigung besonders beschäftigt oder belastet haben. Darstellung DA 3 im Anhang enthält eine Liste der Gesprächspartner/-innen. In Anhang A 4.3 findet sich der Interviewleitfaden, der diesen Gesprächen zugrunde lag.
- *Analyse von Literatur:* Ergänzend zu diesen Erhebungen wurden Dokumente, Sekundärerhebungen und Auswertungen von Primärdaten nach relevanten Stichworten zu den Wirkungen des Krisenmanagements wiederum mit der Absicht durchsucht, jene Themenbereiche im Zusammenhang mit der Pandemie und deren Bewältigung zu identifizieren, die Gesellschaft und Wirtschaft beschäftigt oder belastet haben.
- *Einbezug der Begleit- und Steuergruppe:* Mittels Online-Befragung und Gesprächen wurden die Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe in die Evaluation einbezogen. Auch diese Erhebung diente dem Ziel, die relevanten Themen im Hinblick auf die Folgen der Pandemie und der Pandemie-Bewältigung zu sammeln. Insgesamt haben sich zwischen Dezember 2020 und Januar 2021 24 Personen an der Online-Befragung beteiligt, fünf Personen wurden interviewt. Die Fragen der Online-Befragung finden sich in Anhang A 4.1, der Interviewleitfaden in Anhang A 4.2. Darstellung DA 1 im Anhang enthält eine Liste der Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe.

Die im ersten Schritt der Evaluation identifizierten Themenbereiche wurden mithilfe internationaler Experten/-innen vom Evaluationsteam priorisiert. Berücksichtigt wurden dabei erstens die gesundheitliche, wirtschaftliche und soziale Relevanz der Themenbereiche sowie die Dringlichkeit eines politischen, strategischen oder operativen Handlungsbedarfs. Zweitens wurde darauf geachtet, dass die ausgewählten Themenbereiche in den Erhebungen von möglichst vielen Stakeholdern als relevant bezeichnet wurden. Es wurden elf Themenbereiche ausgewählt, deren Handlungsoptionen analysiert werden sollten (vgl. Darstellung D 1.5)⁶.

Jeder priorisierte Themenbereich wurde in Form eines Factsheets beschrieben und beinhaltete auch Hypothesen für die Ursache von Problemen, möglichen Handlungsbedarf in politischer, strategischer und operativer Hinsicht sowie eine juristische Beurteilung. Weiter haben unsere ausländischen Kollegen/-innen aus Schweden und Österreich eingeschätzt, ob und in welchem Umfang der betreffende Themenbereich in ihren Ländern auch relevant war.

An einer Rating-Konferenz wurden von der Begleitgruppe die Themenbereiche priorisiert.⁷ Anschliessend hat die Steuergruppe fünf dieser Themen für eine vertiefende Analyse ausgewählt (vgl. Darstellung D 1.5). Die verbleibenden sechs Themenbereiche wurden im Rahmen dieser Evaluation nicht weiterverfolgt. Die in Kapitel 3 aufgeführten Ergebnisse zu diesen sechs Themenbereichen sind daher grösstenteils identisch mit den Factsheets, die Grundlage für die Rating-Konferenz waren. Sie bilden den Stand des Wissens Ende März 2021 ab.

⁵ Die Online-Befragungen der Stakeholder-Gruppen wurden im Zusammenhang mit der Ressortforschungsstudie «Corona: Analyse der Situation von älteren Menschen und Menschen in Heimen» durchgeführt. Ergebnisbände der Studie unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-uebertragbare-krankheiten.html>. Zugriff am 29.08.2021.

⁶ Zwei der ursprünglich 12 Themenbereiche wurden zu einem Themenbereich zusammengefasst.

⁷ Es handelt sich dabei um eine Methode zur Befragung von Gruppen, die in der Erhebungsphase quantitative mit qualitativen Elementen kombiniert. Dabei geht es um die kommunikative Validierung und Anreicherung von quantitativen Antworten – nicht um eine Einigung unter den Befragten. Vgl. Keller et al. 2012.

D 1.5: Übersicht Themenbereiche

<i>Vertieft analysierte Themenbereiche (Analysiert wurde die Situation bis Ende Juni 2021)</i>	<i>Nicht vertieft analysierte Themenbereiche (Analysiert wurde die Situation bis Ende März 2021)</i>
Themenbereich «Kompetenzordnung Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung»	Themenbereich «Maskenverfügbarkeit, -verwendung und -traggpflicht»
Themenbereich «Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten»	Themenbereich «Strategie zu Tests und Contact Tracing»
Themenbereich «Rollen und Verantwortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung»	Themenbereich «Abwägung des Schutzes von Personen in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen und Zugang durch Angehörige»
Themenbereich «Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern»	Themenbereich «Gesellschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»
Themenbereich «Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie»	Themenbereich «Psychische Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»
	Themenbereich «Wirtschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»

| Schritt 2: Vertiefende Analyse der Themenbereiche

Schritt 2 der vorliegenden Evaluation beinhaltet für die fünf priorisierten Themenbereiche eine vertiefende Analyse der Situation bis Ende Juni 2021. Die Ergebnisse finden sich in Kapitel 4.

Die Analyse dieser Bereiche legt Gewicht auf die differenzierte Auseinandersetzung mit den rechtlichen und konzeptuellen Grundlagen sowie organisatorischen Rahmenbedingungen (vgl. Darstellung D 1.4 «Input»), die konkrete Umsetzung der Krisenbewältigung in unterschiedlichen Gremien («Umsetzung») sowie die gesundheitlichen Massnahmen, die getroffen wurden («Output»). Ziel war es jeweils, allfällige Defizite differenziert nach rechtlichen Rahmenbedingungen («Policy Failure») und Vollzugsdefiziten («Implementation Failure») zu unterscheiden und gegebenenfalls Handlungsbedarf zu identifizieren. Grundlage der Vertiefungen sind – neben den in den vorangegangenen Arbeitsschritten gewonnenen Erkenntnissen – das Studium öffentlicher und interner Dokumente sowie pro Themenbereich rund zehn Expertengespräche mit Beteiligten und Betroffenen. Darstellung DA 4 im Anhang enthält eine Liste der Gesprächspartner/-innen. Der Leitfaden für diese Gespräche findet sich in Anhang A 4.4.

| Schritt 3: Beantwortung Evaluationsfragen

Ausgangspunkt der Evaluation waren 20 im Pflichtenheft des BAG konkret formulierte Fragestellungen zu den organisatorischen und strukturellen Bedingungen des Krisenmanagements sowie zu den Prozessen der Entscheidungsfindung im BAG, zu den Massnahmen zum Schutz der Gesundheit und deren Kommunikation, zu den Wirkungen der Massnahmen auf die Gesundheitsversorgung, auf die Wirtschaft und die Bevölkerung sowie zur Angemessenheit der Reaktion von Bund und Kantonen auf die Covid-19-Bedrohungslage.⁸ Darstellung DA 2 im Anhang enthält eine Liste der Evaluationsfragen. In Schritt 3 der Untersuchung werden diese Evaluationsfragen entlang des Wirkungsmodells beantwortet. Hauptsächliche Grundlage dafür bilden die in Schritt 2 durchgeführten Erhebungen. Schritt 3 hat jedoch eine gewisse Eigenständigkeit, weil aufgrund der themenorientierten Erhebungen nicht alle Evaluationsfragen in Schritt 2 der Untersuchung beantwortet werden können. Daher musste zur Beantwortung einzelner Evaluationsfragen teilweise auf ergänzende Unterlagen wie Berichte, wissenschaftliche Publikationen oder bis dahin nicht ausgewertete Hinweise aus Gesprächen mit Experten/-innen zurückgegriffen werden.

⁸ Bonassi, T. (2020): Pflichtenheft Evaluation der Krisenbewältigung COVID-19, Fachstelle Evaluation und Forschung, Bundesamt für Gesundheit, Bern.

1.3.2 Evaluationskriterien

Evaluieren bedeutet wissenschaftlich und empirisch gestützte Bewertung von Politik anhand von transparent dargelegten Kriterien.⁹ Die evaluationswissenschaftliche Forschung gibt dazu je nach Evaluationsgegenstand geeignete Evaluationskriterien vor.¹⁰ In der vorliegenden Evaluation werden die Umsetzung, die Outputs, die Outcomes und die Impacts der Aktivitäten des BAG im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beurteilt (vgl. Darstellung D 1.4). Die Bewertung der Umsetzung orientiert sich am Bewertungskriterium der Eignung. Basierend auf diesem Kriterium wird geprüft, ob das BAG «mit den vorhandenen Ressourcen, Kompetenzen und der vereinbarten Aufgabenverteilung fähig war, die geplanten Massnahmen umzusetzen».¹¹ Die Bewertung der Outputs erfolgt anhand des Kriteriums der Angemessenheit. Untersucht wird die Problemlösungskapazität der getroffenen Massnahmen.¹² Es wird evaluiert, ob die getroffenen gesundheitlichen Massnahmen bezüglich Umfang und Qualität geeignet und verhältnismässig waren, um die angestrebten Ziele zu erreichen. Die Beurteilung der Outcomes, das heisst der Wirkungen der Aktivitäten des BAG auf die Gesundheitsversorgung, beruht auf dem Kriterium der Wirksamkeit. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob die ausgelösten Verhaltensänderungen der Adressaten den Zielen entsprechen, die das BAG mit den Massnahmen verfolgte. Das Evaluationskriterium der Wirksamkeit wird auch zur Beurteilung der Impacts bei Bevölkerung und Wirtschaft beigezogen. Ausgeklammert werden in der vorliegenden Evaluation Beurteilungen anhand der Kriterien der Nachhaltigkeit der Umsetzungsorganisation sowie der Effizienz von Umsetzung und Wirkungen.

1.4 Grenzen der Evaluation

Nicht nur die Massnahmen, Strukturen und Prozesse der Krisenbewältigung Covid-19 waren und sind im zeitlichen Verlauf sehr komplex, auch wirken sich die Massnahmen in ausserordentlich vielen Lebens- und Wirtschaftsbereichen aus. Es war nicht möglich, allen Aspekten gerecht zu werden. Es war Aufgabe der Evaluation, zusammen mit der Steuer- und der Begleitgruppe die relevantesten Schwerpunkte zu setzen. Eine weitere Schwierigkeit stellte der Umstand dar, dass die Krise während der empirischen Arbeit andauerte und immer wieder neue Herausforderungen an das BAG stellte. Es war daher wichtig, den Gegenstand der Evaluation zeitlich klar zu begrenzen. Die Identifizierung der Themenbereiche und deren Priorisierung dauerte vom Dezember 2020 bis März 2021. Die Analyse der Themenbereiche, die nicht weiter vertieft wurden, endet daher im März 2021. Die Bevölkerungsbefragung fand im Januar 2021 statt. Das Kapitel 2 stellt somit die Situation zu diesem Zeitpunkt dar. Die vertiefende Analyse der fünf Themenbereiche wurde Ende Juni 2021 beendet. Die Pandemie war zu diesem Zeitpunkt jedoch noch vorbei.

Weiter gilt es, auf die sehr grosse Zahl von Berichten und Dokumenten hinzuweisen, die der Evaluation zur Verfügung standen. Zwar wurden mehr als 3'000 Dokumente, Zeitungsartikel, Erhebungen und Studien, die bis Ende Juni 2021 publiziert wurden, nach relevanten Stichworten ausgewertet. Laufend entsteht aber eine grosse Zahl von neuen Analysen mit möglicherweise auch für diese Evaluation relevanten Erkenntnissen.

Eine besondere Herausforderung stellte die Tatsache dar, dass das Evaluationsteam als Teil der Bevölkerung selbst vom Evaluationsgegenstand betroffen war. Dies ist nicht üblich bei der Durchführung von Evaluationen und stellt besondere Anforderungen an die Trennung der Beurteilung aufgrund der persönlichen Betroffenheit und jener aufgrund der erhobenen Daten und Informationen. Die im Evaluationsteam vertretene Vielfalt von Perspektiven sowie die Tatsache, dass auch Einschätzungen von ausländischen Experten/-innen beigezogen wurden, trugen zur Bewältigung dieser Herausforderung bei.

Schliesslich gilt es auf die Systemgrenzen der Evaluation hinzuweisen: Im Fokus der Evaluation stehen die gesundheitlichen Massnahmen zur Verringerung der Ausbreitung des Corona-Virus. Unter gesundheitlichen Massnahmen verstehen wir Massnahmen, die in erster Linie darauf abzielen, das Virus einzudämmen und die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen. Nicht direkter Gegenstand sind unserem Verständnis nach Massnahmen zur Abfederung der wirtschaftlichen Folgen der Pandemie, wie die Stützung der Gesamtwirtschaft und die Kompensation von Lohnausfällen.

⁹ Vgl. dazu Sager, F.; Hadorn, S.; Balthasar, A.; Mavrot, C. (2021): Politikevaluation: eine Einführung. Wiesbaden, S. 2, sowie Widmer, T.; Brunold, H. (2017): Evaluationsglossar des BAG, Bern.

¹⁰ Sager et al. (2021): Politikevaluation: eine Einführung. Wiesbaden, S. 100 ff.

¹¹ A.a.O., S. 104–105.

¹² A.a.O. S. 112.

1.5 Aufbau des Berichts und Dank

Der Bericht gliedert sich in fünf Kapitel. Nach der Darstellung von Ausgangslage und Methodik im vorliegenden Kapitel folgt in Kapitel 2 eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung vom Januar 2021. Auf der Grundlage der in Schritt 1 der Evaluation (Identifizierung zentraler Themenbereiche; vgl. Abschnitt 1.3.1) beschriebenen Befragungen wurden ausgewählte Themenbereiche des Krisenmanagements des BAG im Frühjahr 2021 analysiert. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Kapitel 3 dargestellt. In Kapitel 4 finden sich die Ergebnisse der vertieft analysierten Themenbereichen. Diese Ergebnisse beruhen auf Erhebungen, die zwischen Anfang 2021 und Ende Juni 2021 durchgeführt wurden. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Evaluation entlang der Evaluationsfragen zusammengefasst und Empfehlungen formuliert.

Die vorliegende Evaluation wurde durch die grosse Auskunftsberücksichtigung von rund 100 Akteuren der schweizerischen Gesundheitspolitik ermöglicht. Dazu gehören Gesprächspartner/-innen, Mitglieder der Begleit- und der Steuergruppe sowie die Verantwortlichen der Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Dies ist keineswegs selbstverständlich, da die meisten von ihnen durch den Fortgang der Pandemie auch während des Untersuchungszeitraums stark gefordert waren. Wir danken allen Beteiligten herzlich für die Unterstützung.

2. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

Im Januar 2021 wurde im Rahmen der Evaluation sowie einer Ressortforschungsstudie des BAG eine schweizweit repräsentative Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Hauptsächliche Zielsetzung dieser Befragung war es, zu ermitteln, wie die Bevölkerung das Krisenmanagement von Bund und Kantonen beurteilt hat und welche Folgen der Pandemie und der Pandemie-Bewältigung die Bevölkerung besonders beschäftigt oder belastet haben. Wie vorgängig dargestellt, beruht die vorliegende Evaluation auf dem Ansatz des «Backward Mapping». Dies bedeutet, dass sie von den Wirkungen ausgeht, welche die Gesellschaft besonders beschäftigt oder belastet haben. Die Bevölkerungsbefragung stellt damit einen wesentlichen Baustein der Auswahl der Themen dar, die in der vorliegenden Evaluation vertieft analysiert wurden.

Rund 15'000 Personen ab 16 Jahren haben an der Befragung teilgenommen. Damit kann ein repräsentatives Bild der Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung gewonnen werden (vgl. Abschnitt 1.3 sowie Anhang A 5 zur Methodik und zu den Themen der Befragung). Mit der erreichten Nettostichprobe von 15'390 Antworten beträgt die Fehlermarge (Konfidenzintervall) für die gesamte Stichprobe mit einer Sicherheit von 95 Prozent (Signifikanzniveau) maximal $+/-0,8$ Prozent (bei einem Wert von 50%). Werden Ergebnisse nach Subgruppen dargestellt, liegt die Fehlermarge in der Regel bei maximal $+/-1$ bis 2 Prozent. Alle im Bericht erwähnten Unterschiede zwischen Gruppen sind mindestens auf dem Niveau von 1 Prozent ($p<0,01$) hochsignifikant. Auf die Ausweisung der Signifikanz bei den einzelnen Berechnungen wird aufgrund der Lesbarkeit verzichtet.

2.1 Auswirkungen auf die Bevölkerung

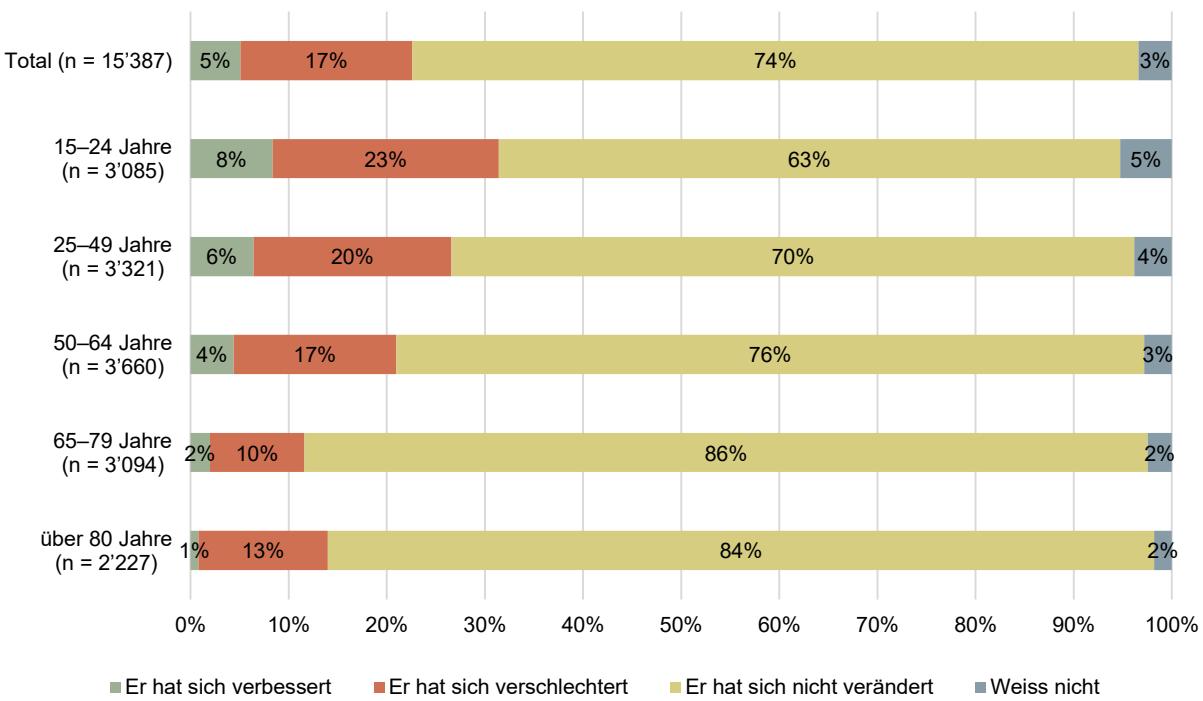
Wenden wir uns zuerst den Beurteilungen der Befragten bezüglich deren Gesundheit und Belastungen zu.

2.1.1 Auswirkungen auf die Gesundheit

Die Teilnehmenden der Bevölkerungsbefragung wurden gefragt, ob sich ihr Gesundheitszustand aufgrund der Corona-Pandemie verändert habe. Gemäss Einschätzung der Befragten hat sich die Pandemie bei einigen negativ ausgewirkt:

I Einfluss auf die körperliche Gesundheit

Bei der körperlichen Gesundheit nahm jede/-r sechste Befragte eine Verschlechterung wahr. Wie die folgende Darstellung zeigt, litten vor allem junge Menschen unter der Pandemie: Der Anteil jener 15- bis 24-Jährigen, deren körperlicher Gesundheitszustand sich verschlechterte, ist mehr als doppelt so hoch wie bei den 65- bis 79-Jährigen (23% gegenüber 10%).

D 2.1: Einfluss der Corona-Pandemie auf den körperlichen Gesundheitszustand (Altersgruppen)

Frage: Was denken Sie, hat sich Ihr körperlicher Gesundheitszustand wegen der Corona-Pandemie verändert?

Quelle: Darstellung Interface/Infras, basierend auf der Bevölkerungsbefragung Infras 2021.

| Einfluss auf die psychische Gesundheit

Sogar jede/-r dritte Befragte stellte eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit fest. Wiederum war insbesondere die junge Bevölkerungsgruppe besonders betroffen. Bei fast jedem zweiten Jugendlichen und jungen Erwachsenen (44%) im Alter von 15 bis 24 Jahren litt die psychische Gesundheit. Rund ein Drittel der Jungen fühlte sich häufig oder sehr häufig einsam oder gestresst, junge Frauen waren häufiger betroffen als junge Männer. Die Pandemie wirkte sich auf die psychische Gesundheit von Frauen (36,2%) stärker aus als auf jene von Männern (30,1%), auf Haushalte mit Kindern (36%) stärker als auf Haushalte ohne Kinder (32%), auf Personen in städtischen Gebieten (34,3%) stärker als auf Personen in ländlichen Gebieten (32,4%). Grund für die Verschlechterung war bei den meisten die psychische Belastung durch Stress, Angst oder Einsamkeit (76%) sowie weniger Bewegung und Sport (55%) und schwierige Arbeitsbedingungen (36%). Die Verschlechterungen sind vor allem auf die zweite Welle oder die Pandemie als Ganzes zurückzuführen. Nur gut jede/-r Zehnte (11%) ist der Meinung, dass die erste Welle im Frühling 2020 besonders schwierig war.

Im Hinblick auf die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit gibt es nur geringe Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Am auffälligsten ist die Differenz beim Anteil derjenigen, deren psychischer Gesundheitszustand sich im Laufe der Pandemie verbessert hat. Personen, die seit weniger als fünf Jahren in der Schweiz leben, gaben deutlich häufiger an (9% gegenüber 3% bei in der Schweiz geborenen Befragten), dass sich ihr psychischer Gesundheitszustand während der Corona-Pandemie verbessert habe. Diese Erkenntnis auszuwerten und möglicherweise Massnahmen abzuleiten, wäre aus der Perspektive der Gesellschaft wertvoll.

| Auswirkungen auf Arztbesuche

Fast jede/-r fünfte Befragte (18%) zögerte im Verlauf der Pandemie Arztbesuche oder Behandlungen im Spital hinaus oder verzichtete sogar auf diese, Frauen deutlich häufiger (21%) als Männer (15%). Zwei Drittel dieser Befragten schoben die Termine aus eigenem Antrieb hinaus, bei einem Drittel war es der Arzt oder die Ärztin. Insgesamt knapp 6'500 der rund 15'000 Befragten benötigten seit Beginn der Corona-Pandemie mindestens einmal medizinische Hilfe (z.B. Arztbesuch, Spitalaufenthalt) wegen eines Unfalls oder einer nicht-Covid-19-bedingten Erkrankung. 70 Prozent

beurteilen die Hilfe, die sie erhalten haben, als optimal, trotz Corona-Pandemie. Knapp 30 Prozent erhielten ihrer Wahrnehmung nach eine eingeschränkte medizinische Hilfe, wobei die überwiegende Mehrheit nicht darunter gelitten hat. Rund 100 Befragte erkrankten schwer an Covid-19 und mussten im Spital behandelt werden. Von diesen Personen ist mehr als die Hälfte der Ansicht, eine optimale Behandlung erhalten zu haben. Jede/-r Sechste dieser 100 schwer Erkrankten gibt an, dass die Behandlung so weit eingeschränkt war, dass die Genesung erschwert wurde. Bei den Frauen ist der entsprechende Anteil höher als bei den Männern.

2.1.2 Belastung und Sorgen der Bevölkerung

Die gesundheitlichen Schutzmassnahmen wirkten sich auf den Alltag der Bevölkerung aus. Je nach Phase der Pandemie und Lebenssituation hatte sich die Bevölkerung im Verlaufe der Pandemie mit verschiedenen Einschränkungen zu arrangieren.

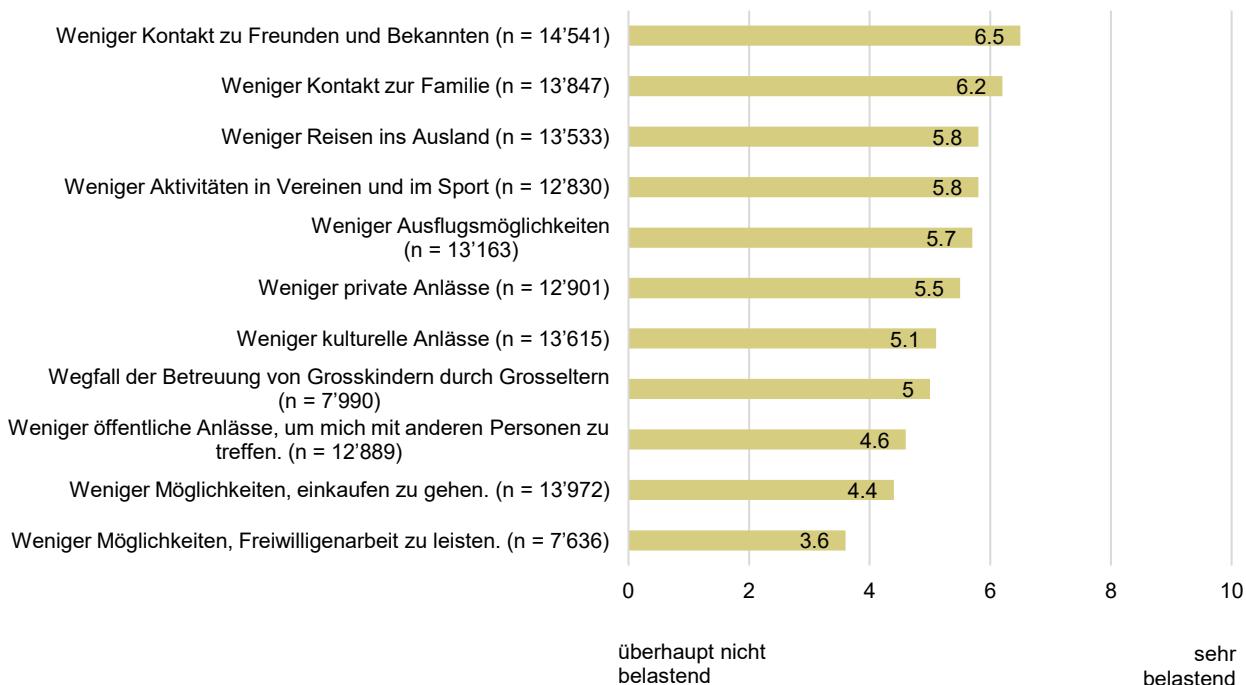
| Belastung der Bevölkerung aufgrund der gesundheitlichen Massnahmen

Wie in der folgenden Darstellung D 2.2 ersichtlich, belastete die Befragten der reduzierte soziale Kontakt zu Freunden, Bekannten und zur Familie am stärksten. Fast die Hälfte aller Befragten gibt jeweils an, dass sie diese Einschränkungen sehr stark belastete (Bewertung von mindestens 8 auf einer Skala von 0–10). Ebenfalls als stark belastend wurde die Tatsache wahrgenommen, dass Reisen ins Ausland nicht möglich waren und dass Freizeitaktivitäten in Vereinen und im Sport ausfielen. Bei den Jungen im Alter von 16 bis 24 Jahren stechen vor allem die Belastungen durch fehlende soziale Kontakte (51%) sowie durch fehlende Aktivitäten in Vereinen und im Sport (46%) hervor: Rund jede zweite junge Person gibt an, dass sie diese Einschränkung sehr stark belastete. Auch die reduzierten öffentlichen Anlässe, an denen man sich mit anderen Personen treffen kann, waren für die Jungen eine grössere Beeinträchtigung als für die restliche Bevölkerung.¹³

Für Frauen bedeutete vor allem der Wegfall der Kinderbetreuung durch die Grosseltern eine Erschwernis. Fast jede zweite Frau (44%) gibt an, dass der Wegfall der Kinderbetreuung durch die Grosseltern sie sehr stark belastet habe (Bewertung ≥ 8).¹⁴ Jede Vierte bewertet dieses Problem sogar mit dem Maximalwert von 10. 3,6 Prozent der Befragten geben an, im Umfeld ihrer Familie oder Partnerschaft eine Zunahme der Gewalt festgestellt zu haben. Diese Feststellung machten Frauen häufiger als Männer, Personen in der Westschweiz (6%) häufiger als Personen in der übrigen Schweiz und Angehörige der jüngsten Altersgruppe von 15 bis 24 Jahre generell am häufigsten (7%).

¹³ Durchschnittlicher Belastungswert für Personen zwischen 15 und 24 Jahre: 5.7.

¹⁴ Dieser Anteil enthält sowohl die betreuenden Grosseltern als auch die Eltern, die über eine zusätzliche Belastung berichten.

D 2.2: Belastung Bevölkerung durch verschiedene Schutzmassnahmen

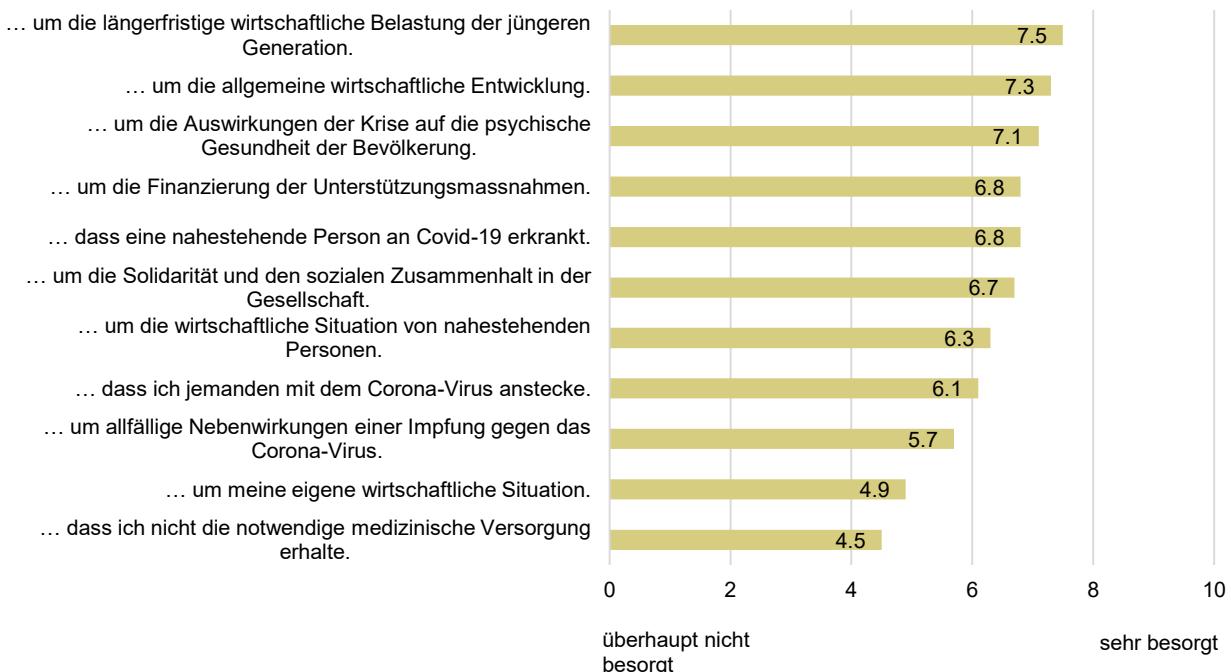
Frage: Aufgrund der Corona-Pandemie gibt es verschiedene Einschränkungen im Alltag der Menschen. Wie belastend waren oder sind diese Einschränkungen für Sie?

Quelle: Darstellung Interface/Infras, basierend auf der Bevölkerungsbefragung Infras 2021.

| Sorgen um wirtschaftliche Langzeitfolgen, Gesundheit und medizinische Versorgung

Die Pandemie bereitete der Bevölkerung zum Zeitpunkt der Befragung im Januar 2021 vielfältige Sorgen. 38 Prozent der Befragten äussern, dass sie wegen der Pandemie sehr besorgt sind (Wert von 8 und mehr auf einer Skala von 0–10). Am stärksten sorgt sich die ältere Generation ab 65 Jahren (51% sehr besorgt), am wenigsten die jüngere Generation im Alter von 15 bis 24 Jahren (23% sehr besorgt).

Wie die folgende Darstellung D 2.3 zeigt, bereiten negative ökonomische Langzeitfolgen die grössten Sorgen, darunter neben der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung vor allem auch die längerfristige wirtschaftliche Belastung der jüngeren Generation. Um die eigene wirtschaftliche Situation sorgt sich die befragte Bevölkerung weniger stark, wobei hier die Sorge bei den Jungen zwischen 15 und 24 Jahren aber grösser ist als bei der restlichen Bevölkerung. Ebenfalls stark besorgt sind viele Personen über die Auswirkung der Krise auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung. Vergleichsweise wenig Sorgen machen sich die Befragten hingegen darüber, nicht die notwendige medizinische Versorgung zu erhalten.

D 2.3: Besorgnis der Bevölkerung über verschiedene Aspekte

Frage: Wie ist es mit den folgenden Gebieten – sind Sie besorgt? N= 15'390.

Quelle: Darstellung Interface/Infras, basierend auf der Bevölkerungsbefragung Infras 2021.

2.2 Beurteilung der Krisenbewältigung durch die Bevölkerung

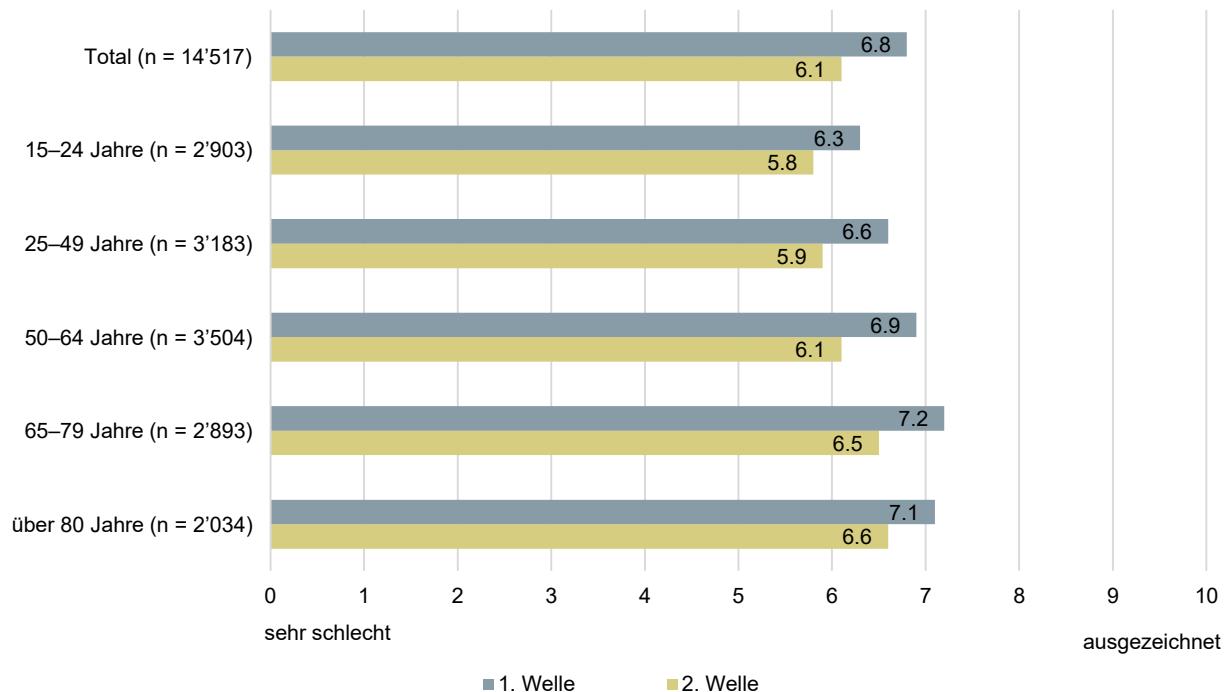
Ein zweiter Schwerpunkt der Befragung lag auf der Beurteilung der Kommunikation und des Handelns von Bund und Kantonen.

2.2.1 Kommunikation

Bund und Kantone haben die Bevölkerung im Verlauf der Pandemie kontinuierlich zu den neuesten Entwicklungen informiert und die aktuellen Schutzmassnahmen kommuniziert. Auf Bundesebene wurden zahlreiche Pressekonferenzen durch den Bundesrat und das BAG durchgeführt. Weiter informierte die Kampagne des BAG «So schützen wir uns» mit zahlreichen Plakaten und Informationsmaterialen die Bevölkerung zu Beginn der Pandemie über die aktuellen Schutzmassnahmen.

| Beurteilung der Kommunikation durch die Bevölkerung

Die Umfrageergebnisse zeigen, dass sich die Bevölkerung durch Bund und Kantone insgesamt eher gut oder gut informiert fühlte. Mit einem Durchschnittswert von 6.8 in der ersten und 6.1 in der zweiten Welle wird die Kommunikation in der ersten Welle besser beurteilt als in der zweiten Welle. Ältere Menschen fühlten sich während beiden Wellen besser informiert als jüngere Menschen (vgl. Darstellung D 2.4). Werden weitere sozioökonomische Merkmale betrachtet, so zeigt sich, dass sich Frauen leicht besser informiert fühlten als Männer. Dasselbe gilt für Personen aus der italienischsprachigen Schweiz verglichen mit Personen aus der übrigen Schweiz (nur in der zweiten Welle). Auffällig ist das Ergebnis, dass sich Personen mit einem eher tiefen Bildungsniveau besser informiert fühlten als Personen mit einem höheren Bildungsniveau (nur in der zweiten Welle). Dasselbe gilt auch für Personen mit Migrationshintergrund (nur in der zweiten Welle) sowie für solche, die seit weniger als fünf Jahren in der Schweiz leben gegenüber der übrigen Bevölkerung. Befragte führen dieses Ergebnis auf besondere Anstrengungen der Behörden zugunsten der Migrationsbevölkerung zurück.

D 2.4: Beurteilung der Kommunikation durch die Bevölkerung während der ersten und der zweiten Welle (Altersgruppen)

Frage: Wie gut informiert über die Corona-Pandemie fühlen Sie sich insgesamt durch Bund und Kantone?

Quelle: Darstellung Interface/Infras, basierend auf der Bevölkerungsbefragung Infras 2021.

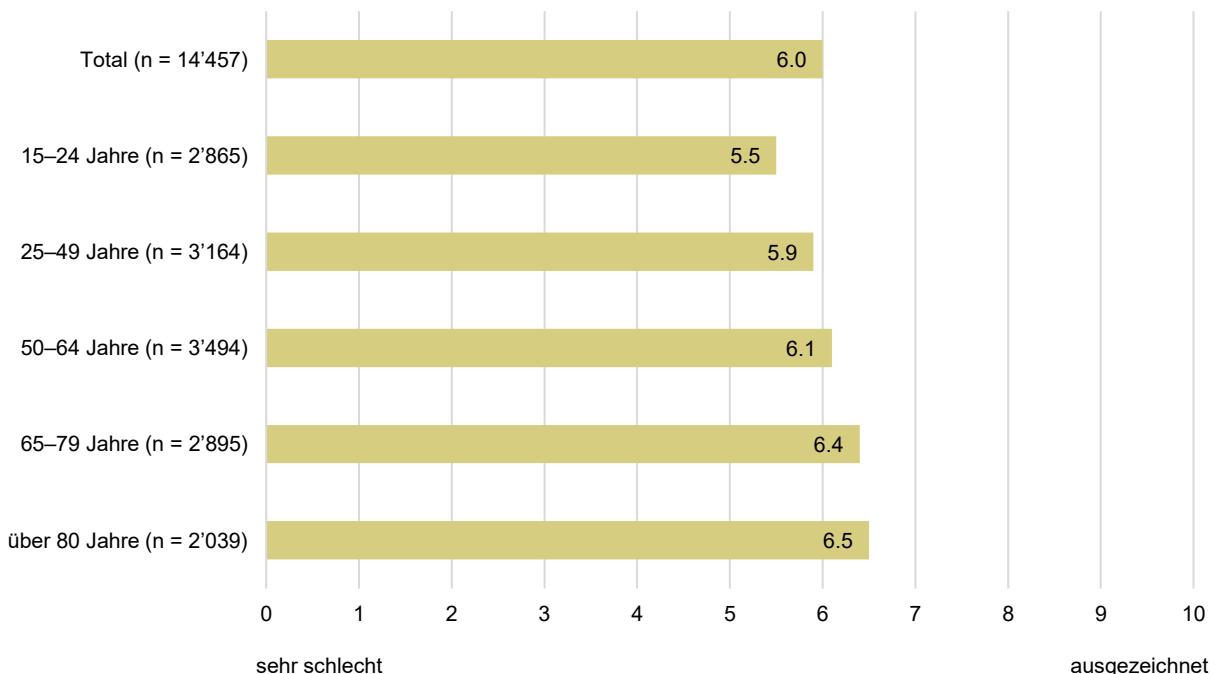
Der mit Abstand meistgenannte Kritikpunkt an der Kommunikation der Behörden ist die mangelnde Koordination zwischen Bund und Kantonen. So geben drei Viertel der Befragten an, dass die erhaltenen Informationen widersprüchlich gewesen seien und Bund und Kantone zu wenig koordiniert informiert hätten.).¹⁵ Von diesen eher kritisch eingestellten Befragten gaben 14 Prozent an, dass die Informationen zu kompliziert gewesen seien. Die junge Bevölkerung zwischen 15 und 24 Jahren kritisierte überdurchschnittlich oft, dass Bund und Kantone zu wenig informieren.

| Nachvollziehbarkeit der Entscheide

Insgesamt ist die Bevölkerung der Auffassung, dass Bund und Kantone ihre Entscheide gut erklärten (Durchschnitt 6 auf einer Skala von 0–10). Knapp ein Drittel ist der Meinung, dass der Bund und die Kantone ihre Entscheide ausgezeichnet begründeten (Wert ≥ 8). 10 Prozent sind der Meinung, dass Bund und Kantone ihre Entscheide (sehr) schlecht begründeten (Wert ≤ 3). Dabei gibt es nur minimale Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Durchschnittswert Männer: 5.8, Frauen: 6.1). Die Zufriedenheit steigt mit zunehmendem Alter an. Während Personen zwischen 15 und 24 Jahren eine durchschnittliche Zustimmung von 5.5 aufweisen, liegt diese bei den über 80-Jährigen bei 6.5 (vgl. Darstellung D 2.5).

Leichte Unterschiede gibt es auch zwischen den verschiedenen Bildungsniveaus. Vor allem Personen mit tiefem Bildungsniveau sowie Personen mit einem Universitätsabschluss beurteilen die Begründung der Entscheide besser als Personen mit anderen Bildungsniveaus. Auffallend ist zudem, dass Personen mit kürzerer Aufenthaltsdauer in der Schweiz die Begründung der Entscheide tendenziell besser beurteilen als Personen, die seit Geburt in der Schweiz leben. Es gibt auch sprachregionale Unterschiede. Personen aus der italienischsprachigen Schweiz bewerten die Begründung der Entscheide leicht besser (6.3) als Personen aus der Deutschschweiz und der französischsprachigen Schweiz (6.0).

¹⁵ 74 Prozent der 10'532 Befragten haben auf die Frage «Weshalb fühlen Sie sich (teilweise) nicht so gut informiert?» die Antwort «Die erhaltenen Informationen sind widersprüchlich. Bund und Kantone informieren zu wenig koordiniert.» angekreuzt.

D 2.5: Beurteilung der Begründung der Entscheide der Behörden (Altersgruppen)

Frage: Wie gut erklären Bund und Kantone ihre Entscheide?

Quelle: Darstellung Interface/Infras, basierend auf der Bevölkerungsbefragung Infras 2021.

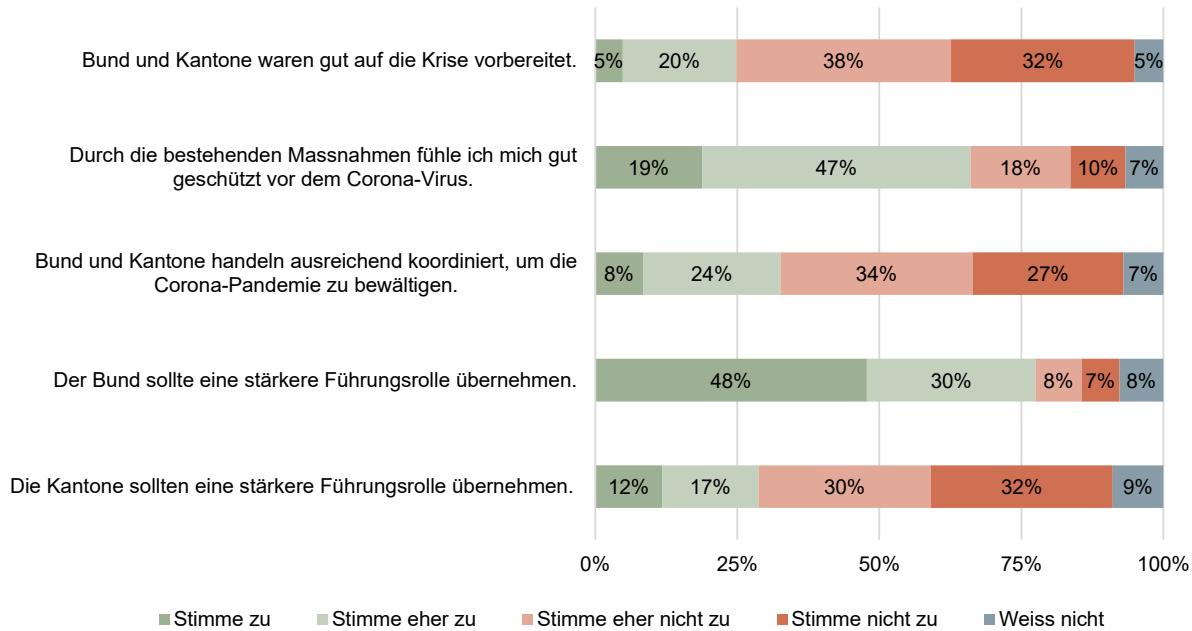
2.2.2 Vertrauen in die Regierung

In der Bevölkerungsbefragung mussten die Befragten verschiedene Aspekte der Arbeit von Bund, den Kantonen und der Wissenschaft beurteilen.

I Beurteilung der Arbeit von Bund und Kantonen

Die Vorbereitung auf die Krise wird von den Befragten mehrheitlich kritisch beurteilt (vgl. Darstellung D 2.6). 70 Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass Bund und Kantone eher schlecht oder schlecht auf die Krise vorbereitet waren. Ein weiterer Kritikpunkt an der Arbeit von Bund und Kantonen ist die mangelnde Koordination zwischen Bund und Kantonen. So stimmen 61 Prozent der befragten Personen der Aussage eher nicht oder nicht zu, dass Bund und Kantone ausreichend koordiniert handelten. Eine starke Mehrheit der Befragten (78%) wünschte sich eine stärkere Führung durch den Bund.¹⁶ Knapp ein Drittel (31%) wünschte sich eine stärkere Führung durch die Kantone. Trotz dieser Kritik fühlten sich zwei Drittel der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung im Januar 2021 durch die Massnahmen von Bund und Kantonen eher gut oder gut geschützt vor dem Corona-Virus.

¹⁶ Der Wunsch nach einer starken Führungsrolle durch den Bund wurde auch durch den SRG-Corona-Monitor bestätigt. Im Juli 2021 waren 50 Prozent der Befragten der Ansicht, dass die zusätzlichen Kompetenzen des Bundes gerechtfertigt sind und in dieser Art bis ans Ende der Krise bestehen bleiben sollen (vgl. Forschungsstelle Sotomo (2021): 8. SRG-Monitor, Studienbericht, S. 36).

D 2.6: Beurteilung der Arbeit von Bund und Kantonen

Frage: Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zur Arbeit von Bund, Kantonen und Wissenschaft bei der Corona-Pandemie. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den Aussagen zustimmen.

Quelle: Darstellung Interface/Infras, basierend auf der Bevölkerungsbefragung Infras 2021.

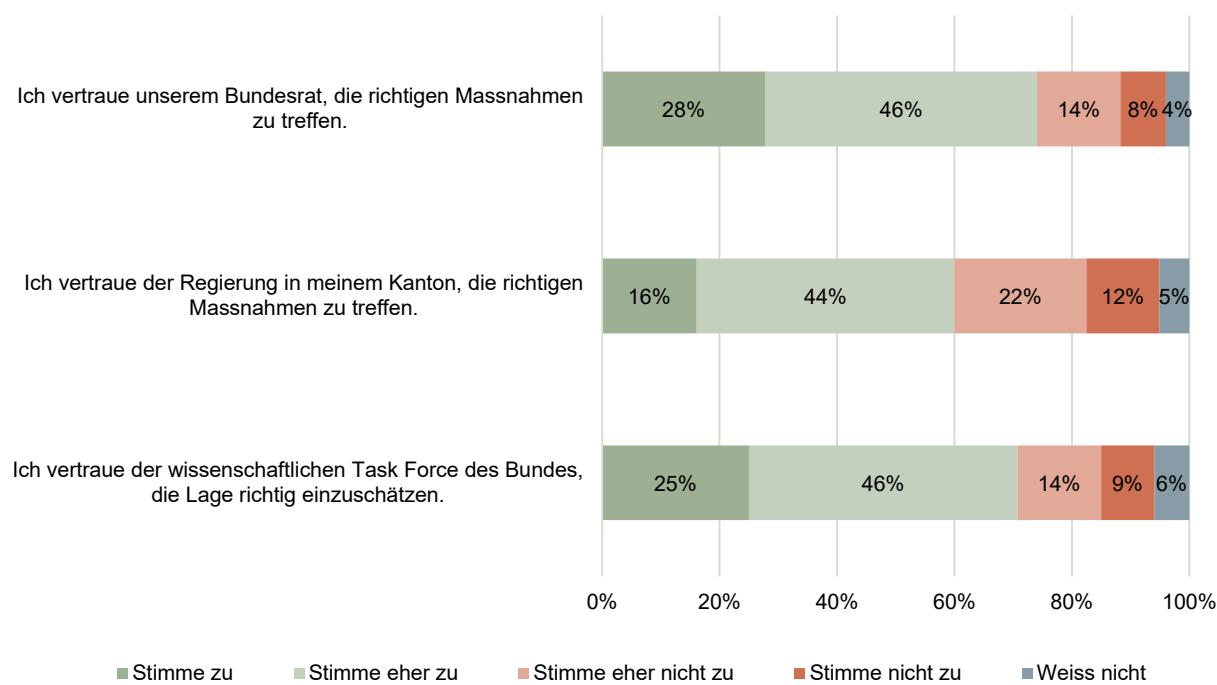
| Vertrauen in Regierung und Wissenschaft

Die Umfrageergebnisse zeigen, dass das Vertrauen in die Regierung zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt hoch war (vgl. Darstellung D 2.7). Vor allem in den Bundesrat war das Vertrauen gross: Drei Viertel der Befragten stimmen folgender Aussage zu oder eher zu: «Ich vertraue unserem Bundesrat, die richtigen Massnahmen zu treffen». Das Vertrauen in die kantonalen Regierungen lag mit 60 Prozent tiefer. Ein Drittel vertraute den kantonalen Regierungen nicht oder eher nicht. Das Vertrauen in die SN-STF, die Lage richtig einzuschätzen, war mit 71 Prozent Zustimmung auch vergleichsweise hoch.

Werden die Antworten bezüglich des Vertrauens in den Bundesrat nach unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen differenziert ausgewertet, zeigen sich verschiedene Auffälligkeiten. So war das Vertrauen in den Bundesrat in der Romandie höher (78%) als in der italienischsprachigen Schweiz und der Deutschschweiz (je 72%). Auch steigt das Vertrauen in den Bundesrat mit dem Alter an: Bei den 15- bis 24-Jährigen stimmten «nur» 64 Prozent der Aussage zu oder eher zu, bei den über 65-Jährigen waren es 82 Prozent. Nach Geschlecht oder Bildungsniveau zeigen sich keine Unterschiede. Auffallend ist, dass der Bundesrat bei Personen, die seit weniger als fünf Jahren in der Schweiz leben, ein höheres Vertrauen geniesst (82%) als bei der übrigen Bevölkerung (74%). Personen, die politisch eher rechts stehen, äussern ein geringeres Vertrauen (69%) als Personen, die politisch eher in der Mitte stehen oder nach links neigen (81%).

Auch im Hinblick auf das Vertrauen in die Kantonsregierung zeigen sich stärkere Unterschiede nach Sprachregion. In Deutschschweizer Kantonen ist die Zustimmung deutlich tiefer (56%) als in der Westschweiz und der italienischsprachigen Schweiz (69% und 71%). Auch bezüglich Kantonsregierungen steigt das Vertrauen mit zunehmendem Alter an. Bei Personen mit tieferem Bildungsniveau und solchen, die noch nicht lange in der Schweiz leben, ist es höher als bei den übrigen. Zwischen den Geschlechtern gibt es nur kleine Unterschiede.

D 2.7: Vertrauen in Bund, Kantone und Wissenschaft



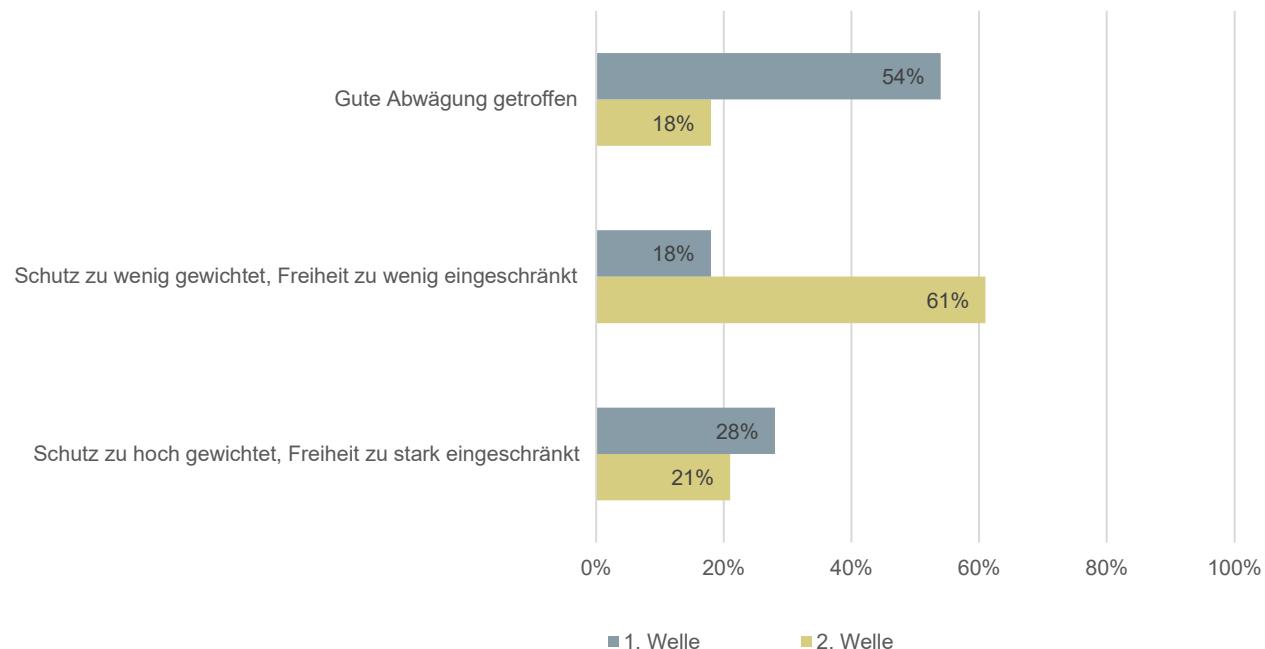
Frage: Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zur Arbeit von Bund, Kantonen und Wissenschaft bei der Corona-Pandemie. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den Aussagen zustimmen.

Quelle: Darstellung Interface/Infras, basierend auf der Bevölkerungsbefragung Infras 2021.

I Beurteilung der Krisenbewältigung durch Bund und Kantone

Die Bevölkerung wurde auch gefragt, wie gut Bund und Kantone die Krise in den beiden Wellen bewältigt haben. Die Befragten bewerten die Krisenbewältigung durch Bund und Kantone in der ersten Welle mit 6.7 gut bis sehr gut (auf einer Skala von 0–10), in der zweiten Welle mit 5.2 hingegen deutlich weniger gut. In der ersten Welle erachtete fast die Hälfte der Befragten (45%) die Krisenbewältigung als sehr gut bis ausgezeichnet (≥ 8), in der zweiten Welle sank der Anteil auf knapp 20 Prozent.

D 2.8: Abwägung zwischen Schutz der Gesundheit und Einschränkung von Freiheitsrechten



Frage: Bund und Kantone mussten in der Krise verschiedene Grundrechte gegeneinander abwägen. Wie haben sie diese Abwägung aus Ihrer Sicht gemacht? n = 15'390.

Quelle: Darstellung Interface/Infras, basierend auf der Bevölkerungsbefragung Infras 2021.

Die Mehrheit der Befragten (54%) attestiert Bund und Kantonen, zwischen dem Schutz der Gesundheit und der Einschränkungen von Freiheitsrechten in der ersten Welle gut abgewogen zu haben.¹⁷ In der zweiten Welle dagegen war eine Mehrheit (61%) der Meinung, dass Bund und Kantone den Schutz zu wenig gewichtet und die Freiheitsrechte zu wenig eingeschränkt haben.

Betreffend die erste Welle beurteilen Befragte aus der italienischsprachigen Schweiz die Krisenbewältigung etwas kritischer als Personen aus der übrigen Schweiz (6.4 vs. 6.7). Betreffend die zweite Welle ist die Einschätzung gerade umgekehrt: Personen aus der Deutschschweiz und der französischsprachigen Schweiz schätzen die Krisenbewältigung kritischer ein als jene aus der italienischsprachigen Schweiz (5.8 vs. 5.2). Weiter lässt sich aus der Befragung erkennen, dass Personen, die seit weniger als fünf Jahren in der Schweiz leben, die Krisenbewältigung in der zweiten Welle deutlich besser beurteilen als die übrige Bevölkerung (6.2 vs. 5.1). Personen mit höherem Bildungsabschluss schätzen die Krisenbewältigung in der ersten Welle nochmals deutlich besser (7.0), in der zweiten Welle hingegen schlechter ein als die

¹⁷ Dass in der Befragung der Einfachheit halber nur von (individuellen) Grundrechten die Rede war, die gegeneinander abgewogen werden, ist aus juristischer Sicht nicht unproblematisch. Hauptsächlich geht es aus juristischer Sicht um die Abwägung zwischen individualschützenden Grundrechten und sogenannten «öffentlichen Interessen», die in verfassungsrechtlichen Schutzaufträgen (insb. Art. 118 Abs. 1 BV: «Der Bund trifft im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit.») verankert sind.

Übrigen. Zudem wird die Krisenbewältigung von Personen, die politisch eher rechts stehen, in beiden Wellen etwas kritischer beurteilt als von den Übrigen (erste Welle 6.6 vs. 7.1, zweite Welle 5.1 vs. 5.4). Schliesslich zeigt sich, dass Frauen und Männer die Krisenbewältigung fast gleich bewerten.

| Akzeptanz der Massnahmen

Die verschiedenen Massnahmen zum Schutz der Gesundheit stiessen in der Regel auf eine hohe Akzeptanz, insbesondere in der italienischsprachigen Schweiz, etwas weniger in der Westschweiz. Rund 70 Prozent aller Befragten fiel es leicht oder eher leicht, diese zu befolgen. Auch die Maskenpflicht wurde zum Zeitpunkt der Befragung breit akzeptiert: 90 Prozent der Befragten fanden das Tragen von Masken sinnvoll oder eher sinnvoll. Dies gilt auch für die grosse Mehrheit (89%) von politisch eher rechtsstehenden Befragten. Kritischer werden die Schliessungen beurteilt: Die Schliessung von Läden halten 46 Prozent für nicht sinnvoll oder eher nicht sinnvoll, bei der Schliessung von Schulen sind es 35 Prozent, bei der Schliessung von Restaurants 24 Prozent und bei der Schliessung von Clubs und Bars 11 Prozent.

2.3 Fazit

Gemäss Bevölkerungsbefragung lässt sich im Hinblick auf die Themen, welche die Bevölkerung besonders beschäftigt oder belastet haben, folgendes Fazit ziehen:

- Aus Sicht der Bevölkerung waren die gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie belastend. Bei der körperlichen Gesundheit nahm jede/-r sechste Befragte eine Verschlechterung wahr. Sogar jede/-r dritte Befragte stellte eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit fest.
- Als besonders schwerwiegend wurde die verordnete Reduktion sozialer Kontakt zu Freunden, Bekannten und zur Familie wahrgenommen. Fast die Hälfte aller Befragten belastete diese Einschränkungen sehr stark. Frauen litten insbesondere auch unter dem Wegfall der Kinderbetreuung durch die Grosseltern.
- Um die eigene wirtschaftliche Situation sorgte sich die befragte Bevölkerung wenig, um die ökonomischen Langzeitfolgen für die Gesellschaft etwas mehr.
- Vergleichsweise wenig Sorgen machten sich die Befragten darüber, nicht die notwendige medizinische Versorgung zu erhalten.
- Zur Pandemie-Bewältigung durch Bund und Kantone lässt sich folgendes sagen: Rund drei Viertel der Befragten trauten dem Bundesrat zu, die richtigen Massnahmen zu treffen. Zwei Drittel der Bevölkerung sowie drei Viertel der Personen im Alter von über 65 Jahren dachten im Januar 2021, dass sie durch die geltenden Massnahmen gut geschützt seien. Insgesamt fühlte sich die Bevölkerung von Bund und Kantonen gut informiert über die Corona-Pandemie, wobei die Zufriedenheitswerte in der zweiten Welle tiefer sind.
- Die meistgenannten Kritikpunkte betreffen die Kommunikation, die mangelnde Koordination von Bund und Kantonen sowie die Krisenvorbereitung. Mehr als zwei Drittel der Bevölkerung war der Ansicht, dass Bund und Kantone nicht gut oder eher nicht gut auf die Krise vorbereitet waren.
- Das Vertrauen in die SN-STF war bei einer klaren Mehrheit der Bevölkerung gegeben.

3. Analysierte Themenbereiche (Analyse bis Ende März 2021)

Wie in Abschnitt 1.3 erwähnt, bilden die Wirkungen der Krise und der Krisenbewältigung auf die Gesundheitsversorgung sowie die Bevölkerung und die Wirtschaft den Ausgangspunkt der Evaluation. Aufgrund der Befragung der Bevölkerung, verschiedener Online-Befragungen von Stakeholder-Gruppen, zahlreicher Gespräche mit Experten/-innen sowie der Auswertung von Dokumenten hat das Evaluationsteam folgende elf Themenbereiche ausgewählt und der Steuergruppe für eine vertiefende Analyse vorgeschlagen:

- Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern
- Kompetenzordnung Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung
- Rollen und Verantwortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung
- Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten
- Abwägung des Schutzes von Personen in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen und Zugang durch Angehörige
- Maskenverfügbarkeit, -verwendung und -traghflicht
- Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie
- Strategie zu Tests und Contact Tracing
- Gesellschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit
- Psychische Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit
- Wirtschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit

Jeder dieser Themenbereiche wurde aufgearbeitet. Fünf der Themen wurden unter Einbezug der Begleitgruppe der Evaluation im Mai 2021 von der Steuergruppe für eine vertiefende Analyse ausgewählt. Diese Vertiefungen sind Gegenstand von Kapitel 4.

In diesem Kapitel werden diejenigen Themenbereiche beschrieben, die im Zeitraum von Dezember 2020 bis März 2021 analysiert und im Rahmen dieser Evaluation *nicht vertieft* untersucht wurden. Die Darstellung jedes Themenbereichs beinhaltet eine juristische Einschätzung der Frage, wie der Themenbereich anzugehen wäre. Zudem haben unsere ausländischen Kollegen/-innen aus Schweden und Österreich eingeschätzt, ob und in welchem Umfang der betreffende Themenbereich in ihren Ländern auch relevant war. Abschliessend wird jeweils möglicher Handlungsbedarf skizziert.

Es gilt explizit darauf hinzuweisen, dass die nachfolgenden Ausführungen zu den *nicht vertieft* untersuchten Themenbereichen die jeweilige Problemlage weder abschliessend noch umfassend darstellen. Zum einen bilden die Analysen den Stand des Wissens im März 2021 ab, so dass sie in zeitlicher Hinsicht den Krisenverlauf im Themenbereich nur unvollständig wiedergeben. Zum anderen beruhen sie auf einer vergleichsweise schmalen Datenbasis. So konnten pro Themenbereich beispielsweise nur rund fünf Gespräche mit Experten/-innen geführt werden. Trotz dieser Einschränkungen erheben die jeweils abschliessenden Abschnitte den Anspruch, mit Blick auf das Optimierungspotenzial wichtige Schwerpunkte des Handlungsbedarfs im jeweiligen Themenbereich zu benennen.

3.1 Themenbereich «Maskenverfügbarkeit, -verwendung und -traghflicht»

Die Verminderung des Risikos, sich selbst und andere anzustecken, ist für die Bekämpfung einer Epidemie von zentraler Bedeutung. Hierzu gehört als individuelle Massnahme das Tragen von Masken. Es ist wesentlich, dass genügend Masken vorhanden sind und diese korrekt verwendet werden. Positiv kann festgestellt werden, dass die Maskenpflicht in verschiedenen Kontexten umgesetzt wurde und das Tragen von Masken von der Bevölkerung gut akzeptiert ist. Die SN-STF fasst die wissenschaftlichen Grundlagen zur Verwendung zusammen.¹⁸ Leistungserbringer im Gesundheitswesen

¹⁸ Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Konsens: Das Tragen von Masken ist wichtig im Kampf gegen die Epidemie. <https://sciencetaskforce.ch/policy-brief/benefits-of-mask-wearing/>, Zugriff am 15.02.2021.

und Bevölkerung waren aber von verschiedenen Problemen im Zusammenhang mit Masken betroffen. Als Hauptprobleme stellen sich die Beschaffung und die Verfügbarkeit von Masken, die Empfehlung betreffend das Tragen von Masken sowie der Zeitpunkt der Einführung der Maskenpflicht dar.

Zu Beginn der Krise waren Hygienemasken ein knappes Gut. In den Spitäler und Praxen entstand dadurch eine fehlende Planungssicherheit. Oft war nicht klar, ob in der kommenden Woche noch genügend Masken vorhanden sein würden. Mitarbeitende wurden angehalten, pro Tag nur eine, später bis zu zwei Masken zu tragen. Zusätzlich gab es spezifische Gesundheitsdienstleister und Bevölkerungsgruppen, die nur mit Mühe zu Masken kamen. Insbesondere Gesundheitsfachpersonen in ambulanten Diensten, Menschen mit knappem Budget, Alters- und Pflegeinstitutionen und Institutionen für Menschen mit Behinderung sind bei der Zuteilung von Masken zu wenig beachtet worden. Rund 40 Prozent des Personals der Institutionsbefragung gaben im Frühjahr 2021 an, dass zu Beginn der ersten Welle eher nicht oder nicht genügend Schutzmaterial vorhanden war. Zwei Drittel der Institutionen wiesen darauf hin, dass das Besorgen von Schutzmaterial in der ersten Welle eine Herausforderung dargestellt habe. Mehr als die Hälfte der Institutionen wünscht sich in Zukunft von den Behörden zur Bewältigung von Krisen Unterstützung bei der Beschaffung von Schutzmaterial. Rund ein Drittel der Institutionen wünscht sich Vorräte von Schutzmaterial.¹⁹

Die Kommunikation des BAG zur Verfügbarkeit und zur Wirksamkeit von Masken war zu Beginn der Pandemie unklar. Das Maskentragen wurde der Bevölkerung erst Ende April 2020 empfohlen, nachdem die Studienlage zur Wirksamkeit von Masken immer klarer wurde. Im Vergleich zu Nachbarländern wurde die Maskenpflicht im öffentlichen Verkehr (Juli 2020) und in Läden (Oktober 2020) erst spät schweizweit eingeführt.

3.1.1 Juristische Beurteilung

Zu Beginn der Pandemie Anfang 2020 herrschte in der Öffentlichkeit Unklarheit über den Nutzen von Masken für die Verhinderung von Übertragungen von Covid-19. Unter rechtlichen Aspekten unklar war auch, wie weit Bund, Kantone und Institutionen des Gesundheitswesens zur Vorratshaltung von Masken befugt oder verpflichtet waren. Das EpG verpflichtet den Bundesrat in Art. 44 nur zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit den wichtigsten zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten geeigneten Heilmitteln, und auch dies nur subsidiär zum Bundesgesetz über die wirtschaftliche Landesversorgung (Landesversorgungsgesetz, LVG). Masken sind (anders als Impfstoffe) keine Heilmittel im Sinn des Gesetzes (Art. 44). Es handelt sich vielmehr um Schutzausrüstungs-Gegenstände, die nach richtiger Auslegung unter die lebenswichtigen Güter im Sinn des Landesversorgungsgesetzes fallen. Der sachliche Geltungsbereich des Landesversorgungsgesetzes ist weiter als derjenige des EpG. Anders als das EpG schliesst das Landesversorgungsgesetz nicht nur die Sicherstellung der Versorgung mit Heilmitteln ein, sondern auch mit Schutzausrüstungen, die für Epidemie- und Pandemie-Situationen ähnlich wichtig sind wie die Heilmittel. Gemäss Landesversorgungsgesetz soll primär die Wirtschaft solche Güter auf Lager halten. Genügt dies nicht, kann der Bundesrat die Wirtschaft zur Lagerhaltung verpflichten (Art. 7). Subsidiär kann der Bund auch eigene Vorräte anlegen (Art. 15). Weder die Wirtschaft noch die Institutionen des Gesundheitswesens noch der Bund hatten allerdings im Vorfeld der Pandemie hinreichende Maskenvorräte bereitgestellt.

Das beschriebene Vollzugsdefizit in der Pandemie-Vorbereitung zeigt, dass die geschilderte rechtliche Regelung nicht passend ist. Weil eine Lagerhaltung von Masken Kosten à fonds perdu verursacht, wenn keine Epidemie oder Pandemie eintritt, kann die Lagerhaltung von Masken in der normalen Lage nicht in hinreichendem Umfang umgesetzt werden. Grundsätzlich sollte der Gesetzgeber im EpG eine ausdrückliche Grundlage für die Vorratshaltung an Schutzausrüstungen einfügen, um Klarheit zu schaffen. Weil eine solche Grundlage fehlte, sah der Bundesrat in der Covid-19-Verordnung 3 vom 19. Juni 2020 vor, dass wichtige und zur Verhütung und Bekämpfung von Covid-19 dringend benötigte Arzneimittel, Medizinprodukte und Schutzausrüstungen (Art. 11) zur Unterstützung der Versorgung der Kantone und ihrer Gesundheitseinrichtungen, von gemeinnützigen Organisationen (z.B. Schweizerisches Rotes Kreuz) und von Dritten (z.B. Labors, Apotheken) durch den Bund beschafft werden, falls über die normalen Beschaffungskanäle der Bedarf nicht gedeckt werden kann (Art. 14 Abs. 1). Die Verordnung wurde im Hinblick auf die Schaffung eines neuen Covid-

¹⁹ Die detaillierten Ergebnisse zu den Online-Befragungen sind enthalten in: Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen, Zürich, sowie in den dazu gehörigen Grafikbänden, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-uebertragbare-krankheiten.html>, Zugriff am 09.09.2021.

19-Gesetzes erlassen, das allerdings erst am 25. September 2020 vom Parlament verabschiedet wurde. Dieser unorthodoxe Ablauf der rechtlichen Regelung zeigt zwar, wie anpassungsfähig die politischen Entscheidungsprozeduren im Dringlichkeitsfall sein können, wenn der Entscheidungsbedarf unbestritten ist. Damit die Rechtstaatlichkeit nicht beschädigt wird, dürfen solche Abläufe aber nicht zur Regel werden.

3.1.2 Internationale Einordnung

Schweden			Österreich		
Bedeutung des Problembereichs			Bedeutung des Problembereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
<p>Die nationale Behörde für öffentliche Gesundheit (schwedisch: Folkhälsomyndigheten; [FHM]) lehnte das Maskentragen von Anfang an ab. Sie begründete dies mit Ängsten vor falscher Anwendung und davor, dass das Tragen von Masken zu mehr risikantem Verhalten führen würde. Die wissenschaftliche Gemeinschaft kritisierte dieses Vorgehen als nicht evidenzbasiert. Die FHM verwies zwar auf die wissenschaftliche Literatur, hob aber den fehlenden Konsens hervor, statt auf die Wirksamkeit von Masken hinzuweisen.</p> <p>Die Verfügbarkeit von Masken für die Bevölkerung war anfangs sehr begrenzt. Nur wenige benutzten sie im öffentlichen Raum. Gesundheitspersonal und Organisationen von Fachpersonen in ambulanten Diensten und der Altenpflege forderten die Einführung von Masken an ihren Arbeitsplätzen und drohten sogar mit Streik. Das Anliegen wurde jedoch abgelehnt, angeblich aus prinzipiellen Gründen, höchstwahrscheinlich aber wegen dem Mangel an Masken.</p> <p>Erst am 7. Januar 2021 wurde offiziell empfohlen, während der Hauptverkehrszeiten in öffentlichen Verkehrsmitteln eine Maske zu tragen. Am 1. März 2021 wurde die Empfehlung dahingehend erweitert, die Maske auch ausserhalb der Hauptverkehrszeiten zu tragen.</p> <p>Im Frühjahr 2021 zeichnet sich jedoch ab, dass die Menschen aufgrund der langen Dauer der Pandemie und der Verfügbarkeit eines Impfstoffs weniger Verantwortung übernehmen. Die Bereitschaft, Masken zu tragen, nimmt ab, obwohl mittlerweile ausreichend Masken verfügbar sind.</p>			<p>Bei Eintritt der Pandemie wurden Masken für Personen mit Symptomen auf Covid-19, für nachgewiesen erkrankte Personen und für all jene empfohlen, die direkt in die Patientenbetreuung eingebunden waren. Hinsichtlich des Expositionsrisikos bei medizinischen Tätigkeiten wurden Abstufungen vorgenommen, wobei sogenannte FFP3-Masken nur für unmittelbar mit der Patientenversorgung tätige Personen bei längerer Exposition zur Verfügung standen. Aufgrund der geringen Lagerbestände und der Schwierigkeiten, Masken in entsprechender Qualität am Weltmarkt zu bekommen, wurden FFP3-Masken wiederaufbereitet und länger verwendet. Es zeigte sich das Problem, dass in Österreich keine autarke Versorgung mit derartigen Masken gewährleistet war und dass es keine ausreichenden Lagermengen gab. Dazu kam es zu logistischen Problemen bei der Verteilung der Masken im Bundesgebiet.</p> <p>Mit der Adaptierung der Empfehlungen der WHO wurden Masken zunehmend im öffentlichen Raum empfohlen beziehungsweise vorgeschrieben. Dies vor allem beim Arbeiten in Innenräumen, beim Betreten von Lebensmittelgeschäften oder Apotheken, in öffentlichen Verkehrsmitteln beziehungsweise in Autos, wenn mehrere haushaltsfremde Personen mitfuhren. Im weiteren Verlauf betraf die Maskenpflicht auch Alters- und Pflegeheime oder Krankenhäuser, wo diese in allen Innenräumen getragen werden müssen.</p> <p>Ursprünglich waren Stoffmasken empfohlen worden, im weiteren Verlauf – vor allem mit dem Auftreten der britischen Mutation in Österreich – ab Januar/Februar 2021 dann auch FFP2-Masken. Vor allem älteren Personen (> 65 Jahre) wurden diese vom Staat zur Verfügung gestellt (5 Stück via Post). Nach Beendigung des zweiten Lockdowns im Dezember 2020 und des dritten Lockdowns im Februar 2021 wurde die Maskenpflicht auch auf die Schulen ausgeweitet. Manche Bundesländer haben ab April 2021 in Anbetracht der hohen Fallzahlen das Tragen von Masken auf einigen öffentlichen Plätzen vorgeschrieben.</p>		

3.1.3 Handlungsbedarf

Die Erhebungen ergaben, dass der Pandemie-Plan und das Handbuch des Pandemie-Plans für die betriebliche Vorbereitung vor der Krise in den Spitätern und Praxen wenig bekannt waren und wenig genutzt wurden.²⁰ Dies hat wesentlich dazu beigetragen, dass zu Beginn der Krise zu wenig Masken vorrätig waren. Diesbezüglich besteht Handlungsbedarf.

²⁰ BAG (2018): Influenza-Pandemie-Plan Schweiz. Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie, Bern sowie BAG (2019): Pandemie-Plan Handbuch für die betriebliche Vorbereitung, Bern.

Zweitens besteht Handlungsbedarf, weil die Lagerung von Maskenreserven offensichtlich Schwierigkeiten bereitete. Es war umstritten, welche Lagermenge für eine etwaige Pandemie sinnvoll und effizient ist, da das Material eine beschränkte Haltbarkeit aufweist und Kosten verursacht. Vor allem zu Beginn der Krise war zudem unklar, welche Lager, Maskenmengen, Maskenqualitäten und Produktionsmöglichkeiten vorhanden waren. Drittens ergibt sich Handlungsbedarf im Bereich der Kommunikation. Die durchgeföhrten Gespräche mit Experten/-innen lassen vermuten, dass die Kommunikationsstrategie des BAG betreffend Verfügbarkeit und Wirksamkeit von Masken innerhalb des Bundesamts und auch ausserhalb mit wissenschaftlichen Experten/-innen zu wenig abgesprochen worden ist. Weiter wird angenommen, dass der Bundesrat aufgrund der geringen Verfügbarkeit von Hygienemasken von einer Empfehlung für die breite Bevölkerung zunächst abgesehen hat. Möglicherweise haben sich im Zusammenhang mit den Masken sehr rasch sehr viele Anforderungen an Spezifizierungen von Teilespekten gestellt, die realistischerweise nicht zeitgerecht geklärt werden konnten. Dazu gehören beispielsweise die Art und Verwendungsdauer der Masken und die Maskenpflicht in verschiedenen Innenräumen und draussen.

3.2 Themenbereich «Strategie zu Tests und Contact Tracing»

Die Corona-Pandemie stellte die Verantwortlichen insbesondere zu Beginn vor weitgehend neuartige Herausforderungen, auf die sehr rasch mit beschränktem Wissen reagiert werden musste. Vor diesem Hintergrund wurden vergleichsweise schnell Tests entwickelt, die das Vorhandensein des Erregers oder eine Immunantwort als Nachweis einer Infektion ermöglichen. Im Verlauf der Pandemie kamen viele verschiedene Tests zur Anwendung. Auch die Strategie des BAG, die bestimmt, wer wie getestet werden soll, hat sich fortlaufend entwickelt. Um eine Verbreitung des Virus einzudämmen, wurde zusätzlich das Contact Tracing aufgebaut und die Quarantäne von Kontaktpersonen vorgeschrieben.

Die Teststrategie des BAG wurde im Laufe der Zeit immer wieder angepasst. Dies weist auf eine fragliche Kohärenz und Zweckmässigkeit hin. Fachpersonen aus der Gesundheitsversorgung sind der Ansicht, dass generell früher mehr Tests hätten ermöglicht werden sollen, um möglichst viele präsymptomatische und erkrankte Patienten/-innen zu erkennen und entsprechend zu isolieren. Viele Experten/-innen bewerten die Testdichte der Schweiz während der gesamten Erhebungsperiode als ungenügend. Aussagekräftige Zahlen über den Umfang des Testens und die demografischen Daten getesteter Personen, die für ein effizientes Krisenmanagement notwendig wären, standen lange Zeit nicht zur Verfügung. Die Zugänglichkeit der Tests war kompliziert geregelt und schränkte die Testhäufigkeit ein. Testmaterialien waren immer wieder knapp. Die Frist zwischen Test und Mitteilung des Testergebnisses war vor allem zu Beginn der Krise oft zu lang, um weitere Ansteckungen vermeiden zu können. Auch die Übernahme der Testkosten durch den Bund hätte gemäss Interviewaussagen früher und grosszügiger erfolgen sollen. Ab der zweiten Welle im Herbst 2020 lief das Testen besser, weil die Empfehlungen des BAG besser auf die Praxis abgestimmt wurden und die Teststrategie ausgeweitet wurde.

Bei den Gesundheitsdienstleistern und in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen führte die lange Quarantänezeit für Kontaktpersonen zu vielen Personalausfällen. Die Verantwortlichen von Spitäler weisen auch darauf hin, dass die bescheidene Testhäufigkeit für die Überlastung der Spitäler mitverantwortlich war. Auch in Institutionen wurde zu wenig getestet, um den Auftrag des Schutzes der Bewohner/-innen wahrnehmen zu können. Die ambulanten Versorger waren teils ungenügend in die Teststrategie integriert. Es gab vor allem zu Beginn der Krise unklare Zuständigkeiten und Ansprechpersonen für das Testen. Die Testaktivitäten der Hausärzte/-innen unterschieden sich stark. Die Schnittstelle zwischen Apotheken und Arztpraxen war zu wenig klar definiert, so dass sie ihre Teststrategie nicht aufeinander abstimmen konnten. Ein weiteres Problem bestand darin, dass die Testlabors zu spät in Anpassungen der Teststrategie eingebunden wurden, um die Testart, Personal- und Materialkapazität entsprechend anpassen zu können.

Gemäss den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung liessen sich im Januar 2021 nur rund 55 Prozent der Personen mit Symptomen wie Halsschmerzen, Geschmacksverlust, Fieber oder Husten auf das Corona-Virus testen. Insbesondere ältere Personen liessen sich bei entsprechenden Symptomen seltener testen.²¹

In den Kantonen war der Aufbau der Testzentren eine Herausforderung, die sehr unterschiedlich angegangen wurde. Es kam zu grossen Unterschieden bei Testangeboten zwischen den Kantonen. Das ressourcenintensive Contact Tracing

²¹ Infras (2021): Situation von älteren Menschen und Menschen in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen während der Corona-Pandemie. Grafikenband mit Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung, Zürich, S. 40.

überforderte laut Vertretern/-innen des BAG einzelne Kantone im Herbst 2020. Das Contact Tracing, dem im Hinblick auf die Einschränkung der Ausbreitung der Pandemie eine ganz wichtige Funktion zugesprochen wird, funktionierte zeitweise nicht mehr. Kontaktpersonen konnten erst spät oder gar nicht mehr über das Risiko und die Notwendigkeit einer Quarantäne informiert werden.

Als Ergänzung zum kantonalen Contact Tracing stand zwar die SwissCovid-App zu Verfügung; diese wurde aber zu wenig genutzt. Für etliche Befragte bleibt deren Nutzen unklar. Vielfach bleiben Probleme bei der Umsetzung und der Technik in Erinnerung.

3.2.1 Juristische Beurteilung

Die Durchführung von Tests sowie die Verteilung und Abgabe von Tests wurde im Sommer 2020 ungenügend vorbereitet, obwohl das EpG die nötigen rechtlichen Grundlagen dafür enthält. Gemäss dessen Art. 8 kann das BAG nämlich die Kantone anweisen, im Hinblick auf eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit bestimmte Massnahmen zu treffen, insbesondere zur Erkennung und Überwachung von übertragbaren Krankheiten (Abs. 2 Bst. a). Zudem kann der Bund Betriebe und Veranstalter, die mit ihren Aktivitäten das Risiko der Krankheitsübertragung erhöhen, dazu verpflichten, Präventions- und Informationsmaterial bereitzustellen und bestimmte Verhaltensregeln einzuhalten (Art. 19 Abs. 2 Bst. b).

Rechtliche Grundlagen für die Anordnung von Tests und gezieltes Contact Tracing sind im EpG unter dem Titel «Massnahmen gegenüber einzelnen Personen» enthalten. Dazu gehören die Identifizierung und Benachrichtigung, die medizinische Überwachung sowie die Quarantäne und Absonderung.²² Eine Testpflicht kann auf Art. 36 EpG (ärztliche Untersuchung) gestützt werden, das Contact Tracing auf Art. 33 (Identifizierung und Benachrichtigung) und Art. 34 EpG (medizinische Überwachung). In beiden Fällen können gemäss Gesetz nicht nur kranke, krankheitsverdächtige und angesteckte, sondern ausdrücklich auch ansteckungsverdächtige Personen und solche, die Krankheitserreger ausscheiden können, erfasst werden.

Sämtliche erwähnten gesetzlichen Grundlagen sind zwar als «Kann-Vorschriften» formuliert. Die jeweils zuständige Behörde «kann» mit anderen Worten solche Massnahmen anordnen, wenn diese geeignet, erforderlich und im Einzelfall für die betroffenen Personen zumutbar, das heisst verhältnismässig (Art. 30 EpG) sind. Dies bedeutet aber nicht, dass die zuständige Behörde in ihrem Entscheid frei ist. Sie hat das gesetzlich vorgesehene Ermessen pflichtgemäß auszuüben. Sie ist mithin zur Anordnung von Massnahmen verpflichtet, wenn diese geeignet, erforderlich und zumutbar sind (kein Entschliessungsermessen, d.h. Ermessen, ob Massnahmen angeordnet werden sollen). Ihr Ermessensspielraum erschöpft sich dann in der Auswahl der Massnahmen (Auswahlermessen, d.h. Ermessen, welche Massnahmen angeordnet werden sollen). In der normalen Lage sind für die Anordnung (Art. 31 Abs. 1 EpG) und Durchsetzung (Art. 32 EpG) der Massnahmen allein die kantonalen Behörden zuständig. In der besonderen Lage dagegen, die den ganzen Sommer 2020 über in Kraft war, hat auch der Bundesrat die Kompetenz, «nach Anhörung der Kantone» unter anderem diese Massnahmen gegenüber einzelnen Personen anzuordnen (Art. 6 Abs. 2 Bst. a EpG). Auch diese Kompetenz des Bundesrates ist als «Kann-Vorschrift» formuliert («Der Bundesrat kann ... anordnen»). Doch auch der Bundesrat hat von diesem gesetzlich vorgesehenen Ermessensspielraum pflichtgemäß Gebrauch zu machen; sind daher in der besonderen Lage Tests oder Contact Tracing (oder andere Massnahmen gegenüber einzelnen Personen) erforderlich, so soll er Massnahmen anordnen, und sein Ermessen beschränkt sich auf den Entscheid darüber, welche Massnahmen dafür am geeignetesten und am ehesten zumutbar sind.

Bund und Kantone haben darüber hinaus eine parallele Kompetenz, Vorbereitungsmassnahmen zu treffen, «um Gefährdungen und Beeinträchtigungen der öffentlichen Gesundheit zu verhüten und frühzeitig zu begrenzen.» (Art. 8 Abs. 1 EpG). Sowohl die Organisation von Massentests als auch des Contact Tracings hätten also im Rahmen der Pandemie-Planung durch die zuständigen Behörden sowohl des Bundes als auch der Kantone vorbereitet werden können. Auch für

²² So Art. 32–35 EpG; ferner Art. 41 bzgl. Ein- und Ausreise sowie Art. 43 bzgl. der Verpflichtung von Unternehmen, die im Eisenbahn-, Bus-, Schiffs- oder Flugverkehr grenzüberschreitend Personen befördern, Flughafenhalter, Betreiber von Hafenanlagen, Bahnhöfen und Busstationen und Reiseveranstalter, bei der Durchführung der Massnahmen nach Art. 41 mitzuwirken, ebenso Art. 58 (Bearbeitung von Personendaten), Art. 59 (Bekanntgabe von Personendaten), Art. 60 (Informationssystem des Bundes) und neu Art. 60a (am 19. Juni 2020 eingefügt, Proximity-Tracing-System für Covid-19).

diese Vorbereitung erlaubt das Gesetz dem Bund, die Führung gegenüber den Kantonen zu übernehmen und die Kantone anzuweisen, «im Hinblick auf eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit bestimmte Massnahmen zu treffen», unter anderem auch «Massnahmen gegenüber einzelnen Personen». Allerdings bezeichnet das Gesetz ausdrücklich das BAG, die Kantone «anzuweisen», solche Massnahmen zu treffen (Art. 8 Abs. 2 EpG). Allerdings ist die Regelung, dass das BAG als Bundesverwaltungsbehörde den gewählten Kantonsregierungen oder über deren Köpfe hinweg direkt kantonalen Verwaltungsbehörden Anweisungen erteilen soll, für die Kantone vermutlich nicht akzeptabel und darum wenig zielführend.

Insgesamt ist festzuhalten, dass das EpG als formelles, der demokratischen Volksabstimmung unterstelltes Gesetz die Voraussetzungen für Tests und das Contact Tracing enthält. Dass die Regelung in Art. 8 Abs. 2 Zweifel bezüglich der Durchsetzbarkeit weckt, ändert daran nichts. Die Schwierigkeiten des systematischen Testens und des Contact Tracings waren im dafür erforderlichen logistischen und finanziellen Aufwand sowie in der jedenfalls damals noch zeitaufwendigen Auswertung begründet, nicht in unpassenden rechtlichen Rahmenbedingungen. Im Gegenteil: Zur Verbesserung der Umsetzung hat der Bund im Covid-19-Gesetz im September 2020 verschiedene Erleichterungen verankert (Art. 3b, 6a, 8a) und in der Covid-19-Verordnung 3 konkretisiert (Art. 23a–24c Tests, Art. 25–26c Kostenübernahme). Es wäre zu prüfen, durch welche ergänzenden Regelungen auf Verordnungsstufe die Umsetzung zusätzlich optimiert werden könnte.

3.2.2 Internationale Einordnung

Schweden			Österreich		
Bedeutung des Problembereichs			Bedeutung des Problembereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
Im Laufe der Zeit haben sich die Prioritäten bei den Tests geändert. Anfänglich wurden Menschen getestet, die in betroffene Gebiete gereist waren, und deren Kontakte zurückverfolgt. Aber der Anspruch, Kontakte aufzuspüren, wurde bald aufgegeben, da es an Testmaterial mangelte. Dann wurden vorrangig pflegebedürftige Personen im Krankenhaus sowie Personal in Pflege- und Alteneinrichtungen getestet. Einige Regionen verfolgten Kontakte weiterhin und testeten daher eine breitere Gruppe. Im Juni 2020 forderte die Bevölkerung mehr Tests mit der Hoffnung auf eine Lockerung der Einschränkungen. Die Regierung verpflichtete sich anschliessend, Tests im grossen Stil zu realisieren. Das Ziel war, 100'000 Tests pro Tag durchzuführen, was erst im Herbst 2020 erreicht wurde. Die Kapazität wurde im Laufe des Herbstes schrittweise erhöht. Für das langsame Testen wurden die regionalen Verwaltungen verantwortlich gemacht. Die Entwicklung einer App zur Verfolgung von Infektionen wurde aufgrund von Unklarheiten bezüglich der Datenspeicherung und der Anonymität der Nutzer/-innen gestoppt. Umfragen zeigten auch, dass die Schweden eine solche App mehrheitlich ablehnen. Es wurden keine systematischen Tests an einer repräsentativen Stichprobe durchgeführt, was eine zuverlässige Schätzung der Ausbreitung der Ansteckung und ihrer Entwicklung im Laufe der Zeit unmöglich machte.	Zu Beginn der Pandemie wurde beim Testen auf jene Personen fokussiert, die Symptome einer möglichen Erkrankung zeigten beziehungsweise ein epidemiologisches Risiko darstellten. Was ein grosses Problem darstellte, war die Verzögerung – einerseits beim Zugang zu Tests und andererseits bei der Übermittlung der Ergebnisse. Als Folge davon wurden bei Infektionsnachweis entsprechende Massnahmen zu spät eingeleitet. Das Testen war zentral organisiert (Teststrassen, Schwerpunkt-Krankenhäuser), während dezentral (niedergelassene Ärzte/-innen, peripherie Krankenanstalten) aus unterschiedlichen Gründen kein Testangebot zur Verfügung stand. Die Testkapazitäten wurden schrittweise erhöht, wobei zunehmend Personen ohne einschlägige Ausbildung im Bereich Infektionsdiagnostik oder Labormedizin PCR-Tests durchführen durften. Die Teststrategien wurden vor allem von den einzelnen Bundesländern vorangetrieben und unterschiedlich implementiert. Primär lag der Fokus auf PCR-Tests, im weiteren Verlauf kamen Antigen-Tests dazu. Das Testen wurde auch auf asymptomatische Patienten/-innen ausgeweitet, inklusive der Durchführung von Massentests im November/Dezember 2020. Von der Möglichkeit zur Teilnahme an einem Massentest haben jedoch nur ca. 30 Prozent der Bevölkerung Gebrauch gemacht. Die Massentests hatten keinen Einfluss auf das Infektionsgeschehen. Zudem wurden sie von einer unklaren Kommunikation hinsichtlich der Aussagekraft von Antigen-Tests begleitet. In der Folge wurden mit der Wiedereröffnung von verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen Eintrittstests (z.B. Coiffeur, Schiffahrt, Alters- und Pflegeheime) oder regelmässige Tests (Schulen – bis zu dreimal pro Woche) vorgeschrieben. Zwischenzeitlich herrscht für die Bevölkerung ein sehr niederschwelliger Zugang zu Tests, die vom Staat bezahlt werden.				

3.2.3 Handlungsbedarf

Die Analyse macht deutlich, dass hochwertige Tests kostenlos und niederschwellig zugänglich sein müssen. Dies würde mehr soziale Kontakte ermöglichen. Zudem würde vermehrtes Testen helfen, Personalknappheit in Spitäler und Institutionen, verursacht durch lange Quarantäne, zu reduzieren.²³

Ein abgestimmtes Vorgehen zwischen Kantonen mit nationaler Koordination und Unterstützung könnte zur Effizienz und Effektivität sowohl der Testaktivitäten als auch des Contact Tracings beitragen. Dazu braucht es klare Vorgaben bezüglich des Umfangs und des Ablaufs sowie bezüglich der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten beim BAG und bei den Kantonen. Solche Vorgaben fehlten. Die Organisation einer sehr grossen Zahl von Massentests sowie eines grossflächigen Contact Tracing über Monate war in keinem vor der Krise bekannten Pandemie-Szenario enthalten. Die laufende Planung dieser Arbeiten während der Pandemie konnte daher auf keine Grundlagen zurückgreifen. Dies führte zu grossen kantonalen Unterschieden in der Umsetzung und der Wirksamkeit des Contact Tracings. Diese Unterschiede verunsicherten die Bevölkerung bezüglich Zweckmässigkeit der Massnahme. Zudem haben es laut Vertretern/innen des BAG einige Kantone verpasst, über den Sommer 2020 das Contact Tracing systematisch aufzubauen, so dass sie nicht immer in der Lage waren, die Betroffenen rechtzeitig zu informieren. Möglicherweise hat es an der dafür notwendigen Unterstützung des BAG gefehlt. Zum Beispiel ist es nicht gelungen, eine von allen Kantonen akzeptierte nationale Tracing-Datenbank bereitzustellen. Die SwissCovid-App hatte einen bescheidenen Nutzen, weil zwischen dem Risikokontakt und der Information über den Kontakt zu viel Zeit verstrich.

Auf rechtlicher Ebene sollten Regelungen ins Auge gefasst werden, die der Verbesserung der Umsetzung und der Regelung der Finanzierung dienen. Auf operativer Ebene müssen einerseits die Abläufe betreffend die Zulassung von Testverfahren sowie die Empfehlung von Testaktivitäten geklärt werden. Andererseits sollte die Rolle des BAG beim Contact Tracing während der verschiedenen Phasen der Pandemie präzisiert werden. Zudem sollte die Koordination der Kantone verbessert werden. Es ist zu klären, welche Rolle das BAG diesbezüglich übernehmen kann.

3.3 Themenbereich «Abwägung des Schutzes von Personen in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen und Zugang durch Angehörige»

Ältere Menschen sowie Personen mit gewissen Vorerkrankungen haben bei einer Ansteckung mit Covid-19 ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen stehen daher seit Beginn der Corona-Pandemie im Fokus.²⁴ Sie sind stark gefordert, ihre Bewohner/-innen zu schützen. Dabei stehen einerseits die strengen Massnahmen sowie andererseits die hohe Anzahl Todesfälle in Alters- und Pflegeinstitutionen im Zentrum der öffentlichen Diskussion. Die Situation von älteren Menschen und Menschen in Institutionen während der Corona-Pandemie wurde im Auftrag des BAG in einer Forschungsstudie untersucht.²⁵ Dazu wurden im Januar 2021 Leitungspersonen von Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen, Pflege- und Betreuungspersonal sowie Angehörige von Bewohnern/-innen und von Menschen mit Unterstützungsbedarf, die zu Hause leben, online befragt. Eine ergänzende Befragung von Heimbewohnern/-innen wird in einer aktuell laufenden Studie durchgeführt.²⁶

Für die befragten *Leitungspersonen in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen* war die Bereitstellung von Schutzmaterial eine besondere Herausforderung. Zum einen geben rund 40 Prozent der Befragten an, dass zu Beginn der Pandemie nicht ausreichend Schutzmaterial vorhanden gewesen sei. Weiter erwies sich für rund die Hälfte der Institutionen die Beschaffung von Schutzmaterial und die Definition und die Umsetzung von Ausgeh- und Besuchsregelungen als

²³ Swiss National Covid-19 Science Task Force (2020): Gründe für eine substanzielle Erhöhung der Ressourcen für Contact Tracing und Testen. Policy Brief. <https://sciencetaskforce.ch/policy-brief/gruende-fuer-eine-substanzielle-erhoehung-der-ressourcen-fuer-contact-tracing-und-testen/>, Zugriff am 09.09.2021.

²⁴ Mit Betreuungseinrichtungen sind Institutionen für Kinder und Jugendliche sowie erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen gemeint.

²⁵ Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen, Zürich, sowie in den dazu gehörigen Grafikbänden, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-ueber-tragbare-krankheiten.html>, Zugriff am 09.09.2021.

²⁶ Die Studie trägt den Titel «Covid-19: Lebensschutz versus Lebensqualität während der Covid-19-Pandemie – die Sicht der Betroffenen». Sie wird voraussichtlich Mitte 2023 veröffentlicht (vgl. <https://www.aramis.admin.ch/Grunddaten/?ProjectID=49793>).

schwierig. Was grösstenteils gut funktioniert habe, sei die Definition einer verantwortlichen Stelle für Hygienemassnahmen sowie die Festlegung einer ärztlichen Ansprechperson bei Fragen zu Schutzmassnahmen. Auch Kontaktadressen der Angehörigen waren in fast allen Institutionen vorhanden.

Zwei Drittel des befragten *Pflege- und Betreuungspersonals* mussten während der beiden Pandemie-Wellen mehr arbeiten als vorgesehen. Drei Viertel gaben jedoch an, mit der zusätzlichen Arbeitsbelastung gut zurecht gekommen zu sein. Gut die Hälfte des Personals ist aber der Ansicht, dass die Pandemie-Situation die Qualität der Arbeit beeinträchtigt hat. Vermehrt habe das Personal auch Betreuungsaufgaben übernehmen müssen, die vor der Pandemie Angehörige geleistet hatten. Die prioritären Wünsche des befragten Pflege- und Betreuungspersonals sind eine Personalaufstockung sowohl mit qualifiziertem Personal als auch mit Hilfspersonal sowie die Bereitstellung von mehr Schutzmateriel.

Bei der *Angehörigenbefragung* zeigt sich, dass sowohl die Angehörigen als auch die Bewohner/-innen der Institutionen unter den Besuchsverboten litten. Gleichzeitig wurde die Massnahme mehrheitlich als notwendig erachtet und akzeptiert. Gut die Hälfte der Angehörigen gibt jedoch auch an, dass die ihnen zugehörige Person, die in einer Institution lebt, Mühe hatte, das Besuchsverbot zu verstehen. Von 346 befragten Angehörigen ist die ihnen zugehörige Person im Verlaufe der Pandemie verstorben, wobei 40 Prozent davon angeben, dass die Person an Covid-19 gestorben sei. Gut die Hälfte der Angehörigen konnte die ihr zugehörige Person, die in einer Institution lebt, nicht wie gewünscht im Sterbeprozess begleiten. 51 Prozent der befragten Angehörigen sind der Ansicht, dass sich die Versorgung mit Betreuungsleistungen nach Beginn der Pandemie verschlechtert habe. Ein Drittel der Befragten ist der Meinung, dass die Versorgung mit individuellen Therapien gelitten hat. Bei einer zukünftigen Pandemie-Welle wünschen sich die Angehörigen unter anderem, dass sie von Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen, von der Spitex, der Ärzteschaft und von Behörden stärker einbezogen werden.

Gefragt nach der Präferenz zwischen Schutz vor dem Virus und Einhaltung der Freiheitsrechte in den Institutionen, gewichtet die Mehrheit der befragten Angehörigen den Gesundheitsschutz höher. Bei der Befragung der Institutionsleitenden zeigt sich, wie herausfordernd der Umgang mit diesem Dilemma ist: Fast die Hälfte der Institutionen entschied von Situation zu Situation unterschiedlich zwischen Schutz vor dem Virus und Schutz der Persönlichkeitsrechte. So ist es für die Mehrheit der befragten Vertretenden von Institutionen wichtig, einen gewissen Gestaltungsfreiraum bei der Umsetzung der vorgeschriebenen Schutzmassnahmen zu haben.

Dennoch kam es bei der Mehrheit der Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen, ungeachtet der individuellen Risikosituation, zeitweise zu strikten Besuchs- und Ausgangsverboten und somit zu einer massiven Einschränkung der Grundrechte.²⁷ Insbesondere während der ersten Welle haben viele Institutionen – teils aufgrund von entsprechenden behördlichen Vorgaben – mit einer Abschottung der Bewohner/-innen auf die Bedrohung durch das Virus reagiert. Mehrheitlich hatten die Angehörigen Verständnis für die temporären Besuchsverbote. Viele Angehörige wie auch Bewohner/-innen von Institutionen waren jedoch emotional stark belastet durch den fehlenden persönlichen Kontakt. Nur eine Minderheit der Angehörigen intervenierte bei der Institutionsleitung oder leistete Widerstand. Einige Bewohner/-innen hatten gemäss Einschätzung der Angehörigen ausserdem Mühe, die Massnahmen zu verstehen.

Trotz der getroffenen Massnahmen ist es weder in der ersten noch in der zweiten Pandemie-Welle gelungen, die Bewohner/-innen in Alters- und Pflegeinstitutionen ausreichend zu schützen, oft auch trotz bester Schutzkonzepte. Sowohl die Ansteckungen als auch die Todesfälle in den Alters- und Pflegeinstitutionen waren hoch. Gemäss Statistik des BAG ereigneten sich zwischen Anfang Oktober 2020 und Ende Februar 2021 mindestens 49 Prozent der bestätigten Covid-19-Todesfälle in einer Alters- oder Betreuungsinstitution.²⁸ Als Todesfälle in einer Alters- oder Betreuungsinstitution gelten nur jene Verstorbenen, die auf Covid-19 getestet und nicht in ein Spital verlegt worden sind.²⁹

²⁷ In 58 Prozent der Institutionen gab es seit Beginn der Corona-Pandemie in beiden oder einer der beiden ersten Wellen ein striktes Besuchsverbot ohne Ausnahmen. Quelle: Befragung der Institutionsleitenden, A.a.O.

²⁸ A.a.O., S. 53.

²⁹ Vor der Pandemie (2019) ereigneten sich 44 Prozent aller Todesfälle in einem Alters- oder Pflegeheim. Quelle: Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen, Zürich.

Das Personal in den Institutionen war und ist durch die strengen Schutzmassnahmen und die erschwereten Betreuungsbedingungen ebenfalls stark belastet. Insbesondere sterbende Bewohner/-innen ohne Angehörigenbesuch, Ängste, Einsamkeit und Aggressionen der Bewohner/-innen sowie die Sorge, jemanden anzustecken, belasteten eine Mehrheit des Personals. Verschiedene Politiker/-innen und Interessenvertreter/-innen fordern einen besseren Schutz der besonders gefährdeten Personen bei einer Lockerung der allgemeinen Schutzmassnahmen.

3.3.1 Juristische Beurteilung

Gemäss Art. 19 des EpG kann der Bundesrat öffentliche und private Institutionen, die eine besondere Pflicht zum Schutz der Gesundheit von Menschen haben, die in ihrer Obhut sind, zur Durchführung geeigneter Verhütungsmassnahmen verpflichten (Bst. d). Von dieser Möglichkeit, die er auch in der normalen Lage hat, hat der Bundesrat keinen Gebrauch gemacht, sondern höchstens Empfehlungen abgegeben. Politische Gründe, wie die Schonung der kantonalen Verantwortung für die Versorgung oder der Organisationsautonomie, mögen mitgespielt haben; faktisch hat sich der Bundesrat damit der Verantwortung für eine verbindliche Normierung entzogen. Die Folgen waren Gefahren der Ungleichbehandlung, willkürlicher Hausregeln und unnötiger Isolation von anvertrauten Menschen oder das Risiko des Laisser-faire mit der Konsequenz der Begünstigung von Krankheitsübertragungen. In jedem Fall führte das Verhalten des Bundes in vielen Fällen zur Überforderung von Organisationsleitungen, die damit in die Zwickmühle zwischen grundrechtlich geschützten Ansprüchen von anvertrauten Menschen und ihren Bezugspersonen und der Verantwortlichkeit für deren Schutz gerieten. Es wäre zu prüfen, ob der Bund auf Verordnungsstufe konkreter regeln sollte, unter welchen Voraussetzungen der Bundesrat von seiner Kompetenz Gebrauch machen und öffentliche und private Institutionen, die eine besondere Schutzpflicht im Sinn von Art. 19 Bst. d EpG haben, zur Durchführung von «geeigneter Verhütungsmassnahmen» verpflichten soll. Dabei wäre insbesondere auch zu klären, welcher Gestaltungsspielraum den Institutionen bleiben soll, um ihrer jeweiligen konkreten Situation gerecht zu werden.

Solange der Bund keine verbindlichen Regeln gemäss Art. 19 Bst. d EpG erlassen hat, sind die Kantone dafür zuständig. Als Aufsichtsorgane für die Spitäler und die Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen sind sie gehalten, verbindliche Regeln mit Ausnahmen für begründete Einzelfälle zu erlassen. In jedem Fall ist es an den Kantonen, die Leitungen von Institutionen bezüglich der Regeln zu beraten, zu schulen und die Öffentlichkeit über die Regeln zu informieren.

3.3.2 Internationale Einordnung

Schweden			Österreich		
Bedeutung des Problembereichs			Bedeutung des Problembereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
Schweden hat es sowohl während der ersten als auch während der zweiten Welle der Pandemie versäumt, die Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeheimen angemessen zu schützen. In solchen Institutionen ereigneten sich im Frühjahr 2020 46 Prozent der Covid-19-Todesfälle, 57 Prozent waren es im Herbst 2020 – und dies trotz der mittlerweile besseren Verfügbarkeit von Schutzmaterial, besserer Behandlungs- und Testmöglichkeiten, optimierter Abläufe sowie des grösseren öffentlichen Bewusstseins. Ein Teil der älteren Bevölkerung, nämlich insbesondere jene, die keine Altenpflege benötigt, wehrte sich anfangs gegen die strengerer, für sie geltenden Massnahmen. Sie akzeptierte diese aber angesichts der hohen Mortalität schnell. Dennoch wurden einige Mängel des Systems schmerhaft deutlich: Insbesondere die Regel, dass medizinisches Personal die Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeheimen nicht ambulant versorgen soll, erwies sich als problematisch. Sie hatte nämlich zur Folge, dass Bewohner/-innen, die das Alters- oder Pflegeheim	In der ersten Phase der Pandemie kam es zu einer weitgehenden Abschottung der Alters- und Pflegeheime. Auslöser dafür waren insbesondere einige Infektions-Ausbrüche in diesen Bereichen. Ursache waren eine oft noch unzureichende Kenntnis oder Bewusstseinsbildung über die Infektionsverbreitung und präventive Schutzmassnahmen, das Fehlen von Ressourcen für Schutzmassnahmen sowie die Einschleppung von Infektionen durch Angehörige und Mitarbeiter/-innen. Diesbezüglich unterscheidet sich Österreich nicht von anderen Ländern. Mit der Abschottung der Heime verbunden war häufig ein Besuchsverbot, was von vielen Heimbewohnern/-innen, aber auch von deren Angehörigen, als sehr belastend empfunden wurde. Es kam zu einer sozialen Distanzierung und damit verbunden zu gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen. Über den Sommer 2020 wurden nicht ausreichend Präventionskonzepte implementiert. Dies betrifft insbesondere Konzepte, die das Testen von Betreuenden (auch von in mobilen Hilfsdiensten Tätigen) betreffen, Hygienekonzepte für Heime sowie Hygieneschulungen des Personals. Dadurch kam es wieder häufig zu Krankheits-				

aufgrund der Pandemie nicht mehr verlassen durften, keine ausreichende medizinische Versorgung erhielten. Da die Gesundheitsversorgung in der Zuständigkeit der regionalen und die Altenpflege in der Zuständigkeit der kommunalen Verwaltung liegt, wurde in der öffentlichen Diskussion oft die schlechte Koordination zwischen diesen Ebenen für die Mängel verantwortlich gemacht. Relevanter war jedoch vermutlich die Tatsache, dass Covid-19 in Schweden generell sehr verbreitet war, sodass das Virus über das Personal und – in geringerem Maße – über Verwandtenbesuche in die Alters- und Pflegeheime gelangte. Schwedens Impfstrategie räumte den Hochbetagten Priorität ein, was zu sinkenden Sterberaten führte, obwohl die Ansteckung im Land weit verbreitet war.

ausbrüchen in Heimen, die zu vielen Hospitalisierungen und Todesfällen führten. Daher wurden die Massnahmen in diesen neuralgischen Bereichen im Spätherbst 2020 wieder verschärft und erneut Besuchsverbote verhängt. Ein Schwachpunkt blieb, dass Heimbewohner/-innen das Heim jederzeit verlassen konnten, beispielsweise um Angehörige zu treffen. Sie konnten dann ohne Test wieder in das Heim zurückkehren, was eine wesentliche Quelle von neuen Infektionen sein kann. Die Impfstrategie in Österreich zielte darauf ab, Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeheimen prioritär zu impfen, was im April 2021 weitgehend gelungen ist. Damit verbunden waren Lockerungen bei der Besuchsregelung: Besuche in Alters- und Pflegeheimen sind seither wieder vermehrt für verschiedene Personen möglich mit den Auflagen, dass alle einen Antigen-Test vorlegen und eine FFP2-Maske tragen müssen.

3.3.3 Handlungsbedarf

Das Ausmass der Corona-Pandemie traf viele Institutionen zum Teil unvorbereitet. Zwar gab es in den meisten Institutionen Fachpersonen, die für Hygienethemen verantwortlich waren. Zentrale Aspekte wie Besuchsregelungen, Vorgehen bei Ansteckungen, Verlegung von Infizierten, Schulung des Personals im Umgang mit Schutzmaterial waren in den meisten Institutionen aber nicht definiert. In den ersten Monaten der Pandemie fehlte es zudem an Schutzmaterial. Institutionsleitungen (und auch Behörden) war es in der unbekannten Pandemie-Situation kaum möglich, sinnvolle und vorausschauende Risikoeinschätzungen zu machen, da sie gar nicht wussten, wo und wie sie ihre Bewohner/-innen tatsächlich einem Risiko aussetzen werden oder wie stark dieses Risiko sein könnte. Als Folge wurden die Freiheiten der Bewohner/-innen von Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen zeitweise stark begrenzt. Dennoch ist es vor allem in Alters- und Pflegeinstitutionen nicht gelungen, die Bewohner/-innen gut zu schützen. Gleichzeitig belasteten die Massnahmen die Bewohner/-innen emotional teilweise stark. Im Hinblick auf zukünftige Pandemien sollten daher die Covid-19-Ansteckungen in den Institutionen gut analysiert und Lehren daraus gezogen werden, sodass die Balance zwischen Schutz und Freiheit der Bewohner/-innen im Sinne ihrer Bedürfnisse und Wünsche optimiert werden kann. Es muss sichergestellt werden, dass der Bund seine Kompetenzen gemäss EpG nutzt und öffentliche und private Institutionen, die eine besondere Pflicht zum Schutz der Gesundheit von Menschen haben, die in ihrer Obhut sind, zur Durchführung geeigneter Verhütungsmassnahmen verpflichtet, wenn sich dies – wie namentlich in Bezug auf die Corona-Pandemie – als nötig erweist. Grundsätzlich sollten sich Bund und Kantone bei Vorgaben und Empfehlungen besser koordinieren und, wo zweckmäßig, die Gemeinden miteinbeziehen. Bei der Ausgestaltung der Massnahmen sollten sie auch die Verbände der Institutionen und des Pflege- und Betreuungspersonals berücksichtigen.

In der Ressortforschungsstudie «Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen», die 2020/21 im Auftrag des BAG erarbeitet wurde, sind verschiedene konkrete Empfehlungen formuliert, die dem Ziel dienen, Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeinstitutionen in einer kommenden Krise besser und ganzheitlicher zu schützen. Insbesondere werden folgende Massnahmen vorgeschlagen: Vorkehrungen zur Sicherstellung von ausreichendem Schutz- und Testmaterial zu treffen; Konzepte und Empfehlungen erarbeiten, die zeigen, wie Bewohner/-innen in Institutionen nach Massgabe ihrer individuellen Risikosituation gut geschützt werden können, ohne dass sozial und gesundheitlich wichtige Kontakte zu stark eingeschränkt werden; Ansteckungswege in den Institutionen analysieren und klären, wie es zu den hohen Ansteckungsraten beim Personal kam, welche Rolle diese spielten und wie der Schutz bei einer zukünftigen Pandemie verbessert werden könnte; die finanziellen Auswirkungen der Pandemie auf die Institutionen untersuchen und prüfen, ob im Hinblick auf zukünftige Pandemien Regelungen im Umgang mit finanziellen Abgeltungen nötig sind.³⁰

³⁰ Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen, Zürich.

3.4 Themenbereich «Gesellschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»

Die Corona-Pandemie und die gesundheitlichen Schutzmassnahmen betreffen die gesamte Bevölkerung. Neben dem Schutz vor einer Erkrankung wirken sich die Massnahmen zum Schutz der Gesundheit auf zahlreiche weitere Lebensbereiche aus. Es zeigt sich eine Vielzahl an indirekten Folgen für die Bevölkerung. Während die Bevölkerung insgesamt mit den Schutzmassnahmen zurechtkommt, gibt es Personengruppen, die besonders stark von den Massnahmen betroffen sind.

Laut Bevölkerungsbefragung verschlechterte sich bei 17 Prozent der Bevölkerung der körperliche und bei 32 Prozent der psychische Gesundheitszustand. Die Gründe liegen vor allem bei der zunehmenden psychischen Belastung, beim Verzicht auf Bewegung und Sport und bei schwierigen Arbeitssituationen. Im Sozialleben bereiten der Bevölkerung die Schliessung der Restaurants, der Läden, der Schulen und die Einschränkungen von sportlichen und gesellschaftlichen Aktivitäten am meisten Mühe. Es war belastend, weniger Kontakte zu Freunden und Bekannten pflegen zu können, weniger Sport treiben sowie weniger Reisen und Ausflüge machen zu können. Sorgen macht sich die Bevölkerung auch um die Solidarität und den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft. Unter den Massnahmen zur Einschränkung der sozialen Kontakte leiden mit dem Andauern der Pandemie viele Jugendliche und junge Erwachsene. Durch die verschiedenen gesundheitlichen Massnahmen wie Fernunterricht an Hochschulen, Schliessung von Jugendtreffpunkten, Clubs, Bars, Reisebeschränkungen, Personenbeschränkungen bei privaten Anlässen ist die Lebenswelt von Jugendlichen und jungen Erwachsenen stark eingeschränkt worden. Dies führt vermehrt zu psychischen Problemen. Im ersten Lockdown im Frühling 2020 waren die Schulen während mehrerer Wochen geschlossen. Die Schule als sozialer Treffpunkt fiel weg. Das soziale Lernen war nicht möglich, dieses ist aber im Kindes- und Jugendalter besonders wichtig. Aktuelle Studien zeigen zudem, dass sich die Bildungsbenachteiligung von Schülern/-innen aus sozial schwächer gestellten Familien durch die Corona-Pandemie verstärkt hat.³¹ Weiter hat die Ausbildungsqualität auf allen Bildungsstufen durch die Beschränkungen gelitten. Mittel- und langfristig kann dies dazu führen, dass den betroffenen Schülern/-innen und Studenten/-innen auf dem weiteren Bildungsweg und im Berufsleben Nachteile erwachsen werden. Auch Familien sind durch die Massnahmen teilweise stark belastet, zum Beispiel durch Homeschooling, fehlende Freizeitangebote, fehlende Betreuung durch die Grosseltern und gleichzeitiges Arbeiten im Homeoffice. Die Beschränkung der politischen Rechte wird von der jungen Generation negativer beurteilt als von der Gesamtbevölkerung.

Viele Menschen mit Migrationshintergrund unterlagen laut Interviewpartner/-innen erhöhten Risiken einer sozialen Isolation. Die Ursache dafür liegt darin, dass sie einen schlechteren Zugang zu digitalen Medien haben und dass sie die Massnahmen aufgrund sprachlicher Barrieren zum Teil weniger gut nachvollziehen können. Zudem erschwere das Aussetzen von Sprachkursangeboten das Lernen der Landessprachen und stelle damit ein zentrales Hindernis für die Migrationsbevölkerung zur Integration in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt in der Schweiz dar.

Notfallstationen in den Spitäler und Beratungsstellen stellen eine Zunahme der häuslichen Gewalt seit Beginn der Corona-Pandemie fest. Diese Entwicklung wird zwar in der aktuellen polizeilichen Kriminalstatistik nicht abgebildet, diese Statistik deckt aber auch nicht alle Fälle ab. Bei der Bevölkerungsbefragung stellen 3,6 Prozent der Befragten in ihrem Umfeld eine Zunahme der Gewalt in der Familie/Partnerschaft fest. Bei Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren ist der Anteil der festgestellten häuslichen Gewalt mit 7 Prozent doppelt so hoch.

Auch die Einschränkung der Ausübung des Glaubens und karitativer Tätigkeiten der Religionsgemeinschaften ist gemäss Aussagen der Interviewpartner/-innen für viele Menschen belastend. Durch die Personenbeschränkungen sowie Hygienevorschriften war der Zugang zu Gotteshäusern zeitweise erschwert und wichtige Glaubenspraktiken wie die Eucharistie konnten nicht durchgeführt werden. Weiter habe die Personenbeschränkung zu schwierigen Situationen bei Sterbegleitung und Trauerfeiern geführt. Die Ausübung der seelsorgerischen Aktivitäten sei für die Religionsgemeinschaften schwierig gewesen.

³¹ Vgl. zum Beispiel: Institut für Bildungsmanagement und Bildungsökonomie, Pädagogische Hochschule Zug: HiS – Herausforderungen in Schule 2.0 (SJ 2021/22). <http://schul-barometer.edulead.net/HiS>, Zugriff am 31.10.2021.

3.4.1 Juristische Beurteilung

Die staatlichen Massnahmen zur Eindämmung der Pandemie führen zu Einschränkungen fast aller Grundrechte der Bundesverfassung, namentlich der Rechtsgleichheit, des Schutzes von Treu und Glauben, der persönlichen Freiheit, des Schutzes von Kindern und Jugendlichen, der Hilfe in Notlagen, der Privatsphäre, der Glaubens- und Gewissensfreiheit, der Informationsfreiheit, des Anspruchs auf Grundschulunterricht, der Versammlungsfreiheit, der Eigentumsgarantie und der Wirtschaftsfreiheit (Art. 8–28 Bundesverfassung). Die Epidemiengesetzgebung bietet umfassende gesetzliche Grundlagen für Einschränkungen der damit geschützten individuellen Interessen. Entscheidend ist die Abwägung dieser Individualinteressen gegenüber den Allgemeininteressen, welche die epidemienrechtlichen Massnahmen rechtfertigen. Gewiss ist diese Abwägung nicht in allen konkreten Fällen rechtlich unanfechtbar erfolgt. Allfällige Defizite müsste aber eine breite Analyse von Einzelfällen zeigen.

Das Hauptproblem des Vollzugs liegt weniger in einer unzureichenden Abwägung zwischen rechtlich geschützten Individual- und Allgemeininteressen durch die zuständigen Behörden als in der unterschiedlichen Gewichtung öffentlicher Aufgaben beziehungsweise der Allgemeininteressen, die in der Pandemie-Situation nicht nur mit individuellen Grundrechten, sondern auch untereinander in Konflikt geraten. Experten/-innen neigen gewöhnlich dazu, den Allgemeininteressen, auf die sich ihre Expertise bezieht, das Hauptgewicht zuzumessen. Dies gilt für Lehrkräfte, die Interessen der Unwissenheitsverhütung beziehungsweise der Bildung am stärksten gewichten, ebenso wie für Medizinerinnen und Epidemiologen, für die Interessen der Krankheitsbekämpfung beziehungsweise der Gesundheit das grösste Gewicht haben, oder für Finanzexpertinnen, die Interessen der Armutsbekämpfung beziehungsweise des Wohlstands am meisten Gewicht zuschreiben. Solche Expertenwertungen sind einseitig. Es ist Sache der politischen und der Vollzugsbehörden, im Hinblick auf Massnahmen zu entscheiden, welche Allgemeininteressen konkret grösseres Gewicht haben sollen.

In der Bundesverfassung sind die verfassungsrechtlich anerkannten Allgemeininteressen nicht gewichtet. Die Interessen der Krankheitsbekämpfung stehen gleichrangig neben Aufgaben der Unwissenheits-, Diskriminierungs-, Vereinzellungs-, Unterdrückungs-, Gewalt- und Armutsbekämpfung. Es wäre am Gesetzgeber, die nötigen Kriterien für die Gewichtung öffentlicher Interessen an konkreten Massnahmen im konkreten Fall vorzugeben. Weil dieser weitgehend darauf verzichtet, bleibt die eigentlich hochpolitische Abwägung der Regierung und Verwaltung überlassen, die auf prekärer Legitimationsgrundlage entscheiden müssen und in der öffentlichen Kritik stehen.

3.4.2 Internationale Einordnung

Schweden			Österreich		
Bedeutung des Problembereichs			Bedeutung des Problembereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
<p>Die meisten Massnahmen zur Eindämmung der Ansteckung beruhen auf Empfehlungen an die Bevölkerung zu Verhaltensänderungen, um das Abstandthalten zu fördern. Damit unterscheidet sich Schweden von vielen anderen Ländern, die strengere Massnahmen ergriffen haben. Die wichtigsten Empfehlungen in Schweden waren: 1. Beschränkung der Grösse öffentlicher Versammlungen; 2. Beschränkungen für den Betrieb von Bars und Restaurants und für den Alkoholverkauf; 3. Schließung von Gymnasien und höheren Bildungseinrichtungen, inklusive Angebot von Online-Unterricht; 4. Reisebeschränkungen.</p> <p>Auch wenn kein strikter Lockdown vorgenommen wurde, hatte die Pandemie Auswirkungen wie Arbeitslosigkeit, wirtschaftlichen Abschwung, soziale Isolation, Angst und Stress.</p> <p>Diese Veränderungen waren zwar im Vergleich zu anderen Ländern geringer, aber dennoch für einige Gruppen stark spürbar. Ältere Menschen wurden während der Pandemie besonders isoliert und verloren den Zugang zu ihren familiären und</p>			<p>In Österreich erfolgte im März 2020 ein kompletter Lockdown. Dazu kamen Reisebeschränkungen, Grenzschiessungen, Ausgehverbote sowie das Verbot zahlreicher sportlicher Aktivitäten. Die weitgehende Isolierung der Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeheimen wurde von diesen und von deren Angehörigen als sehr belastend empfunden. Sie hat oftmals zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes beigetragen. Analoges gilt für die Einschränkung der Besuche in Krankenhäusern.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen scheint die Reduktion der sozialen Kontakte, teilweise aber auch die durch die Pandemie-Massnahmen bedingten schwierigen Situationen zu Hause (Homeschooling, Homeoffice, häusliche Aggressivität, Zukunftsängste/Arbeitslosigkeit der Eltern usw.) zu einer massiven Zunahme von psychischen Störungen geführt zu haben. Im Schulbereich wurde teilweise auf digitale Unterrichtsmethoden umgestellt, was Kinder ohne entsprechende IT-Unterstützung benachteiligte. Besonders betroffen waren Kinder mit Lernschwierigkeiten sowie solche mit Migrationshintergrund. Es gab zwar die Möglichkeit, Kinder, die keine Betreuung zu</p>		

sozialen Netzwerken sowie zu Freizeitaktivitäten. Auch Kinder und Jugendliche haben unter dem Mangel an sozialem Austausch gelitten. Obwohl einige Schulstufen geöffnet blieben, war der Zugang zu Freizeiteinrichtungen, organisierten Aktivitäten und Sport eingeschränkt. Für Jugendliche über 16 Jahren galt Fernunterricht, Schulen oder Universitäten verloren ihre Rolle als soziale Treffpunkte. Veränderte Aktivitätsmuster führten zu Stress und einer Zunahme von Konflikten innerhalb der Haushalte. Häusliche Gewalt war oft die Folge.

Hause hatten, einer Beaufsichtigung in der Schule zuzuführen, jedoch fand dort meist kein Unterricht statt. Aus den genannten Gründen ist den Kindern und Jugendlichen ein Bildungsnachteil entstanden, der sich laut Psychologen/-innen dauerhaft auswirken und bleibende Nachteile nach sich ziehen wird. Auch Jugendliche und junge Erwachsene beklagten die soziale Isolation und das Fehlen von Gemeinschaft. Des Weiteren hat die Pandemie auch zur Etablierung und Verfestigung von extremen Positionen und Standpunkten geführt («Corona-Leugner» bis hin zu «Null-Covid-Strategien» und «Dauer-Lockdown»), die das Pandemie-Geschehen dominieren und auch auf die Entscheidungsträger/-innen wesentlichen Einfluss ausgeübt haben.

3.4.3 Handlungsbedarf

Der Bundesrat hat den gesellschaftlichen Folgen der Pandemie früh im Krisenverlauf Aufmerksamkeit geschenkt. So hat das BAG beispielsweise bereits Anfang April 2020 begonnen, niederschwellige Hilfsangebote finanziell zu unterstützen (z.B. die Nummer 147 der Pro Juventute). Seit August 2020 beschäftigt sich die Arbeitsgruppe «Gesellschaftliche Auswirkungen» der Task Force BAG mit den Auswirkungen der Massnahmen auf die Gesellschaft (z.B. psychische Folgen oder Auswirkungen auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten), aber auch mit dem Zugang von vulnerablen Gruppen (Migrationsbevölkerung, Armutsbetroffene usw.) zur Gesundheitsversorgung sowie zu den wirtschaftlichen Abfederungsmassnahmen. Auch Themen wie häusliche Gewalt und Sucht wurden im Laufe der Krise ins Blickfeld genommen. Sie werden in der Task Force BAG oder in Arbeitsgruppen zusammen mit den zuständigen Bundes- oder Kantonsstellen bearbeitet.

Die Erhebungen haben jedoch deutlich gemacht, dass diese Anstrengungen von den Befragten während des Untersuchungszeitraum dieses Themenschwerpunkts, das heisst bis März 2021, vielfach als unzureichend wahrgenommen wurden. In einer zukünftigen Krisensituation sollte der Bund den indirekten Folgen der beschlossenen gesundheitlichen Massnahmen von Anfang an mehr Aufmerksamkeit schenken. Massnahmen sollten so ausgestaltet werden, dass die negativen Effekte auf die Bevölkerung und auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise auf die Jungen, möglichst gering gehalten werden. Damit können ungewollte mittel- und langfristige gesellschaftliche Folgen, wie psychische Erkrankungen, ungleiche Bildungschancen, fehlende Integrationsmöglichkeiten, reduziert werden. Durch den Einbezug von Fachexperten/-innen aus dem Bereich Gesellschaft (Psychologie, Pädagogik, Politikwissenschaft, Ethik, Wirtschaft, Soziale Arbeit usw.) in die Krisenvorbereitung können soziale Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit besser beachtet werden.

3.5 Themenbereich «Psychische Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»

Das Schützen der psychischen Gesundheit ist eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe der Kantone und punktuell auch des Bundes (vgl. Abschnitt 3.5.1). Zu Beginn der Pandemie lag der Fokus mehr auf der Eindämmung des Virus und dem Schutz der physischen Gesundheit. In verschiedenen Bereichen kann aber festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Massnahmen auch psychische Folgen mit sich bringen. Teilweise wurde darauf bereits in Abschnitt 3.4 eingegangen.

In der Psychiatrie konnte eine Zunahme des Behandlungsbedarfs festgestellt werden, besonders seit der zweiten Welle. Dies betrifft vor allem Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene mit psychischen Problemen. Die psychiatrischen Kliniken waren ausgelastet, Psychologen/-innen waren überbucht. Für Fachpersonen war die Vermittlung angezeigter Behandlungen zunehmend schwierig. Diese Problematik zeigte sich auch im Frühjahr 2021. Bei der Bevölkerungsbefragung im Januar 2021 gab rund ein Drittel der Befragten an, dass sich ihr psychischer Gesundheitszustand wegen der Corona-Pandemie verschlechtert habe. Bei Personen zwischen 15 und 24 Jahren liegt der entsprechende Anteil sogar bei 44 Prozent. Die zweite Welle wurde als besonders schwierig erlebt.

Die Überlastung des Gesundheitspersonals hatte auch psychische Folgen. Laut Interviews traten sowohl an der Front als auch beim Führungspersonal vermehrt Burnouts auf. Auch wird befürchtet, dass die Pandemie längerfristig zu Ausstiegen aus dem Beruf führen wird. Bei dem bereits bestehenden Mangel an Fachpersonal, insbesondere im Bereich der Pflege, wird dies als grosse Gefahr angesehen. Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten/-innen in Kontakt sind, isolieren sich zum Teil auch privat sehr stark, was zusätzlich psychisch belastend sein kann. Nicht nur die Angst vor einer eigenen Ansteckung oder die Befürchtung, der Situation nicht gewachsen zu sein, sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Auch die Begleitung der vielen Sterbenden und das Gefühl, nicht allen Patienten/-innen gerecht werden zu können, ist psychisch sehr belastend. Während der ersten Welle bestanden beim Gesundheitspersonal noch mehr Hoffnung und die Aussicht auf ein baldiges Ende der Pandemie. Die zweite Welle löste beim Gesundheitspersonal oftmals ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit aus.

Psychische Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zeigen sich auch bei Lehrpersonen, Eltern und Kindern. Die verordneten Schulschliessungen führten zu Stresssituationen, was sich zum Beispiel in Form einer erhöhten Anzahl Anfragen für Elternberatungen bei Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, bei Sozialdiensten und bei Schulgemeinden ausdrückt. Fehlende Freizeitbeschäftigungen, fehlende Kontakte zu Freunden und Konflikte in der Familie belasten Kinder und Jugendliche besonders. Eine weitere Gruppe, deren Psyche besonders unter den gesundheitlichen Massnahmen gelitten hat, sind Menschen ohne feste Aufenthaltsbewilligung. Viele Menschen dieser Gruppe meldeten sich aus Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen nicht bei der Sozialhilfe. Die Diskrepanz zwischen den zu erfüllenden Bedingungen (Arbeitsplatz, Sprachtests usw.) und der Pflicht, zu Hause zu bleiben, führte zu grosser Unsicherheit und psychischem Druck. Auch Personen mit Behinderung und deren Angehörige sind besonders betroffen. Der Verlust der Tagesstrukturen führte auch bei diesen zu einer hohen psychischen Belastung. Zudem konnten pflegende Angehörige während der ersten Welle keine Entlastungsangebote mehr beanspruchen.

Schliesslich stellt sich die Frage, wie sich die Fokussierung der Krisenkommunikation auf negative Botschaften wie Todeszahlen, wirtschaftliche Probleme oder Arbeitslosigkeit längerfristig auf die psychische Verfassung der Bevölkerung auswirken wird.

3.5.1 Juristische Beurteilung

Aus rechtlicher Sicht ist die Verhütung und Behandlung von psychischen Belastungen als solchen erst dann Bundesaufgabe, wenn die Belastungen Krankheitswert aufweisen beziehungsweise als Krankheiten definiert werden, und wenn sie überdies eine direkte Folge einer übertragbaren Krankheit oder als Erkrankungen bösartig oder weit verbreitet sind (Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV). In allen anderen Fällen fällt ihre Verhütung und Behandlung in die Kompetenz der Kantone. Diesen obliegen jedoch in der Regel hauptsächlich Aufgaben der Behandlung und Betreuung psychisch erkrankter Personen. Prävention betrachten sie dagegen nicht als prioritäres Aufgabengebiet. Aus rechtlicher Sicht sind kaum Vollzugsdefizite zu erkennen. Indes kann man sich fragen, ob die Prioritäten zwischen Krankheitsversorgung und -prävention politisch richtig gesetzt sind.

Aus juristischer Sicht sind psychische Belastungen ohne Krankheitswert als Folge von epidemienrechtlichen Massnahmen im Rahmen der Abwägung bei Grundrechtseingriffen und zwischen unterschiedlichen öffentlichen Aufgaben grundsätzlich mit zu berücksichtigen. Insofern kann auf die Ausführungen zu den gesellschaftlichen Folgen von epidemienrechtlichen Massnahmen verwiesen werden. Es ist aber anzumerken, dass mit der Zulassung von nichtärztlichen Psychotherapeuten/-innen zur selbständigen Abrechnung zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die per 1. Juli 2022 in Kraft treten wird, Anpassungen eingeleitet worden sind, die sich auch auf den Zugang von Personen zur Versorgung auswirken, die als Folge von Corona-Massnahmen zusätzlich psychisch belastet sind.

3.5.2 Internationale Einordnung

Schweden			Österreich		
Bedeutung des Problemreichs			Bedeutung des Problemreichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
In Schweden gab es keinen strengen Lockdown. Infolgedessen gaben die meisten Menschen in Interviews an, dass sie ihren			Bei allen von der Pandemie betroffenen Bevölkerungsgruppen sind psychische Auswirkungen anzunehmen, wenn auch nur teilweise		

Lebensstil während der Pandemie beibehalten konnten. Dennoch waren viele besorgt über die Folgen von Covid-19. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung bei physischen und psychischen Problemen war eingeschränkt und der Verlust von Angehörigen war allgegenwärtig. Darüber hinaus hatte die Pandemie weitere Auswirkungen wie Arbeitslosigkeit, wirtschaftlichen Abschwung, soziale und physische Isolation, Angst und Stress. Ältere Menschen waren besonders betroffen: Neben dem höheren Ansteckungs- und Mortalitätsrisiko waren sie auch strengeren Restriktionen unterworfen und ließen Gefahr, von langfristiger Isolation und Quarantäne betroffen zu sein. Sie machten sich Sorgen, keine Pflege zu erhalten, wenn sie diese benötigen.

Insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Personen ohne IT-Infrastruktur oder -Kenntnisse sind zudem vielfach von digitaler Ausgrenzung betroffen, wenn eine physische Interaktion nicht möglich ist.

Aufgrund des Fernunterrichts auf einigen Schulstufen und des eingeschränkten Zugangs zu Freizeit- und Sporteinrichtungen und organisierten Aktivitäten berichten Kinder und Jugendliche von erhöhter Ängstlichkeit und von eingeschränkten Möglichkeiten, ihr Bildungsrecht zu nutzen.

Fachkräfte im Gesundheitswesen wurden als besonders gefährdete Gruppe identifiziert, wenn es um Covid-19 bedingte psychische Erkrankungen geht. Die Regierung hat im Anschluss an die erste Welle rund 54 Mio. Franken für die Krisenunterstützung des Gesundheitspersonals und des Personals in der Altenpflege, das mit Covid-19 infizierten Patienten/-innen gearbeitet hat, bereitgestellt. Dadurch sollen Folgen der langfristig hohen Arbeitsbelastung und der Konfrontationen mit traumatischen Erlebnissen abgemildert werden.

beziehungsweise unzureichend quantifizierbar. Das betrifft nicht nur die Folgen des Abstandhaltens (Social Distancing), der Unmöglichkeit des Besuchs von Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen oder des Treffens mit Freunden beziehungsweise des Besuchs der Schule, sondern auch pandemiebedingte Ängste um die Zukunft, den Arbeitsplatz, den Lebensstandard sowie die eigene Gesundheit und jener von Angehörigen. Psychische Belastungen sind ferner durch Änderungen der Lebensumstände wie Ausgehverbote, Wegfall von Freizeitaktivitäten, Verlust von sozialen Kontakten und dem Gefühl der Machtlosigkeit verursacht. Immer neue Probleme im Zusammenhang mit der Pandemie erzeugen ein Gefühl einer nie endenden Krise. Auch eine sogenannte «Pandemic fatigue» – eine Erschöpfung ob der Pandemie und der getroffenen Massnahmen beziehungsweise deren Perpetuation oder mitunter unklaren Kommunikation – ist der psychischen Gesundheit abträglich. Viele Menschen beklagen die Perspektivenlosigkeit und das Auftreten von neuen Problemen, nachdem etwas Hoffnung aufgekeimt war (z.B. Impfung verfügbar, aber Auftreten von Virusmutanten, bei denen die Impfung möglicherweise geringer wirksam ist). Dazu kommen psychische, aber auch physische Belastungen (u.a. Dauer und Intensität der Tätigkeit, Stresslevel) durch die direkte Auseinandersetzung mit pandemiebedingten Problemen und Folgen. Dies gilt zum Beispiel für Menschen mit unmittelbarer Tätigkeit in medizinischen Bereichen oder in angrenzenden Verantwortungsbereichen, in anderen systemrelevanten Berufen sowie als administrative/-r oder politische/-r Entscheidungsträger/-in. Als Folge dessen scheinen bei allen Altersgruppen psychische Probleme und Erkrankungen vermehrt aufgetreten zu sein beziehungsweise sich verfestigt zu haben. Die Folgen für die zukünftige gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung (wie Lern- und Entwicklungsschwierigkeiten, Bildungs- und Berufsnachteile, Gewaltdelikte, manifeste psychische Erkrankungen, Suizidversuche usw.) sind unklar. Allerdings zeigt ein Bericht der Statistik Austria 2020 keine Zunahme bei den Suiziden.³²

3.5.3 Handlungsbedarf

Mindestens in der Anfangsphase der Krise wurden Aspekte der psychischen Gesundheit bei der Bewältigung der Pandemie nur nachrangig berücksichtigt. Die Pandemie und die gesundheitlichen Massnahmen können vorbestehende Risikofaktoren für psychische Probleme aber verstärken. Bewährte Bewältigungsstrategien können wegfallen. Die Belastungen durch die Pandemie sind ungleich verteilt: Gewisse Personengruppen haben daher psychisch besonders gelitten. Diese Personengruppen wurden in der Pandemie-Bewältigung wenig berücksichtigt.

In die künftige Strategie der Pandemie-Bewältigung sollten psychologische Risiko- und Schutzfaktoren wie Einsamkeit, Autonomie und soziale Unterstützung verstärkt einbezogen werden. Dabei geht es zum Beispiel um die Thematik der Überlastung von Gesundheitspersonal sowie um die Vermeidung von Vereinsamung als Folge der Massnahmen zur Bewältigung der Pandemie. Risiken für die psychische Gesundheit sollten mit wirtschafts- und sozialpolitischen Massnahmen reduziert werden. Handlungsbedarf besteht möglicherweise auch in der Krisenkommunikation. Eine differenzierte Krisenkommunikation könnte Verunsicherungen vorbeugen und aufzeigen, dass nicht nur Infektionsrisiken, sondern auch die sozialen und psychologischen Konsequenzen der Schutzmassnahmen ernst genommen und angegangen werden. Zu Gunsten von Migranten/-innen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus sollten Mechanismen aufgebaut werden,

³² Statistika Austria (2021): Todesursachen, Wien. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html. Zugriff am 29.08.2021.

um ausländerrechtliche Anforderungen während einer Krise aussetzen zu können. Diese Mechanismen müssten dann auf Bundesebene klar kommuniziert werden. Es sollte gesetzlich verankert werden, dass der Bund in einer langanhaltenden Krise auch Subventionen zu Gunsten von Organisationen sprechen kann, die sich um die gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen von besonders Verletzlichen kümmern.

3.6 Themenbereich «Wirtschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit»

Gestützt auf das EpG hat der Bund verschiedene Massnahmen zum Schutz der Gesundheit angeordnet, um die Ausbreitung von Covid-19 zu bremsen. Verfügt wurde insbesondere die zeitweise Schliessung von Schulen, Geschäften des nicht-täglichen Bedarfs, Restaurants, Bars, Clubs und Fitnesszentren. Für die übrigen Betriebe bestand vorübergehend Home-Office-Pflicht. Für Geschäfte des täglichen Bedarfs wurden Kapazitätsbeschränkungen erlassen. Sport- und Kulturveranstaltungen mussten abgesagt werden. Die Massnahmen hatten einschneidende wirtschaftliche Folgen für viele Unternehmen, Selbständigerwerbende und Angestellte.³³ Viele Betriebe mussten Schutzkonzepte und bauliche Massnahmen umsetzen, mit entsprechenden Kostenfolgen. Je nach Branche und Berufsgruppe verzeichneten die Unternehmen starke Umsatzeinbussen. Mit den Covid-Krediten hat der Bund den Unternehmen bereits im März 2020 Zugang zu Liquidität verschafft. Einige der im Januar 2021 befragten Akteure befürchteten, dass sich dennoch viele Betriebe verschulden müssen, wodurch ihre Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigt und zukünftige Investitionen erschwert würden. Diese Befürchtungen haben sich jedoch bis zum Abschluss der Untersuchung im Juni 2021 nicht bewahrheitet. Bis dahin waren keine Anzeichen einer Investitionsschwäche erkennbar.

Im EpG sind Entschädigungen und Unterstützungsleistungen für Betriebe und Selbständigerwerbende nicht erwähnt. Im Verlauf der Pandemie wurde die finanzielle Entschädigung der betroffenen Unternehmen und Selbständigerwerbenden jedoch via Bundesverordnungen gesetzlich geregelt (vgl. dazu Abschnitt 3.6.1). Auch wenn Covid-Kredite, Kurzarbeitsentschädigungen und der Corona-Erwerbsersatz bereits in einer sehr frühen Phase der Krise beschlossen wurden, haben – gemäss verschiedenen befragten Vertretern/-innen der betroffenen Wirtschafts- und Branchenverbände – viele notleidende Unternehmen lange auf die Hilfsgelder warten müssen. Zum Teil hätten sie bis im Frühjahr 2021 noch keine finanzielle Unterstützung erhalten. Einige Unternehmen und Selbständige hätten gar keine Unterstützung bekommen, obwohl sie stark unter der Krise gelitten hätten. Zudem habe es beim Vollzug durch die Kantone und die Sozialversicherungen grosse Unterschiede gegeben.

Von der Krise sind aber nicht nur Unternehmen, sondern auch Individuen wirtschaftlich stark betroffen. Gemäss Angaben der Interviewpartner/-innen würden die Tieflohnbranchen Detailhandel, Gastgewerbe, Tourismus und Kultur besonders unter der Pandemie leiden. Auch greife die Kurzarbeitsentschädigung zu wenig. Bei Personen mit einem Haushalteinkommen von unter 4'000 Franken pro Monat ist das Einkommen gemäss einer Studie der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich im Durchschnitt um 20 Prozent gesunken.³⁴ Oft wurde insbesondere Personen dieser Gruppe die Arbeitsstelle gekündigt. Tatsächlich ist zu Beginn der Krise die Arbeitslosenquote von 2,3 Prozent innerhalb drei Monaten auf 3,5 Prozent gestiegen. Dann hat sie sich jedoch stabilisiert. Um Aussteuerungen zu vermeiden oder zumindest aufzuschieben, wurden für alle Arbeitslosen zwischen März und August 2020 sowie zwischen März und Mai 2021 zusätzliche Taggelder gesprochen. Zudem wurde die Kurzarbeitsentschädigung in verschiedenen Punkten angepasst: Insbesondere wurden die Bezugsberechtigung verlängert, die Karenzzeit gestrichen und die Entschädigungen auch auf atypische Arbeitsverhältnisse ausgeweitet (u.a. Temporärarbeit, Arbeit auf Abruf). Für Geringverdienende wurde eine Sonderregelung eingeführt.

³³ Es kann vermutet werden, dass die Pandemie auch erhebliche wirtschaftlichen Folgen für Unternehmen, Selbständigerwerbende und Angestellte gehabt hätte, wenn die öffentliche Hand keine Massnahmen zum Schutz der Gesundheit ergriffen hätte. Auch sind viele wirtschaftliche Effekte nicht allein auf die gesundheitlichen Massnahmen zurückzuführen, sondern auch auf freiwillige Verhaltensänderungen der Bevölkerung oder auf Auswirkungen des weltwirtschaftlichen Einbruchs. Ob die wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie mit oder ohne behördliche Massnahmen grösser gewesen wären, ist ungewiss und wurde nicht vertieft untersucht. Der Vergleich von Kosten und Nutzen behördlicher Massnahmen war generell nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation.

³⁴ Martinez, I. et al. (2021): Corona und Ungleichheit in der Schweiz – Eine erste Analyse der Verteilungswirkungen der Corona-Pandemie. KOF Studies, vol. 161, S. 1–29, Zürich.

lung eingeführt, die Kurzarbeitsentschädigungen bis zu 100 Prozent ermöglichte. Weitere Massnahmen waren die Abfederung der Auswirkungen der Pandemie auf die Kulturbranche (inkl. Nothilfe für Kulturschaffende) und der Corona-Erwerbsersatz. Letzterer erlaubt Entschädigungen, die schnell und teils rückwirkend ausgeschüttet werden können.

Die Bevölkerungsbefragung zeigt, dass Personen mit einem tiefen Bildungsniveau überdurchschnittlich von finanziellen Einbussen betroffen sind. Allerdings haben die Fallzahlen der Sozialhilfe im Untersuchungszeitraum nicht zugenommen. Das spricht dafür, dass die Massnahmen zur Abfederung der wirtschaftlichen Folgen der Krise ihre Wirkung nicht verfehlt haben. Die im Januar 2021 befragten Akteure befürchteten, dass vor allem Schul- und Lehrabgänger/-innen unter den Folgen der Krise leiden werden, weil sie keine Lehr- oder Folgestelle finden würden. Erfreulicherweise hat sich dieses Problem während des Untersuchungszeitraums nicht gezeigt. Die Zahl der abgeschlossenen Lehrverträge lag 2020 und 2021 sogar leicht über dem Niveau der Vorjahre. Saisonbereinigt lag die Jugendarbeitslosenquote Ende Oktober 2021 mit 2,1 Prozent sogar leicht unter dem Vorkrisenniveau.

Trotz aller Massnahmen hat die Corona-Pandemie zu einem erheblichen Einbruch der Gesamtwirtschaft geführt. Im Jahr 2020 sank das reale BIP um 2,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Nominal entspricht dies einem Rückgang in der Höhe von 21 Milliarden Franken. Im Vergleich zur letzten Wirtschaftsprägnose vor Ausbruch der Corona-Krise lag der Wohlstandsverlust 2020 bei 34 Milliarden Franken. Dabei handelt es sich um den wirtschaftlichen Gesamtverlust aus der Pandemie. Nur ein Teil dieses Verlusts hängt mit den gesundheitlichen Massnahmen zusammen. Bis März 2021 bewilligte der Bund Unterstützungsgelder und Mittel zur Krisenbewältigung in der Höhe von 52 Milliarden Franken, was rund 7 Prozent des BIP und gut 70 Prozent der jährlichen Bundesausgaben entspricht.

Angesichts der aktuell tiefen Zinsen und der relativ tiefen Staatsverschuldung geht die SN-STF davon aus, dass die zusätzliche Verschuldung «in einer Jahrhundertkrise gut verkraftbar ist».³⁵ Wie sich die Krise mittel- und langfristig auf die Wirtschaftsentwicklung auswirken wird, ist aber ungewiss. Die Erfahrungen nach dem ersten Lockdown zeigen, dass die Wirtschaftsaktivitäten in den betroffenen Bereichen nach der Öffnung sprunghaft angestiegen sind. Das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) erwartet dennoch nicht, dass die krisenbedingten Wohlstandsverluste rasch kompensiert werden. Langfristig wird sogar mit einer etwas reduzierten Wirtschaftsentwicklung gerechnet. Das SECO prognostiziert, dass die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie am stärksten die jungen Generationen in Form einer gestiegenen Staatsverschuldung treffen werden. Diese Einschätzung entspricht jener der breiten Bevölkerung. Auch diese geht – gemäß der in dieser Evaluation durchgeföhrten Befragung – davon aus, dass die wirtschaftlichen Kosten der Pandemie zukünftig vor allem die jüngere Generation belasten werden.

3.6.1 Juristische Beurteilung

Bereits kurz nach dem Ausbruch der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 stellte sich die Frage, ob die damals geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen betreffend die Entschädigung für wirtschaftliche Ausfälle den Umständen einer Pandemie angemessen sind. Der Gesetzgeber war bei der Revision des EpG 2012 vom damals unbestrittenen Grundsatz des «Entschädigungspositivismus» ausgegangen. Dieser Grundsatz besagt, dass sich Geschädigte nur für rechtswidriges staatliches Handeln mit Hilfe des Schadenersatzrechts schadlos halten können. Sie haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Schadenersatz, wenn sie einen Schaden als Folge von rechtmässigem staatlichem Handeln erleiden. Davon ausgenommen sind Situationen, in denen der Auslöser für den Schaden eine Enteignung, der Entzug oder die Einschränkung wohlerworberner Rechte, der Widerruf einer Bewilligung oder ein unzumutbares Sonderopfer oder falls das Gesetz einen solchen Anspruch statuiert. Solange Krankheitsbekämpfungsmassnahmen rechtmässig sind, würden Betroffene demzufolge leer ausgehen, wenn nicht das EpG ausdrücklich eine sogenannte Billigkeitsentschädigung vorsehen würde. Diese ist in den Art. 64–69 des EpG für Schäden aus Impffolgen sowie in Art. 63 für die wirtschaftlichen Folgen von Massnahmen gegen bestimmte Personen (gem. Art. 33–38 sowie Art. 41 Abs. 3) vorgesehen, aber laut Botschaft zum EpG ausdrücklich nicht für wirtschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Bevölkerung und besonderer Personengruppen im Sinn von Art. 40 anwendbar.³⁶

³⁵ Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Warum aus gesamtwirtschaftlicher Sicht weitgehende gesundheitspolitische Massnahmen in der aktuellen Lage sinnvoll sind. Policy Brief vom 19. Januar 2021.

³⁶ Bundesrat (2010): Botschaft zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 3. Dezember 2010, Bern. S. 410.

Diese Regelung hat sich 2020 als problematisch erwiesen, weil durch die wirtschaftliche Schädigung einer Vielzahl von Selbständigerwerbenden und Unternehmen infolge von Bekämpfungsmassnahmen die Wirtschaft als Ganzes in Mitleidenschaft gezogen wurde. Der Bund hat sehr schnell Verbesserungen eingeleitet; zunächst mit unmittelbar auf die Bundesverfassung gestütztem Notverordnungsrecht, dann mit dem demokratisch legitimierten Covid-19-Gesetz vom 25. September 2020 und dem Covid-19-Solidarbürgschaftsgesetz vom 18. Dezember 2020. Viele Verordnungen zu den Abfederungsmassnahmen wurden im Laufe der Pandemie angepasst, so insbesondere bezüglich Erwerbsausfall, Kurzarbeitsentschädigung oder den Massnahmen zur Unterstützung von Sport und Kultur. Beispielsweise wurden bei der Covid-19-Härtefallverordnung im Januar 2021 die Bedingungen gelockert, die ein Unternehmen erfüllen muss, um Härtefallhilfe zu erhalten. Im März 2021 wurden im Covid-19-Gesetz Erleichterungen und Erweiterungen des Zugangs zu Entschädigungs-, Finanzhilfe- und Unterstützungsleistungen für direkt oder indirekt von Massnahmen betroffene Unternehmungen sowie Selbständigerwerbende und angestellt erwerbstätige Personen eingefügt. Die unkonventionell zügige rechtliche Verankerung von Entscheidungen von enormer finanzieller Tragweite ist aus verfassungsrechtlicher Sicht nur aufgrund der Krisensituation und der Dringlichkeit und Wichtigkeit von Massnahmen hinnehmbar. Künftig muss der Gesetzgeber die Entschädigungsregelungen losgelöst von einer akuten Pandemie-Situation vertieft durchdenken und nötigenfalls anpassen.

3.6.2 Internationale Einordnung

Schweden			Österreich		
Bedeutung des Problembereichs			Bedeutung des Problembereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
<p>Die wichtigsten Faktoren, die sich negativ auf die Entwicklung der schwedischen Wirtschaft auswirken, sind: 1. Indirekte Auswirkungen des globalen Wirtschaftsabschwungs, einschliesslich der reduzierten globalen Nachfrage, Input-Importe und Reisen; 2. Erhöhte Unsicherheit, die sich auf das Konsumniveau im Allgemeinen auswirkt und eine starke negative Reaktion des Aktienmarktes während des Frühjahrs 2020 zur Folge hatte; 3. Produktionsunterbrechungen im Zusammenhang mit der geringeren Nachfrage unterbrochener Lieferketten.</p> <p>Die Anzahl Entlassungen stieg zu Beginn der Pandemie und erneut im Herbst 2020 in allen Branchen stark an. Im Februar 2021 lag die Arbeitslosenquote bei 9,7 Prozent (im Vergleich zu 6,8% im Jahr 2019). Ende 2020 sanken diese Zahlen jedoch wieder auf das Niveau von 2019.</p> <p>Alle Wirtschaftszweige sind von Umsatzrückgängen betroffen, allerdings ist der Rückgang im Dienstleistungssektor (-3,6%) stärker als im produzierenden Gewerbe (-2,9%). Der Konsum der privaten Haushalte sank im Januar 2021 um 3,8 Prozent im Vergleich zu 2020, nach noch stärkeren Rückgängen im Frühling 2020 im Vergleich zu 2019.</p> <p>Um die Auswirkungen der Krise abzumildern, wurden mehrere Unterstützungspakete beschlossen. Die grössten sind schnell wirksame Entlastungen und die Senkung der Lohnsteuer. Die bereits umfassende Arbeitslosenversicherung wurde weiter ausgebaut. Trotz der sehr expansiven Fiskalpolitik im Jahr 2021 sind die öffentlichen Finanzen gesund. Schweden hat erheblichen Spielraum, um die Wirtschaft 2021 mit zusätzlichen öffentlichen Mitteln zu unterstützen.</p>			<p>In Österreich hat die Pandemie weitreichende wirtschaftliche Folgen nach sich gezogen. Am 15. März 2020 erfolgte ein landesweiter Lockdown. Mit diesem verbunden war eine Schliessung aller Tourismus- und Beherbergungsbetriebe, aller Restaurants und Geschäfte sowie der Dienstleister (ausser Lebensmittelgeschäften, Apotheken, Drogerien, Tierbedarf) sowie eine Aufforderung an Betriebe, nach Möglichkeit auf Homeoffice umzustellen.</p> <p>Seitens der Regierung erfolgte eine massive Stützung der Betriebe und die Zusage von Ausgleichszahlungen. Darüber hinaus wurde das System «Kurzarbeit» neu eingeführt. Dieses sieht vor, dass 60 bis 80 Prozent des Gehalts ausbezahlt wird bei nur teilweiser Beschäftigung, um Betriebe offen und die Beschäftigten im Arbeitsprozess zu halten. Insgesamt stieg die Zahl der Arbeitslosen und Menschen in Kurzarbeit auf über eine Million an. Die Staatsverschuldung nahm enorm zu, und es wird derzeit davon ausgegangen, dass das BIP in Österreich im europäischen Vergleich überdurchschnittlich stark schrumpfen wird.</p> <p>Besonders vom wirtschaftlichen Einbruch betroffen sind die westösterreichischen Regionen, wo ein grosser Teil der Wertschöpfung im Tourismus erwirtschaftet wird. Nach einer Öffnung im Sommer erfolgte mit dem zweiten Lockdown eine Schliessung der Hotel- und Gastronomiebetriebe anfangs November 2020. Interessanterweise sind die Firmen-Konurse im Jahr 2020 in Österreich zurückgegangen, was wohl auf die Fördermassnahmen des Bundes (wohl auch für sehr angeschlagene Betriebe) zurückzuführen sein dürfte.</p>		

3.6.3 Handlungsbedarf

Viele Unternehmen waren im Jahr 2020 von einer direkten oder indirekten (Teil-)Schliessung betroffen. Dadurch wurden sie finanziell stark herausgefordert. Die meisten Unternehmen verfügen über keine Pandemie-Versicherung. Im EpG ist die Entschädigung von Personen oder Unternehmen, die aufgrund der gesundheitlichen Massnahmen einen finanziellen Schaden erleiden, nicht geregelt. In der Sozialversicherung ist kein Erwerbsersatz für Selbständigerwerbende vorgesehen. Ebenso fehlten entsprechende gesetzliche Grundlagen auf kantonaler Ebene. Der Bund hat deshalb die wirtschaftlichen Folgen für Unternehmen und Haushalte mit verschiedenen Instrumenten abgedeckt, unter anderem mit Covid-19-Überbrückungskrediten, der Ausweitung und Vereinfachung von Kurzarbeit sowie einer Entschädigung bei Erwerbsausfällen für Selbständige.

Im Hinblick auf zukünftige Krisensituationen sollten finanzielle Folgen, die aufgrund gesundheitlicher Schutzmassnahmen bei Betroffenen entstehen, auf Bundesebene in den Grundzügen bereits im Vorfeld einer Krise gesetzlich geregelt sein. Insbesondere Fragen im Zusammenhang mit der Haftung, einem allfälligen Schadenersatz und einer möglichen Pandemie-Versicherung sind zu klären. Es muss vermieden werden, dass Massnahmen von enormer finanzieller Tragweite aus verfassungsrechtlicher Sicht in unkonventionell zügiger Art und Weise verabschiedet werden müssen. Auch in den Kantonen sollten klarere und einheitlichere gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, damit in einer zukünftigen Krisensituation der Vollzug von vornherein besser organisiert ist, entsprechende Gesetze nicht ad hoc verabschiedet werden müssen und die Unterstützung den Betroffenen schnell und nach vergleichbaren Massstäben zugutekommt. Der Schutz von armutsgefährdeten Personen in prekären Arbeitsverhältnissen (tiefes Einkommen, geringer Kündigungsschutz, Anstellung im Stundenlohn usw.) vor kurzfristigen finanziellen Engpässen sollte besonders beachtet werden.

Die Ausführungen in diesem Abschnitt erheben nicht den Anspruch, die wirtschaftlichen Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit während der Corona-Pandemie umfassend darzustellen. Dazu beruhen sie einerseits auf einer viel zu schmalen Datenbasis. Andererseits betrachten sie nur die Zeit zwischen Pandemie-Beginn und März 2021. Umfassende ökonomische und politikwissenschaftliche Ex-post-Evaluationen sind unabdingbar. Letztere müssten auch die verwaltungsinternen Zuständigkeiten und Abläufe sowie die Vollzugsprozesse in den Kantonen genau analysieren. Zu untersuchen wäre zum Beispiel, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form in den Gremien des BAG Themen wie «subjektive Wahrnehmung wirtschaftlicher Unsicherheit» oder «wirtschaftliche Abfederung» von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit diskutiert und miteinbezogen wurden. Auch wäre zu prüfen, ob die Vorgaben des SECO von den Kantonen als ausreichend klar wahrgenommen wurden und falls nicht, welche Konsequenzen dies für die Anspruchsgruppen hatte. Bei Bedarf sollten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, die es ermöglichen, in Zukunft schon mit Beginn einer Krise wirtschaftliche Überlegungen in die Beurteilung von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit einzubeziehen sowie unangebrachte Vollzugsdifferenzen zu verhindern.

4. Vertieft analysierte Themenbereiche (Analyse bis Ende Juni 2021)

Im ersten Schritt der Evaluation wurden elf Themenbereiche identifiziert und unter Bezug der Begleitgruppe der Steuergruppe für eine vertiefende Analyse vorgeschlagen. Die Steuergruppe hat die «Kompetenzordnung Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung», die «Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten», die «Rollen und Verantwortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung», die «Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern» und die «Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie» für eine vertiefende Analyse ausgewählt. Auf diese Themen gehen wir in diesem Kapitel ein. Grundlage der Vertiefungen sind – neben den in den vorangegangenen Arbeitsschritten gewonnenen Erkenntnissen – das Studium öffentlicher und interner Dokumente sowie pro Themenbereich rund zehn Expertengespräche mit Beteiligten und Betroffenen.³⁷ Im Zentrum der Analyse stehen ausgewählte Leitfragen, die mit der Steuergruppe im Mai 2021 vereinbart wurden. Die Beantwortung dieser Leitfragen baut auf der Darstellung der Ausgangslage, einer juristischen Beurteilung und einer internationalen Einordnung der Thematik auf. Zum Abschluss der Ausführungen zu jedem Themenbereich halten wir Handlungsbedarf auf der politischen, der strategischen und der operativen Ebene fest.

4.1 Themenbereich «Kompetenzordnung Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung»

Die Verantwortung für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung liegt bei den Kantonen. Der Bund verfügt verfassungsrechtlich jedoch über eine umfassende Kompetenz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Bundesverfassung Art. 118). Der Bundesgesetzgeber hat diese Kompetenz im Bundesgesetz vom 28. September 2012 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz [EpG]) differenziert: Für die normale Lage delegiert er weitreichende Verantwortung an die Kantone. In der besonderen Lage dagegen, in der laut Gesetz die ordentlichen Vollzugsorgane – also die Kantone – nicht in der Lage sind, den Ausbruch einer übertragbaren Krankheit zu verhindern, muss der Bundesrat zwar die Kantone anhören, aber er hat allein zu entscheiden, wie weit er selbst die gesetzlichen Massnahmen anordnet. Für die ausserordentliche Lage weist das Gesetz dem Bundesrat die alleinige Verantwortung für die Anordnung der erforderlichen Massnahmen zu, gleichgültig, ob diese Massnahmen im Gesetz vorgesehen sind oder nicht.

Am 28. Februar 2020 hat der Bundesrat diese Ordnung umgesetzt und die besondere Lage erklärt. Kurze Zeit später, nämlich am 16. März 2020, hat er nach Ausrufung der ausserordentlichen Lage die alleinige Verantwortung übernommen. Am 19. Juni 2020 verkündete der Bundesrat dann die Rückkehr zur besonderen Lage. Die damit verbundene Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen gilt bis heute (Stand Oktober 2021). Die nachfolgenden Ausführungen beschäftigen sich mit den Stärken und den Schwächen dieser Kompetenzordnung und dem allfälligen Handlungsbedarf, der sich daraus ergibt.

4.1.1 Ausgangslage

In den Medien, aber auch in den Gesprächen, die in der ersten Phase der Evaluation geführt wurden, wurde die Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen während der Corona-Pandemie immer wieder kritisiert. Während die Zentralisierung der Entscheidungskompetenz beim Bundesrat in der ausserordentlichen Lage in Kantonen und bei der Bevölkerung teilweise zu Ängsten vor einem Machtmissbrauch führte, wurden die unterschiedlichen Massnahmen der Kantone während der besonderen Lage im Herbst 2020 zum Teil als «föderaler Flickenteppich» dargestellt. Dem Bund wurde vorgeworfen, seine Führungsaufgabe zu wenig wahrgenommen zu haben. Teilweise wurde auch argumentiert, dass die vom BAG vorgeschlagenen Massnahmen sowohl den strukturellen Unterschieden zwischen den Kantonen als auch den spezifischen epidemischen Lagen zu wenig Rechnung getragen hätten. Die Kantone wurden kritisiert, weil sie ihre Massnahmen ungenügend koordiniert hätten. Es wurde die Vermutung geäussert, dass in einigen Kantonen die Kapazität und die fachlichen Kompetenzen, mit einer derartigen Herausforderung effizient umzugehen, möglicherweise nicht ausreichend vorhanden gewesen seien. Einzelne Kantone hätten Massnahmen mit suboptimalen Wirkungen, zum

³⁷ Der Leitfaden für diese Gespräche mit Experten/-innen findet sich in Anhang A 4.4.

Beispiel bezüglich Tests und Contact Tracing, Impfen und Maskenpflicht, getroffen. Unbestritten ist, dass die Unterschiede zwischen den Kantonen die Bevölkerung verunsichert und den Ruf nach mehr Bundeskompetenz lauter werden liessen. Der Föderalismus schien vor allem im Herbst 2020 an seine Grenzen gekommen zu sein.

Die Vertiefung konzentriert sich auf das Thema des Impfens, um massgebliche Prozesse der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen beispielhaft darzustellen. Das Beispiel Impfen wurde gewählt, da es sich um eine besonders wichtige gesundheitsbezogene Aufgabe handelt, die in kurzer Zeit bewältigt werden musste. Der Influenza-Pandemie-Plan des Bundes von 2018 bezeichnet die Impfung als «wirksamste präventive Massnahme zum Schutz vor Infektionen und Hauptinterventionsachse der Bewältigungsstrategie».³⁸ Die Fokussierung auf das Thema des Impfens führt dazu, dass zahlreiche Themen, welche die Kompetenzordnung zwischen Bund und Kanton ebenfalls betreffen, nicht angegangen werden. Das sind beispielsweise die finanziellen Folgekosten restiktiver Massnahmen, die Definition und der Zeitpunkt der Lagen gemäss EpG oder der Einbezug der Kantone und der Gemeinden in die Definition von Massnahmen.

4.1.2 Beantwortung der Leitfragen

In diesem Abschnitt wird nacheinander auf fünf gemeinsam mit der Steuergruppe formulierte Leitfragen eingegangen.

I Waren die Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden bei Beschaffung, Verteilung und Kommunikation von Impfungen effektiv aufgeteilt? Wurden die in der Vorbereitung angedachten Zuständigkeiten auch so umgesetzt?
Der Influenza-Pandemie-Plan des Bundes von 2018 misst der Impfung eine grosse Bedeutung zu. Dies kann erklären, warum der Plan ausführlich auf die Zuständigkeiten der unterschiedlichen Akteure bei der Beschaffung, der Verteilung und der Kommunikation eingeht.³⁹ Folgende Kompetenzaufteilung wird festgehalten:

- **BAG:** Erarbeitung einer Strategie zur Beschaffung von und Versorgung mit Impfstoff, Vorbereitung des Beschaffungsentscheids, Steuerung und Koordination der Impfstoffversorgung in Zusammenarbeit mit dem Koordinationsorgan Epidemiengesetz (KOr EpG) und dem Bundesstab Bevölkerungsschutz, fachliche Lagebeurteilung in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Pandemievorbereitung und -bewältigung (EKP), Definition der fachlichen Vorgaben zur Durchführung der Impfung, Führung und fachliche Leitung von Information und Kommunikation in Zusammenarbeit mit der Bundeskanzlei, Bereitstellung einer Hotline für Ärzte/-innen.
- **Armeeapotheke:** Beschaffung, Logistik und – bei Bedarf – Lagerung der Impfstoffe, Vertragsabschlüsse mit Herstellern und Logistikunternehmen, Überwachung und Gewährleistung der Verteilung/Auslieferung der Impfstoffe entlang der gesamten Logistikkette (Logistikmonitoring) sowie bei Bedarf das Umpacken und die Vernichtung der Impfstoffe.
- **Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF):** Erarbeitung von Impfempfehlungen, Mitarbeit in der Strategieerarbeitung, Beratung des BAG bei der Wahl der Impfstoffe.
- **Swissmedic:** Prüfung, Registrierung und Zulassung der Impfstoffe, Chargenfreigabe, Monitoring von Vigilance und Qualität/Stabilität.
- **Kantone:** Definition der kantonalen Verteilungslogistik und der entsprechenden Zuständigkeiten und Kompetenzen, Kontrolle und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Verteilung innerhalb des Kantons, Durchführung der Impfung, die Vernichtung der im Kanton gelagerten überschüssigen Impfstoffe, Erlass von Impfobligatorien für gefährdete Bevölkerungsgruppen, für besonders exponierte Personen und für Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben.

Die vertiefenden Analysen zeigen, dass die vorgesehene Kompetenzregelung weitgehend wie geplant umgesetzt wurde. Einzig die Rollen des Koordinationsorgans Epidemiengesetz (Koordination der Massnahmen in Zusammenarbeit mit den Kantonen) und der EKP (Beratung des BAG in der Strategiearbeitung und Risikobewertung) entsprachen nicht der Planung. Beide Organe sind während der Krise nicht in Erscheinung getreten.

International wurden in sehr kurzer Zeit Impfungen entwickelt, die das Risiko für schwere Erkrankungsverläufe stark reduzieren und die Verbreitung von Covid-19 eindämmen. Die Schweiz hat frühzeitig Impfstoffe bestellt. Erste Impfun-

³⁸ BAG 2018: Influenza-Pandemie-Plan Schweiz. Bern, S. 14.

³⁹ A.a.O., S. 71.

gen wurden im Dezember 2020 verabreicht. Seit Januar 2021 wird die Bevölkerung gemäss einer von der EKIF entwickelten und gemeinsam mit dem BAG veröffentlichten Covid-19-Impfstrategie geimpft.⁴⁰ Ende Juni 2021 waren in der Schweiz 48,2 Prozent der Bevölkerung vollständig und 6,1 Prozent einfach geimpft.⁴¹ Seither hat sich das Impftempo allerdings deutlich reduziert. Die Herausforderung im Spätsommer 2021 liegt darin, weitere Bevölkerungsgruppen für die Impfung zu motivieren und diese auch zu erreichen.

Grundsätzlich sind die Befragten der Ansicht, dass die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen beim Impfen effektiv zugeordnet waren.⁴² Verschiedentlich wurde darauf hingewiesen, dass es zweckmässig sei, wenn der Bund Impfstoffe beschaffe und die konkrete Organisation der Impfungen (Orte, Zentren, Verteilung auf Leistungserbringer) von Kantonen gemacht werde. Dennoch wurden verschiedene Probleme erwähnt:

- Die *Zulassung* der Impfstoffe verlief laut einigen befragten Stakeholdern aus der Gesundheits- und Sozialversorgung zu langsam. Beispielsweise wurde die Frage gestellt, warum die Schweiz eine eigene Zulassungsbehörde brauche, wenn diese nicht flexibler und schneller sei als jene der EU. Auch bei der Beschaffung der Impfstoffe seien Schwierigkeiten aufgetreten. Einige Befragte kritisieren das BAG, ungenügende Mengen an Impfstoff bestellt zu haben. Weiter seien Lieferungen verspätet eingetroffen und es sei lange unklar gewesen, wann wie viele Impfdosen zur Verfügung stehen würden. Dies habe den Kantonen eine effiziente Arbeitsplanung und Rekrutierung von Mitarbeiter/-innen für die Verabreichung der Impfungen verunmöglicht. Ein spezielles Problem habe der Umgang mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson dargestellt, da dieser zwar zugelassen, aber nicht gekauft worden sei. Dies habe die Bevölkerung verunsichert.
- Die *Organisation der Impftermine* sei nicht reibungslos verlaufen. Nicht alle Kantone seien auf den Impfstart vorbereitet gewesen. Zudem sei die Organisation durch die hohen Anforderungen an die Kühlung der Impfstoffe und die Grösse der Packungen erschwert worden. Laut Interviews hätte ein besserer Austausch unter den Kantonen geholfen, die damit verbundenen Anforderungen rascher zu bewältigen. Einzelne Kantone hätten nämlich bereits zu Beginn der Krise über gut ausgearbeitete Konzepte betreffend den Aufbau von Impfzentren oder die Organisation von mobilen Impfteams verfügt. Als problematisch wird auch der Umstand beurteilt, dass es zwischen den Kantonen Unterschiede gab bezüglich Kriterien der Priorisierung der Anmeldung zur Impfung. Auch habe es Schwierigkeiten in der Umsetzung der risikobasierten Priorisierung der Reihenfolge für die Anmeldung gegeben, da die Risikokriterien sehr detailliert und für viele Patienten/-innen schwer verständlich gewesen seien. In verschiedenen Kantonen sei die Vereinbarung von Impfterminen durch ein zu Beginn mangelhaftes Anmeldeprozedere zusätzlich erschwert worden. Ältere Menschen hätten oft Mühe mit der Anmeldung gehabt, da diese primär online habe erfolgen musste. Telefon-Hotlines seien oft überlastet gewesen, was zu langen Wartezeiten geführt habe.
- Auseinandersetzungen über die *Abgeltung für die Durchführung der Impfung* durch Spitäler und Praxen hätten die Umsetzung der Impfungen erschwert. Befragte bezeichnen die Tarifierung als intransparent und ausschliesslich an den Bedürfnissen grosser kantonaler Impfzentren orientiert. Die Impfung solle, wenn möglich, über die Hausärzteschaft laufen. Zahlreiche Gesprächspartner/-innen weisen darauf hin, dass der zu niedrige Tarif die Durchführung der Impfungen aber für Spitäler und Hausärzte/-innen unattraktiv mache. Dies könne sich negativ auswirken, da insbesondere Hausärzte/-innen in der Bevölkerung grosses Vertrauen geniessen würden und zu einer hohen Impfquote beitragen könnten.
- Die *BAG-internen Zuständigkeiten* für die Vorbereitung und die Umsetzung des Impfens wurden als unklar wahrgenommen. Fragen der Bürger/-innen und der Kantone, zum Beispiel zur Wirkungsdauer der Impfung oder zu den Tarifen, seien zum Teil nicht oder erst sehr spät beantwortet worden. Die Befragten sind der Ansicht, dass das BAG in «Silos» gearbeitet habe, die sich kaum ausgetauscht hätten.
- Mehrere Gesprächspartner/-innen haben die *Kommunikationspolitik* des Bundes im Zusammenhang mit dem Impfen zum Teil scharf kritisiert. Bemängelt wird einerseits der Umstand, dass der Bund die Kantone nicht oder nur kurz vor der Bevölkerung informiert habe. Dadurch sei es kaum möglich gewesen, die Hausärzte/-innen und andere Informationsdrehscheiben in den Informationsfluss einzubeziehen. Als Folgen seien die Hausärzte/-innen ungenügend

⁴⁰ BAG und EKIF (2021): Covid-19-Impfstrategie, Stand 14.04.2021, Bern.

⁴¹ BAG: Covid-19 Schweiz. Informationen zur aktuellen Lage, <https://www.Covid19.admin.ch/de/vaccination/doses>, Zugriff am 31.07.2021.

⁴² Vgl. dazu auch Rutz, S. et al. (2021): Wirksamkeit und Kosten von Corona-Massnahmen und optimale Interventionsebene, Zürich. S. 57 ff.

informiert gewesen und hätten Anfragen der Bevölkerung nicht zufriedenstellend beantworten können, was zu Verunsicherung geführt habe. Andererseits seien die Erwartungen an schnell verfügbare Impftermine durch optimistische Aussagen von Behördenmitgliedern des Bundes hochgehalten worden, obwohl sich die Lieferung der Impfstoffe verzögerte.

- Schliesslich hätten *Instrumente für die digitale Überwachung und das Management der Impfungen* gefehlt. Impfdocs hätten beispielsweise zu Beginn der Impfkampagne per Papierformular beim BAG bestellt werden müssen.

Trotz der geschilderten Probleme wird die Kompetenzordnung beim Impfen von den Befragten im Grundsatz als angemessen bezeichnet. Auch kann, wie bei anderen gesundheitsbezogenen Themen wie Contact Tracing, Zertifikat und Testen, von einer guten Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen ausgegangen werden. Wo es Probleme gab, hätten diese zum einen auf unklaren BAG-interne Zuständigkeiten, schlecht abgestimmten Kommunikationsprozessen von Bund und Kantonen sowie fehlenden digitalen Instrumenten zum Informationsaustausch und zur Überwachung der Ausbreitung der Pandemie beruht. Zum anderen gäbe es zwei grundsätzliche Probleme der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen, die nicht nur die gesundheitsbezogenen, sondern alle Massnahmen der Pandemie-Bewältigung betreffen würden:⁴³

- Das erste Problem steht im Zusammenhang mit den Konsultations- und Informationsprozessen des Bundes. Vertreter/-innen von Kantonen wiesen immer wieder darauf hin, dass die Konsultationsprozesse des Bundes zu kurz ange setzt seien, um es den Kantonen über die Politikbereiche hinweg zu ermöglichen, nicht nur innerhalb der einzelnen Kantone, sondern auch über die Kantone hinweg konsolidierte Positionen zu finden. Dies habe zum erwähnten «föderalen Flickenteppich» geführt, der das Vertrauen in den Föderalismus zum Teil erschüttert habe. Als Negativbeispiel wurde mehrfach auf die Ski-Terrassen oder die Öffnungszeiten in der Gastronomie verwiesen. Die Kantone hätten für die Konsultation und auch für die Kommunikation der Entscheidungen des Bundesrats mehr Zeit gebraucht. Oft hätten die zuständigen verwaltungsinternen Stellen sowie verwaltungsexterne Partner/-innen zeitgleich mit der Bevölkerung informiert werden müssen. Das habe zu viel Unsicherheit geführt. Befragte des Bundes wiesen demgegenüber darauf hin, dass die pandemische Lage oft rasche Entscheide verlangt habe und dass es den Kantonen an Strukturen und Prozessen gefehlt habe, um diese koordiniert herbeizuführen.
- Das zweite Problem steht im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Positionen der kantonalen Akteure. Sowohl auf der operativen Ebene (z.B. Kantonsärzte/-innen oder Kantonsapotheke/-innen) wie auf der politischen Ebene seien die Bundesbehörden mit einer Vielzahl unterschiedlicher kantonalen Positionen konfrontiert. Zum Teil habe es auch Spannungen zwischen den Kantonsvertretenden gegeben. Dies habe die Arbeit der Bundesbehörden erschwert. Interviewpartner/-innen äusserten die Meinung, dass es in vielen Fällen der Bund gewesen sei, der die Koordination unter den Kantonen vorangetrieben habe. Die Kantonsvertretenden allein seien dazu oft nicht in der Lage gewesen. Beispielsweise habe es im Sommer 2020 Phasen gegeben, in denen operativ Zuständige von Kantonen das Contact Tracing dem Bund übertragen wollten, während die politische Ebene derselben Kantone anderer Ansicht gewesen sei.

| Was waren die Vor- und Nachteile der kantonalen Umsetzung?

Die Vorteile der föderalen Grundordnung der Schweiz sind bekannt. Sie haben sich gemäss Angaben zahlreicher Befragten auch beim Impfen gezeigt. Die Kantone würden die Eigenheiten ihres Gebiets am besten kennen, betreffe dies die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung oder die Befindlichkeiten der Bevölkerung. Auch wenn zum Beispiel der Aufbau des Impfsystems möglicherweise länger gedauert habe als notwendig, so habe es der Föderalismus ermöglicht, das Impfen kantonal massgeschneidert und damit effektiv zu organisieren. Die kantonale Verankerung der Impfaktivitäten habe es erleichtert, die Bevölkerung zu erreichen. Auch wurde darauf hingewiesen, dass die Bevölkerung insbesondere in ländlichen Regionen grösseres Vertrauen in die Kantonsregierung habe als in die Akteure in «Bundesbern». Vor diesem Hintergrund herrscht die Ansicht vor, dass es effektiv war, die Organisation des Impfangebots den Kantonen zu überlassen, wie dies der Influenza-Pandemie-Plan vorsieht. Dennoch gibt es Aspekte, die im Hinblick auf kommende Krisen einheitlicher angegangen werden sollten:

⁴³ Vgl. dazu Konferenz der Kantonsregierungen (2020): Corona-Pandemie: Das Krisenmanagement in der ersten Welle aus Sicht der Kantone, Zwischenbericht, Bern.

- Angesprochen ist in diesem Zusammenhang in erster Linie das *Monitoring* von Indikatoren der Verbreitung und der Bekämpfung der Pandemie. Insbesondere gilt es, im Hinblick auf die Verfolgung der Verbreitung und die Eindämmung der Pandemie wichtige Informationen (z.B. Fallzahlen, Verdachtsfälle, Anzahl Impfungen unterteilt nach Risiko- und Altersgruppen) in Zukunft nach einheitlichen Vorgaben zu sammeln. Zwar sieht die Verordnung über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen eine Meldepflicht von Diagnosen vor. Diese Meldepflicht umfasst sowohl die Meldung aller Verdachtsfälle durch Ärzte/-innen wie auch Labormeldungen zu durchgeführten spezifischen Tests.⁴⁴ Zudem kann das BAG von den Behörden durchzuführende Untersuchungen festlegen.⁴⁵ Es zeigt sich jedoch, dass das Meldesystem zahlreiche Lücken aufweist, die trotz verschiedener Verbesserungen bis zum Sommer 2021 nicht geschlossen werden konnten. So erfolgt die Zusammenführung der Meldungen zu betroffenen Personen, beispielsweise aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, nach wie vor über Namen und Adressen (und nicht über die Versichertennummer der Betroffenen), die durch die meldepflichtigen Testzentren, Ärzte/-innen sowie Labors mehrfach eingegeben werden müssen. Dies ist nicht nur zeitaufwändig, sondern auch fehleranfällig, und erschwert die Überwachung und die Eindämmung der Pandemie.
- Ebenso wurde die Notwendigkeit einer *Vereinheitlichung der digitalen Infrastruktur sowie der Software* für wichtige Prozesse hervorgehoben, wie diejenigen des Impfens, des Testens und des Contact Tracings (siehe dazu auch Abschnitt 4.2). Ergänzend wurde betont, dass – angesichts der Vielfalt von ad hoc eingestellten Personen – zusätzlichen Verfahren der Qualitätssicherung hohes Gewicht beigemessen werden muss.
- Verschiedentlich wurden einheitlichere und verbindlicher Vorgaben von *Bund und Kantonen bezüglich Impfen und Testen* gewünscht. Es wurde argumentiert, dass solche Vorgaben die Arbeit von Führungspersonen erleichtern würden, da sie sich auf behördliche Massnahmen berufen könnten. Auch seien verbindliche Vorgaben der Behörden für Vorgesetzte einfacher umzusetzen, da Konflikte mit dem Personal so reduziert werden könnten.
- Mehr *Verbindlichkeit* wünschen sich gewisse Befragte auch hinsichtlich der von der EKIF und dem BAG herausgegebenen *Impfempfehlungen* (vgl. dazu nachfolgend). Die Tatsache, dass diese von einzelnen Kantonen, zum Beispiel hinsichtlich der Priorisierung des Gesundheitspersonals, unterschiedlich umgesetzt wurden, habe in der Bevölkerung und bei Fachpersonen zu Verunsicherung geführt.

Bezüglich der Frage, ob es zweckmässig sei, dass einzelne Kantone mit eigenen Wegen in der Art eines «föderalistischen Labors» neue Lösungen erproben sollen, sind die Meinungen geteilt. Die einen begrüssen es, dass auf diesem Weg Innovationen möglich und neue Konzepte erprobt werden. Andere Befragte zeigen sich skeptisch. Sie weisen darauf hin, dass die Schweiz zu kleinräumig sei für derartige Experimente. Die Bevölkerung würde es nicht verstehen, wenn an der Grenze zweier Kantone unterschiedliche Regeln gelten würden. Das schaffe mehr Widerstände als Fortschritte in der Pandemie-Bekämpfung.

| Wie haben die Kantone in der Krise im Allgemeinen und beim Impfen im Besonderen zusammengearbeitet? Was war die Rolle der Gemeinden?

Die Konferenz der Kantonsregierungen weist in ihrem Zwischenbericht zum Krisenmanagement der Kantone in der ersten Welle der Pandemie auf die Herausforderungen der interkantonalen Koordination hin.⁴⁶ Die Unterschiede in der Kultur der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen hat sich auch in den Gesprächen gezeigt, die im Rahmen der Evaluation zum Thema Impfen geführt wurden. Einzelne Kantone seien zu Beginn der Impfkampagne offen für die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen gewesen und hätten zum Beispiel Impfdosen an andere Kantone weitergegeben. Andere seien diesbezüglich zurückhaltend gewesen. Einig sind sich die meisten Befragten darin, dass das Ranking zwischen den Kantonen betreffend den Impffortschritt zu früh gestartet wurde. Der Druck, den der Bund gegenüber den Kantonen aufgebaut habe, um diese zu raschem Impfen zu veranlassen, sei nicht zielführend gewesen, da es zeitgleich zu Lieferverzögerungen gekommen sei.

Den Gemeinden kommt bei den Impfungen keine grosse Bedeutung zu. Die Gespräche deuten darauf hin, dass die Umsetzung der Impfungen in den meisten Kantonen einzig bei der Impfung von Bewohner/-innen von Institutionen unter

⁴⁴ BAG 2018: Influenza-Pandemie-Plan Schweiz, S. 34.

⁴⁵ A.a.O., S. 36.

⁴⁶ Vgl. dazu Konferenz der Kantonsregierungen (2020): Corona-Pandemie: Das Krisenmanagement in der ersten Welle aus Sicht der Kantone, Zwischenbericht, Bern.

Einbezug kommunaler Ressourcen erfolgte. Zudem haben einzelne Städte Impfinformationen für spezifische Zielgruppen, wie beispielsweise Sans-Papiers, durchgeführt. Generell entstand der Eindruck, dass die Gemeinden nicht aktiv in der Krisenbewältigung des BAG einbezogen wurden. Das BAG wandte sich in erster Linie an die Kantone. Dies ist auch das Vorgehen, das andere Bundesstellen gewählt haben, und es entspricht auch der Erwartung der Kantone. Viele Kantone betrachten es als ausschliesslich ihre Aufgabe, die Gemeinden in die Entscheidungsfindung und in die Informationsverteilung einzubeziehen. Die Gespräche haben jedoch gezeigt, dass dieser Einbezug in der Krise sehr unterschiedlich intensiv erfolgte. Der Einbezug der kommunalen Behörden in die kantonale Krisenorganisation ist für ein wirksames Krisenmanagement nicht zuletzt deshalb sehr wichtig, weil diese oft für wichtige Bereiche der Gesundheitsversorgung zuständig sind (z.B. Alters- und Pflegeheime sowie Spitäler).

Die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen wurde in der 2020 abgeschlossenen «Situationsanalyse des Epidemiengesetzes (EpG)» angesprochen. Es wurde darauf hingewiesen, dass die kleinräumige kantonale Struktur der Schweiz mit zugleich grosser kantonaler Autonomie und Vollzugszuständigkeit divergierende kantonsärztliche Strukturen sowie unterschiedliche Bereitschaftsgrade und Kapazitäten der Aufgabenbewältigung mit sich bringt.⁴⁷ In Interviews wurde damals die Ansicht vertreten, dass die Kantone bei gemeinsam zu erarbeitenden Themen (z.B. Strategien, Pandemie-Plan) eine geeignete Vorgehensweise erst noch entwickeln müssten. Die Autoren/-innen der Situationsanalyse kamen zum Schluss, dass das BAG in spezifisch zu definierenden Bereichen eine ausgeprägtere nationale Führungsrolle im Vollzug des EpG wahrnehmen sollte.⁴⁸ Diese Einschätzung wurde von mehreren Gesprächspartnern/-innen, die im Rahmen der vorliegenden Evaluation befragt wurden, bestätigt. Die interkantonale Zusammenarbeit wird als eine der Herausforderungen betrachtet, die angegangen werden muss. Ungenügende Absprachen der Kantone zu Massnahmen in der besonderen Lage sowie unterschiedliche Vorgehensweisen bei den Überwachungsaktivitäten Testen, Tracen, Isolation und Quarantäne hätten die Krisenbewältigung erschwert.

| Waren die Empfehlungen der EKIF ausreichend klar? Hätte es verbindlichere Vorgaben gebraucht?

Die EKIF hat Ende 2020 eine Covid-19-Impfstrategie erarbeitet und gemeinsam mit dem BAG veröffentlicht.⁴⁹ Diese beinhaltet unter anderem Empfehlungen betreffend die Priorisierung basierend auf der Krankheitslast der Zielgruppen. Aus Sicht der Befragten waren die Empfehlungen ausreichend klar. Allerdings hätten sich nicht alle Kantone vollständig daran gehalten. Dies liege daran, dass es sich um Empfehlungen der Impfkommission und nicht um Weisungen des BAG handle. Die Empfehlungen seien rechtlich nicht verbindlich. Folgende Aspekte führen zu Diskussionen:

- Die Tatsache, dass das Gesundheitspersonal, aber auch andere systemrelevante Berufe, bei der Impfung nicht speziell priorisiert wurden, wurde vielfach als nicht angemessen beurteilt. In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, dass die Empfehlungen von einem relativ kleinen Kreis von Personen entwickelt worden seien. Dies habe ihre Akzeptanz bei den Stakeholdern erschwert.
- Weiter wurde die *fehlende Differenzierung* bei der Gruppe der «anderen Erwachsenen», die sich impfen lassen wollten, bemängelt. Einzelne Kantone hätten eine Differenzierung zwischen Personen über 50 Jahre und unter 50 Jahren erwartet und hätten das auch so umgesetzt. Andere Kantone hätten Personen mit systemrelevanten Berufen, wie beispielsweise Lehrpersonen, vorgezogen. Diesbezüglich hätten sich etliche Kantone und Stakeholder eine stärkere Differenzierung der Empfehlungen gewünscht. Zudem wurde auf Unklarheiten bei der Impfung von Genesenen hingewiesen. Es gab aber auch Gesprächspartner, die von detaillierten Vorgaben und Differenzierung abrieten, weil diese eine effiziente Umsetzung erschweren können.
- Ein weiteres Problem betrifft die *Materialien*, wie Lehrmaterialien für Fachpersonen, Erklärung zum Impfen, FAQ, Informationen für Patienten/-innen, welche die Umsetzung der Impfungen begleiten und unterstützen. Diese Unterlagen seien weitgehend zeitgleich mit dem Impfstoff eingetroffen, was zu spät gewesen sei. Zudem sei insbesondere die italienischsprachige Version verspätet eingetroffen.

⁴⁷ Wüest-Rudin, D. (2020) Situationsanalyse «Umsetzung des Epidemiengesetzes (EpG)». Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern, S. 69.

⁴⁸ A.a.O.

⁴⁹ BAG und EKIF (2021): Covid-19-Impfstrategie, Stand 14.04.2021, Bern.

Generell würden es verschiedene Befragte begrüssen, wenn das BAG gestützt auf die Empfehlungen der EKIF Weisungen erlassen würde, die für alle Kantone verbindlich wären.

4.1.3 Juristische Beurteilung

Im Frühjahr 2020 hat der Bundesrat die gemäss EpG vorgesehene Kompetenzregelung vorbildlich umgesetzt und nach Ausrufung der ausserordentlichen Lage die alleinige Verantwortung übernommen. Nach dem Übergang zur besonderen Lage hat er aber Unklarheiten über die Verantwortungsverteilung zwischen Bund und Kantonen entstehen lassen, was schliesslich dazu geführt hat, dass einzelne Kantone sich den Anordnungen des Bundesrates offen widersetzt und damit letztlich das verfassungsrechtliche Prinzip der Bundestreue verletzt haben.

Sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht hat der Bund während dieser Zeit von seiner im EpG vorgesehenen Kompetenz zur Koordination kantonaler Massnahmen: Art. 77 EpG beauftragt den Bund, die Vollzugsmassnahmen der Kantone zu überwachen (Abs. 1) und zu koordinieren, «soweit ein Interesse an einem einheitlichen Vollzug besteht» (Abs. 2). «Zu diesem Zweck» kann er laut Abs. 3 «a. den Kantonen Massnahmen für einen einheitlichen Vollzug vorschreiben; b. bei Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit die Kantone anweisen, bestimmte Vollzugsmassnahmen umzusetzen; c. die Kantone verpflichten, den Bund über Vollzugsmassnahmen zu informieren; d. den Kantonen Vorgaben für ihre Vorbereitungs- und Notfallpläne machen». Diese Bestimmungen würden ihm die Grundlage dafür bieten, eine kohärente Covid-19-Bekämpfung zu gewährleisten, ohne den Kantonen generell die Kompetenz zur Anordnung von Massnahmen abzusprechen. Die Vollzugsmassnahmen gemäss Art. 77 EpG sind an die Kantone adressiert, dies im Unterschied zu den Bekämpfungsmassnahmen gemäss Art. 6 EpG, die an Bürger/-innen adressiert sind und in der besonderen Lage von den Kantonen angeordnet werden, soweit der Bund dies nicht tut. Kaum genutzt hat der Bund insbesondere die in Art. 77 Abs. 3 Bst. a EpG vorgesehene Möglichkeit, Massnahmen für einen einheitlichen Vollzug anzurufen und diese regional zu differenzieren, um den unterschiedlichen kantonalen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Möglicherweise gingen die zuständigen Stellen davon aus, dass mit dem Ausdruck «einheitlicher Vollzug» für die gesamte Schweiz inhaltlich einheitliche Regeln und deren einheitliche Anwendung gemeint seien, und nahmen deshalb Abstand davon. Eine derartige Interpretation wäre aber zu eng. Wenn Kantone in einer Region der Schweiz den Massnahmenvollzug so grosszügig handhaben würden, dass die Ansteckungszahlen dort im Vergleich mit anderen Regionen wesentlich höher sind, sind Massnahmen des Bundes gegenüber diesen Kantonen angezeigt, aber gegenüber den Kantonen mit tieferen Ansteckungszahlen nicht rechtfertigbar. Ein einheitlicher Vollzug kann (und sollte richtigerweise) daher durch Massnahmen sichergestellt werden, die inhaltlich nach der epidemischen Lage differenziert sind, sofern diese regional stark unterschiedlich ist. Landesweit geltende Vollzugsmassnahmen anzurufen, wenn tatsächlich nur in bestimmten Regionen Bedarf für solche Massnahmen besteht, würde unnötig Abwehrreflexe in den übrigen Kantonen auslösen. Inhaltliche Differenzierungen für Vollzugsmassnahmen schliesst das Gesetz daher nicht aus, sondern verlangt diese nach richtiger Auslegung sogar. Allerdings wären für entsprechende Differenzierungen systematische Erhebungen der Effektivität und der Hindernisse für die Effektivität von Vollzugsmassnahmen in den Kantonen erforderlich (z.B. erschwerte Umsetzbarkeit in Kantonen angesichts fehlender Kapazitäten oder IT-Instrumente, ineffizienter Organisation, schwachem politischem Rückhalt).

Als besonders problematisch erwies sich die Tatsache, dass die Aufgabenorganisation auf Bundesebene gemäss EpG wenig passend ausgestaltet war. Dies dürfte letztlich zu Unklarheiten geführt haben, die das Verhältnis zwischen Bund und Kantonen belastet haben: In die Entscheidungsfindung über Massnahmen sind zahlreiche Bundesstellen und kantonale Funktionsträger mit einzubeziehen (BABS, BLV, Armeeapotheke, fedpol, Führungsstab Polizei, Zollverwaltung, DEZA; hinzu kommen der KSD, das SRK, die Vereinigung der Kantonsärzte usw.). Und direkt beteiligt an der Entscheidungsfindung sind gemäss EpG ein Koordinationsorgan (Art. 54 EpG), ein Einsatzorgan (zur Beratung des Bundesrats und zur Unterstützung von Bund und Kantonen bei der Koordination, insbesondere in der besonderen oder ausserordentlichen Lage; Art. 55 EpG), die EKIF (Art. 56 EpG) sowie die Eidgenössische Fachkommission für biologische Sicherheit (Art. 57 EpG).

Das EpG enthält eine ganze Reihe von Bestimmungen, die Impfungen betreffen. Sie sind allerdings in erster Linie auf übertragbare Krankheiten in einer normalen Lage zugeschnitten (Nationaler Impfplan in Art. 20 EpG, Förderung von Impfungen durch die Kantone in Art. 21 EpG, Anordnung von Impfobligatorien durch die Kantone in Art. 22 EpG, internationale Prophylaxe- und Impfbescheinigungen in Art. 23 EpG und die Überwachung und Evaluation von Impf-

massnahmen in Art. 24 EpG, Versorgung mit Heilmitteln inklusive Impfstoffen in Art. 44 EpG, Förderung der Herstellung von Heilmitteln einschliesslich Impfstoffen in Art. 51 EpG). Bezogen auf die normale Lage ist kein Vollzugsdefizit festzustellen.

Dagegen hat sich gezeigt, dass der Vollzug dieser Bestimmungen in der besonderen und der ausserordentlichen Lage nicht problemlos ist; besonders trifft dies auf die erwähnten Art. 23 und 24 sowie 44 und 51 EpG zu. Art. 6 EpG würde den Bundesrat ermächtigen, in der besonderen Lage Impfungen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen, bei besonders exponierten Personen und bei Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, für obligatorisch zu erklären (Art. 6 Abs. 2 Bst. d EpG). Zudem könnte der Bundesrat aufgrund der Generalermächtigung in Art. 7 EpG, vorbehältlich der Verhältnismässigkeitsüberprüfung, in einer ausserordentlichen Lage eine Impfpflicht auch für die gesamte Bevölkerung vorschreiben. Schliesslich ist Art. 70 EpG zu erwähnen, dem zufolge der Bund sich gegenüber der Herstellerin eines von Swissmedic noch nicht zugelassenen Impfstoffs oder anderen Heilmittels in einer Vereinbarung verpflichten kann, den Schaden zu decken, für den sie als Folge einer vom Bund in einer besonderen oder ausserordentlichen Lage empfohlenen oder angeordneten Verwendung einstehen muss. Auf Verordnungsstufe ist vorgesehen, dass der Bund ein Muster für eine Impf- und Prophylaxe-Bescheinigung vorgibt (Art. 50 Bst. d EpV). Zudem ist der Bundesrat verpflichtet, die Verfügbarkeit «insbesondere» von Impfstoffen gegen pandemische Influenza sowie Impfungen und andere Heilmittel gegen bestimmte weitere Krankheiten sicherzustellen (Art. 60 Bst. a Epidemienverordnung [EpV]). Die Formulierung «insbesondere» bedeutet, dass die Aufzählung nicht abschliessend ist, sondern Impfungen und Heilmittel gegen weitere Krankheiten mitgemeint sind, die ein vergleichbares Gefährdungspotential ausweisen wie diese Krankheiten, also auch für Covid-19.

4.1.4 Internationale Einordnung

Schweden			Österreich		
Bedeutung des Themenbereichs			Bedeutung des Themenbereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
<p>Die Unklarheit darüber, wer die Verantwortung trägt, erweist sich als grundätzliches Problem der schwedischen Pandiebekämpfung. Die Zentralregierung hat zwar die Verantwortung, die Zuständigkeiten zu klären, aber die Führung und ebenso die Möglichkeit, Massnahmen zu ergreifen, haben gefehlt. Die Gesundheitsversorgung in Schweden liegt hauptsächlich in der Verantwortung der regionalen Verwaltungsebene, die Altenpflege in der Verantwortung der kommunalen Verwaltungsebene. Die mangelnde Koordination zwischen den politischen Ebenen wurde in der öffentlichen Debatte oft für die hohe Sterblichkeitsrate verantwortlich gemacht.</p> <p>In mehreren Fällen macht es den Anschein, dass die nationalen und die regionalen Behörden darauf warteten, dass die jeweils andere Ebene reagiert. Dies zeigte sich beispielsweise bei den Restriktionsverschärfungen im Herbst 2020: Mehrere Regionen waren der Ansicht, dass die nationale Behörde Beschränkungen zu zögerlich verordnete, sie verhängten schliesslich lokale Beschränkungen in Eigenregie.</p> <p>In ähnlicher Weise war im Frühjahr 2021 ein Schuldspiel darüber im Gange, wer für das langsame Impftempo und die grossen regionalen Unterschiede verantwortlich ist. Die schwedischen Behörden haben zwar früh erkannt, dass ein schneller Zugang zu einem Impfstoff gegen Covid-19 entscheidend ist, damit die Gesellschaft zu einer normaleren Situation zurückkehren kann. Schon am 20. Mai 2020 stellte die Regierung eine</p>	<p>Die politischen Entscheidungen im Rahmen der Pandemie erfolgten auf Basis eines überalterten Epidemiengesetzes aus den 1950er Jahren. Anfangs der Pandemie gab es grosse lokale und regionale Unterschiede hinsichtlich der Infektionsepidemiologie, was zu spezifischen Entscheidungen einiger Bundesländer (z.B. Tirol) führte, denen bundesweite Entscheidungen folgten. Ein Problem stellte mit dem Fortschritt der Pandemie die Uneinheitlichkeit der Entscheidungen auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene dar. Es fehlten in vielen Bereichen klare Vorgaben für das gesamte Bundesgebiet. Die Bundesländer waren oft auf eigene Massnahmen angewiesen. Insgesamt offenbarten sich im Rahmen der Krise einige bereits vor der Krise bestehende Schwachstellen in der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Verwaltungsebenen, die sich teilweise negativ auf die Kontrolle der Pandemie auswirkten.</p> <p>Diese Problematik zeigte sich auch beim Impfen. Deutliche lokale und regionale Unterschiede in der Impfstrategie, in der Logistik der Anmeldung, in der Impfstoffverteilung und in der Impfumsetzung wirkten sich zu Beginn auf das Impftempo sowohl auf Länder- als auch auf Bezirksebene aus. Die Impfstoffbeschaffung inklusive Abschluss von Vorverträgen erfolgt zentral durch die EU. Auf nationaler Ebene wurde zwar unter grosser politischer Anteilnahme am 27.12.2020 mit den ersten Impfungen begonnen, allerdings blieb das Impftempo dann deutlich hinter den Erwartungen zurück. Als bremsend für den Impffortschritt erwiesen sich zunehmend die suboptimal vorbereitete Logistik der Anmeldung, Impfstoffverteilung</p>				

Impfstoffstrategie für Schweden vor, die einen speziellen Impfstoffkoordinator vorsah.

Bis Ende Februar 2021 war knapp ein Drittel der versprochenen Impfdosen an die Regionen geliefert worden. Ende Juli 2021 hatten 78,6 Prozent der erwachsenen Bevölkerung mindestens eine Dosis und 51,0 Prozent zwei Dosen des Impfstoffs erhalten. Die Öffentlichkeit steht dem Impfen insgesamt positiv gegenüber. Die Impfbereitschaft ist sehr hoch. Über 69 Prozent der bisher Ungeimpften wollen sich noch impfen lassen, weitere 18 Prozent wollen dies vermutlich tun. Aktuelle Befragungen zeigen zudem, dass die Impfbereitschaft auch bei den 16- bis 19-Jährigen sehr hoch ist.

Die Durchführung und Planung der Impfkampagne obliegt der nationalen, die Umsetzung den regionalen Behörden. Dies führte in der Anfangsphase zu Umsetzungsproblemen. Angesichts der breiten Verfügbarkeit der Impfstoffe und der hohen Impfbereitschaft der Bevölkerung ist dieses Problem jedoch nicht mehr relevant.

und Impfumsetzung in den Ländern und Bezirken. Auch auf Gemeindeebene schien die Koordination nicht immer gut zu funktionieren. Beispielsweise blieben in Alters- und Pflegeheimen bei Impfungen oft Impfstoffe übrig – mit diesen wurden dann Personen geimpft, die nicht zu den Risikogruppen gehörten. Dazu kam die schwierige logistische Handhabung der mRNA-Impfstoffe. Auch die IT-Anbindung für die Anmeldelisten und deren Koordination bei verschiedenen Impfanbietern sowie die Austragung von Personen, die geimpft sind, funktionierte nicht reibungslos.

Insgesamt ist die Impfwilligkeit in Österreich eher hoch. Anfangs August 2021 lag die Durchimpfungsrate bei rund 52 Prozent (zwei Impfungen). Seither wurden niederschwellige Angebote – Impfen ohne Anmeldung, Impfbus, Impfung im Einkaufszentrum usw. – ausgebaut, um weniger informierte Gruppen zu erreichen. Allerdings gibt es in Teilen der Bevölkerung eine gewisse Impfskepsis. Auch wenn jedes Bundesland bemüht ist, basierend auf unterschiedlichen Angeboten bestmöglich zu impfen, zeigt sich insgesamt zwischen den Bundesländern eine ähnliche Durchimpfungsrate.

4.1.5 Handlungsbedarf

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die im EpG festgeschriebene Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen während der Krise in vielen Teilen bewährt hat. Selbstverständlich sind während der Pandemie Probleme in der Kooperation der unterschiedlichen föderalen Ebenen aufgetreten, solche zeigen sich aber nicht nur in der Krise und nicht nur in der Schweiz. Die meisten dieser Probleme hängen mit dem erhöhten Koordinations- und Abspracheaufwand zwischen Bund und Kantonen beziehungsweise dem Verzicht auf das dafür vorgesehene Koordinationsorgan KOr EpG, mit nicht in ausreichender Qualität zur Verfügung stehenden digitalen Tools für das Monitoring und die Dokumentation der Gefährdungen sowie mit einer schlecht abgestimmten Kommunikation mit der Bevölkerung zusammen. Es ist aber festzuhalten, dass sich die Beteiligten in der Regel darum bemühten, allfällige Spannungen zu vermeiden. Davon zeugen beispielsweise die strategischen Grundlagen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des EDI-BAG vom 22. Oktober 2020, die Grundsätze, Massnahmen und Zusammenarbeitsformen definierten und mittels Szenarien vorbereiteten, um im Notfall rasch und ohne grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten handeln zu können.⁵⁰ Bezuglich Impfen wurde auch in der Presse darauf hingewiesen, dass die Politik überraschend flexibel und schnell gehandelt habe.⁵¹ Dennoch lässt sich im Hinblick auf weitere Krisen Handlungsbedarf sowohl auf politischer als auch auf strategischer und operativer Ebene identifizieren.

■ Politische Ebene

Was die politische Ebene betrifft, hat die Krise Optimierungsbedarf in der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen zutage gefördert. Insbesondere gilt es, in der geplanten Revision des EpG und des Pandemie-Plans die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in den verschiedenen Lagen in organisatorischer, fachlicher und finanzieller Hinsicht zu überprüfen und zu präzisieren, wie dies die Analyse des Schweizer Krisenmanagement durch das Institut für Krisenmanagement der ETH Zürich im Herbst 2020 auf den Punkt gebracht hat.⁵² Auf denselben Handlungsbedarf weist auch die 2018 veröffentlichte Analyse der besondere Lage gemäss EpG hin.⁵³ Die Autoren/-innen dieser Studie schlagen

⁵⁰ Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und EDI-BAG (2020): COVID-19-Bewältigung: Strategische Grundlagen der GDK und des EDI-BAG. Grundsätze – Massnahmen – Zusammenarbeit, Bern.

⁵¹ Neue Zürcher Zeitung (NZZ) vom 19.02.2021: Der Traum vom raschen Durchimpfen droht zu platzen (F. Baumberger), <https://impfapotheke.ch/assets/aktuelles/19022021-nzz.pdf>.

⁵² Wenger, A. et al. (2020): Schweizer Krisenmanagement: Die Corona-Virus-Pandemie als fachliche und politische Lernchance. Bulletin 2020 zur schweizerischen Sicherheitspolitik, ETH-Zürich, S. 126-127.

⁵³ Rüeffli, C.; Zenger, C. (2018): Analyse besondere Lage gemäss EpG: Aufgaben, Zuständigkeiten und Kompetenzen des Bundes, Bern. S. VIII.

zudem vor, auf Verordnungs- oder mindestens auf Reglementebene zweckmässige Strukturen und Prozesse für die Entscheidungen im konkreten Fall festzulegen.

| Strategische Ebene

Auf der strategischen Ebene leiten sich aus der Vertiefung zum Thema Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen zwei Handlungsbereiche ab:

- Erstens sind verbindlichere Vereinbarungen zwischen Bund und Kantonen bezüglich Standardisierung von digitalen Tools zur Erfassung, Meldung und zum Monitoring von Daten und Aktivitäten notwendig. Auch dieses Thema ist im Kontext des EpG nicht neu.⁵⁴ Dieser Vollzugsrückstand hat die Bewältigung der Corona-Pandemie erschwert. Massnahmen, um dieses Problem zu bearbeiten, werden in Abschnitt 4.2 erläutert.
- Zweitens muss dem BAG generell die rechtliche Kompetenz zugesprochen werden, gegenüber den Kantonen, aber auch gegenüber anderen Stakeholdern, eine stärkere fachliche Führung wahrnehmen und durchsetzen zu können (z.B. Schutzkonzepte für Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen, aber auch bezüglich Impfen und Testen).
- Anders als viele Kantone verfügt das BAG über eine ausreichende Zahl von Mitarbeitenden mit hohen Kompetenzen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Es ist zweckmässig, dass diese Fachpersonen zusammen mit direkt betroffenen Stakeholdern und den Kantonen beispielsweise Abstandsregeln, Schutzkonzepte für Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen oder Prioritäten für die Impfungen definieren, die schweizweite Gültigkeit erlangen sollen. Dies erleichtert die Pandemie-Bekämpfung und erlaubt es, die in einer Krisensituation ohnehin stark belasteten Ressourcen effizient einzusetzen. Auch diese Thematik wurde bereits in einer früheren Studie aufgegriffen.⁵⁵

| Operative Ebene

Die vertiefende Analyse der Kompetenzordnung legt es nahe, einen weiteren Schwerpunkt des Handlungsbedarfs auf die Führungs- und die Organisationsstruktur des BAG zu legen. Die Krisenorganisation des BAG wird nicht nur von Aussenstehenden als kaum durchschaubar wahrgenommen. Aussenstehende mussten während der Krise feststellen, dass ähnliche Arbeiten an verschiedenen Stellen durchgeführt wurden. Es erwies sich vielfach als schwierig, die richtige Ansprechperson zu finden. Kantsvertretende bemängelten, dass ihre Anfragen nicht oder erst zu spät beantwortet wurden. Erschwerend kam hinzu, dass vor oder während der Krise zahlreiche Personalwechsel verarbeitet werden mussten. Teilweise mussten junge, wenig erfahrene Mitarbeitende neue Aufgaben im Kontakt mit den Kantonen übernehmen. Trotz hohem persönlichem Engagement konnte es bei ungenügender Unterstützung und unzureichenden Ressourcen zu Überlastungsscheinungen und weiteren Ausfällen führen. Dies ruft nach Verbesserungen.

4.2 Themenbereich «Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten»

Um auf eine Pandemie effektiv und effizient reagieren zu können, bedarf es einer umfassenden und aktuellen Datengrundlage. Notwendig sind drei Arten von Datensätzen: Individualdaten zur Ansteckung und zum Krankheitsverlauf von Patienten/-innen, Aggregatdaten zur Prävention der Verbreitung des Virus und Daten zum Versorgungsangebot. In allen Bereichen sind die Kantone aufgrund ihrer Zuständigkeiten im Bereich Gesundheitsversorgung und Gesundheitsschutz für die Bereitstellung der Daten zuständig. Damit der Bund seine Aufgaben im Rahmen des EpG wahrnehmen kann, benötigt er aktuelle Daten aller drei Arten. Daher ist eine Kooperation von Bund und Kantonen notwendig, um die Bereitstellung und die Aggregation der Daten sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund gibt es – ähnlich wie beim Impfen – einen hohen Koordinationsbedarf zwischen Bund und Kantonen. Gleichzeitig gilt es, die Sicherheit der verwendeten Daten zu garantieren.⁵⁶

4.2.1 Ausgangslage

Zu Beginn der Krise wurde das Thema Verfügbarkeit und Austausch digitaler Daten zur Pandemie in der Öffentlichkeit intensiv thematisiert. In den Medien wurde beispielsweise über fehlende Systeme zum Austausch von Daten zwischen Bund und Kantonen berichtet und die Meldung von Corona-Erkrankungen per Fax kritisiert. Dabei wurde die fehlende

⁵⁴ Wüest-Rudin, D. (2020): Situationsanalyse «Umsetzung des Epidemiengesetzes (EpG)». Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.

⁵⁵ A.a.O., S. 70.

⁵⁶ Szvircsev Tresch, T. et al. (2021): Sicherheit 2021 – Aussen-, Sicherheits- und verteidigungspolitische Meinungsbildung im Trend. Militärakademie an der ETH Zürich und Center for Security Studies (CSS), Zürich, S. 24.

Dateninfrastruktur oftmals mit der fehlenden Digitalisierung der kantonalen Verwaltung und Bundesämter in Verbindung gebracht. Die Kritik eines Rückstands in der Digitalisierung findet sich auch im Bulletin 2020 zur schweizerischen Sicherheitspolitik der ETH Zürich. Darin wird betont, dass die Probleme im schweizerischen System der Pandemie-Vorbereitung schon lange bekannt und bereits in vorhergehenden Evaluationen auf nationaler und internationaler Ebene angemerkt worden waren.⁵⁷ Darüber hinaus unterstreicht die internationale Literatur zur Krisenpolitik, dass der schnelle Aufbau von Reaktionskapazitäten ein wichtiger Pfeiler einer erfolgreichen Krisenpolitik ist.⁵⁸ Um diese Reaktionskapazität zu gewährleisten, bedarf es einer aktuellen und möglichst vollständigen Datengrundlage, gerade bei sehr dynamischen Krisen wie der Corona-Pandemie.

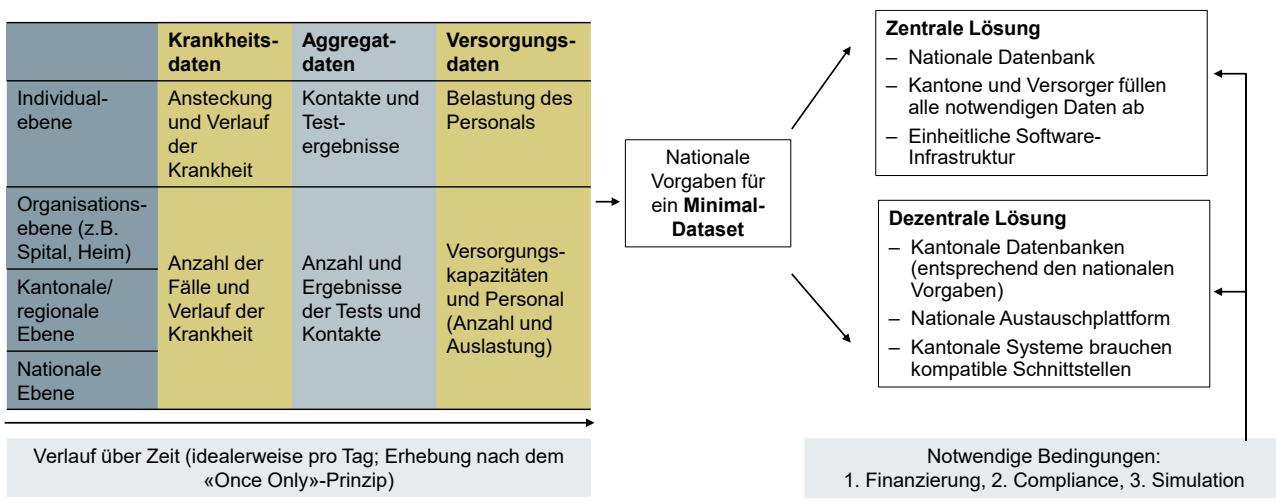
Nachfolgend wird eine differenzierte Bestandsaufnahme der Probleme erarbeitet, die der Nutzung digitaler Daten bei der Bewältigung der Krise entgegengestanden haben. Daraus werden Konsequenzen für die zukünftige Sammlung und Auswertung von pandemierelevanten Daten beim BAG abgeleitet.

4.2.2 Beantwortung der Leitfragen

In diesem Abschnitt werden die Leitfragen beantwortet, die gemeinsam mit der Steuergruppe erarbeitet wurden. Es konnten nicht alle wichtigen Fragen verfolgt werden. Insbesondere nicht angesprochen wird die Herausforderung, wie die Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesen vorangetrieben werden soll. Zudem wird die Thematik des Datenschutzes zwar als Grund für die fehlende Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten in die Analyse einbezogen, allerdings wird keine grundlegende Evaluation zum Thema «Datenschutz in der Krise» durchgeführt. Ebenfalls wird nicht auf spezifische Datenschutzprobleme, wie beispielsweise bei der Plattform «meineimpfungen.ch», eingegangen.

Welches sind die wichtigsten Arten von Daten, die zur Bewältigung der Krise hätten zur Verfügung stehen müssen? Welche Daten waren relevant? Für wen standen die Daten zur Verfügung? Welche Arten von Daten fehlten ganz? Zur Bewältigung einer Pandemie braucht es verschiedene Daten, die von unterschiedlichen Akteuren bereitgestellt werden und ausgetauscht werden müssen. Die nachfolgende Darstellung D 4.1 zeigt die Zusammenhänge schematisch auf.

D 4.1: Art der zu erhebenden Daten und Modelle des Datenaustauschs zwischen Organisationen und Ebenen



Quelle: Darstellung Interface/Infras.

⁵⁷ Wenger, A. et al. (2020): Schweizer Krisenmanagement: Die Corona-Virus-Pandemie als fachliche und politische Lernchance. Bulletin 2020 zur schweizerischen Sicherheitspolitik, ETH-Zürich, S. 116–117.

⁵⁸ Ansell, C.; Boin, A.; Keller, A. (2010): Managing transboundary crises: Identifying the building blocks of an effective response system. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 18(4), 195-207. Ansell, C., Sørensen, E., & Torfing, J. (2020): The COVID-19 pandemic as a game changer for public administration and leadership? The need for robust governance responses to turbulent problems. *Public Management Review*, 1–12.

Notwendig sind Daten auf der Individual-, der Organisations-, der kantonalen und der nationalen Ebene. Die Daten sollten die Entwicklung wichtiger Indikatoren im Zeitverlauf abbilden. Dies erlaubt es einerseits, die Pandemie-Massnahmen besser zu kalibrieren, und andererseits, Informationen zum Krankheitsverlauf zu erhalten. Generell sollten Daten ausschliesslich nach dem Once-Only-Prinzip erhoben werden. Dies bedeutet, dass die Daten nur einmal in ein digitales System eingegeben werden müssen und dann (anonymisiert) zur Mehrfachverwendung gespeichert sind. Diese Art der Datenverwendung wird vom Bundesamt für Statistik (BFS) in anderen Bereichen vorangetrieben.⁵⁹

Um die für die Bewältigung der Pandemie notwendigen Daten bereitzustellen, bedarf es der Vorgabe eines nationalen Mindestdatensatzes. Die Vorgabe muss einerseits inhaltlich sein; es muss also vereinbart werden, welche Informationen gesammelt werden müssen. Andererseits müssen die Vorgaben technischer Natur sein, das heisst, die Daten müssen in zentralisierten oder dezentralisierten Datenbanken gesammelt werden, die für den komplexen Datenaustausch geeignet sind (z.B. keine Excel Sheets).

In der Realität war die Datenlage, auf der die Bekämpfung der Pandemie beruhte, ein gutes Stück vom skizzierten Idealzustand entfernt. Gemäss Experten/-innen illustrieren vor allem die folgenden Punkte die Probleme bezüglich Daten, die zur Bewältigung der Krise minimal zur Verfügung stehen und ausgewertet werden müssten:

- Die aktuelle Pandemie zeigt, dass es zum einen eine möglichst genaue Übersicht über die Fälle braucht (z.B. Zahlen neuer Infektionen). Notwendig sind auch Daten über den Krankheitsverlauf von Individuen. Hier bräuchte es «Real time»-Diagnosedaten aus der Sicht der medizinischen Lage. Andererseits ist schon zu Beginn der Pandemie eine vollständige Lagebeschreibung unabdingbar (Beatmungsgeräte, Medikamente, Betten). Diese Grundlagen fehlten weitgehend. Im Herbst 2020 wurden sie rückwirkend erhoben.
- Aufgrund des Fehlens fallbasierter Daten konnten Massnahmen gegen die Krise nicht basierend auf dem exakten Krisenverlauf gemacht werden. Beispielsweise fehlte eine Zusammenführung verschiedener Informationen betreffend einen Covid-19-Fall im Zeitverlauf. Das Meldesystem des BAG genügt dieser Anforderung nicht. Anders das vom BAG mitfinanzierte «Covid-19 Hospital-Based-Surveillance-System» der Universität Genf. Dieses erlaubt es, den gesamten Verlauf des Gesundheitszustands eines Patienten/einer Patientin kontinuierlich zu erfassen und zu überwachen («Agent-based-Daten»). Allerdings ist dieses System als Forschungsprojekt konzipiert, 21 Spitäler wirken freiwillig mit.⁶⁰
- Zur Bekämpfung der Verbreitung des Virus ist es zudem notwendig, dass von Anfang an nicht nur die positiven, sondern auch die negativen Testergebnisse in Echtzeit erfasst werden. Im Falle eines lokalen Corona-Ausbruchs, beispielsweise in einer Schule, ist es nicht nur wichtig zu wissen, wie viele Personen infiziert sind, sondern auch, wie viele Personen negativ getestet wurden. Die Sammlung und die Zusammenführung solcher Daten würden eine genauere Einstellung von Corona-Massnahmen erleichtern.
- Die Aggregation der Daten auf nationaler Ebene hat nur schlecht funktioniert. Hier braucht es ein funktionierendes, ausreichend finanziertes und erprobtes System. Darauf wird später im Bericht ausführlicher eingegangen.

| Welche Hindernisse standen der digitalen Verfügbarkeit dieser Daten im Weg? Welche Arten von Daten standen nicht zentral zur Verfügung? Welche Arten von Daten konnten aufgrund fehlender Interoperabilität vom BAG nicht genutzt werden?

Die Interviews zeigen verschiedene Probleme auf, die dazu geführt haben, dass während der Krise relevante Daten nicht zur Verfügung standen. Dabei spielten vor allem die Vorgaben des EpG, die Unterschiede zwischen den Kantonen, die «Compliance» von Kantonen und Versorgern, die Koordination zwischen Versorgern und Behörden sowie die fehlende Verwendung existierender Systeme eine wichtige Rolle:

- *Epidemiengesetz*: Eine Erklärung für fehlende Daten wird in den Vorgaben des EpG gesehen, die Bund und Kantone unterschiedliche Verantwortungsbereiche zuweist. Der Gesetzgeber habe nicht ausreichend antizipiert, dass es für die Bewältigung einer Epidemie eine digitale Infrastruktur brauche, die den interkantonalen und nationalen Datenaustausch ermöglicht. In einer zentralistischen Herangehensweise hätte man ein bestehendes System für die ganze

⁵⁹ Bundesamt für Statistik: Bundesrat treibt die Mehrfachnutzung von Daten voran. Medienmitteilung vom 25.11.2020.

⁶⁰ Hospital-based surveillance of COVID-19 in Switzerland. <https://www.unige.ch/medecine/hospital-covid/>. Zugriff am 15.09.2020.

Schweiz verbindlich erklären können. Aufgrund der weitgehenden Verantwortung der Kantone für die Datenerhebung sei eine Vielzahl verschiedener Systeme angewendet worden. Beispielsweise habe es 17 verschiedene Systeme zum Contact Tracing in der Schweiz gegeben, mit dem Ergebnis, dass infizierte Personen manchmal in drei Kantonen registriert worden seien. Eine weitere Herausforderung der geteilten Zuständigkeiten und ungenügenden gesetzlichen Grundlage sei, dass es nach dem Ende der Krise vermutlich vielerorts zu einem Rückbau der geschaffenen Kapazitäten kommen werde, was mit einem Verlust der Erfahrungen einhergehe.

- *Unterschiede zwischen den Kantonen:* Einige Interviewpartner/-innen wiesen darauf hin, dass sich die Qualität der digitalen Infrastruktur und der Daten zwischen den Kantonen stark unterscheide.
- *«Compliance» von Kantonen und Versorgern:* Ein weiteres Problem sei die fehlende Einhaltung von Abmachungen und die «Nicht-Befolgung» von Vorgaben bei der Datensammlung durch Kantone und durch Versorger. Beim Meldesystem habe es die Vereinbarung gegeben, dass ein minimaler Datensatz auf nationaler Ebene aggregiert werden solle, um den Verlauf der Pandemie genauer abzubilden (bspw. sozio-demografische Daten, Kontaktfälle usw.). Dabei hätten die Kantone die Verpflichtung, die Informationen in eine nationale Datenbank zu integrieren. Oft seien die Daten aber zu spät oder gar nicht geliefert worden. Noch bis zum Zeitpunkt der Vertiefungsanalyse im Juni 2021 hätten beispielsweise die «nationalen Daten» über die Personen in Isolation und Quarantäne auf den Angaben von 19 der 26 Kantone beruht. Es sei bis zu diesem Zeitpunkt nicht möglich gewesen, wichtige Indikatoren der Pandemie in Echtzeit abzubilden. Nach Ansicht von Experten/-innen fehlt es diesbezüglich vor allem am politischen Willen. Zudem haben einige Interviewpartner/-innen angedeutet, dass Arztpraxen Covid-19-Fälle nicht immer den Behörden gemeldet hätten. Allerdings konnten Interviewpartner/-innen nicht angeben, in welchem Umfang der Meldepflicht nicht Folge geleistet wurde.
- *Koordination von Versorgern und Behörden:* Eine weitere Herausforderung war die Koordination der Datenerfassung und der Datensammlung zwischen Behörden und Gesundheitsversorgern. Beispielsweise sei die Umsetzung der Covid-Codes (für die SwissCovid-App) in den Kantonen problematisch gewesen. Viele Patienten/-innen hätten nicht gewusst, wer ihnen einen Covid-Code ausstellen kann. Zu Beginn seien die Kantonsärzte/-innen für die Verteilung zuständig gewesen. Ihnen scheine es jedoch an der Routine im Umgang mit der grossen Zahl von Anfragen gefehlt zu haben. Nach einer Anpassung der relevanten Verordnung hätten auch die Hausärzte/-innen und die BAG-Infoline von Medgate Codes verteilen können. Allerdings habe dazu erst eine geeignete digitale Lösung erarbeitet werden müssen.
- *Rückständige digitale Infrastruktur:* Die Interviews zeigen auch, dass fehlende digitale Infrastruktur das Krisenmanagement behinderte. So wurde beispielsweise darauf hingewiesen, dass es in grossen Teilen der Schweiz kein Patienten-Management-System gäbe, das sowohl den stationären wie auch den ambulanten Bereich einschliesse. Auch scheinen die bestehenden Erhebungssysteme des Meldewesens des BAG angesichts der grossen Zahl der Fälle überfordert gewesen zu sein. Grundsätzlich seien die Erhebungen in den letzten Jahren aufgrund des Aufwands eher reduziert worden. Das BAG habe diese Probleme zwar erkannt, die zuständige Abteilung Übertragbare Krankheiten habe aber zu wenig Mittel erhalten und die Abteilung Digitale Transformation sei erst 2020 eingerichtet worden. Das elektronische Patientendossier könne zwar einen Teil der festgestellten Lücken beheben. Allerdings würde damit der gegenwärtig mangelhaften Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen nicht genügend entgegengewirkt. Auch würde dadurch das Problem des fehlenden Vertrauens vieler Leistungserbringer in das BAG nicht behoben. Insgesamt fehle es trotz vieler Initiativen am politischen Willen zur Finanzierung der digitalen Infrastruktur und des koordinierten Datenmanagements im Gesundheitswesen.
- *Fehlende Verwendung existierender Systeme:* In der Verordnung zum EpG ist seit 2010 ein Contact-Tracing-System vorgesehen, das von allen Kantonen hätte genutzt werden können. Ein solches System ist auch für das Impfen vorgesehen. Die Programme hätten existiert, wurden aber vom BAG nicht «ausgerollt». Zudem seien diese Module beim BAG nur in der Abteilung Übertragbare Krankheiten gut bekannt gewesen.

| Welche Rolle spielten Anforderungen des Datenschutzes in der Umsetzung von digitalen Projekten (z.B. Datenbanken zur Überwachung und Steuerung, IT-Anwendungen zur Unterstützung der Durchführung von Massnahmen, Granularität bei der Darstellung der Daten zuhanden der Öffentlichkeit)?

Der Datenschutz ist bei der Umsetzung der Massnahmen gegen die Pandemie in verschiedenen Bereichen relevant. In seinem Tätigkeitsbericht 2020/2021 hebt der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte folgende Aspekte hervor: (1) Zugang des BAG zu Mobilitätsdaten der Swisscom, (2) datenschutzrechtliche Herausforderungen mit Blick auf mögliche Erleichterungen für geimpfte Personen, (3) datenschutzkonforme Umsetzung des Covid-19-Zertifikats, (4) Proximity Tracing-App des Bundes (SwissCovid-App), (5) der gesetzliche Rahmen der Kontaktdatenerfassung,

(6) datenschutzrechtliche Aspekte im Homeoffice, (7) datenschutzrechtliche Vorgaben zur Früherkennung von Corona im Arbeitsbereich.⁶¹

Zur Frage, ob und in welchem Umfang die Anforderungen des Datenschutzes die Umsetzung von digitalen Projekten der Pandemie-Bekämpfung beeinflusst haben, äusserten die Interviewpartner/-innen verschiedene Ansichten. Einige waren der Meinung, dass die existierenden Datenschutzgesetze kein grosses Hindernis für die Bereitstellung der notwendigen Daten waren. Andere waren hingegen der Ansicht, dass existierende Datenschutzregelungen ein Hindernis für die Pandemie-Bekämpfung sind. Dies sei vor allem dann der Fall gewesen, wenn – wie in der Schweiz – die Datenerfassung weitgehend ad-hoc organisiert werden musste. Die umfassende Verwendung von anonymisierten und geschützten Daten zur Bekämpfung der Pandemie führte zu einer hohen Aufmerksamkeit für Datensicherheit in der breiten Öffentlichkeit und im Parlament. Dies kann anhand der folgenden Beispiele verdeutlicht werden.

- Zu Beginn der Pandemie habe es Projekte gegeben, bei denen der Datenschutz wenig beachtet wurde, beispielsweise beim Tracking von Mobilitätsdaten, das von Swisscom und dem BAG gemeinsam durchgeführt wurde. Erst nach öffentlichem Druck und parlamentarischen Vorstössen seien Datenschutzfragen nachträglich abgeklärt worden. Der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte habe die Verwendung der Mobilitätsdaten ex-post validiert.⁶²
- Bei der Erarbeitung des Covid-Zertifikats sei der Datenschutz von Anfang an miteinbezogen worden. Mit der frühzeitigen Beachtung des Datenschutzes ist es gemäss Experteneinschätzung gelungen, eine Politisierung des Themas Datensicherheit zu einem späteren Zeitpunkt zu vermeiden.⁶³
- Verschiedene Akteure deuteten an, dass der Datenschutz in der Schweiz nicht besonders restriktiv sei. Mit dem entsprechenden politischen Willen und dem richtigen technischen Ansatz könnten in der Schweiz Daten viel effizienter gesammelt werden als dies heute der Fall sei. Es wird vermutet, dass der Datenschutz auch eine vorgeschoßene Erklärung für fehlenden politischen Willen oder fehlende Kenntnisse sei.
- Verschiedene Interviewpartner/-innen haben aber auch darauf hingewiesen, dass die Datensammlung und Datenweitergabe von einer stabilen gesetzlichen Grundlage profitieren würden. Insbesondere solle zum Beispiel im EpG geregelt werden, wie die Erfassung und der Austausch relevanter Daten zwischen den verschiedenen Akteuren im Falle einer Pandemie in Echtzeit erfolgen können. Beispielsweise sei es im Verlauf der Pandemie rechtlich nicht möglich gewesen, die AHV-Nummer zu verwenden, um eine Mehrfacherhebung von Daten zu vermeiden.

| Welche Rolle spielten unterschiedliche IT-Tools (bei Kantonen/Leistungserbringern usw.) bei der Umsetzung von digitalen Projekten und damit beim Zusammenführen und Nutzen von Daten?

In den Interviews zeigte sich, dass die Schnittstellen zwischen IT-Tools zur Zusammenführung verschiedener Datensätze teilweise eine Herausforderung darstellten. Ein erstes Problem sei die Integration der Primärsysteme in ein Gesamtsystem gewesen, das von der Datenlieferung bis hin zum Monitoring reiche. Wenn also Daten – wie dies in der aktuellen Krise der Fall war – im Bereich der Schnelltests per Excel Sheets ausgetauscht werden, lasse sich deren Qualität kaum validieren. Notwendig sei ein integriertes standardisiertes Datenmodell oder bidirektionale Schnittstellen zum gegenseitigen Datenaustausch.

Ein zweites Problem ergebe sich aus der Tatsache, dass sich die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens auf allen Ebenen bezüglich digitaler Tools nur schlecht abgestimmt hätten. Beispielsweise seien im Meldesystem die Daten der klinischen Befunde durch die Ärzte/-innen und kantonsärztlichen Dienste gesammelt worden. Labore, Apotheken und andere Versorger hätten weitere Laborinformationen generiert, die jedoch nicht im Meldesystem festgehalten seien. Auch sei es nicht immer möglich, Individualdaten zu verknüpfen, weil ein Wiedererkennungsmerkmal fehle. Diesbezüglich könne die systematische Erfassung der AHV-Nummer Abhilfe schaffen. Allerdings fehle heute noch ein übergreifendes Informatiksystem, in dem solche Daten sicher ausgetauscht werden können.

⁶¹ Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter (2021): Tätigkeitsbericht 2020/2021, Bern, S. 18.

⁶² A.a.O., S. 18.

⁶³ A.a.O., S. 42.

4.2.3 Juristische Beurteilung

Der Bund hat bereits mit der Revision des alten Epidemiengesetzes 1970 als Reaktion auf eine Typhus-Epidemie in Zermatt ein ausgebautes Meldesystem für übertragbare Krankheiten eingeführt. Mit der Revision des Gesetzes 2012 wurde dieses System erweitert und verfeinert (Art. 11–15 EpG); zusätzlich wurde die Datenbearbeitung ausführlicher geregelt (Art. 58–62a EpG; Art. 4–24, 88–99 EpV). Die Digitalisierung der Informationssammlung und -bearbeitung widerspiegelt sich in diesen Bestimmungen aber kaum. Da die Digitalisierung weder explizit noch implizit als gesetzlicher Auftrag formuliert ist, liegt zwar kein Vollzugsdefizit vor. Doch sind die rechtlichen Rahmenbedingungen angesichts der heutigen digitalen Möglichkeiten für die Datenbearbeitung nicht mehr passend. Bestimmungen auf Verordnungsstufe würden der politischen Tragweite und Persönlichkeitsrelevanz einer vermehrten Digitalisierung nicht gerecht; daher besteht Handlungsbedarf auf Ebene des formellen Gesetzes.

Dem Nachholbedarf wurde inzwischen mit dem Covid-19-Gesetz des Bundes ein Stück weit Rechnung getragen, nämlich mit der Einfügung von Art. 60a (Proximity-Tracing-System für Covid-19) und Art. 62a (Verbindung des Proximity-Tracing-Systems mit ausländischen Systemen). Allerdings sind diese Bestimmungen sehr punktuell auf die SwissCovid-App bezogen und decken den Handlungsbedarf nur marginal ab. Es ist prüfenswert, ob es sinnvoll ist, auf dem damit eingeschlagenen Weg weiterzufahren und den Umgang mit personenbezogenen Krankheitsdaten unter Bedingungen der Digitalisierung in der Epidemiengesetzgebung zu regeln. Zurzeit sieht das EpG in Art. 11 den Betrieb eines Früherkennungs- und Überwachungssystems für übertragbare Krankheiten vor, ohne zu spezifizieren, auf welcher Technologie dieses System beruhen soll. Die Verantwortung für den Betrieb des Systems wird breit verteilt; das BAG soll «in Zusammenarbeit mit weiteren Bundesstellen und den zuständigen kantonalen Stellen Systeme zur Früherkennung und Überwachung betreiben und diese überdies mit internationalen Systemen koordinieren». Aus Art. 3 der Epidemienvorordnung ergibt sich bezüglich der Datenbearbeitung nichts Zusätzliches; dort werden bloss Systeme erwähnt, die «insbesondere» betrieben werden sollen. Immerhin ist in Art. 13 EpG die Pflicht des Bundesrates verankert, nicht nur die meldepflichtigen Beobachtungen zu übertragbaren Krankheiten, sondern auch «die Meldewege, Meldekriterien und Meldefristen» festzulegen; doch die damit verbundene Kompetenz des Bundes geht nicht so weit, dass der Bund den Kantonen und den diesen Meldung erstattenden Leistungsanbietern bestimmte technische Lösungen für die Datenbearbeitung vorschreiben könnte, weil solche Lösungen ja nicht isoliert für das epidemienbezogene Früherkennungs- und Überwachungssystem eingerichtet werden können, sondern die gesamte Datenbearbeitung auch für ganz andere Zwecke betreffen, für deren Regelung dem Bund die Kompetenz fehlt.

Die Digitalisierung dieser Früherkennungs- und Überwachungssysteme wirft sehr grundsätzliche und allgemeine Fragen auf, deren Bedeutung weit über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten hinausreicht. Sie betrifft beispielsweise das föderalistische Verhältnis zwischen Bund und Kantonen sowie die freie Wahl der Betriebsmittel für die Unternehmensführung der meldepflichtigen Leistungserbringer, die durch die grundrechtliche Unternehmensfreiheit geschützt ist, aber auch den Datenschutz und die Datensicherheit. Die damit verbundenen Fragen sollten in der Gesetzgebung allgemein beantwortet werden, nicht in der Epidemiengesetzgebung spezifisch für die Krankheitsbekämpfung. Andernfalls sind Vollzugsschwierigkeiten vorhersehbar.

Als Beispiel kann das revidierte eidgenössische Datenschutzgesetz vom 25. September 2020 (DSG) dienen, das in Kraft gesetzt werden soll, sobald das ausführende Verordnungsrecht ausgearbeitet ist. Dieses regelt die Bearbeitung personenbezogener Daten von natürlichen Personen. Es sei daran erinnert, dass praktisch alle Daten, die aufgrund der Epidemiengesetzgebung bearbeitet werden, als personenbezogene Daten zu behandeln sind; denn sobald einige Grundinformationen wie das Geschlecht, das Alter und die Herkunftsregion der betroffenen Personen dokumentiert werden, ist ohne grossen Aufwand rekonstruierbar, um welche Personen es sich handelt. Für bloss pseudoanonymisierte Daten gilt das Gleiche ohnehin. Im Datenschutzgesetz ist der Grundsatz der Zweckbindung der Datenbearbeitung verankert (Art. 6 Abs. 3 DSG), der verlangt, dass klar zwischen Datenbearbeitungen für die Zwecke dieser Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und Bearbeitungen zu anderen Zwecken, wie beispielsweise die medizinische und die epidemiologische Forschung (Wissenszwecke), die Heilmittelentwicklung (wirtschaftliche Zwecke), die Entwicklung von medizinischen Behandlungstechniken (medizinische Zwecke) oder die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit («Public health»-Zwecke), unterschieden wird. Personenbezogene Daten, die im Rahmen eines Früherkennungs- und Überwachungssystems für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und damit zum Schutz des Polizeigutes der öffentlichen Gesundheit (= Gefahrlosigkeit der Teilnahme am öffentlichen Leben) beschafft werden, dürfen grundsätzlich nicht für andere Zwecke zugänglich gemacht werden, es sei denn, der Gesetzgeber gewichte diese ebenso stark wie den Schutz des Polizeiguts

der öffentlichen Gesundheit und erlaube die Verwendung zu anderen Zwecken in der formellen Gesetzgebung. Die entsprechenden anderen Zwecke müssen im EpG ausdrücklich als zulässig erklärt (Beispiel: Art. 14 Abs. 1 EpG für Forschungszwecke, nach richtiger Auslegung nur für Forschung bezogen auf übertragbare Krankheiten) und in den Gesetzgebungen, die sachlich auf diese anderen Zweckverwendungen bezogen sind, durch den kantonalen oder den eidgenössischen Gesetzgeber (je nach bundesstaatlicher Zuständigkeit für die jeweilige Materie) geregelt werden. Dabei darf der Gesetzgeber nicht nur auf die allgemeine Wichtigkeit der gegenläufigen Allgemeininteressen abstellen, sondern muss berücksichtigen, wie bedeutsam die Mittel, die eingesetzt werden sollen, für die Wahrung dieser Interessen sind. Erweist sich etwa der Beitrag einer SwissCovid-App für die Überwachung und Identifizierung von ansteckungsverdächtigen Personen wegen technischer Unausgereiftheit, geringer Verbreitung, ungenügender Verwendung oder anderem als bescheiden, hat die Ermöglichung des Einsatzes dieser App wenig Gewicht, auch wenn die dahinterstehenden Interessen des polizeilichen Gesundheitsschutzes an sich sehr wichtig sind.

4.2.4 Internationale Einordnung

Internationale Einordnung in Schweden			Internationale Einordnung in Österreich		
Bedeutung des Themenbereichs			Bedeutung des Themenbereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
<p>Die nationale Behörde für öffentliche Gesundheit (FHM) verwendete eine Reihe verschiedener Monitoringsysteme, um die Verbreitung von Covid-19 in Schweden zu überwachen. Das Vorhandensein unterschiedlicher Berichtssysteme und sich überschneidender administrativer Zuständigkeiten sowie Änderungen in der Strategie und den Prioritäten im Laufe der Zeit haben oft zu Problemen bei der Koordination geführt. Es wurde kein einheitliches System zur Sammlung und Übersicht von Daten und Informationen entwickelt.</p> <p>Bestätigte Fälle werden in der seit 2004 bestehenden Datenbank SmiNet, einem gemeinsamen Projekt von FHM und Infektiologen/-innen der Regionen, gemeldet. Die Meldepflicht für Ansteckungen mit Covid-19 wurde im Februar 2020 eingeführt, später aber eingeschränkt und schliesslich aufgehoben (obwohl einige Regionen sie beibehielten). Im Oktober 2020 wurde sie erneut eingeführt. Das Sammeln von Daten über getestete Personen erfolgt auf aggregierter Ebene durch freiwillige wöchentliche Meldungen der Labore des Landes. Im Laufe der Zeit gab es jedoch Änderungen in den Testprioritäten, was es schwierig macht, einen konsistenten Indikator der Ansteckungsausbreitung über die Zeit zu bestimmen.</p> <p>Die FHM hat zur Messung der Verbreitung von COVID-19 auch das Web-Panel «Health Report» verwendet. Dieses besteht aus einer Gruppe von eingeladenen Personen (ca. 4'500 Personen; Alter: 2 bis 90 Jahre) aus ganz Schweden, die aus dem Bevölkerungsregister ausgewählt werden, die repräsentativ für die schwedische Bevölkerung sind. Diese werden regelmässig befragt, um ein Bild der Gesundheit und der Sicht der Bevölkerung auf die Gesundheit zu erhalten. Die Einführung einer digitalen App zur Kontaktverfolgung wurde von Anfang an mit dem Hinweis auf die Verletzung der Integrität abgelehnt.</p> <p>Das nationale Gesundheits- und Sozialamt stellt Informationen über hospitalisierte Patienten/-innen zusammen, indem es statioäre Daten aus den Regionen und monatliche Berichte des Patientenregisters sammelt. Ein spezielles Berichtsmodul des</p>	<p>In Österreich war die Vernetzung von Daten zu Beginn der Pandemie ungenügend etabliert und hat immer noch Verbesserungspotenzial.</p> <p>Als erster Punkt ist hierbei die ungenügende Digitalisierung bei der Abklärung von Verdachtsfällen zu erwähnen. Patienten/-innen wurden in Teststrassen getestet (ohne systemische Erfassung der Daten), die Zuweisungen wurden händisch ausgefüllt, die Proben in Plastiktüten an die Labors übermittelt, und erst mit Einlesen der Proben durch die Labors war die Spur wieder nachverfolgbar. Oft erfolgte keine direkte Übermittlung der Ergebnisse an die Bezirksverwaltungsbehörden, da keine einheitlichen IT-Systeme verwendet wurden. Es wurden unterschiedliche IT-Systeme zwischen Verwaltungsbehörden, Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten/-innen und Labors verwendet. Oft gab und gibt es keine digitale Befund-Einlesung beziehungsweise Befund-Übermittlung oder Übertragbarkeit (z.B. zwischen verschiedenen Krankenhäusern). Es kam zu massiven Verzögerungen bei den Meldungen von positiven Fällen und beim Contact Tracing. Es gab auch lange kein koordiniertes Vorgehen hinsichtlich der bezirksübergreifenden Teststrategien und der assoziierten Massnahmen. Auch hier gab es auf Landes- und Bezirksebene unterschiedliche Ansätze hinsichtlich des Contact Tracings und der damit verbundenen Massnahmen. Die zentrale Übermittlung der Daten an die Agentur für Gesundheit erfolgt oft mit Verzögerungen. Auch ist die Digitalisierung nach wie vor ein Problem in der Interaktion zwischen Kliniken und Behörden, wo es keine Plattform gibt, um patientenspezifische Modifikationen (Befundinterpretation, Notwendigkeit einer verlängerten Isolation, Entlassung aus Krankenanstalt) einzutragen; das muss immer noch durch Telefonate mit den Bezirksverwaltungsbehörden oder E-Mails erfolgen. Auch das digitale Contact Tracing via Apps hat sich – vor allem wegen in der Bevölkerung und den Medien vorherrschender Ängste der «Überwachung» – nie gut etabliert.</p> <p>Im Verlauf wurde versucht, die Tools zu verbessern und Daten direkt einzulesen. Auch hat man versucht, dadurch die Zeit der Befunderstellung und Übermittlung und damit die Effektivität des</p>				

<p>schwedischen Intensivpflege-Registers überwacht die Belegung mit Intensivpatienten/-innen mit Covid-19.</p> <p>Unterschiedliche Definitionen von Covid-19-Todesfällen wurden von verschiedenen Behörden und Akteuren verwendet, was zu Verwirrung in der Debatte geführt hat.</p>	<p>Contact Tracings zu verbessern. Eine Verbesserung und Vereinheitlichung der IT-Datenpflege führte zu rascheren Befundübermittlungen und damit auch zu einer besseren Übersicht über Infektionsfälle und ein besseres «Case-Management», unter anderem auch durch Kenntnis des Status des Contact Tracings bei Behandlern und Behörden (v.a. wenn Kontaktpersonen in verschiedenen Gemeinden oder Bezirken oder Bundesländern beheimatet sind), über stationäre beziehungsweise entlassene Patienten/-innen, Einsicht in Absonderungsbescheide, Geschwindigkeit von Befunderstellung und Übermittlung und Wahrnehmen von Testungen durch Betroffene.</p> <p>Aus den gemachten Erfahrungen und den praktischen Erkenntnissen von Problemen im Datenmanagement wurden Vorschläge an die Gesundheitsbehörden und die Politik formuliert, um die Datenintegrität, Datenzusammenführung, Datenübermittlung und daraus entstehende Handlungsweisen zu verbessern und dadurch effizienteres und rascheres Handeln zu ermöglichen.</p>
--	--

4.2.5 Handlungsbedarf

Der Handlungsbedarf bezüglich Digitalisierung im Gesundheitswesen wurde bereits vor der Krise erkannt. Die im Zuge der vorliegenden Evaluation gesammelten Informationen weisen darauf hin, dass dem Anliegen vor der Pandemie sowohl auf der politischen Ebene von Bund und Kantonen wie auch auf der administrativen Ebene keine hohe Priorität beigemessen wurde. Damit das Anliegen vorankommt, braucht es jedoch einen politisch-strategischen Willen und die Freigabe der dafür notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen. Der aktuell spürbaren Dynamik stehen weniger technische Herausforderungen als Vorbehalte von Kantonen und Versorgern gegenüber nationalen Vorgaben zu Datensammlung und zum Datenaustausch entgegen.

Die Schweiz benötigt einheitliche, standardisierte oder zumindest kompatibel erhobene Daten zur Darstellung der Entwicklung einer Pandemie. Das System muss die Ansteckungscluster und Übertragungswege mit Real-World-Daten aus Contact Tracing und Labormeldungen aufzeigen können. Ebenfalls ist eine technische Lösung notwendig, um Belegungszahlen aller Spitäler und Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen aus allen Kantonen auswerten zu können. Es sollte auch die Grundlage für die Entwicklung von quantitativen Indikatoren geschaffen werden, die bei Entscheidungen über Verschärfungen und Lockerungen von Massnahmen beigezogen werden können. Spezialisten/-innen erwarten, dass diese Elemente ein besseres Pandemie-Management und einen optimaleren Pandemie-Verlauf ermöglichen.

Bei den Behörden sollten digitale Prozesse längerfristig und vorausschauend betreut werden. Hierfür hat das BAG durch die Schaffung der Abteilung Digitale Transformation bereits vor der Krise eine Grundlage geschaffen. Ebenfalls sollten mögliche Zusammenarbeitsformen mit privaten Technologie-Anbietern eruiert werden. Hinzu kommt die Überlegung, vermehrt Schulungen für digitale Tools und zur Interpretation von Daten in der Bevölkerung und bei Gesundheitsdienstleistern anzubieten. Aufgrund dieser Ergebnisse der Evaluation ergibt sich insbesondere folgender Handlungsbedarf:

■ Politische Ebene

Prioritär bedarf es der politischen Entscheidung für eine zentralisierte oder dezentralisierte Lösung zur Sammlung und zum Austausch von Daten sowie zur Realisierung einer zuverlässigen Lagedarstellung zur Pandemie-Bekämpfung. Ausgangspunkt bilden jedoch in jedem Fall Vorgaben für ein nationales «minimal dataset», das dann in einer zentralen oder dezentralen Lösung umgesetzt wird.

- Bei einer zentralen Lösung stünde eine nationale Datenbank im Zentrum, in die Kantone und Versorger alle notwendigen Daten abfüllen und die aus einer einheitlichen Software-Infrastruktur besteht. Die Einheitlichkeit der Software wäre hier zentral, die Speicherung der Daten könnte hingegen auch logisch getrennt erfolgen. Es gibt bereits verschiedene Datenbanken, beispielsweise im Tierschutz bei Tierseuchen, mit funktionierenden Bundeslösungen. Eine

nationale Datenbank lässt sich verhältnismässig einfach realisieren. Sie schränkt aber den Handlungsspielraum von Kantonen und Versorgern ein.

- Dem gegenüber steht die Option eines dezentralisierten Systems. Dabei gibt es kantonale Datenbanken, die inhaltlich und technisch den nationalen Vorgaben entsprechen. Der Bund stellt eine Austauschplattform zur Verfügung, für die kantonale Systeme über kompatible Schnittstellen verfügen. Eine dezentrale Lösung gibt den Kantonen und den Versorgern viel Handlungsspielraum, um den spezifischen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Möglicherweise kann davon aus ein Wettbewerb besonders guter Lösungen ausgehen, der die Systementwicklung vorantreibt. Allerdings besteht bei einer dezentralen Lösung das Risiko von Kompatibilitätsproblemen und fehlenden Daten.

Weil die Entscheidung für ein zentrales oder ein dezentrales Früherkennungs- und Überwachungssystem politischer Art ist und je nach Ausgestaltung tief in die kantonale Kompetenz der Krankenversorgung und in die unternehmerische Freiheit der meldepflichtigen Leistungserbringer eingreift, müssen die erforderlichen Grundsatzentscheidungen auf der Stufe des formellen Gesetzes, konkret also im EpG, verankert werden. Wichtig ist bei einer zentralen Lösung, dass der Bund die Verwendung von im Falle einer Pandemie neu entwickelten Informatiksystemen den Kantonen vorschreiben kann.

Unabhängig vom gewählten Ansatz braucht es zudem eine Architektur zum sicheren Austausch von Daten verschiedener Systeme. Möglicherweise wird der Bund gerade kleinere Kantone technisch und finanziell unterstützen müssen. Daher braucht es eine politische Entscheidung zur ausreichenden Finanzierung der gewählten Lösung. Klar ist, dass die Ad-hoc-Erarbeitung einer Bundeslösung während der Krise nicht ausreichend funktioniert hat.

I Strategische Ebene

Auf strategischer Ebene muss erstens das Once-Only-Prinzip bei der Datensammlung durchgesetzt werden. Erforderlich dafür ist eine strategische Planung, die nicht nur inhaltliche Prioritäten für die Datenbearbeitung umfasst, sondern auch eine systematische Analyse des Bedarfs an Anpassungen der Gesetzgebung, um jedenfalls eine minimale Standardisierung zu verwirklichen (Epidemien-, aber auch Forschungs-, Berufsbildungs- und andere Gesetzgebungsgebiete). Zudem muss sichergestellt werden, dass die Daten anschliessend effizient ausgewertet und bereitgestellt werden, beispielsweise als Dashboard, das auf der elektronischen Lagedarstellung der Nationalen Alarmzentrale aufbauen könnte. Zweitens muss kurzfristig durch das BAG und die Kantone sichergestellt werden, dass das existierende Wissen über das Datenmanagement nicht verloren geht. Es geht hier nicht nur um Schnittstellen, sondern auch um Kompetenz und Analysefähigkeiten, auch ausserhalb der Behörden. Die in der aktuellen Mittelfristplanung des Bundes vom Juni 2021 festgehaltene Zielsetzung, rasch zu klären, ob und wie pandemiespezifische digitale Systeme in einem adäquaten Bereitschaftsbetrieb für künftige Krisensituationen erhalten werden können und wie in diesen Fällen die Verantwortungsteilung zwischen Bund und Kantonen auszugestalten wäre, ist daher sehr zu begrüssen.⁶⁴ Die Ergebnisse dieser Evaluation zeigen nämlich, dass Kantone bereits damit begonnen haben, Kapazitäten abzubauen. Eine Anpassung der Systeme und der operativen Vorgaben sollte daher nicht zu lange auf sich warten lassen.

I Operative Ebene

Auf operativer Ebene braucht es unter der Leitung des BAG eine regelmässige Übung mit den existierenden Systemen beziehungsweise dem existierenden System. Nach einer politischen Entscheidung, ob ein zentrales oder ein dezentrales System für den Austausch und die Zusammenführung der Daten gewählt wird, müssen diese Systeme installiert und getestet werden. Hier braucht es Klarheit, wer für was zuständig ist.

4.3 Themenbereich «Rollen und Verantwortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung»

Die informierende und verhaltenslenkende Kommunikation mit der Bevölkerung ist gemäss Pandemie-Plan ein wichtiger Baustein der Pandemie-Bewältigung.⁶⁵ Auf Bundesebene stehen die regelmässig durchgeföhrten Pressekonferenzen im Fokus, an welchen sich der Bundesrat sowie verschiedene Fachämter der Bundesverwaltung direkt an die Bevölke-

⁶⁴ Bundesrat (2021): Konzeptpapier Mittelfristplanung. Bericht des Bundesrates: Covid-19-Epidemie: Auslegeordnung und Ausblick Herbst/Winter 2021/22, Bern, S. 21–22.

⁶⁵ BAG (2018): Influenza-Pandemie-Plan Schweiz. Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie. Bern, S. 24.

rung wenden. Ebenfalls eine wichtige Rolle spielt die Kampagne «So schützen wir uns» des BAG, welche die Bevölkerung über verschiedene Kanäle (Plakate, Social Media usw.) zu den aktuellen Massnahmen informiert, motiviert und unterstützt.

Neben dem Bund gibt es seit Beginn der Corona-Pandemie eine grosse Menge an weiteren Akteuren, die über das aktuelle Geschehen informieren. Je nach Phase der Pandemie haben zum Beispiel die Kantone regelmässig mit der Bevölkerung kommuniziert. Weiter haben sich verschiedene Wissenschaftler/-innen zum Pandemie-Verlauf und zur Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen geäussert und damit die öffentliche Wahrnehmung der Krisenbewältigung mitgeprägt. Eine besondere Rolle spielten die Mitglieder der SN-STF, deren Aussagen viel Aufmerksamkeit erhielten. Während der ersten und der zweiten Welle kam es zudem auch zu Appellen seitens Gesundheitspersonal (Ärzte/-innen, Pflegepersonal) an die Bevölkerung, die durch die Medien sowie Social Media eine grosse Strahlkraft hatten.

4.3.1 Ausgangslage

In den Gesprächen, die in der ersten Phase der Evaluation bis März 2021 geführt wurden, haben verschiedene Akteure einzelne Aspekte der Kommunikation mit der Bevölkerung kritisiert. Beispielsweise habe in der Kommunikation des BAG zur Wirksamkeit und Beschaffung von Masken die Kohärenz und die Nachvollziehbarkeit gefehlt, so eine Kritik. Auch habe das BAG teilweise zu wenig proaktiv kommuniziert und Entscheide nicht ausreichend begründet. Weiter zeigen auch die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung gewisse Kritikpunkte bei der Kommunikation auf (vgl. Abschnitt 2.2.1).

Da der Kommunikation mit der Bevölkerung eine zentrale Rolle bei der Akzeptanz der Massnahmen und damit auch bei der erfolgreichen Krisenbewältigung zukommt, hat die Begleitgruppe dieses Thema priorisiert. Vor diesem Hintergrund hat sich die Steuergruppe entschieden, die Kommunikation im Rahmen einer Vertiefung zu beleuchten, namentlich die Frage der Rollen und Verantwortlichkeiten in der Kommunikation mit der Bevölkerung im Pandemie-Fall. Nicht Gegenstand der Vertiefung sind die Kommunikationsinhalte. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind spezifische Massnahmen, die sich mit Fehlinformation, Verschwörungstheorien und ähnlichen Themen befassen, die das Krisenmanagement des BAG herausfordert haben.

4.3.2 Beantwortung der Leitfragen

| Wie wurden Rollen und Verantwortung in der Kommunikation gesundheitsrelevanter Inhalte durch den Bund wahrgenommen? Welche rechtlichen und strategischen Grundlagen lagen der Organisation zugrunde? Wie haben sich die Rollen und Aktivitäten der Hauptakteure in verschiedenen Phasen verändert?

Die Rollen und Aufgaben des Bundes bei der Kommunikation mit der Bevölkerung während der Corona-Pandemie sind in verschiedenen gesetzlichen Grundlagen festgelegt. Das Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz (RVOG) regelt die Zuständigkeiten und die Kompetenzen der Regierung und der Bundesverwaltung. Das Gesetz hält fest, welche Aufgaben und Rollen die verschiedenen Akteure bei der Kommunikation mit der Bevölkerung im Allgemeinen einnehmen. Die Bundeskanzlei ist in Zusammenarbeit mit den Departementen zuständig für die Information der Bundesversammlung, der Kantone und der Öffentlichkeit über Entscheide, Absichten und Vorkehren des Bundesrates (vgl. Art. 23 RVOV). Weiter nimmt die Bundeskanzlei in einer Krisensituation auf organisatorischer Ebene eine departementsübergreifende Koordinationsfunktion wahr (vgl. Art. 33, Abs. 1 bis RVOG).

Während einer Pandemie ebenfalls relevant sind die Bestimmungen des EpG, welche die Information der Bevölkerung zu übertragbaren Krankheiten regeln. Für die normale Lage sieht das EpG in Art. 9 vor, dass das BAG die Bevölkerung informiert sowie regelmässig Zusammenstellungen und Analysen über die übertragbaren Krankheiten und Empfehlungen zu Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten gemäss dem neusten wissenschaftlichen Stand und im Einvernehmen mit anderen Bundesämtern veröffentlicht. Weiter sollen gemäss EpG das BAG und die zuständigen kantonalen Behörden ihre Informationstätigkeiten koordinieren. Zudem hat das im EpG verankerte Koordinationsorgan unter anderem den Auftrag, die Information und Koordination zwischen Bund und Kantonen abzusprechen (vgl. Art 54 EpG). Der Pandemie-Plan hält fest, dass je nach Eskalationsstufe die Führung der Kommunikation beim BAG beziehungsweise beim EDI oder – wenn mehrere Departemente betroffen sind – bei der Bundeskanzlei liegt.⁶⁶ Der Entscheid über die

⁶⁶ A.a.O.

Zuständigkeit liegt beim Bundesrat. Dem BAG obliegt in allen Lagen die fachliche Leitung der Kommunikation (vgl. Pandemie-Plan, Abschnitt 2.1.1).

Für die befragten Kommunikationsverantwortlichen auf Bundesebene war die Aufgabenteilung auf Bundesebene klar und zielführend. Sie unterschieden bei der mündlichen Kommunikation mit der Bevölkerung zwischen zwei Ebenen:

- *Politische Kommunikation durch den Bundesrat:* Der Bundesrat – vorwiegend verkörpert durch den Vorsteher des EDI sowie die Bundespräsidentin beziehungsweise den Bundespräsidenten – kommunizierte die politischen Entscheide und Massnahmen, die getroffen wurden. Er informierte die Bevölkerung regelmässig in der Form von Pressekonferenzen über die aktuellen politischen Entscheide.
- *Fachliche Kommunikation durch das BAG sowie weitere Fachämter:* Die zuständigen Fachämter bedienten die Bevölkerung mit regelmässig durchgeführten «Points de Presse» über den aktuellen Stand des Wissens. Aufgrund der Schwerpunktthemen während einer Pandemie erfolgte die fachliche Kommunikation hauptsächlich über das BAG. Je nach Thema haben aber auch Einheiten des Bundes (z.B. SECO, Armee) die Bevölkerung aus ihrem Fachgebiet informiert.

Das Koordinationsorgan Epidemiengesetz hat bei der Koordination der Kommunikation keine Funktion übernommen.

Je nach Phase der Pandemie hatte der Bund verschiedene Rollen bei der mündlichen Kommunikation mit der Bevölkerung. Basierend auf den geführten Interviews lassen sich drei Phasen der mündlichen Kommunikation mit der Bevölkerung durch den Bund erkennen (vgl. folgende Darstellung).

D 4.2: Phasen der Krisenkommunikation durch den Bund

Organisation der Kommunikation	Zentrale Kennzeichen der Phase
Phase I: Mitte März bis Juni 2020	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausserordentliche Lage und damit alleinige Führung durch den Bund - Steigende Fallzahlen, 1. Welle, 1. Lockdown von Mitte März bis Mitte Mai inklusive Schulschliessung 	
<ul style="list-style-type: none"> - Intensive Kommunikation mit der Bevölkerung durch den Bundesrat Alain Berset und Daniel Koch («Mr. Corona») als Leiter der Abteilung Übertragbare Krankheiten - Koordination der Kommunikation durch die Bundeskanzlei 	<ul style="list-style-type: none"> Phase der Erklärung und der Beruhigung Grosse Unsicherheit über das Virus und die Folgen für die Schweiz: Wie gefährlich ist das Virus? Wird das Gesundheitssystem überlastet? Intensive Kommunikation mit der Bevölkerung: Es musste sowohl fachlich zum Virus und den Auswirkungen kommuniziert werden wie politisch zu den umfassenden Entscheiden, die erstmals in der Schweiz getroffen wurden. Direkte Kommunikation zwischen dem Bundesrat und der Bevölkerung/den Medien: Gewisse Akteure der Öffentlichkeit, wie die Kantone oder das Parlament, waren aufgrund der ausserordentlichen Lage temporär in der Kommunikation nicht mehr präsent.
Phase II: Juli 2020 bis Oktober 2020	
<ul style="list-style-type: none"> - Besondere Lage und damit stärkerer Einbezug der Kantone - Tiefe Fallzahlen im Sommer, Anstieg der Fallzahlen ab Herbst. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Übergabe der Kommunikationskoordination von Bundeskanzlei an EDI/BAG, Verantwortung ging zurück an die Kantone sowie an das federführende Departement (EDI). - Pensionierung von Daniel Koch und Neubesetzung der Abteilungsleitung Übertragbare Krankheiten durch Stefan Kuster. - Massnahmen und Kommunikation vermehrt bei Kantonen. 	<ul style="list-style-type: none"> Phase der Kantone Der Bund kommunizierte deutlich weniger: Hinderlich war, dass sich die Kantone selbst wenig koordinierten, weder bei den Massnahmen noch bei der Kommunikation. Viel Platz für andere Kommunikationsakteure: Verschiedene Gruppierungen und auch Wissenschaftler/-innen haben sich im Sommer/Herbst 2020 geäussert. Es war nicht mehr klar, was die Strategie in der Schweiz im Umgang mit dem Virus ist. Deutlich sinkendes Vertrauen in Bund und Kantone: Tiefpunkt in Pandemie-Management bezüglich Vertrauen war im Spätherbst. Als die Koordination wieder besser wurde und der Bund wieder mehr die Leader-Rolle übernommen hat, kam das Vertrauen teilweise zurück.

<i>Organisation der Kommunikation</i>	<i>Zentrale Kennzeichen der Phase</i>
Phase III: Oktober 2020 bis Juni 2021	
<ul style="list-style-type: none"> - Starker Anstieg der Fallzahlen ab Herbst 2020 - 2. Lockdown vom 22. Dezember 2020 bis 1. März 2021, keine Schulschliessung - Impfung der Risikopersonen ab Januar 2021 	<ul style="list-style-type: none"> - Bundeskanzlei hat Lead bei der Koordination der Kommunikation wieder übernommen - Rücktritt der Abteilungsleitung übertragbare Krankheiten beim BAG per Ende 2020. Fachliche Kommunikation mit der Bevölkerung seitens BAG seither durch Sektionsleitungen Virginie Masserey (Sektion Infektionskontrolle) und Patrick Mathys (Krisenbewältigung und internationale Zusammenarbeit). <p>Phase der erneuten Kommunikationsführerschaft des Bundes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sichtbarkeit des Bundes nimmt wieder zu: Die Bundeskanzlei hat wieder übernommen und ihre Dispositive hochgefahren. - Zunehmende Klarheit der Kommunikation: Die Kommunikation von Bund und Kantonen wird besser abgestimmt: Die Auftritte des Bundesrates erfolgen zum Teil gemeinsam mit Mitgliedern kantonaler Regierungen. - Wachsende Pandemie-Müdigkeit der Bevölkerung: Die Vorbehalte gewisser Bevölkerungsgruppen gegenüber den Massnahmen nehmen zu. Die Massnahmen werden in der Gesellschaft zunehmend diskutiert. - Kantone sind weiterhin zu einem Teil in der Verantwortung: Auch wenn der Bund wieder eine stärkere Rolle übernommen hat, verfolgen Kantone z.T. eigene Wege. - Das Parlament übernimmt wieder eine aktiver Rolle: Organe des Parlaments (z.B. Kommissionen) bringen sich zunehmend in die öffentliche Diskussion ein.

Quelle: Darstellung Interface/Infras.

Wie wurde die mündliche Kommunikation des Bundes in der Bevölkerung in verschiedenen Phasen aufgenommen? Wie gut und kohärent fühlte sich die Bevölkerung informiert?

Der Informationsbedarf der Bevölkerung war und ist seit Beginn der Pandemie gross. Gleichzeitig ändern sich das Wissen und die Rahmenbedingungen teilweise täglich. Entsprechend waren die Kommunikationsverantwortlichen auf Bundesebene mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert, wie beispielsweise dem grossen Medieninteresse (inkl. Bedarf nach Echtzeitdaten), komplexen Inhalten und Zusammenhängen sowie der Dynamik des Pandemie-Verlaufs. Im Pandemie-Plan aus dem Jahr 2018 werden einige der genannten Herausforderungen aufgeführt.⁶⁷ Sie sind daher in die Kommunikationsstrategien des Bundes eingeflossen.

Die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung zeigen, dass sich die Bevölkerung insgesamt gut oder eher gut durch Bund und Kantone informiert fühlte (vgl. Abschnitt 2.2.1). Etwas kritischer fällt die Beurteilung bei der Nachvollziehbarkeit der Entscheide aus. Die meistgenannten Kritikpunkte, die im Rahmen der Bevölkerungsbefragung genannt wurden, waren die mangelnde Koordination zwischen Bund und Kantonen und widersprüchliche Informationen.

Die Bevölkerungsbefragungen durch Sotomo zeigen auf, dass die Kommunikationsleistung der Regierung und Verwaltung in der ersten Welle zunächst überwiegend positiv beurteilt wurden. Zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 verschlechterte sich jedoch die Einschätzung deutlich. Seit März 2021 wird die Kommunikation wieder positiver beurteilt, jedoch deutlich weniger positiv als zu Beginn der Pandemie.⁶⁸ Eine Spezialauswertung kommt zum Schluss, dass eine verstärkte zielgruppenspezifische Kommunikation für die junge Bevölkerung wünschenswert wäre.⁶⁹

⁶⁷ Folgende Herausforderungen sind im Pandemie-Plan aus dem Jahr 2018 bereits aufgeführt: Unsicherheiten betreffend Ausmass der Bedrohung und Gefährlichkeit, rascher und angemessener Wissensstand über die Krise bei der Bevölkerung erreichen, Umgang mit Falschinformationen, Stigmatisierung und Diskriminierung erkrankter Personen und ihres Umfelds, Solidarität im Bereich Schutzmassnahmen.

⁶⁸ Sotomo (2021): 8. SRG Corona-Monitor-Studienbericht, 9.7.2021, Zürich.

⁶⁹ Sotomo (2021): Die Schweizer Jugend in der Pandemie – Spezialauswertung des SRG-Corona-Monitors im Auftrag des BAG, Juli 2021. Zürich.

Eine Studie der Universität Genf bewertet die Kommunikation des Bundes mit der Bevölkerung während der ersten Welle als erfolgreich.⁷⁰ Aus folgenden Gründen: Erstens habe der Bundesrat trotz der Vielfalt der verwendeten Kommunikationskanäle eine einheitliche Botschaft vermittelt. Zudem sei diese positiv und nicht als Verbot formuliert gewesen. Zweitens seien neben den Verhaltensempfehlungen auch Begründungen angefügt worden. Drittens werde ein Bezug zu nationalen Werten wie Freiheit und Eigenverantwortung hergestellt. Im Gegensatz dazu kommt eine Untersuchung, die sich mit der Reputation des BAG während der Corona-Krise befasst hat, zu einer kritischeren Beurteilung. Diese Arbeit umfasst den Untersuchungszeitraum zwischen Januar und März 2020 und stellt eine eher negative öffentliche Wahrnehmung des BAG fest, da das Amt im Zusammenhang mit den Masken nicht ehrlich kommuniziert habe.⁷¹ Dies habe das Vertrauen erschüttert. Anschliessend sei sehr viel Transparenz bei der Kommunikation notwendig gewesen, um das Vertrauen der Bevölkerung wieder zu gewinnen.⁷² Der Vorwurf an den Bund, bei der Wirksamkeit der Masken Fehlinformationen verbreitet zu haben, kursiert bis heute. Die SN-STF hat im Juli 2020 festgehalten, dass bei der Kommunikation die grosse Unsicherheit über die Pandemie und das rasche Tempo der wissenschaftlichen Forschung berücksichtigt werden müssen.⁷³ Weiter weist einer der im Rahmen der Evaluation befragten Kommunikationsexperten darauf hin, dass wirksame Kommunikation in der Öffentlichkeit einen inhaltlichen Konsens zwischen Bund und Kantonen brauche. So hätten etwa die im Winter öffentlich ausgetragenen Meinungsunterschiede zwischen Bund und Kantonen (z.B. Terrassenstreit) dem Vertrauen der Bevölkerung in die Regierung geschadet.

| Wo lagen die Stärken und Schwächen der Rollen der Hauptakteure des Bundes? Wo bestehen Defizite und Verbesserungsbedarf?

Im Rahmen der vertiefenden Interviews haben die Befragten verschiedene Stärken und Schwächen bei der Kommunikation mit der Bevölkerung aufgeführt. Vor allem von den Kommunikationsverantwortlichen aus der Bundesverwaltung wurden folgende *Stärken* hervorgehoben:

- Die vorgesehenen Strukturen für die Krisenkommunikation hätten gut funktioniert. Die mündliche Kommunikation durch den Bund zeichne sich aus durch die regelmässigen Pressekonferenzen, an welchen der Bundesrat über die neuesten Entscheide und Massnahmen informiere (politische Kommunikation) und die «Points de Presse» mit den fachlichen Hintergrundinformationen durch das BAG (fachliche Kommunikation). Bei den wöchentlichen «Points de Presse» spreche das BAG direkt zur Bevölkerung und beantworte im Livestream die Fragen der Presse.
- Die Bevölkerungskampagne «So schützen wir uns» habe sehr früh gestartet und eine wichtige Orientierungsfunktion übernommen. Die Kampagnenprodukte würden intensiv genutzt und wahrgenommen. Zahlreiche Unternehmen und Institutionen hätten die Plakate heruntergeladen und aufgehängt.⁷⁴ Die Piktogramme und das Farbkonzept hätten gut funktioniert. Damit sei es dem BAG gelungen, von Beginn an den Lead bei der Kommunikation mit der Bevölkerung zu übernehmen.
- Durch einen gemeinsamen Twitter-Kanal von Bund und Kantonen sowie allen Blaulichtorganisationen via Alertswiss hätten Informationen regelmässig an die Bevölkerung verteilt werden können. Dies habe den Vorteil, dass die Informationen von offiziellen Quellen auch in den Sozialen Medien koordiniert wurden.
- Der Austausch zwischen Bund und Kantonen habe ebenfalls gut funktioniert. Mit den wöchentlichen Sitzungen der Kommunikationsverantwortlichen habe ein regelmässiger Austausch stattgefunden und die Beteiligten hätten jeweils im Voraus gewusst, was kommuniziert werde.
- Weiter sei im Bereich der Kommunikation mit der Bevölkerung die Zusammenarbeit mit der Wirtschaft gut. So hätten zahlreiche Unternehmen mit einer grossen Strahlkraft (z.B. Grossverteiler, SBB, Telekomunternehmen) die

⁷⁰ Schröter, J. (2020): Vertrauen statt Verbote. Die Kommunikation des Schweizer Bundesrats und Bundesamt für Gesundheit in der Covid-19-Krise, Zeitschrift für Sprachkritik und Sprachkultur. 16. Jahrgang, 2020, Heft 02/03, S. 166–174.

⁷¹ commslab (2020): Corona-Virus – Analyse und Impact auf BAG-Reputation – Bericht 3/2020, Untersuchungszeitraum 01.01.2020–04.10.2020. 12. Oktober 2020, Basel. Im Bericht wird nicht erläutert, ob es sich um das ganze Amt oder um einzelne Akteure handelt.

⁷² A.a.O.

⁷³ Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Policy Brief «Communication and SARS-CoV-2» vom 22.07.2020.

⁷⁴ Die Plakate wurden rund 5 Millionen Mal heruntergeladen (Stand Sommer 2021).

Kommunikationsarbeit des Bundes unterstützt, indem beispielsweise die Botschaften der Kampagne auf Einkaufstaschen gedruckt, Plakate in allen Zügen und Bahnhöfen aufgehängt oder Kunden/-innen eingeladen wurden, die SwissCovid-App herunterzuladen.

Die Interviewpartner/-innen haben aber auch auf folgende *Schwächen und Herausforderungen* bei der Kommunikation mit der Bevölkerung hingewiesen:

- Der Einbezug der Wissenschaft sei nur teilweise geglückt: Die Mitglieder der SN-STF hätten eine schwierige Rolle, die es zukünftig besser zu regeln gelte. Als Mitglied der SN-STF hätten sie eine grosse Plattform und damit eine Verantwortung, deren sie sich bewusst sein müssen. Die Wissenschaftler/-innen sollten die Fakten aufzeigen und erläutern, ohne dabei die kommunizierten Massnahmen und Lockerungen zu bewerten. Ein wissenschaftliches Beratungsorgan der Regierung sollte Entscheidungsgrundlagen aufarbeiten und nicht selbst entscheiden oder Forderungen stellen.
- Wenn die Verantwortlichkeiten vom Bund zu den Kantonen wechseln, müssten diese die Koordination der Kommunikation ebenfalls gewährleisten. Das habe nicht funktioniert. Die Kantone hätten weder ihre Massnahmen noch ihre Kommunikation untereinander abgestimmt. Die Kantone müssten ebenfalls gemeinsam auftreten und informieren. Eventuell wäre es besser, wenn der Bund die Verantwortung für die Kommunikation in keiner Phase an die Kantone delegieren würde.
- Öffentlich ausgetragene Meinungsunterschiede zwischen Bund und Kantonen seien in Bezug auf die Krisenkommunikation besonders ungünstig zu bewerten (z.B. Terrassenstreit im Winter 2020/21). Dabei handle es sich jedoch weniger um ein Problem der Kommunikation als um eine Auseinandersetzung betreffend Handlungskompetenzen im Föderalismus zum Zeitpunkt der Krise.
- Es sei schlecht, dass das BAG unkorrekte Informationen kommuniziert habe, wie dies insbesondere zu Beginn der Krise der Fall war (z.B. Fehlmeldungen zu verstorbener 9-Jährigen, falsche Zahlen zu Ansteckungsorten). Fehlmeldungen des BAG wurden von den Medien intensiv aufgenommen und haben zeitweise zu starker öffentlicher Kritik geführt. Seit Sommer 2020 werde seitens BAG viel Arbeit in die Validierung der Informationen gesteckt und Fehlmeldungen seien nahezu eliminiert worden.
- Immer wieder wurde auf die Kommunikation zum Thema Maskentragen zu Beginn der Krise hingewiesen. Bis heute halte sich der Vorwurf in der Öffentlichkeit, dass das BAG bewusst Informationen zur Wirksamkeit von Masken zurückgehalten habe, um die fehlenden Bestände zu vertuschen. Rückblickend hätte man hier klarer kommunizieren und diesem Vorwurf aktiver widersprechen sollen.

4.3.3 Juristische Beurteilung

Grundsätzlich ist der Bundesrat verantwortlich dafür, dass die Öffentlichkeit eine «einheitliche, frühzeitige und kontinuierliche Information über seine Lagebeurteilungen, Planungen, Entscheide und Vorkehren» erhält (Art. 54 Abs. 2 RVOG), soweit nicht besondere gesetzliche Bestimmungen zum Schutz überwiegender öffentlicher oder privater Interessen etwas anderes vorsehen (Art. 10 Abs. 3 RVOG). Besondere gesetzliche Bestimmungen zum Schutz überwiegender öffentlicher oder privater Interessen, die in Art. 10 Abs. 3 RVOG vorbehalten sind, finden sich unter anderem für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, nämlich in Art. 9 und 54 des EpG.

Für die normale Lage sieht das EpG in Art. 9 mit Bezug auf die Kommunikation vor, dass das BAG die Öffentlichkeit, bestimmte Personengruppen sowie Behörden und Fachpersonen informiert, regelmässig Zusammenstellungen und Analysen über die übertragbaren Krankheiten veröffentlicht, Empfehlungen zu Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten und zum Umgang mit Krankheitserregern gemäss dem neusten wissenschaftlichen Stand und im Einvernehmen mit anderen Bundesämtern publiziert und seine Informationstätigkeit mit derjenigen der kantonalen Behörden koordiniert. Das BAG sorgt auch dafür, dass die Kantone die für die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten massgeblichen Informationen erhalten. Die zuständigen Stellen des Bundes und der Kantone tauschen Forschungsergebnisse, Fachwissen und Informationen über Ausbildungs- und Überwachungsprogramme untereinander aus (Art. 10 EpG). Die Koordination der Informationstätigkeit durch die Bundesstellen und kantonalen Behörden obliegt gemäss Art. 54 EpG dem Koordinationsorgan, einem Organ zur Förderung der bundesstaatlichen Zusammenarbeit aus Vertretern/-innen des Bundes und der Kantone, das von Bund und Kantonen gemeinsam geschaffen wird und bei Bedarf mit weiteren sachkundigen Personen ergänzt werden kann. Zudem kann der Bundesrat gemäss Art. 19 des Gesetzes Institutionen des

Bildungs- und Gesundheitswesens verpflichten, Informationen über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und Beratungen zu deren Verhütung und Bekämpfung anzubieten (Abs. 2 Bst. c). In dieser auf die normale Lage zugeschnittene Regelung der Informationstätigkeit erschöpfen sich die besonderen gesetzlichen Bestimmungen des EpG. Diese Regelung gilt daher auch für Krisensituationen wie die besondere oder die ausserordentliche Lage gemäss Art. 6 und 7 EpG.

An sich hat sich die Informationstätigkeit von Bundesrat und BAG innerhalb dieses gesetzlich vorgegebenen Rahmens bewegt. Die Abstimmung zwischen BAG und anderen Bundesstellen wurde je nach Situation durch das BAG vorbereitend vorgenommen oder durch Einladung von Vertretern/-innen der jeweiligen anderen Bundesstellen zu den «Points de Presse» ermöglicht. Die Koordination zwischen der Informationstätigkeit der Kantone und des Bundes wurde mit Bezug auf die Information der Öffentlichkeit durch Bundesrat, BAG und Präsidium der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) in der Regel erreicht. Doch die Abstimmung zwischen den kantonalen Gesundheitsdirektionen war ab Sommer 2020, nach dem Übergang von der ausserordentlichen zur besonderen Lage, mangelhaft. Wie weit dafür sachliche Divergenzen über den Vollzug innerhalb der von Bundesseite offen gelassenen Ermessensspieldräume den Ausschlag gaben und wie weit nur eine ungenügende Abstimmung der Information über an sich kompatible sachliche Positionen, lässt sich von aussen nicht immer erkennen.

Grosse Verwirrung und Irritation in der Öffentlichkeit entstanden durch öffentliche Informationsaktivitäten einzelner Mitglieder der SN-STF. Diesbezüglich erwies sich die Umschreibung der Berichterstattungs- und Kommunikationsaufgabe in Ziff. 4 des «Rahmenmandats an die Swiss National Covid-19 Science Task Force»⁷⁵ als problematisch («Die anderen Mitglieder der SN-STF können sich in ihrer Funktion ausserhalb ihrer Zugehörigkeit zur Task Force [bspw. als Leiter/-in einer Institution, als Professor/-in oder Forschende/-r] jederzeit frei äussern, sie deklarieren dies aber jeweils klar»). Verbesserungen brachte der Umstand, dass der Bundesrat Ende 2020/Anfang 2021 seine Führungsrolle in der besonderen Lage wieder stärker übernahm und dafür sorgte, dass auch in der Kommunikation sein Führungsanspruch deutlich wurde.

4.3.4 Internationale Einordnung

Internationale Einordnung in Schweden			Internationale Einordnung in Österreich		
Bedeutung des Themenbereichs			Bedeutung des Themenbereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
Ab März 2020 hielt die nationale Behörde für öffentliche Gesundheit (FHM) im Auftrag der Regierung fast täglich Pressekonferenzen in Zusammenarbeit mit der schwedischen Agentur für zivile Notfälle, der schwedischen Agentur für medizinische Produkte und dem nationalen Gesundheits- und Sozialamt ab, in denen sie ihre Einschätzung der Situation und ihre Empfehlungen darlegten. Die live übertragenen Pressekonferenzen wurden von vielen Menschen verfolgt. Die Agentur für zivile Notfälle wurde beauftragt, das Kommunikationsmaterial zu erstellen, das an öffentlichen Orten und in Medienkanälen eingesetzt wurde, und zwar in verschiedenen Sprachen, um den Zugang Aller zu gewährleisten und um Fehlinformationen und Gerüchten vorzubeugen. Ein Teil des Auftrags bestand darin, die Einstellung der schwedischen Bevölkerung zu den Empfehlungen der Behörden und die Motivation, diese zu befolgen, zu verfolgen (Corona-Barometer). Dadurch konnten die Botschaften und Mittel angepasst werden, um verschiedene Gruppen, zum Beispiel Jugendliche, zu erreichen. Die Kommunikationsstrategie beinhaltete auch die Zusammenarbeit mit Organisationen, Verbänden und Gemeinden, um	Zu Beginn der Pandemie erfolgte die Kommunikation sehr stringent durch die Bundesregierung beziehungsweise die Landeshauptleute. Teilweise wurden auf Landesebene auch Experten/-innen im Rahmen von Pressekonferenzen eingebunden, um das Infektionsgeschehen oder die Bedeutung von Massnahmen zu erklären. Während des weiteren Verlaufs der Pandemie verlief die Kommunikation dann weniger stringent, wodurch die vermittelten Inhalte von Teilen der Bevölkerung nicht mehr wahrgenommen wurden. Das betrifft insbesondere die Nachvollziehbarkeit und Konsistenz von Entscheidungen, die unterschiedliche Gewichtung von Massnahmen und auch die in den Medien geführte Diskussion darüber. Zu letzterem trugen unterschiedlichen Expertenmeinungen beziehungsweise Stellungnahmen von Interessensgruppen zum Pandemie-Geschehen und den getroffenen Massnahmen bei. Vor allem geweckte Hoffnungen («Licht am Ende des Tunnels»), die sich nicht erfüllten, haben zu einer Informationsverdrossenheit in der Bevölkerung beigetragen.				

⁷⁵ https://scientifictaskforce.ch/wp-content/uploads/2020/12/Science_Task_Force_Mandate_2020.pdf.

möglichst viele Einzelpersonen und Gruppen zu erreichen. Mehr als 85 Prozent der Bevölkerung geben an, dass sie die Empfehlungen der Behörden gut kennen und glauben, dass sie genug Wissen haben, um mit den Risiken von Covid-19 umzugehen. Ein noch gröserer Anteil ist der Meinung, dass die Kommunikation klar war und sich auf ihre Bereitschaft, den Empfehlungen zu folgen, ausgewirkt hat.

Einzelne Zielgruppen haben sich jedoch über die ungenügende Transparenz und den wahrgenommenen Mangel an wissenschaftlichen Grundlagen hinter den meisten Entscheidungen beschwert. Aus diesem Grund ist das Vertrauen in das Krisenmanagement im Laufe der Zeit gesunken.

Eine Studie⁷⁶ zur Krisenkommunikation in Schweden weist darauf hin, dass die Akteure auf nationaler Ebene keine ausreichenden Kenntnisse über die Bedürfnisse der Regionen und Gemeinden hatten. In Zukunft sei es ratsam, eine flexiblere Struktur für die Zusammenarbeit und Koordinierung der Kommunikation zu haben, die an die Art der spezifischen Krise angepasst werden kann. Auch müsse das in den Gemeinden und Regionen vorhandene Wissen über die Zielgruppen und die Bürger/-innen besser genutzt werden.

Was fehlte, war eine klare, transparente, einheitliche und nachvollziehbare Kommunikation von Inhalten, auch mit dem Hinweis darauf, dass es beispielsweise in der Pandemie oft kurzfristige Änderungen der Strategie braucht, weil vieles nicht vorhersehbar ist. Basierend auf den Erfahrungen kann der Schluss gezogen werden, dass für die Bevölkerung eine sachliche, faktenbasierte Kommunikation wichtig ist. Allerdings ist die Diskussion um geeignete Massnahmen auch in Österreich politisiert worden. Vorgangsweisen und Themen wurden zum Gegenstand parteipolitischer Auseinandersetzungen mit unterschiedlichen Standpunkten (z.B. Testungen/Gratistests; Impfpflicht ja/nein oder für bestimmte Berufsgruppen), was der Krisenkommunikation nicht förderlich war und für Informationsverdrossenheit in der Bevölkerung sorgte (d.h. pandemie-spezifische Informationssendungen oder Medienberichte werden gemieden).

In Österreich erwies sich die Aufgabenzuordnung in der Kommunikation und Vereinheitlichung zwischen den verschiedenen Verwaltungsebenen (Bund, Länder, Gemeinden) als ungenügend. Zudem scheinen mehr Anstrengungen notwendig, um Personen zu erreichen, welche die normalen Kommunikationskanäle nicht nutzen, weil sie in sozialen oder ethnischen «Blasen» leben, bei denen ein Misstrauen besteht oder die nur am Rande in unser Sozial- und Gesundheitssystem eingebunden sind.

4.3.5 Handlungsbedarf

Bei der mündlichen Kommunikation wurde zwischen der politischen Kommunikation durch den Bundesrat sowie der fachlichen Kommunikation durch die verschiedenen Fachämter unterschieden, wobei das BAG hier klar die Führung innehatte. Die Bundeskanzlei führte über weite Teile der Pandemie sowohl die departementsübergreifende Koordination der Kommunikation als auch die Koordination der Kommunikation zwischen Bund und Kantonen an.

Politische Ebene

Auf politischer Ebene besteht Handlungsbedarf bezüglich Klärung von Kompetenzen und Verantwortung sowie der Koordination der Kommunikation von Bund und Kantonen während der Phase der besonderen Lage. Zwischen Sommer und Herbst 2020 hatte der Bund mit dem Übergang von der ausserordentlichen zur besonderen Lage die Verantwortung an die Kantone übergeben und entsprechend auch seine mündlichen Kommunikationsaktivitäten reduziert. Die Verantwortung für die Kommunikation mit der Bevölkerung lag nun bei den Kantonen. Diese stimmten ihre Kommunikation untereinander nur wenig ab. Die Anzahl der Kommunizierenden nahm zu und gleichzeitig waren die Inhalte der Kommunikation unübersichtlich. Gemäss den Sotomo-Umfragen besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Kommunikation einer Institution und dem Vertrauen in diese Institution.⁷⁷ Entsprechend nahm das Vertrauen in die Behörden in dieser Phase ab. Um eine Verunsicherung und damit einhergehend einen Vertrauensverlust zu verhindern, müssen die Kommunikationsaufgaben zwischen Bund und Kantonen in der besonderen Lage geklärt werden. Basierend auf der vertiefenden Analyse zeichnen sich zwei Möglichkeiten ab:

- Führung und Koordination der Kommunikation bleibt in allen Phasen der Pandemie beim Bund:* Die klare und transparente Kommunikation mit der Bevölkerung ist wichtig für die Akzeptanz der Massnahmen in der Bevölkerung. Wenn die Kommunikation mit der Bevölkerung im gesamten Pandemie-Verlauf Aufgabe des Bundes bleibt, bleiben die Ansprechpersonen konstant. Dies stärkt das Vertrauen in die Regierung. Entsprechend müsste dann jedoch auch die Entscheidungskompetenz betreffend die getroffenen Massnahmen beim Bund bleiben.

⁷⁶ Vgl. Jämtelid, K. et al. (2021): Kriskommunikation i samverkan (in Schwedisch).

⁷⁷ Sotomo (2021): 8. SRG Corona-Monitor-Studienbericht. Zürich.

2. *Koordination der Kantone stärken:* In einer Krise ist es wichtig, dass die Inhalte aller kommunizierenden Stellen kongruent sind. Wenn also mehrere Stellen gleichzeitig kommunizieren, ist die Koordination der Kommunikation ein zentraler Erfolgsfaktor. Gemäss Pandemie-Plan fällt diese Koordinationsaufgabe dem Bund zu. Wenn die Verantwortlichkeiten in einer Phase der Pandemie vom Bund zu den Kantonen wechseln, muss die Koordination der Kommunikation unter den Kantonen gewährleistet sein. Dazu muss die Koordination zwischen den Kantonen optimiert und geeignete Gefässe und Vorgehensweisen entwickelt und festgelegt werden.

Je nach angestrebter Gangart ist eine entsprechende Präzisierung im Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz und/oder dem EpG nötig, um die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in den verschiedenen Lagen der Krise zu klären. Ebenfalls zu prüfen sind die gesetzlichen Vorgaben im Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz und dem EpG im Bereich der Koordination der Kommunikation. Da das Koordinationsorgan gemäss Art. 54 EpG im Verlauf der Corona-Pandemie seinen gesetzlichen Auftrag im Bereich der Kommunikationsabstimmung nicht wahrgenommen hat, sind keine Doppelspurigkeiten mit den Koordinationstätigkeiten der Bundeskanzlei entstanden. Dennoch ist zu prüfen, ob hier nicht eine gesetzliche Anpassung zur Klärung der Koordinationsaufgaben angezeigt wäre.

| Strategische Ebene

Der Einbezug der Wissenschaft ist ein wichtiger Faktor zur Bewältigung einer Krise. In erster Linie haben die externen Wissenschaftler/-innen aus verschiedenen Disziplinen eine zentrale Funktion bei der Beratung der Regierung, damit diese möglichst evidenzbasierte, auf dem Stand der Wissenschaft basierende Entscheidungen treffen kann. Der Rat der Wissenschaftler/-innen trägt aber auch dazu bei, die Glaubwürdigkeit und damit die Akzeptanz staatlichen Handelns zu erhöhen.⁷⁸ Die Kommunikation der SN-STF mit der Öffentlichkeit ist zu verschiedenen Zeitpunkten der Pandemie nicht erfolgreich verlaufen. Im Hinblick auf eine zukünftige Krise drängt sich eine Rollenklärung auf: Auf der einen Seite braucht es ein beratendes Organ, das die Regierung – ergänzend zu den Fachexperten/-innen im BAG – bei der Entscheidungsfindung sowie der Entwicklung von geeigneten Massnahmen unterstützt. Dessen Mitglieder stehen den politischen Entscheidungsträgern nahe. Die befragten Experten/-innen sind sich einig, dass Mitglieder eines von der Regierung eingesetzten beratenden Organs darauf verzichten sollten, die Regierung öffentlich zu kritisieren, weil dies die Akzeptanz der Entscheidungen beeinträchtigt. Auf der anderen Seite sollen auch Wissenschaftler/-innen gehört werden, die nicht Mitglieder des wissenschaftlichen Beratungsgremiums der Regierung sind und als unabhängig wahrgenommen werden. Auch ihr Einbezug an Pressekonferenzen kann wichtig sein, um unabhängige Expertisen einzubringen. Diese sind jedoch in ihrer Funktion als Wissenschaftler/-innen zu lancieren und nicht als Mitglieder eines von der Regierung eingesetzten beratenden Organs.

| Operative Ebene

Im Rahmen der Interviews mit verschiedenen Kommunikationsverantwortlichen hat sich gezeigt, dass seit Beginn der Krise eine regelmässige Koordination zwischen Bund und Kantonen stattgefunden hat. Es haben wöchentliche Sitzungen der Kommunikationsverantwortlichen von Bund, einzelnen Kantonen und Konferenzen stattgefunden. Dabei informierten Bund und Kantone, welche Kommunikationsmaßnahmen geplant sind und wie kommuniziert werden soll. Auch wurde Kommunikationsmaterial ausgetauscht (z.B. Plakate, Visuals). Dieser Austausch hat sich als zweckmässig erwiesen. Allerdings wurde die inhaltliche Koordination der Kommunikation von Bund und Kantonen vor allem in der Zeit zwischen Sommer und Herbst 2020 von Aussenstehenden mehrheitlich kritisch beurteilt. In einer Krisensituation braucht es zu jeder Zeit in der Öffentlichkeit eine klare Linie auf den verschiedenen Regierungsebenen. Zwar könne man transparent kommunizieren, dass man über gewisse Aspekte debattiert habe, die Diskussion selbst sollte aber nicht in der Öffentlichkeit geführt werden. Die inhaltliche Abstimmung zwischen Bund und Kantonen ist keine Kommunikationsaufgabe, jedoch eine zentrale Voraussetzung für eine zielführende Kommunikation mit der Bevölkerung.

4.4 Themenbereich «Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern»

In den Gesprächen, die in der ersten Phase der Evaluation geführt wurden, beklagten sich verschiedene Branchenverbände und Vertreter/-innen von besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen, dass Bund und Kantone sie zu wenig in die Entwicklung von Massnahmen und in die Kommunikation von Entscheidungen einbezogen hätten. Dies hatte gemäss den Interviewpartnern/-innen zur Folge, dass teilweise praxisferne Massnahmen getroffen und umgesetzt worden seien.

⁷⁸ Vgl. Hyland-Wood, B. et al. (2021): Toward effective government communication strategies in the era of COVID-19.

Gewisse Stakeholder haben deshalb bei der Umsetzung der Massnahmen versucht, korrigierend einzugreifen. Die Stakeholder kritisierten insbesondere, dass sie weder nach ihren Bedürfnissen noch nach Vorschlägen gefragt worden seien. Gewisse Befragte bemängelten sogar, dass der Bundesrat und das BAG ihre Anfragen und Vorschläge ignoriert hätten.

4.4.1 Ausgangslage

In diesem Abschnitt werden die Strukturen und Prozesse des Einbezugs von Stakeholdern in die Entscheidungsfindung des BAG untersucht und analysiert, wo sie sich bewährt haben und wo – im Hinblick auf kommende Krisen – Handlungsbedarf besteht. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Möglichkeit zur Nutzung fachlicher Kompetenzen der Stakeholder (z.B. Konzeptentwicklungen, Vollzugskontrolle). Als Stakeholder werden Akteure aus Wirtschaft, Gesellschaft und Gesundheitswesen verstanden, nicht jedoch Kantone, regionale Konferenzen, Gemeinden und Bundesstellen. Die Analyse beschränkt sich auf ausgewählte Aspekte. Der Fokus liegt auf der Nutzung der fachlichen Kompetenzen der Stakeholder durch den Bund und im Speziellen durch das EDI und das BAG als Hauptakteure bei der Entwicklung von gesundheitlichen Massnahmen. Inwieweit der Einbezug der Stakeholder durch die Kantone erfolgte, wurde nicht vertieft untersucht.

4.4.2 Beantwortung der Leitfragen

Wie wurden Stakeholder einbezogen?

Für den Einbezug der Stakeholder durch den Bund bestanden und bestehen verschiedene Strukturen:

- Während der ausserordentlichen Lage zu Beginn der Pandemie wurde der Krisenstab des Bundesrats Corona (KSBC) einberufen, in den Vertretungen der Departemente und der Kantone Einsatz hatten. An den Sitzungen haben aber auch Vertretende der Zivilgesellschaft und Wirtschaft teilgenommen und Inputs geliefert.⁷⁹ Die Zivilgesellschaft war während dieser Zeit (April–Juni 2020) über eine «Covid-19 Verbindungsstelle Zivilgesellschaft» vertreten, für deren Aufbau und Betrieb die NGO «Staatslabor» zuständig war. Ziel der Verbindungsstelle war es, das Engagement der Zivilgesellschaft zur Bewältigung der Corona-Krise besser zu kanalisieren und zu nutzen sowie die Stimmen aus der Zivilgesellschaft abzuholen. Das Staatslabor organisierte unter anderem einen runden Tisch mit 20 Vertretenden aus zivilgesellschaftlichen Organisationen. Für direkte Anfragen von Bürger/-innen wurde eine Website zur Verfügung gestellt. Die Wirtschaft wurde über die «Kontaktstelle Wirtschaft», bestehend aus verschiedenen Branchenverbänden, einbezogen. Ziel der Kontaktstelle war es, eine gut koordinierte Organisation der Beschaffung, der Produktion und der Verteilung der relevanten Medizingüter zu gewährleisten. Der KSBC wurde mit Beendigung der ausserordentlichen Lage im Juni 2020 aufgelöst.
- In den diversen Arbeitsgruppen der Task Force BAG und weiterer Bundesstellen sind verschiedene Stakeholder vertreten. In der Task Force BAG stehen dem Steuerungsausschuss auf strategischer Ebene unter anderem Vertretende der Wirtschaft (economiesuisse, Arbeitgeberverband, Gewerbeverband) und der Gewerkschaften beratend zur Seite. Auf operativer Ebene sind Stakeholder der Zivilgesellschaft und der Gesundheitsversorgung in einzelnen der zahlreichen Arbeitsgruppen vertreten.
- Gemäss Auskünften des BAG gibt es innerhalb des BAG kein formalisiertes Stakeholder-Management. Die Strukturen seien mit der Zeit gewachsen. Mit der Zeit haben sich rund 20 themenspezifische Gefässe für den Austausch mit den Stakeholdern etabliert, mit je einer direkten Ansprechperson im BAG. Innerhalb dieser Gefässe findet ein regelmässiger Austausch statt.
- Laut Aussagen einzelner Branchenverbände finden periodisch direkte Austausche mit Mitgliedern des Bundesrates statt.

Aus den Gesprächen mit den Stakeholdern wird deutlich, dass sich diese insbesondere zu Beginn der Pandemie nur wenig einbringen konnten. Der Influenza-Pandemie-Plan listet zwar Stakeholder auf. Diese Liste ist aber nicht nach Themen differenziert. Das BAG hatte somit keine guten Grundlagen, um schnell die wichtigsten Stakeholder zu konsultieren oder Aufgaben zu delegieren. Das Netzwerk des BAG war im Vorfeld wenig umfassend. Zu wichtigen, auch nationalen Organisationen, bestand gemäss Interviewaussagen kein oder ungenügender Kontakt. Aus Sicht der Stakeholder fehlten auch klare Ansprechpartner/-innen im BAG, an die sie sich wenden konnten. Anfragen von Seiten der

⁷⁹ Krisenstab des Bundesrats Corona KSBC (2020): Schlussbericht, Bern.

Stakeholder ließen oftmals ins Leere. Das Organigramm der Task Force BAG wurde – auch gemäss Aussagen des BAG – nur sehr rudimentär kommuniziert.

Nicht nur bei der Konkretisierung von Massnahmen, sondern auch bei deren Kommunikation seien die Stakeholder nicht genügend involviert gewesen. Einige Stakeholder berichten, dass sie relevante Informationen aus den Medien erfahren hätten. Andere beklagen sich über fehlende Informationen zum Vollzug (z.B. Auszahlung von Unterstützungsgeldern). Auch die Art der Kommunikation wird von einzelnen Stakeholdern kritisiert. Von mehreren Seiten wird die Kommunikation des BAG über die laufenden Diskussionen und Planungen von Massnahmen als wenig offen bezeichnet. Dies habe es nicht möglich gemacht, sich proaktiv mit konkreten Vorschlägen einzubringen.

Der mangelnde Einbezug von Stakeholdern führte aus deren Sicht dazu, dass getroffene Entscheidungen vielfach zu wenig praxisnah waren. In diese Richtung äussern sich beispielsweise Vertretende der Bar- und Clubbranche, der Gastronomie, der Behinderteneinrichtungen, der Kinderbetreuungseinrichtungen und der ambulanten ärztlichen Versorgung. Beispielsweise seien in der ersten Phase Behinderteneinrichtungen gleich wie die Alters- und Pflegeinstitutionen behandelt worden, obwohl die Betroffenen eine andere Risikoexposition hätten. Insbesondere zu Beginn der Krise hätten mit einem schnelleren Einbezug der wichtigsten Stakeholder die ersten Entscheidungen zu Schliessungen und Schutzmassnahmen besser auf den gegebenen Realitäten abgestützt werden können.

Eine weitere Folge des zu Anfang der Pandemie fehlenden Einbezugs relevanter Stakeholder sei, dass diese auf verschiedenen Ebenen versucht hätten, sich Gehör zu verschaffen. Dies habe darin resultiert, dass gut organisierte Interessensgruppen schneller Zugang zu Entscheidungsträgern fanden und für sich Lösungen aushandeln konnten, während Stakeholder mit einer weniger starken Lobby nicht gehört wurden. Benachteiligt waren aus Sicht einzelner Befragter beispielsweise die Kulturschaffenden, die Bar- und Clubbranche oder die Jugendlichen. Andere Akteure wie der Gastromieverband hätten öffentlichen Druck aufbauen und direkt mit dem Bundesrat Gespräche führen und verhandeln können.

| Welche Strukturen und Prozesse der Konsultation und der Delegation haben sich für den Einbezug der Stakeholder bewährt, welche weniger? Wo hat man es verpasst, fachliche Kompetenzen von Stakeholdern zu nutzen? Wo gab es Unterschiede nach den Phasen der Pandemie?

Im weiteren Verlauf der Pandemie – ab der zweiten Welle – hat sich aus Sicht mehrerer Akteure der Einbezug der Stakeholder verbessert. Stakeholder seien vermehrt konsultiert und Aufgaben seien an sie delegiert worden. Bewährt hätten sich folgende Strukturen und Prozesse:

- *Verbindungsstelle Zivilgesellschaft*: Durch die Verbindungsstelle Zivilgesellschaft im KSBC konnten in der ersten Pandemie-Welle ehrenamtliche Angebote an die Verwaltung vermittelt werden. Dazu gehören beispielsweise Plattformen der Nachbarschaftshilfe, Online-Angebote gegen häusliche Gewalt usw. Eine weitere Aufgabe der Verbindungsstelle war es, Anliegen aus der Zivilgesellschaft und «blinde Flecken» zu erfassen. Die direkte Teilnahme an Sitzungen des KSBC einmal pro Woche hat es prinzipiell erlaubt, diese Anliegen schnell zu adressieren und Lösungen zu initiieren. Mit Blick auf viele Rückmeldungen von Stakeholdern, dass sie gerade in der ersten Pandemie-Welle zu wenig gehört worden seien, scheint dieser zweite Aufgabenbereich der Verbindungsstelle jedoch nicht im nötigen Umfang erfolgt und/oder die Verbindungsstelle zu wenig bekannt gemacht worden zu sein.
- *Arbeitsgruppen Task Force BAG*: In Arbeitsgruppen wie der AG Massnahmen oder AG Gesellschaftliche Auswirkungen waren neben Vertretungen von Bundesstellen und der GDK auch Akteure aus der Gesundheitsversorgung (z.B. H+ Die Spitäler der Schweiz, CURAVIVA) und der Zivilgesellschaft vertreten. Diese Gefässe beurteilen befragte Stakeholder als zweckmäßig. Trotz einer eher komplexen Struktur und langen Wegen zu den Entscheidungsträgern sei sichergestellt worden, dass Themen und Anliegen zu den Entscheidungsträgern durchdringen und dass Stakeholder ihre Kompetenzen bei der Umsetzung von Massnahmen einbringen konnten. Ein Beispiel dafür sind die Empfehlungen des BAG für Schutzmassnahmen in den Alters- und Pflegeinstitutionen, an denen CURAVIVA eng mitgearbeitet hat und welche die Organisation später über die Kantone und Kantonalverbände breit gestreut hat.
- *Task Forces anderer Behörden*: Vertretende des BAG nahmen auch Einsatz in Task Forces anderer Behörden. Als Beispiel sei die Vertretung des BAG in einer Arbeitsgruppe der Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SODK) erwähnt. Dadurch habe sich der Informationsaustausch in Bezug auf die Stakeholder, die in der Zuständigkeit dieses

Fachverbands sind (z.B. Jugendliche, Asylsuchende, Kinderkrippen, Behinderteneinrichtungen), massgeblich verbessert. Durch themenbezogene Austauschgefässe und direkte Ansprechpartner/-innen im BAG habe ein engerer Austausch zwischen den betroffenen Akteuren und dem BAG stattgefunden und gegenseitiges Verständnis habe aufgebaut werden können. Als entlastend und wertvoll erachtet das BAG die Zusammenarbeit mit den Dachorganisationen, die unter anderem die Schutzkonzepte erarbeitet haben.

Befragte äusserten auch Kritik an den geschaffenen Organisationsstrukturen und den Prozessen zum Einbezug der Stakeholder durch das BAG. Die Organisation des BAG sei für Aussenstehende nicht übersichtlich. Es sei nicht klar, nach welchen Kriterien Stakeholder in den Arbeitsgruppen der Task Force BAG Einsitz erhalten. Mehrere Akteure hätten ihre Mitwirkung angeboten, ohne berücksichtigt zu werden. Einzelne Akteure bemerken, dass die Prozesse zum Einbezug der Stakeholder auf Stufe Departement und auf Stufe Amt nicht klar abgegrenzt seien. Einzelne Akteure beklagen auch eine Asymmetrie bei der Anhörung von Stakeholdern auf Stufe Bundesrat und Departement. Die Kommunikation fände dort vor allem mit den Dachverbänden der Wirtschaft statt, die nicht immer die Meinungen der meistbetroffenen Branchen vertraten.

Aus den Interviews mit Vertretenden von Stakeholdern geht hervor, dass das BAG beim Stakeholder-Management Chancen verpasst hat, um die Kompetenzen der Stakeholder zur Konkretisierung von Massnahmen oder zur Unterstützung und Entlastung der Behörden zu nutzen. Dies zeigt sich an folgenden einzelnen Beispielen:

- Die Problematik in den Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen kam gemäss mehreren befragten Akteuren zu spät auf die Agenda des Bundes. In der Folge seien Betagte sowie Menschen mit Beeinträchtigungen konsequent isoliert worden, mit entsprechenden negativen Auswirkungen auf das Wohlergehen.⁸⁰ Durch einen früheren Austausch und Dialog mit den Verbänden hätten besser austarierte und differenzierte Lösungen gefunden werden können.
- Laut Aussagen von Vertretungen der Ärzteschaft hätten die Ressourcen der Dachverbände besser genutzt werden können, beispielsweise, um ein repräsentatives Meinungsbild einzuholen oder um unverbindlich Fachkompetenzen aus den Fachorganisationen einzubeziehen. Die hausärztliche Sicht wurde aus Sicht von Befragten zu wenig in strategische oder operative Fragen einbezogen.
- Zum Thema Impfen seien Akteure mit spezialisierter Expertise, beispielsweise die Pharma industrie, Logistikprovider oder Grossisten, nicht oder nicht ausreichend in den operativen Arbeitsgruppen beim Bund vertreten gewesen. Die Pharma industrie hat laut Interviewaussagen fachliche Expertise und Unterstützung mehrfach proaktiv angeboten, zum Beispiel im Zusammenhang mit der sicheren Verteilung von Impfstoffen in die Regionen, mit der Entwicklung der Impfkampagne oder mit der Bereitstellung von Informations- und Schulungsmaterial für das Gesundheitspersonal in Impfzentren. Dieses Wissen sei nur teilweise berücksichtigt worden. Es besteht bei der Pharma industrie teilweise der Eindruck, von Seiten des Bundes als wenig seriöser Partner wahrgenommen worden zu sein.

| Wie kann der Einbezug von Stakeholdern verbessert werden? Wie soll sich der Bund organisieren, um die Stakeholder je nach Situation in geeigneter Form berücksichtigen zu können?

Aus den vorgängigen Ausführungen geht hervor, dass ein stärkerer Einbezug der Stakeholder im Sinne von Nutzung von Kompetenzen sinnvoll sein kann. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass der Einbezug der Stakeholder insbesondere bei bundesrechtlich zu verankernden Massnahmen anforderungsreich ist. So besteht ein Grundkonflikt darin, dass eine Pandemie schnelle Entscheidungen erfordert, der Einbezug von Stakeholdern aber in der Regel Zeit braucht. Zudem ist die Grenze zwischen fachlichem Input und Interessenspolitik bei Stakeholdern oft fließend. Schliesslich ergeben sich Risiken hinsichtlich Vertraulichkeit beziehungsweise Indiskretion im Austausch zwischen Behörden und Stakeholdern.

Unter Berücksichtigung dieser Herausforderungen lassen sich dennoch Lehren für das Stakeholder-Management vor und während zukünftiger Pandemien ableiten:

⁸⁰ Vgl. Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen. Zürich.

- *Das Stakeholder-Management in der Pandemie-Vorbereitung konkretisieren:* Der Bund sollte im Vorfeld von Krisen konkreter definieren, für welche Art von Krisen und Situationen welche Stakeholder relevant sind. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Stakeholdern, die in strategischen Fragen einzubeziehen sind und solchen, die bei der operativen Umsetzung einzubeziehen sind.
- *Das Stakeholder-Management in der Krisenorganisation verankern:* Die für die Stakeholder zuständigen Stellen und Ansprechpersonen sollten in der Krisenorganisation klar definiert sein. Die Stakeholder sollten ihre Anliegen bei einer zentralen Stelle schnell platzieren können. Um handlungsfähig zu bleiben, sollte eine Triage der Anliegen sichergestellt werden. Prioritäre Anliegen sollten rasch an die richtigen Ansprechpersonen weitergeleitet werden.
- *Stakeholder vermehrt in die Krisenorganisation einbinden:* Um die Ressourcen der Stakeholder zu nutzen, erwies es sich als zweckmäßig, regelmäßige Austauschgefässe zu schaffen. Die vorgängigen Ausführungen zu verpassten Chancen zeigen, dass der Kreis der Stakeholder, insbesondere in den Arbeitsgruppen der Task Force BAG, auf operativer Ebene ausgeweitet werden könnte. Zweckmäßig wäre es auch, ausgewählte Stakeholder in ein zentrales Führungsgeräumt des Bundes einzubinden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Interessen der meistbetroffenen Gesellschaftsgruppen und Branchen vertreten sind.
- *Stakeholder in die Entscheidvorbereitung einbeziehen:* Grundsätzlich sollten Stakeholder, die beschlossene Massnahmen umsetzen (müssen), auf operativer Ebene in die Entscheidvorbereitung einbezogen sein. Die Umsetzung der Massnahmen sollte diskursiv entwickelt und Aufgaben an Stakeholder delegiert werden. Auf strategischer Ebene sind diese Stakeholder, wenn immer möglich, zu Fragen der Machbarkeit und Akzeptanz zu konsultieren. Beschleunigte, digitalisierte oder konferenzielle Vernehmlassungsverfahren können den Prozess der Anhörung der Stakeholder verkürzen.
- *Bestehende Strukturen der Stakeholder stärker für das Krisenmanagement nutzen:* Um interne Ressourcen zu schonen und Entscheidungsprozesse gar zu beschleunigen, könnte die Verwaltung für das Krisenmanagement auch stärker bestehende Strukturen der Stakeholder nutzen und Aufgaben delegieren. So hätten es zum Beispiel in der Berufsbildung bestehende Koordinations- und Abstimmungsstrukturen unter Einbezug der relevanten Akteure ermöglicht, rasche und breit abgestützte Entscheide zu fällen. Dagegen hätte der Bund für die Beantwortung von Anfragen aus der Bevölkerung auf Akteure zurückzugreifen können, die über Hotlines verfügen (z.B. Ärztenetzwerke, Aussendienst der Pharmaindustrie). Wo möglich sollten auch private Organisationen beigezogen werden, um Bürger/-innen zu zivilgesellschaftlichem Engagement zu ermuntern und um dieses Engagement zu koordinieren. Bestehende Initiativen in dieser Hinsicht wurden aus Sicht von einzelnen Befragten wenig gewürdigt und wertgeschätzt.
- *Stakeholder-Management nach der Krise aufbereiten und sporadischen Austausch pflegen:* Die mit der derzeitigen Krise aufgebauten Kontakte und Lehren daraus sollten systematisch aufbereitet und dokumentiert sowie in die Pandemie-Planung aufgenommen werden. Denkbar ist es auch, einen sporadischen Dialog mit jenen Stakeholdern beizubehalten, mit denen außerhalb von Pandemie-Zeiten kaum Berührungspunkte bestehen.

| Welche vorbereitenden Vorkehrungen können Stakeholder auf ihrer Seite treffen, um die Behörden im Krisenmanagement optimal zu unterstützen? Kann der Einbezug verbessert werden? Wie soll sich der Bund organisieren, um die Stakeholder je nach Situation in geeigneter Form berücksichtigen zu können?

Die Corona-Pandemie erfordert schnelle Reaktionen, da sich die pandemische Lage sehr dynamisch entwickeln kann. Vor diesem Hintergrund war und ist es für das BAG aus zeitlichen Gründen schwierig, alle Stakeholder angemessen zu berücksichtigen. Die Stakeholder-Landschaft ist breit und komplex. Ein effizienter Einbezug der Stakeholder ist daher herausfordernd. Die Stakeholder können auch eigene Vorkehrungen treffen, um die Behörden optimal zu unterstützen:

- Akteure mit ähnlichen Anliegen sollten sich innerhalb ihrer Interessensgruppe stärker untereinander vernetzen und ihre Bedürfnisse koordinierter und konsolidierter an die Behörden herantragen. Insbesondere kleinere Organisationen könnten Partnerschaften entwickeln, die es ihnen erleichtern, mit der Informationsflut während einer Krise umzugehen und die immer neuen Inhalte zu verarbeiten. Sie könnten Verfahren entwickeln, wie sie effizient zu einer geschlossenen Meinung kommen. Aus den Interviews geht hervor, dass einzelne Gruppen sich in diese Richtung organisiert und beispielsweise Allianzen gegründet und runde Tische durchgeführt haben.
- Eine weitere Möglichkeit wäre, Good Practice in der Umsetzung – beispielweise hinsichtlich Schutzkonzepte und -maßnahmen – stärker untereinander auszutauschen.
- Aus den Gesprächen geht hervor, dass die Behörden die Stakeholder teils noch zu wenig als kompetente Partner wahrnehmen. Die Stakeholder könnten ihre Kompetenzen und Ressourcen für die Behörden sichtbarer machen und proaktiv anbieten.

4.4.3 Juristische Beurteilung

Die Beteiligung der Kantone, der politischen Parteien und der interessierten Kreise an der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung des Bundes ist im Vernehmlassungsgesetz (VlG) geregelt. Obligatorisch ist ein solches Verfahren für Verfassungsänderungen, Gesetzesvorlagen, referendumspflichtige oder wesentliche Interessen der Kantone berührende völkerrechtlichen Verträge sowie für Verordnungen und andere Vorhaben, die von grosser politischer, finanzieller, wirtschaftlicher, ökologischer, sozialer oder kultureller Tragweite sind. In allen anderen Fällen kann, muss aber nicht ein Vernehmlassungsverfahren durchgeführt werden. Hinzu kommen Bestimmungen im Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz. Der Bund kann gemäss Art. 57b RVOG Stakeholder einbeziehen, wenn die Erfüllung seiner Aufgaben «besonderes Fachwissen erfordert, das in der Bundesverwaltung nicht vorhanden ist; b. den frühzeitigen Einbezug der Kantone oder weiterer interessierter Kreise verlangt; oder c. durch eine nicht weisungsgebundene Einheit der dezentralen Bundesverwaltung erfolgen soll.» Dafür ist auch die Form der Ausserparlamentarischen Kommissionen vorgesehen. Das EpG sieht darüber hinaus nur eine Anhörung der Kantone vor: Vor der Anordnung von Massnahmen gegenüber einzelnen Personen oder gegenüber der Bevölkerung, vor Einführung von Verpflichtungen von Gesundheitsfachpersonen zur Mitwirkung bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sowie vor Anordnung von Impfobligationen für gefährdete Bevölkerungsgruppen, besonders exponierte Personen und Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben (Art. 6 Abs. 2).

Im Covid-19-Gesetz sind nur die Kantonsregierungen und die Dachverbände der Sozialpartner als Stakeholder aufgeführt, die der Bundesrat bei der Erarbeitung von Massnahmen, die ihre Zuständigkeit betreffen, einzubeziehen hat (Art. 1 Abs. 3 Covid-19-Gesetz). Wenn der Bundesrat, das EDI oder das BAG Stakeholder ausserhalb dieser Verfahren vor oder in der Entscheidungsfindung mit einbeziehen, geschieht dies nicht aufgrund einer rechtlichen Verpflichtung, sondern im Interesse inhaltlich zielführender, vollziehbarer Anordnungen und eines wirksamen Vollzugs. Das EpG beinhaltet somit keine explizite Verpflichtung, die zuständigen eidgenössischen und kantonalen Behörden, private Stakeholder, die von Verhütungs- und Bekämpfungsmassnahmen betroffen sind, in die Entscheidungen über Vollzugsmassnahmen einzubeziehen. Dies gilt selbst dann, wenn diese auf der Basis anderer Gesetze ausdrücklich mit einzubeziehen oder zur Mitwirkung verpflichtet sind.⁸¹ Angesichts der Vielzahl von relevanten Stakeholdern ist es auch schwer vorstellbar, wie diese im Krisenfall in die Entscheidungsfindungsverfahren für behördliche Vollzugsentscheidungen auf eine Weise einzbezogen werden können, die von allen Stakeholdern als gerecht oder wenigstens akzeptabel empfunden würde. Es liegt grundsätzlich im politischen Ermessen der zuständigen Behörden, wie weit sie deren Einbezug für wichtig und richtig erachten; für einen Anspruch auf gleichen Einbezug ausserhalb der gesetzlichen Verfahren ist nach geltendem Recht keine Rechtsgrundlage ersichtlich. Es liegt somit kein Vollzugsdefizit vor, wenn sie darauf verzichten.

Die Zusammenarbeit staatlicher Behörden mit organisierten Interessengruppen kann umso weniger flächendeckend erfolgen, je grösser der Zeitdruck für Entscheidungen ist. Es ist davon auszugehen, dass die zuständigen Behörden angesichts des zuweilen hohen Zeitdrucks durch die Entwicklung der Pandemie Stakeholder selektiv miteinbezogen haben. Wie weit sie dabei und während der Pandemie-Vorbereitung richtig selektiert haben, ist in erster Linie Sache des politischen Vorstellungs- und Urteilsvermögens der jeweils zuständigen staatlichen Behörden, die für ihre Entscheidungen und deren Folgen die Verantwortung tragen.

4.4.4 Internationale Einordnung

Internationale Einordnung in Schweden			Internationale Einordnung in Österreich		
Bedeutung des Themenbereichs			Bedeutung des Themenbereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
The schwedische Herangehensweise an das Pandemie-Management unterschied sich von anderen Ländern nicht nur in Bezug darauf, welche Entscheidungen getroffen wurden, sondern auch wie sie getroffen wurden. Insbesondere war der Einfluss der Gesundheitsbehörde in Schweden grösser als in an-			Nach der ersten Welle und der Stabilisierung des Infektionsgeschehens kam es auch in Österreich zu schrittweisen Lockerungen. Die Entscheidungen hierfür wurden von der Politik getroffen. Es wurden unterschiedliche Task Forces auf Ministeriums- und Regierungsebene mit Fachexperten/-innen und Interessensvertretern/-innen eingerichtet, die zu ihren Einschätzungen zu gewissen Szenarien		

⁸¹ Vgl. dazu Anhang A 6.

deren Ländern, sogar innerhalb der nordischen Länder. Die Regierung wurde marginalisiert – daher folgte sie den Ratschlägen ihrer Experten/-innen. Abweichende Expertenmeinungen wurden ignoriert, im schlimmsten Fall stigmatisiert. Ein Grund dafür ist verfassungsrechtlicher Natur. Die schwedischen Behörden haben eine grosse rechtliche Autonomie gegenüber der Regierung. Die Regierung legt zu Beginn des Jahres die Ziele für die Aktivitäten der Agenturen und die verfügbaren Budgets fest – danach hat sie keine Befugnisse mehr, in die Rechtsanwendung der Behörde einzutragen oder über Fälle zu entscheiden.

Es gibt auch einen kulturellen Grund für die geringe Beteiligung anderer Interessengruppen: Die schwedische Kultur des Vertrauens und der Zusammenarbeit ist so stark, dass eine Mehrheit der Bürger/-innen selbst solche Massnahmen unterstützt, die kurzfristig grosse Opfer verlangen. Die Bevölkerung vertraut der Expertenmeinung und glaubt, dass sich dieses Opfer lohnt. Diese Kultur des Konsenses setzt dem Druck, den eine uneinige Minderheit auszuüben bereit ist, Grenzen. Der Dissens hat jedoch seit Herbst 2020 zugenommen, als das Aufkommen einer zweiten Ansteckungswelle jede verbleibende Hoffnung auf eine bereits erworbene Herdenimmunität zunichtemachte.

befragt wurden, in die Entscheidungsprozesse jedoch weitgehend nicht eingebunden waren. Für Kritik sorgte immer wieder die mitunter fehlende Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen beziehungsweise deren Verhältnismässigkeit, aber auch die fehlende Berücksichtigung von spezifischen Berufs-, Gewerbe- oder Interessengruppen sowie die Kurzfristigkeit von getroffenen Entscheidungen, damit verbundenen Gesetzesänderungen und deren Umsetzung. Einige Branchen fühlten sich besonders vernachlässigt oder nicht genug wahrgenommen, vor allem im Vergleich mit der Situation in Nachbarländern (z.B. Kulturbereich, Fitnessbereich, Gastronomie). Der Einbezug von Stakeholdern ist entscheidend hinsichtlich der Evaluierung von medizinischen Informationen und fachlicher Evidenz und der Ableitung von Handlungsempfehlungen. Erschwerend für die Politik war es sicherlich, mitunter diametral auseinanderdriftende Interessen und Expertenmeinungen sowie spezifische Wünsche und Ängste zu werten und daraus Massnahmen abzuleiten und der entsprechenden Situation innerhalb der Pandemie anzupassen. Hilfreich waren spezifischen Vertretungen bei den unterschiedlichen Interessengruppen (z.B. Wirtschaftskammer; Lehrer/-innenvertretende, Ärzte- oder Apothekerkammer usw.). Wenig koordiniert waren Informationen oder Handlungsempfehlungen von medizinischen oder wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Als erste Lehre wurde seitens der Regierung kürzlich der «Oberste Sanitätsrat» wieder neu implementiert und eine spezifische Untergruppe zu Pandemie/Corona mit verschiedenen Fachexperten/-innen eingerichtet.

4.4.5 Handlungsbedarf

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das BAG in der Krisenvorbereitung und in der Anfangsphase der Pandemie ein ungenügendes Stakeholder-Management betrieben hat. Viele Interessengruppen wurden in die Krisenvorbereitung und in das Krisenmanagement zu wenig einbezogen. Das BAG sollte im Hinblick auf zukünftige Krisen ein systematisches Stakeholder-Management betreiben. Generell sollte der Bund die relevanten Stakeholder systematischer in die Konkretisierung von Massnahmen einbeziehen. Gleichzeitig muss das BAG in einer Krisensituation rasch reagieren können. Daher gilt es, Prozesse zu definieren, die es erlauben, Interessengruppen zielführend einzubinden und gleichzeitig Entscheide in angemessener Zeit treffen zu können. Handlungsbedarf gibt es auch bei der Kommunikation von Massnahmen des Bundes an die Zielgruppen, indem beispielsweise die Stakeholder früher informiert werden. Das BAG hat im Laufe der Krise bezüglich die Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern sehr viel unternommen und verbessert. Es gilt nun sicherzustellen, dass bei einer nächsten Krise auf die gewonnenen Erfahrungen zurückgegriffen werden kann.

Politische Ebene

Der Einbezug von Stakeholder in das Krisenmanagement ist rechtlich nur teilweise geregelt. Es sollte geprüft werden, wie weit er über das geltende Recht hinaus rechtlich normiert werden soll und kann. Grundlage können die Kriterien bilden, die gemäss Vernehmlassungsgesetz für den Einbezug von Stakeholdern in die Entscheidungen, die dem Parlament zur Entscheidung vorgelegt werden oder die gemäss dem RVOG für die Besetzung von Ausserparlamentarischen Kommissionen zu beachten sind. Solche Kriterien sowie minimale Verfahrensbestimmungen für die Auswahl von Stakeholdern könnten im Verordnungsrecht zum EpG festgehalten werden. Unter Gesichtspunkten der Praktikabilität fraglich ist jedoch, ob im Verordnungsrecht auch normiert werden sollte, welche Stakeholder im Einzelnen in der akuten Krise effektiv einbezogen werden sollen, oder ein Verfahren vorzuschreiben, das für die Auswahl und Priorisierung von Stakeholder angewendet werden soll. In der Krise ist schnelles, flexibles Entscheiden und Handeln nötig, das durch rechtliche Auswahl- und Verfahrenspflichten nicht verlangsamt und gebunden werden sollte. Sinnvoll erschien dage-

gen, durch ein einfaches Beschwerdeverfahren eine *nachträgliche* Überprüfungsmöglichkeit für nicht einbezogene Stakeholder einzurichten, damit ex post und im Hinblick auf zukünftige Krisen in Ruhe geklärt werden kann, ob die für den Vollzug verantwortlichen Behörden von ihrem Ermessen vertretbaren Gebrauch gemacht oder ihren Ermessensspielraum missbraucht haben.

I Strategische Ebene

Auf strategischer Ebene sollte das BAG eine klare Vorstellung davon haben, welche Akteure bei welcher Art von Entscheidungen einbezogen werden sollen, um die Qualität und damit die Wirksamkeit und die Akzeptanz der zu treffenden Entscheidungen zu erhöhen. Es ist festzulegen, welche Kompetenzen und welche Strukturen der Stakeholder in welcher Form genutzt werden können. In Krisenzeiten sollte der Bund die Stakeholder auffordern, ihre Anliegen und Vorschläge innerhalb der Stakeholder-Gruppe zu konsolidieren.

I Operative Ebene

Auf operativer Ebene gibt es Handlungsbedarf, die Strukturen und Prozesse des Stakeholder-Managements zu definieren, in der Pandemie-Planung zu verankern und bei einer Pandemie umzusetzen (vgl. auch Abschnitt 4.4.2):

- *Das Stakeholder-Management in der Pandemie-Vorbereitung konkretisieren:* Dies beinhaltet, die wichtigsten Stakeholder auf strategischer und operativer Ebene im Pandemie-Plan konkreter festzuhalten und das Kontaktnetz mit Akteuren aus dem Wirtschafts- und dem Sozialbereich auszubauen.
- *Das Stakeholder-Management in der Krisenorganisation verankern:* Es sollten regelmässige Austauschgefässe geschaffen werden, um die Ressourcen der Stakeholder zu nutzen. Zudem sind BAG-intern spezifische Ansprechpartner/-innen für Stakeholder zu schaffen und zu kommunizieren.
- *Stakeholder vermehrt in die Krisenorganisation einbinden:* Es ist sicherzustellen, dass die am stärksten betroffenen Stakeholder und solche, die die Umsetzung verantworten, in die Krisenorganisation eingebunden sind.
- *Stakeholder in die Entscheidungsvorbereitung einbeziehen:* Stakeholder, die beschlossene Massnahmen umsetzen müssen, sollten auf operativer Ebene in die Entscheidungsvorbereitung einbezogen sein. Beschleunigte digitalisierte oder konferenzielle Vernehmlassungsverfahren können den Prozess der Anhörung der Stakeholder verkürzen.
- *Bestehende Strukturen der Stakeholder stärker für das Krisenmanagement nutzen:* Um interne Ressourcen zu schonen, könnte die Verwaltung für das Krisenmanagement auch stärker bestehende Strukturen der Stakeholder nutzen und Aufgaben delegieren.
- *Stakeholder-Management nach der Krise aufbereiten und sporadischen Austausch pflegen:* Die mit der derzeitigen Krise aufgebauten Kontakte sollten systematisch aufbereitet und dokumentiert sowie in die Pandemie-Planung aufgenommen werden.

4.5 Themenbereich «Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie»

Die Aufgabe der Verhütung und der Behandlung von Erkrankungen fällt grundsätzlich in die Kompetenz der Kantone. Sie wird erst dann Bundesaufgabe, wenn es um die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, wie im Falle einer Pandemie, geht. Bei übertragbaren Krankheiten ist es eine zentrale, koordinative Aufgabe für Bund und Kantone, je nach Art des Erregers und dessen Eigenschaften spezifische Behandlungskapazitäten aufzubauen. Gleichzeitig ist es notwendig, die medizinische Regelversorgung aufrechtzuerhalten. Die Abstimmung zwischen Bund und Kantonen bei diesen Themen ist notwendig und anspruchsvoll.

Während der Corona-Pandemie hat der Bundesrat viele Ansatzstellen in der geltenden Epidemiengesetzgebung verwendet, um die Verbreitung des Virus einzuschränken und die Kapazität zur Behandlung der an Covid-19 erkrankten Menschen sicherzustellen. Diese Kapazität war entsprechend den Möglichkeiten zur medizinischen Versorgung und dem zur Verfügung stehenden Personalbestand nicht unbegrenzt und musste bei steigenden Fallzahlen gegenüber dem Bedarf der Regelversorgung abgewogen werden. So wurde in der Covid-19-Verordnung des Bundesrats vom 16. März 2020 festgelegt, dass Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen auf nicht dringend angezeigte (elektive) medizinische Eingriffe und Therapien verzichten müssen.⁸² Diese Regel war bis am 26. April 2020

⁸² Laut Covid-19-Verordnung 2 vom 13. März 2020, Stand am 21. März 2020, als *nicht dringend* angezeigt galten namentlich Eingriffe, die «zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden können, ohne dass bei der betroffenen Person Nachteile zu erwarten

in Kraft. Im weiteren Verlauf der Pandemie hat der Bundesrat die Eingriffe und Therapien nicht mehr eingeschränkt, obwohl die Fallzahlen im Herbst 2020 stark anstiegen. Stattdessen haben die Kantone und Gesundheitseinrichtungen über die Fortführung oder das Einstellen von Eingriffen und Therapien entschieden.

4.5.1 Ausgangslage

In der ersten Phase der Evaluation wurde kritisiert, dass die Regelversorgung im Frühjahr 2020 zu stark eingeschränkt und zu wenig differenziert gehandhabt worden sei. Speziell für diesen Zeitraum, aber auch für den restlichen Verlauf der Krise, wurde nicht abschliessend klar, welche Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Regelversorgung getroffen wurden, welche Kriterien die Auswahl der Massnahmen angeleitet haben, ob sich die Massnahmen bewährt haben und mit welchen finanziellen Zusatzaufwendungen die Umsetzung der Massnahmen verbunden waren. Die nachfolgenden Abschnitte beschäftigen sich daher mit dem Thema der Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Corona-Pandemie und zeigen den Handlungsbedarf auf, der sich daraus ergibt. Der Fokus liegt auf der Regelversorgung durch Hausärzte/-innen, ambulant tätige Therapeuten/-innen, Apotheken, Spitäler (bspw. Krebstherapien, Operationen oder die Behandlung von Personen mit chronischen Krankheiten), Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen und Spitäler; also auf der nicht pandemie-spezifischen Versorgung.

4.5.2 Beantwortung der Leitfragen

I Mit welchen Problemen waren Spitäler, Praxen, Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen und Spitäler während der verschiedenen Phasen der Krise bei der Sicherstellung der Regelversorgung konfrontiert? Welches waren die Ursachen dieser Probleme?

Zu Beginn der Krise waren in den Gesundheitseinrichtungen Schutzmasken, Desinfektionsmittel und Tests knapp. Insbesondere ambulant tätige Therapeuten/-innen waren laut Angaben von Interviewpartnern/-innen zu wenig berücksichtigt worden, als Schutzmateriale zur Verfügung gestellt wurde. In Regionen entlang der Landesgrenzen hätten Grenzgänger/-innen, die in Schweizer Spitäler arbeiten, ihren Arbeitsort aufgrund restriktiver grenzsanitarischer Massnahmen zeitweise nur noch sehr schwer erreichen können. Ein besonderes Problem habe auch die unsichere medikamentöse Versorgung aufgrund von abgeschnittenen Lieferwegen, Hamsterkäufen und pandemie-spezifischem Bedarf dargestellt. So hätten vor allem chronisch kranke Patienten/-innen in der ersten Welle auf alternative Medikamente ausweichen müssen.

Die Kritik aus der ersten Phase der Evaluation, wonach die Regelversorgung im Frühjahr 2020 zu stark eingeschränkt gewesen sei, verstärkte sich in den vertiefenden Analysen. Allerdings war unter den Befragten weitgehend unbestritten, dass die Regelversorgung je nach Behandlungskapazität und regionaler Ausbreitung des Virus in einem gewissen Mass heruntergefahren werden muss. Die Interviewten betonten jedoch, dass die fehlende Flexibilität bei bestehenden Kapazitäten in vielen Regionen zu unnötigen Absagen von wichtigen Operationen und Therapien geführt habe. In einigen Kantonen habe beispielsweise in der Psychiatrie nur die Notfallversorgung aufrechterhalten werden können oder chirurgische Kliniken, die nicht in die Betreuung von Covid-19-Patienten/-innen involviert waren, seien zeitweise stillgelegt worden. Es wird vermutet, dass die politischen Verantwortlichen den Gesundheitseinrichtungen nicht zugetraut haben, eigenständig über den Verzicht auf Tätigkeiten zu entscheiden.

Es besteht in der wissenschaftlichen Literatur der Verdacht, dass gewisse Patienten/-innen, insbesondere in der ambulanten Langzeitversorgung, durch die starke Einschränkung der Regelversorgung während der ersten Phase der Pandemie unversorgt blieben.⁸³ Es gibt auch Berichte darüber, dass Notfallstationen unterdurchschnittlich besucht waren, Tumorerkrankungen verspätet entdeckt wurden und Patienten/-innen auch bei starkem Leidensdruck lange auf Therapien und operative Behandlungen warten mussten. Dabei spielte es auch eine Rolle, dass Patienten/-innen aus Angst nicht mehr bei den Gesundheitseinrichtungen erschienen sind, da sich in den Köpfen die Botschaft «Bleiben Sie Zuhause» festgesetzt habe. Mehr als zwei Drittel der befragten Personen, die medizinische Hilfe wegen eines Unfalls oder einer Erkrankung nötig hatten, gaben jedoch in der Bevölkerungsbefragung an, trotz Corona eine optimale medizinische

sind, die über geringe physische und psychische Beschwerden und Beeinträchtigungen hinausgehen; oder überwiegend oder vollständig ästhetischen Zwecken, der Steigerung der Leistungsfähigkeit oder dem Wohlbefinden dienen.»

⁸³ Rachamin, Y., et al. (2021). Impact of the Covid-19 pandemic on the intensity of health services use in general practice: a retrospective cohort study. International journal of public health, 66.

Behandlung erhalten zu haben. Rund ein Fünftel der Bevölkerung wies aber darauf hin, wegen der Pandemie Arztbesuche oder eine Behandlung im Spital hinausgezögert oder sogar darauf verzichtet zu haben (vgl. Abschnitt 2.1.1).

Insgesamt betonten viele Vertretende von Spitälern und Behörden, dass es für die Gesundheitsversorgung wichtig und richtig gewesen sei, ab der zweiten Welle im Herbst 2020 elektive Eingriffe nicht mehr zu verbieten und die Steuerung den Gesundheitseinrichtungen zu überlassen. Patienten/-innen, die medizinische Hilfe benötigten, seien dadurch seltener zuhause geblieben. Allerdings sei es nur gelungen, den Betrieb qualitativ hochstehend aufrecht zu erhalten, weil das Personal bereit war, über lange Zeit einen überdurchschnittlichen Einsatz zu leisten. Viele der in den Spitälern verschobenen Eingriffe zu Beginn der Krise hätten aufgeholt werden müssen. Dies habe zu einer anhaltend grossen Belastung des Gesundheitspersonal geführt. So wurde aus vielen Institutionen berichtet, dass der wachsende Personalmangel zunehmend problematisch werde und zu zusätzlichen Ausfällen infolge individueller Überlastung führe. Da sich im Herbst 2020 Covid-19 stark ausbreitete, sei hinzugekommen, dass Covid-19 immer wieder auf Nicht-Covid-19-Abteilungen übertragen wurde und Mitarbeitende sich ansteckten. Auch die starke Belastung der Intensivstationen habe zu Absagen von elektiven Eingriffen geführt.

Die vertiefenden Analysen zeigen auch, dass die Zusammenarbeit unter den Spitälern sowie zwischen den Spitälern und den Gesundheitsbehörden nicht in allen Belangen gut funktionierte. Verschiedentlich kritisiert wurde die geringe Zusammenarbeit und Solidarität in der Region und über Regionen hinweg. So wurden laut Aussagen von Interviewten nur wenige Patienten/-innen aufgrund unterschiedlicher Virusinzidenzen oder Kapazitäten in Regionen und über Regionen hinweg verlegt. Gleichzeitig wurde aber auch hervorgehoben, dass bei so einem Transfer auf die Kultur und Sprache Rücksicht genommen werden müsse und Patienten/-innen nicht wie Postpakete verschickt werden können.

Die Situation bei den Hausärzten/-innen war unterschiedlich. Einige hätten beim Elektivverbot ihre Praxis geschlossen, andere seien geöffnet geblieben und hätten Kontakt vor allem zu ihren vulnerablen, älteren Patienten/-innen gehalten. Da die Regelversorgung Sache der Kantone ist, seien die Grundversorger lange nicht in die nationale Krisenorganisation eingebunden worden. So bestand beim BAG laut mehreren Interviewten ein nur gering ausgeprägtes Bewusstsein für die Rolle der Hausärzte/-innen in der allgemeinen Versorgung und der möglichen Rolle in der pandemie-spezifischen Versorgung; die Mitarbeit von Hausärzten/-innen, beispielsweise beim Verabreichen von Impfungen oder bei der Nachversorgung von Genesenen, sei kaum nachgefragt worden.

In vielen Alters- und Pflegeinstitutionen sei es zeitweise zu Versorgungsengpässen gekommen, da Hausärzte/-innen im Frühjahr 2020 externe Krankenbesuche einstellten. Es wurde in Interviews berichtet, dass der Zugang zu externen Therapien erschwert war. Einige Spitäler seien bei der Aufnahme von Patienten/-innen aus Alters- und Pflegeinstitutionen zurückhaltend gewesen, um Platz für jüngere Menschen zu reservieren. In der im Frühjahr 2021 durchgeföhrten Befragung gaben rund 20 Prozent der Vertretenden von Alters- und Pflegeinstitutionen an, dass sich die Qualität der Pflege während der Krise verschlechtert oder eher verschlechtert habe.⁸⁴ Aus der Spitex wird berichtet, dass vor allem im Frühjahr 2020 Klienten/-innen gewisse Leistungen nicht mehr in Anspruch genommen hätten, primär in den Bereichen Hauswirtschaft und Unterstützung, sekundär im Bereich der Pflege. In der Befragung gaben rund 40 Prozent der Mitarbeitenden der Spitexorganisationen an, dass die Qualität ihrer Arbeit eher oder sehr beeinträchtigt wurde. Teilweise hätten private Spitexorganisationen auch Leistungen eingestellt und Klienten/-innen zur öffentlichen Spitex geschickt.⁸⁵

I Welches waren die Massnahmen, die eine sichere Regelversorgung bei gleichzeitiger pandemie-spezifischer Versorgung ermöglichten? Nach welchen Kriterien wurden diese Massnahmen definiert? Haben sich die Massnahmen und die Auswahlkriterien bewährt?

Es gab eine Reihe von Massnahmen, die eingesetzt wurden, um eine Regelversorgung bei gleichzeitiger pandemie-spezifischer Versorgung zu ermöglichen:

⁸⁴ Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen. Zürich.

⁸⁵ Infras (2021): Corona-Krise: Situation von älteren Menschen und Menschen in Institutionen: Grafikenband mit Ergebnissen der Befragung beim Pflege- und Betreuungspersonal 2021, Bern.

Trennung von Covid-19- und Nicht-Covid-19-Patienten/-innen in Spitäler und Arztpraxen

Wie in den Pandemie-Plänen für die betriebliche Vorbereitung vorgesehen, sind in den Gesundheitseinrichtungen die Covid-19- und Nicht-Covid-19-Patienten/-innen räumlich voneinander getrennt worden. Dies, indem ganze Spitäler, Gebäude, Stockwerke oder Abteilungen und deren Zugangswege separiert worden sind. In kleineren Hausarztpraxen sind Zimmer aufgeteilt worden. Die Trennung wurde von allen Interviewten als zentrale und zielführende Massnahme erachtet.

Differenzierte Umsetzung des Verbots von elektiven Eingriffen und Therapien

Das BAG liess im Frühjahr 2020 laut eigenen Angaben bewusst einen Ermessensspieldraum bei der Umsetzung der Regelung zum Verzicht auf nicht-drängliche Eingriffe und Therapien bestehen. Einige Interviewpartner/-innen betonen, dass die Möglichkeit, elektive Eingriffe und Therapien selbst genauer zu definieren, hilfreich gewesen sei, um die Kapazitäten der Regelversorgung möglichst aufrechterhalten zu können. Die Umsetzung der Bundesvorgabe erfolgte sehr unterschiedlich:

- In den meisten befragten Spitälern erfolgte die operative Detaillierung der Regelung in regelmässigen Lagebesprechungen der Spitalleitung in engem Kontakt mit dem jeweiligen institutionellen Covid-19-Sonderstab, ohne die kantonalen Behörden zu involvieren. Je nach Spital waren zusätzlich verschiedene medizinische Fachdisziplinen und das Operationsmanagement an der Entscheidungsfindung beteiligt. Je nachdem, ob ein Patient/eine Patientin zugewiesen wurde oder über die Notfallstation eintrat, wurde im Einzelfall auch ad hoc entschieden. Einen zentralen Einfluss auf den Verzicht auf nicht-drängliche Eingriffe hatten auch aktuelle Zahlen von Patienten/-innen, die unter Covid-19 litten und sich auf der Intensivstation der entsprechenden Institution befanden.
- Im Kanton Waadt definierte die Generaldirektion für Gesundheit innerhalb des Gesundheitsministeriums die Wahl-eingriffe. Diese Weisungen wurden in Zusammenarbeit mit dem kantonalen Krisenstab erlassen, dem auch Spitäler und Verbandsvertretende angehörten.
- In Spitälern mit Belegarztsystem war der Entscheid über die Durchführung von Eingriffen oft schwierig und führte teilweise zu Unmut. Darum wurde mancherorts versucht, ein möglichst neutrales Gremium für die Kategorisierung zu entwickeln.

Insbesondere Interviewpartner/-innen aus der ambulanten Grundversorgung vertraten die Auffassung, dass der Anspruch, elektive Eingriffe und Therapien genauer zu definieren, nicht zielführend sei. Ihrer Erfahrung nach definierten die Patienten/-innen selbst, was ein dringlicher oder nicht-dränglicher Grund für das Aufsuchen einer medizinischen Fachperson sei. Spezialisten/-innen für Codierung betonten, dass es zu kompliziert wäre, anhand von Diagnose- oder Behandlungscodes differenzierte Vorgaben in Form einer Liste nach Dringlichkeit zu erstellen.

Erweiterung der Ausstattung

Dank einem schnellen Bezug von genügend Beatmungsgeräten und dem Ausbau der Bettenkapazitäten hätten Einschränkungen der Versorgung aufgrund infrastruktureller Vorgaben grösstenteils vermieden werden können.

Ausbau der Personalressourcen, insbesondere in Spitälern

Durch das Verschieben von Personal, das Schulen von Personal am eigenen Spital und den Einsatz von Militär und Zivilschutz in Spitäler und Pflegeinstitutionen konnten laut Interviewpartnern/-innen aus den entsprechenden Bereichen zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden. In einzelnen Kantonen wurde Anästhesiepersonal behördlich von Spitälern, die im elektiven Bereich tätig sind, in das Zentrumsspital verschoben, damit dort der Notfall- und Intensivbetrieb aufrechterhalten werden konnte. Teilweise wurden Mitarbeitende der Spitälerorganisationen an Pflegeinstitutionen und Spitäler «ausgeliehen». Teilweise wurden zwischen der ersten und zweiten Welle das Personal in intensivmedizinischem Wissen geschult, um vermehrt die Intensivstationen unterstützen zu können und somit die Kapazität des Spitals zu erhöhen. Angehörige von Armee und Zivilschutz konnten in Spitäler und Pflegeinstitutionen vielerorts wertvolle logistische und pflegerische Unterstützung bieten.

Versorgung der Patienten/-innen zuhause durch Medikamentenversand und Videokonsultationen

Durch virtuelle Konsultationen und den Versand von Medikamenten konnten Patienten/-innen – insbesondere auch ältere – zuhause versorgt werden. Die Verlagerung der Beratung auf Telefonie/Videotelefonie gelang laut Aussagen vieler Hausärzten/-innen und Psychotherapeuten/-innen recht gut. Dadurch konnte zumindest ein Teil der Konsultationen

durchgeführt werden, die ansonsten in der Praxis oder bei einem Hausbesuch mit dem Risiko einer Ansteckung mit Covid-19 verbunden gewesen wären. Ambulant tätigen Therapeuten/-innen (aus der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung) fiel diese Umstellung auf digitale Konsultationen laut Interviews schwerer, da sie technisch weniger gut darauf vorbereitet gewesen seien.

Effizienterer Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Behörden

Wesentlich zur Sicherung der Regelversorgung trug auch die Verbesserung des Informationsaustauschs, insbesondere zwischen den Spitätern, bei. Diesbezüglich wurden folgende Entwicklungen beobachtet:

- Als im Frühjahr 2020 die Anzahl Fälle in der Westschweiz höher war als in der Deutschschweiz, wurde wenig zusammengearbeitet. Die Spitäler schätzten es, dass das Informations- und Einsatzsystem des Koordinierten Sanitätsdienstes rasch ausgebaut wurde und einen effizienten Austausch über Spitalkapazitäten, insbesondere der Intensivstationen, ermöglichte. Zuvor sei eine effiziente Planung von elektiven Eingriffen viel schwieriger gewesen.
- In einzelnen Kantonen hat der Informationsaustausch zwischen den Spitätern gut funktioniert, indem täglich oder mehrmals pro Woche die Belegungszahlen ausgetauscht wurden und entsprechend Patienten/-innen der Regelversorgung verteilt wurden. Dieser Austausch fand auf operativer Ebene zwischen den Ärzten/-innen statt.
- Der Bereich der Organtransplantationen ist ein aufschlussreiches Beispiel für einen weiterentwickelten Austausch. Für die Planung und Durchführung der Transplantationen ist eine nationale und internationale Zusammenarbeit schon seit langer Zeit Standard. Es bestand deshalb während der Krise ein detailliertes Wissen über die Ressourcen an den verschiedenen Standorten. Eine zentrale Allokation der Eingriffe war darum möglich. Auf diese Weise konnten schnell und überregional Behandlungen durchgeführt werden, die ein einzelnes Spital nicht mehr leisten konnte. Der dem Modell zugrunde liegende Ansatz des «Step-Wise-Shutdown» der Transplantationsaktivitäten (im Gegensatz zur kompletten Einstellung) wurde angewendet.⁸⁶ Laut Interview wäre es durchaus denkbar, dieses Modell auch bei dringenden Eingriffen ausserhalb der Transplantationsmedizin einzusetzen.

| Welche Zusatzaufwendungen waren mit der Umsetzung der Massnahmen verbunden? Wer hat diese finanziert?

Ohne Zweifel hat die Pandemie grosse Auswirkungen auf die Kosten der medizinischen Versorgung. In Beantwortung des Postulats «Auswirkungen der Gesundheitskosten der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger klären» hat der Bundesrat im Juni 2021 einen Zwischenbericht vorgelegt mit einer ersten qualitativen Auslegeordnung der Kosten, die während der Pandemie angefallen sind.⁸⁷ Dort weist er darauf hin, dass sowohl der Bund als auch die Kantone, die Krankenversicherer und die Versicherten für die medizinische Versorgung mit Mehraufwendung rechnen müssen. Die Höhe dieser Aufwendungen wird sich jedoch erst gegen Ende 2022 zuverlässig abschätzen lassen.

Das BAG hat sich am 10. März 2020 mit der Publikation «Abbildung der stationären Fälle beziehungsweise Behandlungen von Covid-19» erstmals zu Fragen betreffend die Finanzierung der Behandlung von Covid-19-Patienten/-innen geäussert.⁸⁸ Ziel der Publikation war es, für die Zeit der Corona-Pandemie eine schweizweit einheitliche Praxis zur Regelung der stationären Behandlung sowie der entsprechenden Kostenübernahme sicherzustellen. Dabei geht es unter anderem um ein schweizweit einheitliches Vorgehen bei der Vergütung von stationären Behandlungen bei Covid-19-Patienten/-innen, die Erbringung von intensivmedizinischen Behandlungen in nicht zertifizierten Intensivstationen oder die Behandlung von Patienten/-innen in zusätzlichen provisorischen Räumlichkeiten (wie z.B. Container oder Zelte).⁸⁹ Das BAG stützt sich bei diesen Regelungen auf eine vorangehende Abstimmung mit den betroffenen Dachverbänden (H+ Die Spitäler der Schweiz, santésuisse und curafutura), der SwissDRG AG sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

⁸⁶ Immer, F., et al. (2020). In the eye of the hurricane: the Swiss Covid-19 pandemic stepwise shutdown approach in organ donation and transplantation. Swiss medical weekly, 150: w20447.

⁸⁷ Bundesrat (2021): Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen. Zwischenbericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 20.3135 SGK-SR vom 21. April 2020, Bern.

⁸⁸ BAG (2020): Abbildung der stationären Fälle beziehungsweise Behandlungen von Covid-19. Faktenblatt vom 10.03.2020, Bern.

⁸⁹ Vgl. dazu: BAG-Website «Corona-Virus: Regelungen in der Krankenversicherung». <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html>, Zugriff am 09.09.2021.

Am 4. April 2020 hat das BAG ein Faktenblatt publiziert, das den ambulanten Bereich betrifft. Dieses Dokument enthält Empfehlungen des BAG für temporäre Lösungen zur Abrechnung von Konsultationen auf räumliche Distanz anstelle von Konsultationen in der Praxis oder bei den Patienten/-innen zuhause. Es betrifft Konsultationen von Fachärzten/-innen inklusive delegierter Psychotherapie, Hebammen, Physiotherapeuten/-innen, Ergotherapeuten/-innen, Ernährungsberater/-innen und Logopäden/-innen.⁹⁰

Die im Rahmen der Evaluation durchgeführten Gespräche sowie die Sichtung der verfügbaren Unterlagen haben ergeben, dass die Leistungserbringer sowohl die Zweckmässigkeit wie auch die Zeitgerechtigkeit dieser Grundlagen kritisch beurteilen:

- Erstens wurde darauf hingewiesen, dass die Klärungen teilweise relativ spät stattfanden. Die erwähnten Faktenblätter hätten viele Fragen zur Übernahme von Zusatzaufwendungen und zum Ausgleich von Mindereinnahmen offen gelassen. Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung hätten die Leistungserbringer bereits im Frühjahr 2020 Entscheide von grosser finanzieller Tragweite fällen müssen, ohne zu wissen, ob und in welchem Umfang diese Leistungen über die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden.
- Zweitens entstanden durch die Einschränkungen im Frühjahr 2020 vielerorts eine Unterbeschäftigung der Belegschaft und Einnahmeausfälle. Um für an Covid-19 erkrankte Patienten/-innen die Betten-Kapazitäten freizuhalten, erbrachten die Spitäler Vorhalteleistungen. Bisher müssen die Spitäler und Kantone diese Kosten selbst tragen. In den Interviews mit Vertretenden von Institutionen und Kantonen werden unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben, wie diese Aufwendungen aufgeteilt werden. Einige Kantone signalisierten den Spitätern bald, dass die Kosten übernommen werden, während andere Kantone nicht dafür aufkommen wollen. Der Bundesrat hat sich auf den Standpunkt gestellt, dass Ertragsausfälle aufgrund des vom ihm erlassenen Behandlungsverbots während der ersten Welle im Frühling 2020 aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlage durch den Bund nicht entschädigt werden können. Der Verein SpitalBenchmark, der die damit verbundenen Kosten im Auftrag der Schweizer Spitäler und Kliniken ausgerechnet hat, geht von rund 880 bis 980 Millionen Franken aus.⁹¹
- Den Alters- und Pflegeinstitutionen stellt sich das Problem, dass viele Zusatzkosten für die Betreuung und Administration nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Auch fehlende nicht-medizinische Einnahmen (z.B. öffentliches Restaurant, Vermietung an Externe) können nicht geltend gemacht werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Finanzierungs- und Tarifierungsfragen der Gesundheitsdienstleister in Bezug auf Gesundheitsleistungen nur teilweise beantwortet werden konnten. Die Befragten gehen aber nicht davon aus, dass die Kostenfragen negative Konsequenzen auf die Versorgungsqualität hatten. Beim Einkauf von Material habe man so viel gekauft wie möglich. Auch habe man viel in das Personal der Intensivstationen investiert. Man sei das Risiko eingegangen, dass die Kosten nicht von der öffentlichen Hand oder den Krankenversicherern übernommen werden.

4.5.3 Juristische Beurteilung

In normaler Lage liegt die Verantwortung für die Gewährleistung der Versorgung bei den Kantonen. Der Bund hat mit Bezug auf die Versorgung in der normalen Lage hauptsächlich in zwei Bereichen Kompetenzen, nämlich bei der Gewährleistung der Heilmittelsicherheit (Swissmedic) und bei Zugangssicherung zu Krankenversorgungsleistungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung [OKP]). Hinzu kommen die Regelung von medizinischen Technologien sowie die Gewährleistung der Landesversorgung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen, unter anderem für den Fall schwerer Mangellagen. Diese Gewährleistung erfolgt subsidiär zur Versorgung durch die Marktwirtschaft, nötigenfalls in Abweichung von der Wirtschaftsfreiheit. Das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen kantonalen (namentlich kantonale Spitalämter und kantonsärztliche Dienste sowie Leistungserbringer) und eidgenössischen (namentlich BAG, Swissmedic, Armeeapotheke) Akteuren bewährt sich in der normalen Lage von endemischen Krankheiten. In der Pandemie-Situation der besonderen und der ausserordentlichen Lage hat es sich aber als erschwerend erwiesen, weil es eine schnelle und koordinierte Umsetzung von Bekämpfungsmassnahmen verhindern kann.

⁹⁰ A.a.O.

⁹¹ <https://www.srf.ch/news/schweiz/corona-rechnung-dicke-post-fuer-den-bundesrat-spitaeler-koennten-millionen-fordern>. Zugriff am 31.08.2021.

Der Bund verfügt gemäss Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV zwar über eine umfassende Kompetenz zur Bekämpfung (unter anderem) übertragbarer Krankheiten, doch hat der Gesetzgeber den Vollzug von epidemienrechtlichen Massnahmen den Kantonen vorbehalten, soweit das Gesetz nicht explizit den Bund dafür als zuständig erklärt (Art. 75 EpG). Der Bund kann zwar die Vollzugsmassnahmen der Kantone koordinieren, soweit ein Interesse an einem einheitlichen Vollzug besteht. Er kann den Kantonen zu diesem Zweck namentlich Massnahmen für einen einheitlichen Vollzug vorschreiben und bei Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit die Kantone anweisen, bestimmte Vollzugsmassnahmen umzusetzen. Doch hat er solche Massnahmen ausschliesslich an die Kantone zu adressieren, die dann für einen entsprechenden Vollzug sorgen sollen (Art. 77 EpG). Der Bund kann auf der Grundlage dieser Koordinationskompetenz nicht direkt den Leistungserbringern Vorschriften machen oder Weisungen erteilen. Das bedeutet, dass sich im Fall einer Pandemie, die die Ausrufung der besonderen Lage erfordert, die Kompetenz und Verantwortung für die Behandlung von Erkrankungen nicht zum Bund verschiebt, sondern nur die Kompetenz zur Anordnung im Gesetz aufgezählter epidemienrechtlicher Massnahmen gemäss Art. 6 Abs. 2 EpG. Wenn heute die besondere Lage gilt und die Kantone voneinander abweichende Regelungen anordnen, so deshalb, weil der Bund nur punktuell Massnahmen anordnet, und mitunter auch, weil sich Kantone über die bundesrechtlichen Anordnungen hinwegsetzen und diese nicht vollziehen. In der ausserordentlichen Lage wird die Kompetenz des Bundes im Vergleich zur besonderen Lage sachlich erweitert; der Bund kann in der ausserordentlichen Lage nicht mehr nur die in Art. 6 Abs. 2 EpG aufgezählten Massnahmen anordnen, sondern inhaltlich beliebige (epidemienrechtliche) Massnahmen, beschränkt bloss durch die Subsidiaritäts-, Wirksamkeits- und Verhältnismässigkeitsanforderungen gemäss Art. 30 EpG beziehungsweise Art. 1 Abs. 2bis Covid-19-Gesetz beziehungsweise Art. 5 BV.

Anderes gilt mit Bezug auf epidemienrechtliche Vorbereitungsmassnahmen, für die der Bund und die Kantone verantwortlich sind. Das BAG (nicht der Bundesrat) kann die Kantone anweisen, bestimmte Vorbereitungsmassnahmen gemäss Art. 8 Abs. 2 EpG zu treffen. Und gemäss Art. 19 Abs. 2 EpG kann der Bundesrat einen ganzen Katalog von Vorbereitungsmassnahmen anordnen, die unmittelbar an Betriebe sowie Institutionen des Gesundheits- und des Bildungswesens oder generell an Betriebe und Veranstalter, die mit ihren Aktivitäten das Risiko der Krankheitsübertragung erhöhen, adressiert sind. Es ist daher nötig, zwischen Krankenversorgung inklusive -behandlung auf der einen und Krankheitsbekämpfung (für übertragbare Krankheiten) auf der anderen Seite und überdies innerhalb der letzteren zumindest zwischen Früherkennungs- und Überwachungs-, Verhütungs- und Vorbereitungsmassnahmen zu unterscheiden.

Das Beispiel der Priorisierung zwischen Notfalleingriffen und elektiven Eingriffen illustriert, welche Fragen sich als Folge der grob skizzierten komplexen Kompetenzverteilung ergeben können: Ob elektive Eingriffe im Bedarfsfall zugunsten von Covid-19-bedingten und anderen Notfalleingriffen aufgeschoben werden sollen, entscheiden die Kantone aufgrund ihrer Verantwortung für die Krankenversorgung. Dies gilt nicht nur in der normalen, sondern auch in der besonderen Lage gemäss EpG; einzige in der ausserordentlichen Lage kann der Bund eine solche Priorisierung anordnen, weil dann seine Kompetenz zur Anordnung inhaltlich offen ist. In der normalen und der besonderen Lage hat der Bund indes die Möglichkeit, die Beschaffung und Zuteilung für die Mengen an Arzneimitteln, die nicht zur Verhütung und Bekämpfung von Covid-19 eingesetzt werden, zu unterlassen, so dass die Spitäler und Kliniken auf elektive Eingriffe verzichten müssen; denn elektive Eingriffe dürfen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nur eingeplant werden, wenn hinreichende Bestände an wichtigen Arzneimitteln dies erlauben. Die Begründung des BAG für diese indirekte Unterbindung elektiver Eingriffe lautet, dass die Zuteilung der knappen Arzneimittel für die Behandlung der Covid-19-Patienten/-innen Vorrang habe und es zu verhindern gelte, dass für diese Patientengruppen aufgrund der Vornahme elektiver Eingriffe Versorgungspässe entstehen.⁹² Dabei ist bemerkenswert, dass rechtlich nicht verbindlich definiert ist, wie elektive Eingriffe von Notfalleingriffen abzugrenzen sind, so dass die Leistungserbringer durch eine einengende Definition elektiver Eingriffe den Bestrebungen des BAG ein Stück weit gegensteuern könnten. Der Bund hat aber von der geschilderten Möglichkeit zur Priorisierung der Notfalleingriffe seit Ablauf der ausserordentlichen Lage Ende Frühling 2020 keinen Gebrauch mehr gemacht, sondern den Kantonen überlassen, elektive Eingriffe einzuschränken. Ob Spitäler deswegen auf die ganzen Jahre 2020 und 2021 finanzielle Verluste erlitten oder die aufgeschobenen elektiven Eingriffe später nachgeholt haben, ist wenig transparent. Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit der Thematik der elektiven Eingriffe besprochen werden sollte, dessen Bedeutung weit über die Epidemienbekämpfung

⁹² Vgl. Erläuterungen zur Verordnung 3 vom 19. Juni 2020 über Massnahmen zur Bekämpfung des Corona-Virus (Covid-19-Verordnung 3; SR 818.101.24), Version vom 20. August 2021, S. 18, zu Art. 25 dieser Verordnung.

hinausgeht, sind Kriterien, nach welchen sich die Priorisierung oder Rationierung von Behandlungsmassnahmen richten soll, wenn die vorhandenen Kapazitäten unzureichend sind. Rechtliche Kriterien dafür fehlen vollständig.

Die autonome Verteilung von Notfallpatienten/-innen nach Absprache zwischen Leistungserbringern, auch über Kantons- und selbst über die Landesgrenzen hinweg, scheint sich in der Praxis weitgehend bewährt zu haben. Die Kantone hätten aber die Möglichkeit, nötigenfalls mittels interkantonaler Vereinbarungen für Verteilungsprozeduren zu sorgen; und subsidiär könnte der Bund im Rahmen seiner Aufsichts- und Koordinationskompetenz für den Vollzug der Epidemiengesetzgebung (Art. 77 f. EpG) den Kantonen vorschreiben, wie Patienten/-innen zu verteilen seien, oder sie anweisen, für die Verteilung zu sorgen. Als nicht einfach hat sich in der Corona-Pandemie erwiesen, angemessene Ressourcen für die benötigten Versorgungs-, Verhütungs-, Überwachungs- und Früherkennungsleistungen bereitzustellen. Ein wichtiger Grund dafür ist sicher in der Regelung der Kostentragung für den Vollzug des EpG zu suchen. Danach haben die Kantone die Kosten für Massnahmen gegenüber der Bevölkerung oder einzelnen Personen zu tragen, soweit die Kosten nicht anderweitig – das heisst insbesondere durch die Kranken-, Unfall- und Militärversicherung – gedeckt sind. Weiter müssen sie die Kosten für epidemiologische Abklärungen nach Art. 15 Abs. 1 übernehmen (Art. 71 EpG), auch wenn (in der besonderen und der ausserordentlichen Lage) der Bund diese Massnahmen angeordnet hat. Nur die Kosten für die Versorgung der Bevölkerung mit Heilmitteln muss der Bund – auch er aber nur subsidiär zur Kranken-, Unfall- und Militärversicherung – übernehmen (Art. 73 EpG), desgleichen die Kosten für Massnahmen im internationalen Reiseverkehr, soweit diese nicht zulasten der an diesem Verkehr beteiligten Unternehmen gehen (Art. 74 EpG). Ungenügend geregelt ist in der Epidemiengesetzgebung die Kostentragung für Vorbereitungsmassnahmen, um Gefährdungen und Beeinträchtigungen der öffentlichen Gesundheit zu verhüten und frühzeitig zu begrenzen, das heisst Vorbereitungsmassnahmen zur Erkennung und Überwachung von übertragbaren Krankheiten. Ebenfalls ungenügend geklärt ist, wer die Kosten für Massnahmen gegenüber einzelnen Personen, für Massnahmen gegenüber der Bevölkerung und zur Verteilung von Heilmitteln, zu denen das BAG die Kantone anweisen kann, trägt (Art. 8 EpG).

Als kritischer Punkt haben sich in der Corona-Pandemie nicht die finanziellen und sachlichen, sondern die personellen Ressourcen herausgestellt. Zwar kann der Bundesrat (nach Anhörung der Kantone) in der besonderen Lage – und umso mehr in der ausserordentlichen Lage – Ärzte/-innen weitere Gesundheitsfachpersonen verpflichten, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken (Art. 6 Abs. 2 Bst. c EpG). Doch wo das fachlich ausgebildete Personal fehlt, hilft diese Kompetenz wenig. Notwendig sind strukturelle Anpassungen, diese liegen aber ausserhalb des Inhalts der Epidemiengesetzgebung.

Zu überprüfen ist die Regelung der Zulassung von Arzneimitteln durch Swissmedic gemäss Heilmittelgesetzgebung in der besonderen und der ausserordentlichen Lage gemäss EpG. Die zum Teil lange Dauer der Verfahren für die Zulassung von Covid-Impfstoffen für Erwachsene und für Kinder ist in der Öffentlichkeit auf Kritik gestossen. Möglichkeiten zur gesetzlicher Regelung beschleunigter Zulassungsverfahren im Falle einer Pandemie bis hin zur Übernahme von Prüfungsergebnissen, beispielsweise der Europäische Arzneimittel-Agentur und der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA, sollten abgeklärt werden.

Mit Sicherheit mangelhaft war die Vorratshaltung für sachliche Mittel, die in der Pandemie für die Überwachung (Beispiel Digitalisierung des Meldesystems), die Verhütung (Beispiel Schutzmasken, Alkohol zur Desinfektion) und die Behandlung (Beispiel Planungen für die Trennung von Covid-19- und anderen Patienten/-innen) erforderlich sind. Hindernisch dafür war das komplexe Zusammenspiel verschiedener Gesetzgebungen auf Bundesebene; die Landesversorgungs-, die Heilmittel-, die Lebensmittel-, die Alkohol- und die Bevölkerungsschutzgesetzgebung sowie weitere Gesetzgebungen überschneiden sich inhaltlich mit der Epidemiengesetzgebung.

4.5.4 Internationale Einordnung

Internationale Einordnung in Schweden			Internationale Einordnung in Österreich		
Bedeutung des Themenbereichs			Bedeutung des Themenbereichs		
Gross	Mittel	Klein	Gross	Mittel	Klein
<p>Die Kapazität der Intensivpflegebetten, deren Anzahl im Laufe der Pandemie im Stockholmer Raum mehr als verdoppelt worden war, wurde nie gebraucht. Beatmungsgeräte waren immer in ausreichender Zahl vorhanden, obwohl die Ausbreitung von Covid-19 in Schweden viel grösser war als in den Nachbarländern.</p> <p>Um über genügend Pflegepersonal zu verfügen, wurde einerseits insbesondere im Raum Stockholm vermehrt Personal eingestellt oder versetzt, Sonderurlaube wurden widerrufen und Überstunden angeordnet. Dies gipfelte in einer «Krisendienstvereinbarung» während des Sommers 2020.</p> <p>Andererseits wurden Triagen vorgenommen, um den Druck auf die Krankenhäuser und insbesondere auf die Intensivstationen zu verringern. Zwischen März 2020 und Juni 2021 wurden elektive Behandlungen eingeschränkt. Für elektive Eingriffe, die nicht verschoben werden sollten, wurden zwei Prioritätskriterien festgelegt: 1. Diagnose und Behandlung von bösartigen oder mutmaßlich bösartigen Erkrankungen; 2. Behandlung von Krankheiten, bei denen eine Verzögerung von 0 bis 3 Monaten die gleiche Behandlung, die sofort durchgeführt worden wäre, beeinträchtigt oder unmöglich macht, zum Beispiel Abtreibungsbehandlungen, Entbindungen, Behandlungen bei Kindern und bestimmte chirurgische und orthopädische Behandlungen.</p> <p>In beiden Fällen werden Patienten/-innen mit den grössten Chancen auf eine Behandlung bei fehlenden Ressourcen gegenüber anderen bevorzugt. Es muss immer eine individuelle Bewertung vorgenommen werden.</p> <p>Im Mai und November 2020 befürchtete jede/-r zweite Befragte, aufgrund der Corona-Pandemie keine Versorgung zu erhalten, und jede/-r Fünfte sagte bereits gebuchte medizinische oder zahnärztliche Behandlungen ab. Ältere Menschen waren stark von diesen Schwierigkeiten betroffen. Gemäss der nationalen Versorgungsgarantie müssten alle Patienten/-innen innerhalb von 90 Tagen einen ersten Besuch oder eine Operation beziehungsweise einen Eingriff in der spezialisierten Versorgung erhalten. Der Anteil der wartenden Patienten/-innen, die dies innerhalb von 90 Tagen erhielten, lag im Juni 2021 bei 89 Prozent, verglichen mit einem Tiefstand von 84 Prozent im September 2020 und fast 90 Prozent im gleichen Monat vor der Pandemie (Juni 2019).</p> <p>Nur ein Bruchteil der Grundversorgung konnte durch Fernbehandlungen ersetzt werden. Der Anteil der Fernbehandlungen blieb zwischen Juni 2020 und Juni 2021 konstant bei 5 Prozent, während der Anteil der Telefon-/E-Mailkontakte von 17 Prozent auf 12 Prozent sank (möglicherweise aufgrund von Verbesserungen und der Verbreitung spezialisierter Fernbehandlungs-</p>	<p>Österreich ist eines der EU-Länder mit den – gemessen an der Bevölkerung – meisten Spital- und Intensivbetten. Das hat vor allem in der ersten Welle im Frühjahr 2020 dazu beigetragen, dass die Versorgung von Covid-19-Patienten/-innen gut bewerkstelligt werden konnte. Der Bund und auch die Länder haben in dieser ersten Phase Vorgaben zur Bettenkapazität respektive zur Freihaltung von Betten für die Versorgung von Covid-19-Patienten/-innen gemacht. Dadurch kam es ab Mitte März 2020 zu einem massiven Herunterfahren der regelmedizinischen Versorgung und zu einer Verschiebung von elektiven Eingriffen oder Vorsorgeuntersuchungen. Im praxisambulanten Bereich zeichnete sich ein differenziertes Bild ab: Während zahlreiche Praxen unter anderem aus Furcht vor Ansteckung und/oder aufgrund des Mangels an Schutzausrüstung geschlossen blieben, versuchten andere, den Regelversorgungsbetrieb aufrecht zu erhalten.</p> <p>In den Krankenhäusern wurden eigene Bereiche eingerichtet, um Patienten/-innen mit Verdacht auf Covid-19 in den Aufnahmebereichen von jenen ohne spezifische Symptomatik oder epidemiologische Risiken zu trennen. Mit Zunahme des Infektionsgeschehens wurden vermehrt stationäre Bereiche in Covid-19-Stationen umgewandelt, was auf Kosten der Regelversorgung ging. Patienten/-innen sagten aus Angst vor Infektionen Kontrolltermine oder Vorsorgeuntersuchungen ab, beziehungsweise vermieden es, bei spezifischen Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.</p> <p>Die Koordination der Bettenauslastung in der Hochphase der Pandemie, aber auch während der weniger belastenden Monate, erfolgte primär auf Bundesländerebene. Im Bundesland Tirol gab es dafür wöchentliche Videokonferenzen der Behandelnden in den Krankenhäusern, um ein möglichst koordiniertes Vorgehen und wechselseitige Unterstützung (Übernahmen, Abgleich von Therapiestandards) zu gewährleisten. Dafür wurden auch Stufenpläne je nach Patientenaufkommen entwickelt. Bei den Stufenplänen ging es darum, welche Stationen und Intensivstationen zuerst mit Covid-19-Patienten/-innen belegt werden sollten und welche sich um Nicht-Covid-19-Patienten/-innen kümmerten. Mit der Zunahme von stationär zu versorgenden Covid-19-Patienten/-innen kam es zu einer schrittweisen Verschiebung der Ressourcen von Non-Covid-19- zu Covid-19-Bereich. Damit verbunden war auch eine Priorisierung der Eingriffe nach medizinischer Dringlichkeit, was zur Verschiebung von elektiven Eingriffen führte. Hier steht die medizinische Indikation und Dringlichkeit im Vordergrund, zum Teil natürlich auch die Verfügbarkeit von intensivmedizinischen Kapazitäten, vor allem, wenn nach Operationen von einer längeren intensivmedizinischen Nachbetreuung ausgegangen werden muss.</p> <p>Bei Erschöpfung der Intensivkapazitäten oder der normalstationären Versorgungsmöglichkeiten wurden Patienten/-innen zwischen</p>				

Apps). Im Dezember 2019 lagen diese Anteile bei 1 Prozent beziehungsweise 5 Prozent. Es gab weit verbreitet Sorgen über lange Wartezeiten aufgrund dieser aufgestauten Versorgungsbedürfnisse. Im weiteren Verlauf entspannte sich die Lage in den Spitäler. Um die Wartezeiten beim Nachholen von elektiven Terminen kurz zu halten, wurden in einzelnen Regionen die ambulanten Termine auch am Abend und Wochenende angeboten. Die Regierung in Stockholm sprach im Jahr 2021 Gelder, um die krisenbedingten Mehraufwände und Ausfälle durch Einschränkungen der Regelversorgung aufzufangen.

Spitäler verschoben. Dafür gab es ein bundeslandweites Konzept mit zwei Koordinatoren für die Intensivbetten und interhospitaler Koordination für die Normalpatienten/-innen. Die Vorhaltung von Kapazitäten wurde im weiteren Verlauf der Krise viel flexibler gestaltet, um den medizinischen Regelbetrieb so lange als möglich aufrecht zu erhalten und auch elektive Eingriffe durchführen zu können. Es gibt einen kleinen «Puffer» an verfügbaren Betten, die rasch für Covid-19 genutzt beziehungsweise auch wieder in Normalbetten rücküberführt werden können. Die Auslastung der Intensivkapazitäten bleibt ein wesentlicher Faktor für die Einleitung von politischen Massnahmen (Lockdown, Anpassungen der Vorschriften).

4.5.5 Handlungsbedarf

In der Schweiz gelang es, während der Corona-Pandemie eine hochwertige spezifische Versorgung sicherzustellen. Auch eine Regelversorgung konnte grösstenteils vollumfänglich und in hoher Qualität angeboten werden. Es wurden dazu vielfältige Strategien von BAG, Kantonen und Gesundheitsversorgern angewandt. Wichtige Beiträge haben neben dem BAG auch andere Bundesstellen, wie beispielsweise die Armeeapotheke, der koordinierte Sanitätsdienst (KSD) und das sanitätsdienstliche Koordinationsorgan (SANKO), geleistet. Insbesondere durch den enormen Einsatz des Personals wurde die Bevölkerung gut versorgt. Es fanden sich keine Hinweise auf Fehler oder Missstände in der medizinischen Versorgung. Nicht zum Einsatz kamen glücklicherweise katastrophenmedizinische Massnahmen, auch wenn diese in Turnhallen und Militärspitäler vorbereitet waren. Dennoch lässt sich Handlungsbedarf erkennen. Der Bundesrat hat diesen teilweise bereits aufgenommen und in seine Mittelfristplanung vom 30. Juni 2021 einfließen lassen.⁹³ Um künftig die Spitälerkapazitäten gut beurteilen zu können, plant er eine retrospektive Erhebung der verschobenen und erfolgten Eingriffe. Er erwähnt auch die Bedeutung des Informations- und Einsatzsystems des Koordinierten Sanitätsdienstes für einen guten Überblick zu den Intensivstationen. Um die Kapazität zu verbessern, sei eine Alimentierung der Spitäler mit zusätzlichem fachkompetentem Personal notwendig. Schlussendlich weist er auf Revisionsbedarf beim EpG hin.

■ Politische Ebene

Auf politischer Ebene lässt sich zusammenfassend folgender Handlungsbedarf erkennen:

- Es ist notwendig, insbesondere im Bereich der Vorratshaltung sachlicher Mittel eine bessere Abgrenzung zwischen den Gesetzgebungen zu erarbeiten. Dies betrifft die Epidemien-, die Landesversorgungs-, die Heilmittel-, die Lebensmittel-, die Alkohol-, die Landesversorgungsgesetzgebung und weitere Gesetzgebungen.
- Der Bund soll Massnahmen zur Stärkung der Versorgungssicherung in besonderen und ausserordentlichen Epidemie- und Pandemielagen verfügen können. Dies ist ohne Verfassungsänderungen möglich, weil der Bund aufgrund von Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV eine umfassende verfassungsrechtliche Kompetenz für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten hat. Im Covid-19-Gesetz hat der Bund inzwischen einen Katalog von Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungssicherheit eingeführt (Art. 3 Abs. 1–5, Art. 10). Weitere Verbesserungen sollten nach einem Abklingen der aktuellen Pandemie unverzüglich eingeleitet werden, weil das Problembewusstsein danach rasch wieder aus dem Blickfeld der Politik verschwinden dürfte.
- Durch Swissmedic (via Zulassungsverfahren), das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL; Pflichtlagerhaltung), das SECO (persönliche Schutzausrüstungen) und das BAG sollte gesetzlich eine Mindestverfügbarkeit von ausgewählten Wirkstoffen für die medikamentöse Grundversorgung und von Produktionskapazitäten für Schutzmaterial festgelegt werden. Dies soll insbesondere in einer frühen Phase einer Pandemie eine sichere Versorgung sowohl für die Bevölkerung als auch die Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtungen ermöglichen. Systematisch der richtige Ort dafür ist die Epidemiengesetzgebung. Die Heilmittelgesetzgebung, die sich auf die Sicherheit und die Wirksamkeit von Heilmitteln bezieht, ist mit Bezug auf das Verfahren für die Zulassung von Arzneimitteln tangiert (beschleunigte Zulassungsverfahren).

⁹³ Bundesrat (2021): Konzeptpapier Mittelfristplanung. Bericht des Bundesrates: Covid-19-Epidemie: Auslegeordnung und Ausblick Herbst/Winter 2021/22, Bern.

- Durch eine Revision des EpG sollen die Gesundheitseinrichtungen dahingehend strenger überprüft werden, ob sie eine Mindestmenge an Schutzmaterial zur Verfügung haben. Im EpG sollte die Kompetenz des BAG verankert werden, zu überwachen, ob eine Mindestmenge an Schutzmaterialien, die die Leistungserbringer in der besonderen und der ausserordentlichen Lage benötigen, ständig und in qualitativ genügendem Zustand vorhanden sind; und überdies die Kompetenz des Bundesrats, nötigenfalls gegenüber den verantwortlichen Stellen Massnahmen zu ergreifen. Auf Gesetzesstufe ist auch zu regeln, ob der Bund oder die Kantone die verantwortlichen Stellen bezeichnen und organisieren, und ob Leistungserbringer zu Vorhalteleistungen verpflichtet werden können; die Ausführung kann auf Verordnungsstufe geregelt werden.

| Strategische Ebene

Auf strategischer Ebene lässt sich Handlungsbedarf in folgenden Dimensionen erkennen:

- Erfahrungen aus der Pandemie müssen in die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe und in die Diskussionen zum Thema Fachkräftemangel integriert werden. Das pandemiespezifische Ziel muss es sein, eine Überlastung des Personals in der Krise möglichst zu verhindern. Dabei ist im Auge zu behalten, dass eine Pandemie mehrere Jahre dauern kann. Dafür wäre beispielsweise eine erhöhte Flexibilität des Einsatzbereiches von Gesundheitsfachpersonen zwischen Abteilungen, Spitätern, Kantonen und Regionen nützlich, um über mehr potenzielle Mitarbeitende zu verfügen (u.a. Schaffung kantonaler oder regionaler Personalpools, subsidiärer Einsatz von weiteren unterstützenden Fachkräften, Schaffung von Freiwilligenpools). Dazu sind die Arbeitsorganisation und die Weiterbildungsinhalte (z.B. generalistische versus spezialisierte Inhalte) zu hinterfragen. Hierfür braucht es konzeptionelle Anregungen.
- Das BAG ist gefordert, auf strategischer Ebene für die frühe Phase einer Pandemie alternative Szenarien zu einer kompletten Einstellung von nicht-dringlichen, elektiven Behandlungen zu erarbeiten. Das BAG soll auch Konzepte, die sich bei Covid-19 zur Einschränkung beziehungsweise Aufrechterhaltung der medizinischen Regelversorgung bewährt haben, in einer schweizweiten Übersicht von Good-Practice-Beispielen zusammenstellen.
- Die ambulanten Grundversorger, das heisst insbesondere Hausärzteschaft, Spitäler und Apotheken, sollten stärker in die Pandemie-Vorbereitung einbezogen werden. Differenzierte Massnahmen sollten das Ziel verfolgen, dass auch im ambulanten Bereich unter Einhaltung von Schutzmassnahmen (Trennung von infektiösen und nicht-infektiösen Patienten/-innen, Einsatz von Schutzmaterialien u.a.) Dienstleistungen zugänglich bleiben können. Die Massnahmen sollen auch den Wunsch der Grundversorger aufnehmen, möglichst viel Eigenverantwortung in der Entscheidung zur Einschränkung beziehungsweise Aufrechterhaltung tragen zu wollen.
- Das BAG soll mit den Kantonen und Gesundheitseinrichtungen diskutieren, welches Angebot an Spitätern, Betten, Praxen und Personal für den Pandemie-Fall vorhanden sein sollte. Dabei soll vor allem darauf geachtet werden, dass nicht nur die pandemie-spezifische Perspektive eingenommen wird, sondern diejenige der Regelversorgung. Die Kantone sollten in diesem Zusammenhang die überregionale und die interkantonale Zusammenarbeit systematisieren, damit sie im Krisenfall darauf zurückgreifen können. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass nicht nur mit krankheitsbedingten Ausfällen von Personal gerechnet werden muss. Auch Quarantäne- und Isolationsregelungen, welche die Pflegenden selbst oder deren Familienangehörigen treffen, können Engpässe verschärfen. Notwendig sind einerseits genügend Personal, andererseits Lösungen für pandemiebedingte Ausfälle.
- Das Informations- und Einsatzsystem des Koordinierten Sanitätsdienstes sollte ausgebaut werden. Es hat sich in der aktuellen Pandemie für den Austausch von Daten zu Belegungszahlen bewährt. Beispielsweise könnte das System nach der Krise für die Verlegung aller Patienten/-innen weiterverwendet werden, damit im Falle einer neuen Pandemie die Technik bekannt und eingespielt ist. Diesbezüglich müsste die Zusammenarbeit zwischen den Bundesämtern ausgebaut werden.
- Zur Finanzierung von Zusatzleistungen aufgrund der pandemiespezifischen Versorgung und der Regelversorgung sind vorausschauend Regelungen zur Finanzierung zwischen Bund, Kantonen und Gesundheitsdienstleistern zu treffen. Pandemiespezifische Dienstleistungen sollten durch die Anbieter kostendeckend erbracht werden können.

| Operative Ebene

Eine medizinische Krise muss gestützt auf medizinische Prozesserfahrungen in komplexen Systemen angegangen werden. Praktiker/-innen verschiedener Berufe aus der stationären und ambulanten Versorgung sollen ins Krisenmanagement einbezogen werden, damit ein regelmässiger Abgleich der Strategie mit der Realität in der operativen Umsetzung gewährleistet ist.

5. Fazit und Empfehlungen

Das Pflichtenheft des BAG gab 20 Fragen vor, welche die Evaluation der Krisenbewältigung Covid-19 beantworten sollte. Nachfolgend beantworten wir diese Fragen basierend auf den erhobenen Daten und Informationen sowie auf öffentlich zugänglichen Unterlagen, die für die vorangegangenen Analyseschritte noch nicht verwendet wurden. Anschliessend folgen ein Fazit und übergeordnete Empfehlungen.

Einleitend gilt es festzuhalten, dass aufgrund des methodischen Ansatzes der Untersuchung die empirische Auseinandersetzung nicht bei allen Fragen mit derselben Tiefe erfolgte. Während verschiedene Fragen, wie zum Beispiel jene, die im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung stehen, Gegenstand vertiefter Abklärungen waren (vgl. dazu Kapitel 4), wurden andere (insb. die Zusammenarbeit der Bundesverwaltung und der Wissenschaft) bewusst aus dieser Evaluation ausgeklammert. Über die Auswahl der vertieft untersuchten Themen hat die Steuergruppe entschieden. Dabei wurden insbesondere die Präferenzen der breit zusammengesetzten Begleitgruppe sowie die Tatsache berücksichtigt, dass nicht priorisierte Themen zum Teil Gegenstand umfassender Untersuchungen anderer Institutionen sind.

Schliesslich gilt es darauf hinzuweisen, dass das nachfolgend ausgeführte Fazit und die Empfehlungen der Evaluation auftragsgemäss übergreifend den ganzen Untersuchungszeitraum einbeziehen. Dies kann zur Folge haben, dass wichtige Schwachstellen hervorgehoben werden, auch wenn bei diesen Themen im Laufe der Krise Verbesserungen festgestellt wurden.

5.1 Übergreifende Ergebnisse

Der Aufbau des Kapitels orientiert sich am Wirkungsmodell der Evaluation (vgl. Darstellung D 1.4). Zuerst werden die Fragen des Pflichtenhefts zu den organisatorischen und strukturellen Bedingungen des Krisenmanagements sowie zu den Prozessen der Entscheidungsfindung im BAG beantwortet. Danach gehen wir auf die Beurteilung der Massnahmen zum Schutz der Gesundheit und deren Kommunikation ein. Schliesslich widmen wir uns den Fragen zu den Wirkungen der Massnahmen auf die Gesundheitsversorgung und auf die Wirtschaft. Den Abschluss bildet eine Bilanz betreffend die Frage, ob Bund und Kantone angemessen und zeitgerecht auf die Covid-19-Bedrohungslage reagiert haben. Bei der Beantwortung der Fragen wird jeweils kurz auf die Informationsgrundlagen hingewiesen.

5.1.1 Organisation und Struktur

Eine erste Gruppe von Fragen befasst sich mit den organisatorischen und den strukturellen Bedingungen des Krisenmanagements im BAG.

| Wie haben Bund und Kantone ihre Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen zu verschiedenen Zeitpunkten wahrgenommen? Hat sich die Aufgabenteilung bewährt? Welche Rolle spielte das Koordinationsorgan Epidemiengesetz?

Die Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen wurde im Rahmen dieser Evaluation vertieft untersucht (vgl. Abschnitt 4.1). Das 2013 von der Stimmbevölkerung gutgeheissene EpG hat massgeblich zur Klärung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen von Bund und Kantonen während der Krise beigetragen. Im Frühjahr 2020 hat der Bundesrat die gemäss EpG vorgesehene Kompetenzregelung umgesetzt und nach Ausrufung der ausserordentlichen Lage die alleinige Verantwortung übernommen. Wie der im Dezember 2020 veröffentlichte Bericht zur Auswertung des Krisenmanagements in der Corona-Pandemie der Bundeskanzlei deutlich machte, hat der Übergang zur besonderen Lage im April 2020 Unklarheiten über die Verantwortungsverteilung zwischen Bund und Kantonen entstehen lassen: «Die Rückkehr von der ausserordentlichen in die besondere Lage Ende Juni 2020 verlief zu wenig koordiniert. Die Kantone hätten vor diesem Übergang frühzeitig kontaktiert werden müssen, damit sich diese besser auf die neue Lage hätten vorbereiten können. Durch die fehlende Koordination der Übergabe hatten die Kantone und die Bundesverwaltung unterschiedliche Vorstellungen über ihre neuen beziehungsweise alten Rollen.»⁹⁴ Diese Erkenntnis wurde durch die vorliegende Evaluation weitgehend bestätigt. Im Sommer 2020 hat der Bund die ihm gemäss EpG in der besonderen Lage

⁹⁴ Bundeskanzlei (2020): Auswertungsbericht zur ersten Phase der Corona-Pandemie vom Dezember 2020, Bern, S. 22.

zustehende Kompetenz, gewisse Massnahmen, die normalerweise in der Zuständigkeit der Kantone liegen, selbst anzurufen, unzureichend wahrgenommen. Auf der anderen Seite ist es den Kantonen nicht gelungen, die pandemische Lage ohne zentralstaatliche Intervention eigenständig unter Kontrolle zu behalten. Die Evaluation zeigt jedoch auch, dass die Führung des Bundes nach dieser schwierigen Phase von den Kantonen nur zu wenigen Zeitpunkten infrage gestellt wurde (z.B. Öffnung der Terrassen in Skigebieten).

In verschiedenen Bereichen hat sich die im EpG verankerte Aufgabenteilung bewährt. Die Evaluationsergebnisse beleben dies insbesondere für die Themen Impfen und Kommunikation. So sind sich die Befragten weitgehend einig, dass es richtig war, dass der Bund für die Beschaffung und die Verteilung des Impfstoffes zuständig ist, während die Kantone für die Organisation der Impfungen verantwortlich zeichnen. Analog waren sich die Befragten einig, dass es richtig und wichtig war, dass der Bund die Führung in der Bevölkerungskommunikation übernahm. Die Phase im Sommer 2020, in welcher der Bundesrat sich kommunikativ etwas zurückzog, wurde dagegen mehrheitlich kritisch beurteilt. Es gibt aber auch Bereiche, wie beispielsweise das Contact Tracing oder das Testen, die im EpG nicht ausreichend zentralistisch geregelt sind.

Das Koordinationsorgan Epidemiengesetz (Kor EpG) war als permanentes Koordinationsorgan vorgesehen, das die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Falle einer Epidemie unterstützen sollte.⁹⁵ Die Absicht bestand darin, dass dieses Gremium den Bedarf eines ständigen fachlichen Behördenorgans zwischen Bund (BAG) und Kantonen (Kantonsärzteschaft) abdeckt. Das Koordinationsorgan Epidemiengesetz war explizit nicht als Krisenorgan oder als Führungsstab konzipiert worden. Es hat die Aufgabe, in besonderen und ausserordentlichen Lagen ein designiertes Einsatzorgan der Krisenbewältigung zu unterstützen.⁹⁶ Gemäss unserem Kenntnisstand ist das Koordinationsorgan Epidemiengesetz während der Corona-Pandemie nicht zum Einsatz gekommen.

| Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Politik, Verwaltung und Wissenschaft zu beurteilen?

Die nachfolgende Beantwortung der Evaluationsfrage baut auf zahlreiche öffentliche Dokumente auf. Zudem äusserten sich verschiedene Gesprächspartner/-innen am Rand zu diesem Thema. Der Auswertungsbericht der Bundeskanzlei vom Dezember 2020 macht deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Verwaltung zu Beginn der Krise schwierig war. Es wird festgehalten, dass bereits vor der Krise Konfliktlinien zwischen dem BAG und Wissenschaftlern/-innen aus den Bereichen Epidemiologie und Virologie bestanden, die sich teilweise auch in der Krise gezeigt haben. Mit der Schaffung der SN-STF sei die Wissenschaft besser eingebunden worden und die Zusammenarbeit habe sich verbessert.⁹⁷ Diesen Eindruck bestätigt auch eine umfassende Studie zur Rolle der Wissenschaft in der Bewältigung der Corona-Pandemie der Schweiz, die an der Universität Basel erarbeitet wurde.⁹⁸ Die SN-STF stellte die Kompetenzen ihres Netzwerks dem BAG zur Beantwortung wissenschaftsbezogener Fragen zur Verfügung, was von verschiedenen vom Evaluationsteam Befragten geschätzt wurde. Eine wichtige Rolle kam zudem der EKIF und insbesondere ihrem Präsidenten zu. Die Abstimmung der Kommunikation zwischen dem Bundesrat und der SN-STF blieb seit Herbst 2020 von grösseren Zwischenfällen verschont. Politisch blieb die SN-STF allerdings umstritten. Noch im März 2021 wollte die Wirtschaftskommission des Nationalrats der SN-STF verbieten, sich öffentlich zu Massnahmen gegen das Corona-Virus zu äussern.⁹⁹

⁹⁵ Bundesrat (2010): Botschaft zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen, Bern.

⁹⁶ BAG 2018: Influenza-Pandemie-Plan Schweiz, S. 20.

⁹⁷ Bundesrat (2010): Botschaft zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen, Bern, S. 24.

⁹⁸ Hofmänner, A. (2021): The Role of Science in the Swiss Policy Response to the Covid-19 Pandemic Scientific report, Basel.

Vgl. dazu auch NZZ 12.08.2021, Interview mit dem Leiter der Swiss National Covid-19 Task Force, Prof. Martin Ackermann: «Von aussen sah man vor allem die Spannungen und Differenzen. Die Alltagserfahrung war aber eine andere. Wir hatten von Anfang an einen engen Dialog mit dem Bundesamt für Gesundheit und danach mit dem Innendepartement. Später haben wir das ausgetauscht auf Gespräche mit den Fraktionen des Bundesparlaments. Das hat für das gegenseitige Verständnis viel gebracht.»

⁹⁹ SDA Keystone-SDA-ATS AG (2021): Nationalratskommission präzisiert Maulkorb für Taskforce. SDA-Meldung, Bern:

https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2021/20210305161011724194158159038_bsd171.aspx, Zugriff am 31.10.2021.

Über den ganzen bisherigen Krisenverlauf betrachtet hat die Zusammenarbeit zwischen Bundesrat, Verwaltung und Wissenschaft somit gut funktioniert. Dies geht sowohl aus der vorgängig erwähnten Studie wie auch aus unseren Gesprächen und aus Medienberichten hervor. Bewährt haben sich nicht nur die SN-STF, sondern auch einzelne ausserparlamentarische Kommissionen sowie weitere, zum Teil langjährige Kontakte der Bundesverwaltung zur Wissenschaft. Diese Beurteilung bedeutet jedoch nicht, dass die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Politik und Verwaltung mit Blick auf kommende Herausforderungen nicht überdacht und allenfalls neu aufgestellt werden sollte. So braucht es eine Rollenklärung: Auf der einen Seite sollte die Regierung über ein beratendes Organ verfügen, das sie und die Fachexperten/-innen des BAG bei der Entscheidungsfindung sowie der Entwicklung von geeigneten Massnahmen unterstützt. Auf der anderen Seite braucht es in der öffentlichen Debatte Wissenschaftler/-innen, die nicht Mitglieder des wissenschaftlichen Beratungsorgans der Regierung sind. Zudem ist die Kooperation mit Sozial- und Geisteswissenschaftler/-innen (z.B. Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Integration, Politikwissenschaft, Philosophie und Ethik) zu stärken. Grundlagen dafür lassen die bereits erwähnten Arbeiten des Schweizerischen Wissenschaftsrats, der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle und der Bundeskanzlei erwarten.

| Wie zweckmässig und zeitgerecht wurden die Finanzierungs- und Tarifierungsfragen in Bezug auf Gesundheitsleistungen geregelt?

Wie in der Vertiefung (vgl. Abschnitt 4.5) beschrieben wurde, hat die Pandemie grosse Auswirkungen auf die Kosten der medizinischen Versorgung. Auf der einen Seite hat die zuständige Abteilung des BAG rasch wichtige Klärungen vorgenommen. Diese haben es erlaubt, Covid-19-Behandlungen auch unter speziellen Umständen vollumfänglich abzurechnen. Auf der anderen Seite blieben wichtige finanzielle Fragen ungeklärt beziehungsweise politisch umstritten. Die Leistungserbringer haben zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung bereits im Frühjahr 2020 Entscheide von zum Teil grosser finanzieller Tragweite fällen müssen, ohne zu wissen, ob und in welchem Umfang diese Leistungen über die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert werden würden. Zwar konnte ein Teil dieser Kosten im Nachhinein abgerechnet werden. Bei einem grossen Teil ist dies jedoch nicht der Fall. Der Verein SpitalBenchmark, der diese Kosten im Auftrag der Spitäler und Kliniken berechnet hat, geht von 880 bis 980 Millionen Franken aus. Zum Teil handelt es sich um Vorhalteleistungen, die sicherstellen, dass Notfälle jederzeit behandelt werden können. Zum Teil geht es aber auch um Ertragsausfälle aufgrund des vom Bundesrat erlassenen Verbots elektiver Eingriffe. Nicht unerhebliche ungedeckte Kosten sind auch in Alters- und Pflegeinstitutionen entstanden, weil Zusatzkosten für die Betreuung und Administration nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden konnten.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Finanzierungs- und Tarifierungsfragen in Bezug auf Gesundheitsleistungen nur teilweise zweckmässig und zeitgerecht geregelt wurden.

| Gibt es Verbesserungsbedarf auf der Ebene Organisation, Struktur und Führung für die Bewältigung allfälliger künftiger Krisen?

Die nachfolgenden Ausführungen bauen zu einem grossen Teil auf öffentlich zugänglichen Dokumenten auf. Zudem ist diese Thematik in den Gesprächen, die im Rahmen dieser Evaluation geführt wurden, immer wieder angesprochen worden, obwohl sie nicht explizit Gegenstand einer Vertiefung war. Bereits der im Dezember 2020 veröffentlichte Bericht der Bundeskanzlei zur Auswertung des Krisenmanagements in der Corona-Pandemie weist darauf hin, dass die zentralen Krisenorgane des Bundes die ihnen zugeschriebenen Rollen und Aufgaben nicht wahrgenommen haben.¹⁰⁰ Im Bulletin 2020 zur schweizerischen Sicherheitspolitik, das vom Center of Security Studies der ETH Zürich Ende 2020 publiziert wurde, halten die Autoren/-innen fest: «Es überrascht die meisten ExpertInnen im Verlauf der Krise, dass keiner der Krisenstäbe wie geplant eingesetzt wurde».¹⁰¹ Weiter wird festgehalten, dass das BAG als federführendes Fachamt angesichts des Ad-hoc-Charakters der operativen Krisenorganisation weite Teile des gesamtheitlichen Krisenmanagements übernommen hat. «Der Handlungsdruck auf das BAG als federführende Stelle in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten war bereits in seinen gesundheitlichen und epidemiologischen Kernaufgaben über die gesamte Eskalationsperiode der ersten Phase hinweg gewaltig. Früh machten sich die begrenzten Personalressourcen bemerkbar. Dies kann

¹⁰⁰ Bundeskanzlei (2020): Auswertungsbericht zur ersten Phase der Corona-Pandemie vom Dezember 2020, Bern, S. 15.

¹⁰¹ Wenger, A. et al. (2020): Schweizer Krisenmanagement: Die Corona-Virus-Pandemie als fachliche und politische Lernchance. Bulletin 2020 zur schweizerischen Sicherheitspolitik, ETH-Zürich, S. 129.

zur Überlastung von Schlüsselpersonen führen und sich negativ auf die Durchhaltefähigkeit des federführenden Fachamtes auswirken.»¹⁰² Es sind genau diese Phänomene, die sich in der vom BAG in Auftrag gegebenen Organisationsanalyse im Dezember 2020 bestätigt haben.¹⁰³ Auch die im Rahmen der vorliegenden Evaluation durchgeführten Gespräche haben deutlich gemacht, dass das BAG organisatorisch nur unzureichend auf die Krise vorbereitet war. Personelle Ressourcen, die das insbesondere im Krisenmanagement wichtige vorausschauende Planen ermöglicht hätten, standen nicht zur Verfügung. Personen mussten kurzfristig Themen bearbeiten, die ihnen nicht vertraut waren und Funktionen übernehmen, auf die sie kaum vorbereitet waren. Dies hat dazu beigetragen, dass die Krisenorganisation des BAG nicht nur von Aussenstehenden (z.B. Vertretende von Kantonen, Konferenzen, Wirtschaft, Leistungserbringer), sondern auch von Mitarbeitenden als wenig durchschaubar wahrgenommen wurde. Krisenhandbücher waren zwar vorhanden, aber weitgehend unbekannt. Aussenstehende mussten während der Krise feststellen, dass ähnliche Arbeiten an verschiedenen Stellen durchgeführt wurden. Es erwies sich vielfach als schwierig, die richtige Ansprechperson zu finden. Er schwerend kam hinzu, dass vor oder während der Krise zahlreiche Personalwechsel verarbeitet werden mussten. Wechselnde Zuständigkeiten im BAG waren insbesondere für kleinere Organisationen schwierig zu handhaben. Weitgehend dasselbe Phänomen wurde vom Autor der Evaluation der BAG-internen Organisation der Bewältigung der pandemische Grippe H1N1 2010 festgestellt und als dringend verbesserungswürdig beschrieben.¹⁰⁴

Es gibt somit dringenden Verbesserungsbedarf auf der Ebene Organisation, Struktur und Führung für die Bewältigung allfälliger künftiger Krisen. Dieser Bedarf bezieht sich einerseits auf die Krisenorganisation des Bundes insgesamt. Notwendig ist eine Diskussion, wer auf Stufe Bund für das Krisenmanagement verantwortlich sein soll. Die Strukturen des BAG wurden durch den Ad-hoc-Charakter der übergeordneten Struktur über Gebühr belastet. Der Verbesserungsbedarf bezieht sich aber auch spezifisch auf die Organisation des BAG.

5.1.2 Prozesse der Entscheidungsfindung

Der zweite Bereich der Evaluation beschäftigt sich mit Fragen der Prozesse der Entscheidungsfindung im BAG.

Wie ist der Bund beziehungsweise das BAG bei der Generierung von Wissen vorgegangen? Wurden alle relevanten Gremien und Instanzen einbezogen?

Die nachfolgenden Ausführungen beruhen in erster Linie auf öffentlich zugänglichen Dokumenten. Daraus geht hervor, dass das BAG bereits vor der Pandemie in vielfältiger Weise mit Institutionen der Wissenschaft zusammengearbeitet hat.¹⁰⁵ Eine wichtige Rolle spielten auch verschiedene ausserparlamentarische Kommissionen, die das BAG bei der Entwicklung und Umsetzung politischer Massnahmen unterstützten. So wurde beispielsweise der Influenza-Pandemie-Plan Schweiz zusammen mit der Eidgenössischen Kommission für Pandemievorbereitung und -bewältigung (EKP) erarbeitet. Dieser gehören neben Vertretenden von Kantonen, Gemeinden und Leistungserbringern auch verschiedene Wissenschaftler/-innen an. Im Kontext der Bewältigung der Corona-Pandemie zu erwähnen ist auch die Eidgenössische Kommission für Impffragen. Weiter gibt es jahrelange und enge Kooperationen mit einzelnen Institutionen, wie beispielsweise dem Nationalen Zentrum für Inventionsprävention oder der Swiss School of Public Health. Zudem arbeiten im BAG selbst zahlreiche Wissenschaftler/-innen unterschiedlicher Disziplinen.

Die bereits vorgängig erwähnte Studie der Universität Basel zur Rolle der Wissenschaft in der Bewältigung der Corona-Pandemie der Schweiz macht deutlich, dass das BAG zu Beginn der Krise weitgehend auf Ratschläge aussenstehender Wissenschaftler/-innen verzichtete.¹⁰⁶ Gemäss Aussagen von Befragten hatte dies zum Teil persönliche Hintergründe, zum Teil wurden die internen Ressourcen als ausreichend eingeschätzt. Mitte März 2020 gingen Wissenschaftler/-innen auf den Bundesrat zu mit dem Vorschlag, eine wissenschaftliche Expertengruppe zu bilden. Nach Verhandlungen auf höchster Ebene wurde die SN-STF am 1. April 2020 geschaffen und nahm Einsatz in den Krisenstab des Bundesrats KSBC. Mit der SN-STF wurden rund 90 ausgewiesene Wissenschaftler/-innen ins Krisenmanagement eingebunden und

¹⁰² A.a.O., S. 129 f.

¹⁰³ Grund, S. (2020): «Internes Arbeitspapier V1 – Organisations- und Prozessanalyse sowie Klärung des Optimierungspotentials der COVID-19-Krisenorganisation auf Stufe Abteilung Übertragbare Krankheiten (MT) zusammengestellt für BAG»

¹⁰⁴ Sauter, Chr. (2010): Pandemische Grippe H1N1. Evaluation der BAG-internen Organisation und Prozesse. Management Summary, Zürich.

¹⁰⁵ Vgl. BAG Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) (2019): Forschungskonzept Gesundheit 2021–2024, Bern.

¹⁰⁶ Hofmänner, A. (2021): The Role of Science in the Swiss Policy Response to the Covid-19 Pandemic Scientific report, Basel.

der Kontakt zur Wissenschaft wurde deutlich intensiviert. Nach der Auflösung des KSBC Mitte Juni 2021 war der Status der SN-STF vorübergehend unsicher. Ab 1. August 2021 wurde sie der Task Force BAG zugeordnet, die über das EDI den Bundesrat berät. Damit hatte die SN-STF keine direkte Beziehung zum Bundesrat mehr, was von verschiedenen beteiligten Wissenschaftlern/-innen kritisch beurteilt wurde. Dennoch wird die Zusammenarbeit sowohl von Seiten der Wissenschaft wie auch von Seiten des BAG als konstruktiv und wertvoll beurteilt. Die SN-STF hat bis Ende Juni 2021 relevante wissenschaftliche Erkenntnisse in gegen 90 «Policy Briefs» zusammengestellt, die von Verantwortlichen des BAG mehrheitlich als sehr wertvoll beurteilt werden.¹⁰⁷ Seit Sommer 2020 fanden regelmässige Austauschtreffen zwischen der SN-STF, dem BAG und der GDK statt. Das BAG nutzt nicht nur das Netzwerk der SN-STF zur Klärung dringender pandemiebezogener Fragen, sondern unterstützt auch das Forschungsprogramm «Corona Immunitas» von 14 Schweizer Hochschulen und Gesundheitsorganisationen, das zur Erforschung der Ausbreitung und Auswirkung von Covid-19 in der Schweiz geschaffen wurde und der Politik eine Entscheidungsgrundlage liefern soll für verhältnismässige und wirkungsvolle Massnahmen zum Schutz der Schweizer Bevölkerung und des Gesundheitssystems. Eine weitere wichtige Rolle kommt der EKIF zu, deren Präsident zur zentralen nationalen Ansprechperson für Impffragen geworden ist.

Vor diesem Hintergrund kommen wir zur Einschätzung, dass das BAG nach Startschwierigkeiten die relevanten Gremien und Instanzen in die Generierung von Wissen einbezogen hat. Optimiert werden muss jedoch die Aufgabe der EKP. Dieser kam – trotz ihres Namens – während der Bewältigung der Pandemie keine erwähnenswerte Rolle zu.

I Wie gestaltete sich die Entscheidungsfindung innerhalb des BAG? Wer hatte die Entscheidungshoheit über Massnahmen und Lockerungen, die dem Bundesrat vorgeschlagen wurden?

Die Beurteilung der Entscheidungsfindung innerhalb des BAG wurde in verschiedenen Expertengesprächen angesprochen, auch wenn sie nicht Gegenstand einer Vertiefung war. Zudem gibt es öffentliche Berichte zu dieser Fragestellung. Grundsätzlich folgte die Entscheidungsfindung bei Covid-19-Geschäften einem ähnlichen Ablauf wie Bundesratsgeschäfte vor der Pandemie, allerdings viel schneller und in höherer Kadenz. Das BAG bearbeitete Aufträge des Bundesrats in den zuständigen Arbeitsgruppen der Task Force BAG. Vorschläge wurden im Austausch mit dem Generalsekretariat des EDI finalisiert. Die strategische Leitung der Task Force BAG äusserte sich zu den bereinigten Versionen. Schliesslich entschied das EDI über den Inhalt der Fassung, die dem Gesamtbundesrat vorgelegt wurde. Eine externe Organisationsanalyse betreffend die Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG sowie die dieser Abteilung übergeordneten Organe, die im Herbst 2020 durchgeführt wurde, weist darauf hin, dass sich Entscheidungsfindung im BAG in der Anfangsphase der Krise relativ unsystematisch gestaltet hat und auf wenige Personen beschränkt war.¹⁰⁸ Die Analyse macht dafür unter anderem auch «Durchgriffe» von Seite des Bundesrates auf die federführende Abteilung im BAG verantwortlich, was die Gesamtsteuerung inklusive Ressourcenplanung, Auftragsallokation und Abwicklung im BAG insgesamt deutlich erschwert habe.¹⁰⁹

Gespräche, die im Rahmen der Evaluation durchgeführt wurden, haben auch deutlich gemacht, dass das BAG nur ungenügend auf eine langandauernde Pandemie vorbereitet war. Zwar verfügt das Amt über mehrere Krisenhandbücher.¹¹⁰ Deren Inhalt ist jedoch im Amt weitgehend unbekannt; eine Tatsache, welche die Evaluatoren/-innen der 2010 durchgeföhrten Untersuchung zum Krisenmanagement in der H1N1-Pandemie auch beschrieben haben.¹¹¹ Die Organisationsanalyse von 2020 sowie die von uns geführten Gespräche weisen darauf hin, dass die Herausforderungen einer Pandemie massiv unterschätzt worden sind, insbesondere hinsichtlich Zahl der Fälle, Dauer der Krise, betroffene gesellschaftliche Bereiche und Anforderungen an die Führung. Unterschätzt wurden aber auch die Anforderungen an die Zusammenarbeit

¹⁰⁷ Vgl. Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Policy Briefs <https://sciencetaskforce.ch/policy-briefs/>, Zugriff am 09.09.2021.

¹⁰⁸ Grund, S. (2020): «Internes Arbeitspapier V1 – Organisations- und Prozessanalyse sowie Klärung des Optimierungspotentials der COVID-19-Krisenorganisation auf Stufe Abteilung Übertragbare Krankheiten (MT) zusammengestellt für BAG».

¹⁰⁹ Grund, S. (2020): Organisations- und Prozessanalyse, Zürich.

¹¹⁰ BAG (2018): Krisenhandbuch BAG Version 2018: nach Überprüfung im Rahmen der GNU17 und SFU17. Die Evaluation der BAG-internen Organisation und Prozesse während der Pandemischen Grippe H1N1 weist noch auf ein Krisenhandbuch der Direktion Öffentliche Gesundheit des BAG hin (Sauter Chr. 2010). Dieses Handbuch konnte nicht mehr gefunden werden.

¹¹¹ Dasselbe berichtet die Evaluation H1N1, die 2010 durchgeführt wurde.

mit andere BAG-Einheiten sowie mit Ämtern und den Kantonen. Die Gesprächspartner/-innen haben jedoch offen gelassen, ob nicht auch eine deutlich bessere Krisenvorbereitung das BAG an seine Grenzen gebracht hätte.

| Nach welchen Beurteilungskriterien hat der Bundesrat entschieden und entsprechend Massnahmen verordnet? Welche Abwägungen in Bezug auf gesundheitliche Aspekte und andere Auswirkungen wurden gemacht?

Die Arbeit des Bundesrats ist nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich daher auf die Analyse der Grundlagen, die das BAG dem Bundesrat zur Entscheidungsfindung vorgelegt hat. Daraus wird ersichtlich, dass in der Anfangsphase der Krise Massnahmen zur Eindämmung der Verbreitung des Virus im Vordergrund standen. Dazu gehörten zum Beispiel eine Bevölkerungskampagne mit Hinweisen zu Verhaltens- und Hygienemassnahmen (Start am 27.02.2020), Informationen zuhanden von Grenzgängern/-innen und weiteren Personen, die die Grenzen passieren, und der Ausbau der Kapazitäten der Info-Linien des BAG, um den zunehmenden Bedarf an Informationen decken zu können. Die wirtschaftlichen und die gesellschaftlichen Folgen kamen erst zu einem späteren Zeitpunkt ins Blickfeld. Der Bundesrat hat sich jedoch bereits am 13. März 2020 mit Massnahmen zur Abfederung der wirtschaftlichen Folgen der Ausbreitung des Corona-Virus befasst und Mittel im Umfang von rund 10 Milliarden Franken gesprochen. Ein ergänzendes umfassendes Massnahmenpaket in der Höhe von 32 Milliarden Franken wurde am 20. März 2020 beschlossen. Ziel dieser Massnahmen war es, die Beschäftigung zu erhalten, Löhne zu sichern und Selbständige aufzufangen. Auch im Kultur- und Sportbereich wurden Massnahmen ergriffen, um Konkurse zu verhindern und einschneidende finanzielle Folgen abzufedern.¹¹² Die gesellschaftlichen Auswirkungen wurden erstmals am 7. April 2020 unter dem Titel «Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Transition und der Containmentstrategie» thematisiert. Angesprochen wurden Fragen im Zusammenhang mit Schulschliessungen, Betreuungsangeboten für Kinder, Unterstützung im Falle von häuslicher Gewalt, Unterstützung von psychologischen Betreuungsmöglichkeiten sowie Präventiv- und sozialmedizinische Massnahmen. Diese und weitere Themen, welche die gesundheitlichen, wirtschaftlichen und auch gesellschaftlichen Auswirkungen der Pandemie betreffen, waren regelmässig Gegenstand der Aussprachepapiere, die dem Bundesrat vorgelegt wurden.

| Waren die Prozesse der Entscheidungsfindung insgesamt zweckmässig, transparent und nachvollziehbar? Gibt es Verbesserungsbedarf auf der Ebene der Entscheidungsfindung?

Die Prozesse der Entscheidungsfindung waren Gegenstand verschiedener Vertiefungen, so insbesondere jener, die sich mit der Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen (vgl. Abschnitt 4.1) und jener, die sich mit dem Einbezug der Stakeholder befasste (vgl. Abschnitt 4.4). Sowohl die Interviews als auch die Analyse der verfügbaren Dokumente haben deutlich gemacht, dass die Zusammenarbeit mit den Stakeholdern nach einer Phase der Einarbeitung und Abstimmung insgesamt als zweckmässig beurteilt werden kann. Zudem konnten sich die Entscheidungen angesichts der systematischen Zusammenarbeit mit der SN-STF und anderen Partnern aus der Wissenschaft seit April 2020 am Stand des Wissens orientieren. Die Anträge des EDI an den Bundesrat stellten jeweils die Ausgangslage so umfassend wie möglich dar und nahmen differenzierte Abwägungen vor.

Die Prozesse der Entscheidungsfindung des Bundes stellten die Kantone jedoch auf grosse Belastungsproben. Die zahlreichen und in der Regel mit sehr kurzen Fristen versehenen Vernehmlassungen – von wenigen Tagen bis hin zu einzelnen Stunden – waren herausfordernd, da die Stellungnahmen sowohl innerhalb der Kantone zwischen den verschiedenen Direktionen als auch zwischen den Kantonen konsolidiert werden mussten. Diese Prozesse seien teilweise dadurch erschwert worden, dass die Unterlagen des Bundes in französischer Sprache oft verspätet und in italienischer Sprache gar nicht verfügbar gewesen seien. Auch die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsfindung des Bundesrats wurde von den Kantonen teilweise in Frage gestellt.¹¹³ Bemängelt wurde insbesondere, dass die in den Vernehmlassungen geäusserten Rückmeldungen der Kantone oftmals auch dann nicht aufgenommen wurden, wenn sie von der überwiegenden Mehrheit der Kantone eingebracht wurden. Gesprächspartner/-innen sprachen in diesem Zusammenhang von «Alibi-Vernehmlassungen». Kritisiert wurde auch, dass die komplexe Struktur von Arbeitsgruppen der Task Force BAG dazu geführt habe,

¹¹² Medienmitteilung des Bundesrats vom 20.03.2020.

¹¹³ Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen ist Gegenstand aktuell laufender Arbeiten der Konferenz der Kantonsregierungen und der Bundeskanzlei, vgl. dazu Bonassi, T. (2021). Krisenbewältigung Covid-19: Übersicht Forschung und Evaluation, Bundesamt für Gesundheit, Bern.

dass sich mehrere Gruppen mit ähnlichen oder gar gleichen Fragestellungen beschäftigten, jedoch mit unterschiedlichem Ergebnis. Dadurch seien Unklarheiten entstanden.

5.1.3 Massnahmen zum Schutz der Gesundheit und deren Kommunikation

Wenden wir uns nun den Auswirkungen der gesundheitlichen Massnahmen zu, die der Bundesrat verabschiedet hat, sowie der Kommunikation dieser Massnahmen.

| Was waren die Auswirkungen der gesundheitlichen Massnahmen auf verschiedene Bereiche insgesamt? Welche erwünschten/möglicherweise unerwünschten Wirkungen wurden erzielt?

Die gesundheitlichen Massnahmen hatten zum Ziel, die Bevölkerung vor einer Covid-19-Infektion zu schützen, die Verbreitung des Virus einzudämmen und damit die Überlastung der Behandlungskapazitäten in den Spitäler zu verhindern. Diese Massnahmen haben sich auf fast alle Teile des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens ausgewirkt. Die mit diesen Massnahmen verbundenen Wirkungen waren einerseits Gegenstand der Bevölkerungsbefragung, die im Rahmen dieser Evaluation im Januar 2021 durchgeführt wurde (Kapitel 2). Andererseits wurden im ersten Teil der Evaluation den Auswirkungen der Massnahmen auf Bevölkerung und Wirtschaft nachgegangen (vgl. Abschnitte 3.4 bis 3.6).

Die Pandemie hat verschiedene Bevölkerungsgruppen gesundheitlich belastet. Zwar haben die getroffenen Massnahmen in vielen Fällen dazu beigetragen, Krankheiten und Todesfälle zu verhindern. Sie haben jedoch auch psychische Belastungen nach sich gezogen. Zu den zentralen Stressfaktoren zählten das Arbeiten im Homeoffice, der Wegfall der Kinderbetreuung, fehlende soziale Kontakte und die Angst vor einer Ansteckung. Laut Bevölkerungsbefragung hat sich bei 32 Prozent der Befragten der psychische Gesundheitszustand während der Pandemie verschlechtert. Unter anderem durch Mangel an Bewegung und Sport stellen 17 Prozent der Befragten eine Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustands fest. Aktuelle Analysen zeigen beispielsweise eine Gewichtszunahme bei der Bevölkerung durch verändertes Essverhalten und gesundheitliche Folgen durch die Verschiebung von elektiven medizinischen Eingriffen.¹¹⁴ Weiter wird seitens Fachpersonen befürchtet, dass sich die Schulschliessungen während des ersten Lockdowns und später auch der Verzicht auf Präsenzunterricht an den weiterführenden Schulen negative Folgen für die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen vor allem aus sozial belasteten Familien und für die Bildungsqualität insgesamt haben könnte. Auch der Einstieg in die Arbeitswelt gestaltete sich für die jungen Menschen während der Pandemie als schwierig.

Verschiedene Wirtschaftsbranchen haben stark unter den gesundheitlichen Massnahmen gelitten. So haben temporäre Schliessungen und Personenbeschränkungen zu Umsatzeinbussen bei zahlreichen Unternehmen geführt. Auch die Erarbeitung und Umsetzung von Schutzkonzepten und bauliche Massnahmen haben bei vielen Betrieben Mehrkosten verursacht. Mit den wirtschaftlichen Begleitmassnahmen wurden diese finanziellen Belastungen weiter Teile der Wirtschaft abgedeckt.

Für die Schweizer Gesamtwirtschaft führten die eigenen und die weltweiten gesundheitlichen Massnahmen zu einem starken Einbruch der wirtschaftlichen Leistung. So sank das Bruttoinlandprodukt im Jahr 2020 um 2,9 Prozent, was einem Wohlstandsverlust von 21 Milliarden Franken entspricht. Im Frühling 2021 erholte sich die Wirtschaft: Die Wirtschaftsleistung (BIP) wuchs im 2. Quartal 2021 um 1,8 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und erreichte fast wieder das Niveau von vor der Krise (- 0,5% gegenüber 4. Quartal 2019). Im internationalen Vergleich kam die Schweiz in den meisten Wirtschaftsbereichen deutlich besser davon als andere Länder. In der EU liegt die Wirtschaftsleistung immer noch 2,6 Prozent zurück, in Deutschland sogar 3,3 Prozent.¹¹⁵ Wie aktuelle Analysen der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich zeigen, ist das Bild aber je nach Branche unterschiedlich: Während sich bei der Industrie, dem Detailhandel sowie dem Grosshandel bereits eine starke Erholung zeigt, bildet sich in der Gastronomie sowie bei den

¹¹⁴ Vgl. Rudolph, T.; Eggenschwiler, M.; Kralle, N. C. (2021): Food Consumption 2021 - Ess- und Verzehrverhalten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. St. Gallen: Forschungszentrum für Handelsmanagement. Rachamin, Y., et al. (2021). Impact of the - 19 pandemic on the intensity of health services use in general practice: a retrospective cohort study. International journal of public health, S. 66.

¹¹⁵ Neue Zürcher Zeitung (2021): Corona-Virus: Daten zum Wirtschaftsverlauf in Echtzeit, <https://www.nzz.ch/wirtschaft/coronavirus-und-die-wirtschaft-daten-in-echtzeit-zeigen-erholung-ld.1561501?reduced=true>, Zugriff am 06.09.2021.

übrigen Dienstleistern erst eine leichte Entspannung ab.¹¹⁶ Dass die Schweiz wie Schweden und die USA vergleichsweise gut dasteht, dürfte zu einem guten Teil mit den im Vergleich zu andern Ländern weniger harten Massnahmen zusammenhängen.

| Welche Rolle spielte dabei die Bevölkerungsinformation? War diese jeweils klar und nachvollziehbar?

Die Bevölkerungsinformation war Gegenstand einer Vertiefung, die im Rahmen der vorliegenden Evaluation realisiert wurde (vgl. Abschnitt 4.3). Zudem themisierte die Bevölkerungsbefragung vom Januar 2021 die Wahrnehmung der Informationsanstrengungen von Bund und Kantonen (vgl. Abschnitt 2.2). Die angemessene Information der Bevölkerung war aufgrund der komplexen Sachverhalte sowie des andauernden Pandemie-Geschehens eine grosse Herausforderung für Bund und Kantone. Die Bevölkerung musste laufend über die bestehenden gesundheitlichen Schutzmassnahmen informiert und zur Einhaltung der Verhaltensregeln motiviert werden. Die transparente und vertrauenswürdige Kommunikation durch die Regierung und die Verwaltung war zentral, damit die einschneidenden Massnahmen von der Bevölkerung mitgetragen und umgesetzt wurden. Neben der offiziellen Kommunikation durch Bund und Kantone haben zahlreiche Epidemiologen/-innen und Virologen/-innen aus dem In- und Ausland über die Medien die öffentliche Debatte mitgeprägt.

Die befragten Stakeholder haben nahezu einheitlich positiv beurteilt, dass der Bund zu Beginn der Krise die Führung in der Kommunikation übernahm. Demgegenüber wurde die Phase im Sommer 2020 kritisch bewertet, als der Bund die Kommunikation mit der Bevölkerung eher den Kantonen überliess. Die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung vom Januar 2021 zeigen denn auch, dass sich die Befragten insgesamt gut informiert fühlten, wobei die Kommunikation in der ersten Welle besser beurteilt wird als in der zweiten Welle. Die BAG-Kampagne «So schützen wir uns» hat einen sehr hohen Bekanntheitsgrad erreicht und die Bevölkerung im Alltag einfach und übersichtlich über die aktuellen Verhaltensregeln informiert.

Mehr als die Hälfte der Befragten der Bevölkerungsbefragung beurteilt jedoch die Begründung der Entscheide durch Bund und Kantone als mittel-gut bis schlecht. Schwierigkeiten bereiteten zu Beginn der Pandemie einzelne Fehlinformationen, die das Vertrauen in die Behörden zeitweise geschwächt haben. Durch eine erhöhte interne Qualitätskontrolle bei der Prüfung der Informationen konnte dieses Problem jedoch im Verlaufe der Zeit weitestgehend behoben werden. Insbesondere zu Beginn der Pandemie bildete der sich laufend ändernde Wissensstand über die Wirksamkeit von Massnahmen eine weitere Schwierigkeit. Besonders kritisch wird von der Bevölkerung bis heute der Meinungsumschwung des Bundes bei der Wirkung von Masken beurteilt. Schliesslich führte die Dynamik des Pandemie-Verlaufs mehrmals dazu, dass Aussagen des Bundesrats widerrufen werden mussten (z.B. Zeitpunkt der Einführung des Covid-Zertifikats, geplante Öffnungsschritte). Experten/-innen legen nahe, zukünftig in der Kommunikation mit der Bevölkerung noch stärker auf Unsicherheiten aufgrund des Pandemie-Verlaufs und des Wissensstandes der Wissenschaft zu verweisen.

| Waren die Prozesse der Kommunikation insgesamt zweckmäßig, transparent und nachvollziehbar?

In der vorliegenden Evaluation wurde die Kommunikation mit der Bevölkerung vertieft analysiert (vgl. Abschnitt 4.3). Dabei zeigt sich, dass die Rollen der verschiedenen Akteure auf Bundesebene klar waren und von den Betroffenen als zielführend wahrgenommen wurden. Die Kommunikation mit der Bevölkerung war geprägt durch die regelmässigen Pressekonferenzen, an denen der Bundesrat die neusten Entscheide und Massnahmen verkündete und das BAG, als federführendes Fachamt, die Hintergrundinformationen zur Pandemie-Entwicklung und zum aktuellen Stand des Wissens lieferte. Diese Aufgabenteilung zwischen politischer und fachlicher Kommunikation entspricht den gesetzlichen Grundlagen des Regierungs- und Verwaltungsgesetzes und des EpG. Die Bundeskanzlei hat ihre Koordinationsfunktion bei der Kommunikation zwischen Bund und Kantonen wahrgenommen. Ebenfalls zentral bei der Kommunikation mit der Bevölkerung war die BAG-Kampagne «So schützen wir uns», die früh und breit über die aktuellen Verhaltensregeln informiert hat. Zwischenzeitlich ungünstig waren die kritischen Äusserungen einzelner Mitglieder der SN-STF in der Öffentlichkeit. Diese hatten mit ihren Funktionen als unabhängige Wissenschaftler/-innen einerseits und beratendes Organ der Regierung andererseits eine schwierige Doppelrolle. In der Darstellung der Medien und der Wahrnehmung der

¹¹⁶ Vgl. Medienmitteilung der KOF vom 04.08.2021 «Die Pandemie verliert wirtschaftlichen Schrecken».

Bevölkerung wurden die beiden Rollen zu wenig transparent gemacht und sorgten für Verwirrung. Abgesehen davon kann die Kommunikation insgesamt als zweckmässig, transparent und nachvollziehbar beurteilt werden.

| Gibt es Optimierungspotenzial in der Kommunikation mit der Bevölkerung?

Die Optimierungspotenziale in der Kommunikation wurden insbesondere in der Vertiefung zur Rolle und zu den Verantwortungen in der Kommunikation mit der Bevölkerung identifiziert (vgl. Abschnitt 4.3). Dabei zeigte sich, dass eine Klärung der Zuständigkeiten von Bund und Kantonen in der besonderen Lage notwendig ist. Es sollte präzisiert werden, ob die Führung beim Bund bleibt oder teilweise zu den Kantonen übergeht. Kommunizieren die Kantone, ist es notwendig, dass die Informationen zwischen den Kantonen koordiniert und abgestimmt werden. Dies hat in der Phase ab Sommer 2020 bis Herbst 2020 nicht funktioniert. Da eine klare Kommunikation in einer Krise wichtig ist, scheint die zentrale Information durch den Bund zielführender und angezeigt. Ein weiteres Optimierungspotenzial liegt bei der Kommunikation der SN-STF mit der Bevölkerung. Das wissenschaftliche Beratungsgremium der Regierung sollte in der Öffentlichkeit die Entscheide der Politik nicht kommentieren. Diese Aufgabe sollte Wissenschaftler/-innen überlassen werden, die nicht Mitglied einer Task Force sind.

| Welche gesundheitlichen Massnahmen haben sich bewährt? Wo gibt es diesbezüglich Optimierungsbedarf?

Eine wachsende Zahl von Studien bestätigt die Wirksamkeit von gesundheitlichen Massnahmen, wie sie in der Schweiz zur Viruseindämmung und zum Schutz der Gesundheit zur Anwendung kamen oder immer noch kommen.¹¹⁷ Dies betrifft insbesondere die individuellen Schutzmöglichkeiten durch das Tragen von Masken und durch das Halten von Abstand sowie die Einschränkungen grösserer Menschenansammlungen, Veranstaltungsverbote und das Schliessen von Läden, Restaurants und weiteren Einrichtungen. Verschiedene Studien kommen zum Schluss, dass die gesundheitlichen Massnahmen zu einem klaren Rückgang der Neuinfektionen führten.¹¹⁸ Wie gross der Beitrag der einzelnen Massnahmen war, lässt sich zwar nicht eindeutig ermitteln, weil viele Massnahmen gleichzeitig umgesetzt wurden. Die verfügbaren Studien geben jedoch Hinweise darauf, dass vor allem die Beschränkungen bei den Versammlungen und am Arbeitsplatz besonders effektiv waren (beschränkte Personenzahl bei Treffen, Schliessung von Restaurants und Läden, Homeoffice-Pflicht und -Empfehlung). Weiter zeigt die Literatur, dass frühe Einschränkungen bei Beginn von Ausbreitungswellen und graduelle (anstelle von abrupten) Wiederöffnungen beim Abklingen von Wellen vorteilhaft sind. Aus den bisherigen Auswertungen wird noch nicht abschliessend klar, inwiefern die in der Schweiz im internationalen Vergleich hohe Zahl an Erkrankten und Verstorbenen im Herbst/Winter 2020 mit einem späten Umsetzen von Massnahmen in der zweiten Welle zusammenhängen.

Obschon Schulschliessungen das Infektionsgeschehen ebenfalls eindämmen, haben sie sich rückblickend als eine der gesellschaftlich ungeeignetsten Massnahmen erwiesen, weil die Nebeneffekte in der Gesellschaft besonders gross sind (z.B. psychische Belastung, Bildungschancen).¹¹⁹ Auch die generelle Verschiebung von elektiven Eingriffen als Entlastungsmassnahme für die Intensivstationen ist rückblickend kritisch zu beurteilen. So zeigen erste Studien auf, dass diese Verschiebungen negative gesundheitliche Folgen hatten.¹²⁰ Schliesslich sind auch die Schutzmassnahmen in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf kritisch zu hinterfragen. Zum einen wurden die Freiheitsrechte der Bewoh-

¹¹⁷ Brauner, Jan M., et al. (2021): Inferring the effectiveness of government interventions against Covid-19. Science 371.6531.

¹¹⁸ Die Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021) hat Policy Briefs zu unterschiedlichen Massnahmen verfasst, zum Beispiel zu Lockdown, Testen, Tracing, Isolation, Quarantäne, Masken, Grenzkontrollen. <https://sciencetaskforce.ch/policy-briefs/>, Zugriff am 09.09.2021. Massnahmenübergreifende Darstellungen finden sich in folgenden Publikationen: Pleninger, R.; Streicher, S.; Sturm J.E. (2021): Do COVID-19 Containment Measures Work? Evidence from Switzerland. Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF) Working Papers 494, Zürich, sowie Rutz, S.; Mattmann, M.; Funk, M.; Jeandupeux, D. (2021): «Wirksamkeit und Kosten von Corona-Massnahmen und optimale Interventionsebene». Grundlagen für die Wirtschaftspolitik Nr. 23. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Bern, Schweiz.

¹¹⁹ Vgl. dazu auch Rutz, S.; Mattmann, M.; Funk, M.; Jeandupeux, D. (2021): «Wirksamkeit und Kosten von Corona-Massnahmen und optimale Interventionsebene». Grundlagen für die Wirtschaftspolitik Nr. 23. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Bern, Schweiz.

¹²⁰ Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): The double burden of operating near intensive care saturation in Switzerland. Policy-Brief, Berne.

ner/-innen sehr stark eingeschränkt. Zum andern war die gesundheitliche Wirksamkeit der Besuchs- und Ausgangsverbote durch den täglichen Kontakt der Bewohner/-innen zum Betreuungs- und Pflegepersonal stark begrenzt. Ausführungen dazu finden sich in Abschnitt 3.3.

Grundsätzlich gilt es, schon in der Vorbereitung zukünftiger Krisensituationen die indirekten Folgen der beschlossenen gesundheitlichen Massnahmen mitzudenken und im Entscheidungsprozess ausreichend zu beachten. Damit können unerwünschte mittel- und längerfristige gesellschaftliche Folgen wie psychische Erkrankungen, ungleiche Bildungschancen oder fehlende Integrationsmöglichkeiten reduziert werden. Dies erfordert unter anderem einen stärkeren und frühzeitigeren Einbezug von Fachpersonen aus den Bereichen Soziales, Bildung, Psychologie, Ethik usw. Weiter sollten innerhalb der Bundesverwaltung das Wissen und Know-how von Verwaltungsstellen aus den Bereichen Gesellschaft und Bildung besser integriert werden.

5.1.4 Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung

Wenden wir uns nun den Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung zu.

| Wie gestaltete sich die Versorgungssituation in den Spitäler, Arztpraxen, Apotheken usw. in den verschiedenen Phasen der Krise?

Wie die Ausführungen zum Themenbereich Masken (Abschnitt 3.1) und die Vertiefung zur Sicherstellung von Behandlungskapazitäten (Abschnitt 4.5) aufzeigen, gestaltete sich die Versorgungssituation zu Beginn der Pandemie als schwierig. Insbesondere war Schutzmaterial, wie Masken und Desinfektionsmittel, nur ungenügend vorhanden. Die Bevölkerungsbefragung hat aufgezeigt, dass jeder Fünfte im Verlauf der Pandemie Arztbesuche oder Behandlungen im Spital hinausgezögert oder sogar auf diese verzichtet hat. Jede-/r sechste schwer erkrankte Corona-Patient/-in gab an, dass die Behandlung so weit eingeschränkt war, dass die Genesung erschwert wurde. Obwohl die Spitäler stark gefordert waren, stellten sie meist eine qualifizierte Versorgung der Bevölkerung sicher. Einzig während der Überlastungsspitzen im Frühjahr und Herbst/Winter 2020 mussten elektive Eingriffe und Behandlungen verschoben werden.

Kein explizites Vertiefungsthema der vorliegenden Evaluation war die pandemiespezifische Versorgung. Aus den Befragungen und Interviews lässt sich aber ableiten, dass auch diese Versorgung auf hohem Qualitätsniveau gewährleistet blieb. Zwar kamen die Spitäler mehrmals an ihre Kapazitätsgrenzen. Gemäss Expertengesprächen mussten sie aber nie Patienten/-innen auf den Intensivstationen triagieren. Wenig Beachtung im Krisenmanagement des BAG und der Kantone fanden dagegen die Arztpraxen. Die Pandemie-Planung basierte auf einem Modell, das ohne ambulante Versorgung gedacht war. In der ambulanten Versorgung waren aber viele Patienten/-innen von der eingeschränkten Versorgung im Frühjahr 2020 betroffen. Bei den Apotheken war die Versorgungssicherheit insbesondere zu Beginn der Krise gefährdet. Zum Teil musste auf Ersatzmedikamente ausgewichen werden. Die Spitex sowie die Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen waren sehr gefordert und hätten sich von den Behörden eine stärkere Unterstützung gewünscht.¹²¹

| Waren die Zuständigkeiten klar? Wie ist die Versorgungssituation insgesamt in Bezug auf Verfügbarkeit und Rechtzeitigkeit der Versorgung zu beurteilen?

Die Zuständigkeiten waren grundsätzlich klar und weitgehend in der Verantwortung der Kantone. Eine Schwierigkeit stellte der Eingriff des Bundes mit dem Verbot elektiver Eingriffe im Frühjahr 2020 dar. Dabei wurde die ansonsten kantonale Hoheit über die Gesundheitsversorgung tangiert. Die Befragung von Experten/-innen lässt keinen klaren Schluss zu, ob es zweckmäßig gewesen wäre, genauer zu definieren, was unter «elektiven Eingriffen und Therapien» genau zu verstehen ist. Klar ist jedoch, dass die mit dem Verbot verbundenen finanziellen Folgen im Vorfeld und auch bis heute ungenügend geregelt wurden.

Wie vorgängig dargestellt, ist die Versorgungssituation in Bezug auf Verfügbarkeit und Rechtzeitigkeit, mit Ausnahme von Schutzmaterial und zum Teil von wichtigen Medikamenten, in der ersten Phase der Krise positiv zu beurteilen. Verantwortlich dafür war in erster Linie das Gesundheitspersonal, das insbesondere auf den Intensivabteilungen einen überdurchschnittlichen Einsatz leistete. Dazu kam eine zunehmend bessere Zusammenarbeit zwischen den Spitäler, die

¹²¹ Vgl. dazu Abschnitte 2.1, 3.4, 3.6 sowie Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.

durch das Informations- und Einsatzsystem des Koordinierten Sanitätsdienstes erleichtert wurde. Als nach wie vor kritisch wird die psychiatrische Versorgung im Kinder- und Jugendbereich betrachtet.¹²²

I Was muss künftig sichergestellt werden, damit in Krisen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung insgesamt optimal garantiert ist?

In der Vertiefung zur Thematik der Sicherstellung von Behandlungskapazitäten sind wir ausführlich auf den Handlungsbedarf eingegangen (vgl. Abschnitt 4.5.5). Auf Gesetzesebene muss der Bund insbesondere mehr Kompetenzen zur Versorgungssicherung in Krisen erhalten. Zudem sind die entsprechenden Vorgaben in den relevanten Gesetzen, wie der Landesversorgungs-, der Heilmittel-, der Lebensmittel- und der Alkoholgesetzgebung, besser abzustimmen. Auch braucht es eine nationale Koordination der Beschaffung von Gütern, die für die Bewältigung der Pandemie sehr wichtig sind. Zur Finanzierung von Zusatzleistungen aufgrund der pandemiespezifischen Versorgung und der Regelversorgung gilt es zudem, Regelungen zur Finanzierung zwischen Bund, Kantonen und Gesundheitsdienstleistern zu treffen.

Weiter müssen die Erfahrungen aus der Pandemie in die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe und in die Diskussionen zum Thema Fachkräftemangel integriert werden. Das BAG soll mit den Kantonen und Gesundheitseinrichtungen diskutieren, welches Angebot an Spitätern, Betten, Praxen und Personal für den Pandemie-Fall vorhanden sein sollte. Zudem sollte die ambulante Grundversorgung stärker in die Pandemie-Vorbereitung einbezogen werden. Es sollte darauf geachtet werden, dass nicht nur die pandemie-spezifische Perspektive eingenommen wird, sondern auch diejenige der Regelversorgung. Zudem ist zu berücksichtigen, dass nicht nur mit krankheitsbedingten, sondern auch mit quarantäne- und isolationsbedingten Ausfällen von Personal zu rechnen ist. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Stärkung der überregionalen und interkantonalen Zusammenarbeit. Diesbezüglich sollte die bewährte Funktion, die das Informations- und Einsatzsystem des Koordinierten Sanitätsdienstes im Laufe der Pandemie übernommen hat, weiterentwickelt und institutionalisiert werden.

5.1.5 Wirkungen auf die Bevölkerung und Wirtschaft

Schliesslich hat die Evaluation verschiedene Fragen im Zusammenhang mit den Wirkungen der Massnahmen auf die Bevölkerung und die Wirtschaft untersucht.

I Inwiefern wurden in der Corona-Krise die Interessen von verschiedenen Bevölkerungsgruppen und der Wirtschaft wahrgenommen? Insbesondere: Wie ist der Umgang mit Risikogruppen zu beurteilen?

Die Bewältigung der Pandemie erforderte von Bund und Kantonen ein stetiges Abwagen zwischen verschiedenen Interessen, dem gesundheitlichen Schutz und negativen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen von Schutzmassnahmen und der Einschränkung von Persönlichkeitsrechten. Verschiedenen Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, wurde im ersten Teil der Evaluation nachgegangen (vgl. dazu die Abschnitte 3.3 und 3.6). Keines dieser Themen war allerdings Gegenstand einer Vertiefung. Nicht beurteilt werden soll die Frage, ob die verschiedenen Interessen angemessen berücksichtigt wurden. Dies ist eine politische Abwägung. Es kann lediglich beurteilt werden, inwieweit die Interessen und Konfliktthemen erkannt wurden und in die Entscheidungsfindung einfließen konnten.

Die Evaluation zeigt, dass der Schutz von besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen, das heisst älteren Menschen, Bewohner/-innen in Alters- und Pflegeinstitutionen und Personen mit bestimmten chronischen Erkrankungen, immer hohe Priorität bei den Entscheidungsprozessen im BAG hatte. Der Bund erliess schnell Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zum Schutz dieser Bevölkerungsgruppen und kommunizierte dies deutlich als eine Priorität. Auch bei der Impfung priorisierte der Bund die Risikogruppen. Ein Kritikpunkt bei der Berücksichtigung von Risikogruppen ist jedoch, dass sich der Bund beim anfänglichen Mangel an Schutzmaterial vor allem auf die Spitäler konzentrierte und die Alters- und Pflegeinstitutionen erst später Unterstützung erhielten. Zudem führten die strengen Schutzmassnahmen in Form von Ausgangs- und Besuchsverboten zu Beginn der Pandemie zu grossem Leid bei den Bewohnern/-innen und den Angehörigen sowie zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen bei den Bewohnern/-innen von Alters- und Pflegeinstitutionen. Auch Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen wurden mit strikten Ausgangssperren belegt, obwohl die Bewohner/-innen nicht zu den Risikogruppen gehörten. Dies zeigt, dass die Interessen von Menschen in Institutionen zu Beginn der Pandemie zu wenig differenziert berücksichtigt wurden. Es fehlte anfangs an Empfehlungen

¹²² Stocker, D., et al. (2021). Der Einfluss der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht. Bern.

und Unterstützung der Institutionen im Umgang mit dieser Situation. Dort, wo verbindliche Regelungen durch die Kantone getroffen wurden, geschah dies oft zu pauschal und ohne Berücksichtigung der negativen Nebeneffekte. Zudem konnten die Besuchs- und Ausgehverbote die starke Ausbreitung von Covid-19 in den Institutionen nicht verhindern, da sich auch ein hoher Anteil des Personals ansteckte und vermutlich zur Verbreitung des Virus beitrug.

Bund und Kantone haben im internationalen Vergleich bei gleicher Infektionslage einschränkende Schutzmassnahmen tendenziell zurückhaltender erlassen. Daraus lässt sich schliessen, dass Bund und Kantone neben dem Gesundheitsschutz andere Interessen vergleichsweise stark berücksichtigt haben. Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass einzelne Bevölkerungsgruppen zunächst nicht im Blickfeld waren beziehungsweise negative Folgeeffekte von Schutzmassnahmen nicht ausreichend antizipiert wurden. Ein Beispiel dafür sind die Kinder und Jugendlichen, deren Zugang zu grossen Teilen ihrer Lebenswelt durch verschiedene Schutzmassnahmen eingeschränkt wurde. Beeinträchtigt wurden durch die Schliessung von Schulen und Ausbildungsstätten auch das Grundrecht auf Bildung und die Chancengerechtigkeit. Auch Teile der Migrationsbevölkerung litten besonders unter den Schutzmassnahmen, weil sie oft keinen einfachen Zugang zu digitalen Medien hatten. Diese negativen Konsequenzen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit wurden meist erst spät angegangen. Im Verlaufe der Krise wurde dieses Thema auch innerhalb der Task Force BAG priorisiert behandelt.

Inwiefern die Interessen der einzelnen Wirtschaftsbranchen berücksichtigt wurden, konnte im Rahmen der Evaluation nicht im Detail untersucht werden. Aus Gesprächen mit Vertretenden von verschiedenen Wirtschaftsbranchen geht jedoch hervor, dass die Branchen sich unterschiedlich stark und früh Gehör verschaffen konnten. Gut organisierte Wirtschaftsbranchen konnten – unter anderem über die Medien oder über einen direkten Draht zum Bundesrat – mehr Druck aufbauen und somit bessere Lösungen für sich aushandeln. Insgesamt ergibt sich das Bild, dass es hinsichtlich wirtschaftlicher Interessen besser gelungen ist, Lösungen zu erarbeiten, als in Bezug auf gesellschaftliche Interessen und soziale Folgeprobleme. Dies hängt wohl damit zusammen, dass die Interessen der Bevölkerungsgruppen diffuser, vielschichtiger und weniger gut organisiert sind.

I Was ist die Einschätzung der jeweiligen Stakeholder zur Krise und ihrer Bewältigung durch Bund und Kantone? Wird die Kommunikation an diese als nachvollziehbar/zweckmässig beurteilt?

Wie wir in Abschnitt 4.4 dargestellt haben, waren zahlreiche wichtige Stakeholder in der Anfangsphase der Krise nicht oder ungenügend in die Entscheidungsfindung und die Kommunikation einbezogen worden. Einige Stakeholder berichten, dass sie relevante Informationen aus den Medien erfahren hätten. Andere beklagen sich über fehlende Informationen auf kantonaler Ebene und zum Vollzug (z.B. Auszahlung von Unterstützungsgeldern). Dies gilt insbesondere für Vertretende von Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen sowie Hausärzte/-innen, Spitäler und Apotheken.

Auch wenn die im Rahmen der Evaluation durchgeföhrten Gespräche zahlreiche Hinweise auf wichtigen Optimierungsbedarf beinhalteten, so haben sie auch gezeigt, dass die Stakeholder die Bewältigung der Krise durch Bund und Kantone positiv einschätzen. Regelmässig wurde auf die im internationalen Vergleich moderate Übersterblichkeit, die wenig restriktiven Sanktionen und die wirksamen wirtschaftlichen Stützungsmassnahmen hingewiesen.

I Sind Optimierungen beim Einbezug der Stakeholder vorzunehmen, damit diese ihre Interessen einbringen können? Den Optimierungsmöglichkeiten beim Einbezug von Stakeholdern wurde bei der Vertiefung betreffend die Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern (vgl. Abschnitt 4.4) vertieft nachgegangen. Es wurde darauf hingewiesen, dass es zwar wichtig, aber auch schwierig sei, in Krisensituationen, bei denen schnelle Reaktionen gefordert sind, die relevanten Stakeholder umfassend einzubeziehen. Auch sieht sich der Bund mit stark divergierenden Interessenslagen konfrontiert. Dennoch zeigen die Ergebnisse der Evaluation, dass das BAG in der Krisenvorbereitung und in der Anfangsphase der Pandemie ein ungenügendes Stakeholder-Management betrieben hat. Verschiedene Interessengruppen wurden nicht oder erst spät einbezogen. Mit dem Verlauf der Krise hat sich der Einbezug der Stakeholder seitens BAG insgesamt verbessert. Die vertiefende Analyse macht aber deutlich, dass teils Chancen verpasst wurden, Kompetenzen der Stakeholder zu nutzen, schnell praxis- und bedürfnisnahe Lösungen zu erarbeiten und Aufgaben an Verbände oder Organisationen der Zivilgesellschaft zu delegieren. Damit der Einbezug von Stakeholdern in der Krise gelingt, ist es notwendig, die wichtigen Stakeholder im Vorhinein zu definieren. Dies hat das BAG versäumt. Die Krisenorganisation

des BAG sieht kein explizites Stakeholder-Management vor. Auch bleibt intransparent, nach welchen Kriterien die Arbeitsgruppen der Task Force BAG mit Stakeholdern besetzt wurden. Dies führte dazu, dass sich die Stakeholder nicht gleichberechtigt Gehör verschaffen konnten.

Es ist aber auch festzuhalten, dass die Stakeholder teilweise nicht genügend Vorkehrungen getroffen haben, um den Bund im Krisenmanagement optimal zu unterstützen. Die vertiefende Analyse zeigte, dass einzelne Organisationen und Verbände sich schnell zusammengeschlossen haben, um ihre Interessen und Vorschläge mit einer Stimme einzubringen. Andere Stakeholder haben sich hingegen kaum oder erst spät untereinander vernetzt, um ihre Anliegen konsolidiert und koordiniert an die Behörden heranzutragen.

5.1.6 Bilanz

I Haben der Bund (insbesondere das BAG) und die Kantone zeitgerecht und angemessen auf die Covid-19-Bedrohungslage reagiert?

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass Bund und Kantone – von Ausnahmen abgesehen – angemessen auf die Covid-19-Bedrohungslage reagiert haben. Das BAG hat den Auftrag, die Bevölkerung zu schützen, sehr ernst genommen. Auch die Kantone, die Städte und die Gemeinden sowie die Institutionen der Gesundheitsversorgung haben sehr viel geleistet, um die Menschen zu schützen und um die Bedrohung durch das Virus in den Griff zu bekommen. Im Kern der medizinischen Versorgung war die Schweiz erfolgreich, es mussten – soweit bekannt – wegen Covid-19 nie Patienten/-innen auf den Intensivstationen triagiert werden.

Die Angemessenheit der Reaktion des Bundes zeigt sich nicht nur aufgrund der Tatsache, dass es gelungen ist, die Gesundheitsversorgung während der ganzen Krise in hoher Qualität zu gewährleisten. Indiz dafür ist auch die relativ grosse Akzeptanz der Massnahmen in der Bevölkerung. Diese zeigt sich in der im Rahmen dieser Evaluation durchgeführten Bevölkerungsbefragung (vgl. Abschnitt 2.2) ebenso wie in zahlreichen anderen Befragungen. Zudem hiessen die Schweizer Stimmberichtigen das Covid-19-Gesetz am 13. Juni 2021 mit einem Anteil von 60 Prozent Ja-Stimmen gut. Die Angemessenheit verschiedener zum Teil umstrittener Massnahmen wurde auch vom Bundesgericht bestätigt.¹²³ Dieses befand im Juli 2021 über die Angemessenheit kantonaler Massnahmen wie der Einschränkung von Veranstaltungen und der Maskenpflicht in Geschäften. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen und der Gefährlichkeit des Virus beurteilte das Gericht diese Massnahmen als angemessen. Die Einschätzung beruht auch darauf, dass den Behörden ein grosser Beurteilungsspielraum zugestanden wird und die Massnahmen aufgrund des jeweils aktuellen Wissenstands beurteilt werden müssen. Kritischer hat sich das Bundesgericht dagegen im September 2021 gegenüber weitgehenden Beschränkungen von Kundgebungen im Kanton Bern geäussert.¹²⁴

In drei Punkten sind die Reaktionen des Bundes als weniger angemessen zu beurteilen:

- Es handelt sich dabei erstens um die Massnahmen, die zu Beginn der Pandemie zum Schutz von besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen, das heisst von älteren Menschen und Bewohnern/-innen von Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen, ergriffen wurden. Zwar erliess der Bund schnell Massnahmen zum Schutz der Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppen und kommunizierte dies deutlich als eine Priorität. Die strengen Schutzmassnahmen in Form von Ausgangs- und Besuchsverboten führten jedoch zu grossem Leid bei den Bewohnern/-innen und den Angehörigen sowie zum Teil zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen bei den Betroffenen. Als Ursache für diese Probleme steht die mangelnde Krisenvorbereitung bei Bund, Kantonen und betroffenen Institutionen im Vordergrund.
- Zweitens sind Vorbehalte betreffend die Angemessenheit der Schulschliessungen im ersten Lockdown im Frühling 2020 angebracht. Diese führten zu grossen Belastungen von Eltern, Kindern sowie Jugendlichen und ziehen möglicherweise einschneidende Folgen für die Bildungsentwicklung zahlreicher Kinder und Jugendlicher nach sich.

¹²³ Bundesgericht (2021): Medienmitteilung Bundesgericht vom 21. Juli 2021. Kantonale Corona-Massnahmen: Beschwerden abgewiesen. https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/2c_0793_2020_2021_07_21_d.pdf, Zugriff am 09.09.2021.

¹²⁴ Bundesgericht (2021): Medienmitteilung Bundesgericht vom 3. September 2021. Kantonale Corona-Massnahmen: Berner Beschränkung von Kundgebungen auf 15 Teilnehmer unverhältnismässig – Urner Regelung nicht zu beanstanden. https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/2c_0290_2021_yyyy_mm_dd_T_d_12_19_10.pdf, Zugriff am 09.09.2021.

Im internationalen Vergleich waren die Schulschliessungen in der Schweiz jedoch von kürzerer Dauer.¹²⁵ Der Bundesrat hat die damit verbundenen Probleme vergleichsweise früh erkannt und in den folgenden Wellen davon abgesehen.

- Drittens ist die Angemessenheit des Verbots von nicht dringend angezeigten (elektiven) Eingriffen in Frage zu stellen. Die Kantone sind aufgrund ihrer Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ohnehin verpflichtet, dafür zu sorgen, dass solche Eingriffe im Bedarfsfall zugunsten von Notfalleingriffen aufgeschoben werden.

Die Zeitgerechtigkeit der Reaktion von Bund und Kantonen muss entlang der Phasen der Krise (vgl. Darstellung D 1.1) beurteilt werden:

- *Krisenvorbereitung bis nationalen Lockdown:* Ein EpG sowie ein Pandemie-Plan waren vorhanden. Allerdings stand einzige ein Influenza-Pandemie-Plan zur Verfügung, der von einer anderen Risikosituation ausgeht. Das Krisenmanagement des BAG litt zudem unter vorbestehenden Problemen wie einer fehlenden digitalen Strategie und einer fehlenden Lagerhaltung von Schutzmaterial, die sich kurzfristig, während der Bewältigung der Pandemie, nicht lösen liessen. Ebenfalls waren Abläufe innerhalb des BAG vorgängig nicht klar definiert worden, die Krisenhandbücher des Amtes waren nicht breit bekannt. Das BAG musste in kurzer Zeit eine Umsetzungsorganisation entwickeln, die für die operative Koordination eines grossen Teils des Krisenmanagements des Bundes während der grössten Krise der Nachkriegszeit verantwortlich ist. Dies gelang zwar mit der Zeit immer besser, aber die Inbetriebnahme des Krisenmodus im BAG nahm viel Zeit in Anspruch. Allerdings muss bei dieser Beurteilung der Tatsache Rechnung getragen werden, dass der Bundesrat der Task Force BAG und nicht den dafür in den Verordnungen zum Krisenmanagement des Bundes vorgesehenen Organen zentrale Aufgaben des Krisenmanagements übertrug. Die ungenügende Krisenvorbereitung des BAG hat das zeitgerechte Ergreifen von Massnahmen erschwert und zum Teil auch deren Angemessenheit beeinträchtigt.
- *Nationaler Lockdown in erster Welle:* Weitgehend zeitgleich mit den umliegenden Staaten hat der Bund mit einem Lockdown auf die Bedrohung reagiert, als noch recht wenig über die Verbreitung und Gefährlichkeit des Virus bekannt war. Der Lockdown erscheint zeitgerecht, weil es gelungen ist, die Verbreitung der Infektion rechtzeitig einzudämmen.
- *Lockerungen nach erster Welle:* Die Analysen haben den Eindruck hinterlassen, dass die Kantone vom Übergang in die besondere Lage am 19. Juni 2020 teilweise überrascht wurden, auch wenn sie diesen eindringlich gefordert hatten. Darauf deutet die Tatsache hin, dass sie auf die sich anbahnende zweite Welle im Herbst 2020 ungenügend vorbereitet waren (z.B. im Hinblick auf das Contact Tracing). Gleichzeitig verzichtete der Bundesrat auf den Führungsanspruch, der ihm auch in der besonderen Lage gemäss EpG zusteht. Ein Beleg dafür ist, dass die Maskenpflicht im internationalen Vergleich erst spät eingeführt wurde.
- *Massnahmen in zweiter Welle:* Viele Kantone haben in der zweiten Welle mit Massnahmen zugewartet. Es zeigte sich das Dilemma, dass die Anordnung von Massnahmen mit der Übernahme von Kosten verbunden ist. Ökonomen/-innen vermuten, dass die Kantone aus wirtschaftlichen Gründen auf eine Anordnung durch den Bund spekuliert haben.¹²⁶ Es hat ebenfalls Zeit gekostet, dass sich die Kantone nicht auf Massnahmen einigen konnten. Das Contact Tracing war im Herbst 2020 bei sehr hohen Fallzahlen überlastet, viele Betroffene wurden vom Contact Tracing zu spät kontaktiert. Dazu kam, dass das BAG bezüglich Verfügbarkeit von Daten weit weg vom Ziel war, die Massnahmen basierend auf Echtzeitdaten anpassen zu können, auch wenn im Krisenverlauf ein Dashboard aufgebaut wurde. Datenqualität und -verknüpfung reichten dafür nicht aus. Verschiedene Faktoren waren somit dafür verantwortlich, dass der Bund und auch die Kantone nicht zeitgerecht auf die Bedrohung im Spätsommer 2020 reagierten, was in der Schweiz zu einer im internationalen Vergleich hohen Übersterblichkeit führte. Mit der Impfung von ersten Bevölkerungsgruppen konnte im Dezember 2020 in etwa parallel zu unseren europäischen Nachbarn begonnen werden. Wie im Herbst traten auch im Winter 2020/21 Koordinationsprobleme zwischen Bund und Kantonen auf. Diese standen im Zusammenhang mit der Tatsache, dass der Bundesrat die Kantone zu einem höheren Impftempo aufforderte, ohne für genügend verfügbaren Impfstoff gesorgt zu haben.
- *Massnahmen in dritter Welle:* In dieser Phase der Pandemie konnte die Nachfrage nach Impfungen zunehmend gedeckt werden, auch wenn zu Beginn einige Wochen auf die Impftermine gewartet werden musste. In vielen Bereichen

¹²⁵ Tagesanzeiger (2021): «Schweiz machte Schulen weniger lang zu als die meisten anderen Länder», <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz-machte-schulen-weniger-lang-zu-als-die-meisten-anderen-laender-708824180089>, Zugriff am 18.09.2021.

¹²⁶ Vgl. dazu auch Rutz, S. et al. (2021): Wirksamkeit und Kosten von Corona-Massnahmen und optimale Interventionsebene, Zürich.

der Pandemie hatte sich das Krisenmanagement eingespielt. Dies hatte vermutlich auch mit dem Umstand zu tun, dass sich die epidemiologische Lage dank der wachsenden Impfquote und den breiter werdenden Testoffensiven verbesserte.

- *Lockungen nach dritter Welle:* Bis zum Abschluss der Datenerhebung Ende Juni 2021 konnte sich die Mehrheit derjenigen, die sich impfen lassen wollten, impfen lassen. Parallel dazu entwickelte der Bund ein einheitliches und international anerkanntes Covid-Zertifikat. Mit diesem Nachweis für geimpfte, genesene und negativ getestete Personen erlaubte es der Bundesrat in verschiedenen Schritten, Orte mit erhöhtem Ansteckungsrisiko schrittweise mindestens teilweise wieder zu öffnen. Außerdem ermöglichte es in zunehmendem Masse internationales Reisen. Es gab keine weiteren zeitkritischen Massnahmen in dieser Phase.

Die Evaluation kommt zwar zum Schluss, dass Bund und Kantone meist angemessen und, von Ausnahmen abgesehen, zeitgerecht auf die Covid-19-Bedrohungslage reagiert haben. Die identifizierten Probleme weisen jedoch darauf hin, dass eine mangelhafte Krisenvorbereitung und ein teilweise ungenügendes Krisenmanagement die Effektivität und Effizienz des Handelns zum Teil erheblich beeinträchtigt haben. Auf die Massnahmen, die ergriffen werden sollten, um diese Probleme im Hinblick auf eine nächste Krise zu vermeiden, gehen wir in Abschnitt 5.2.2 ein.

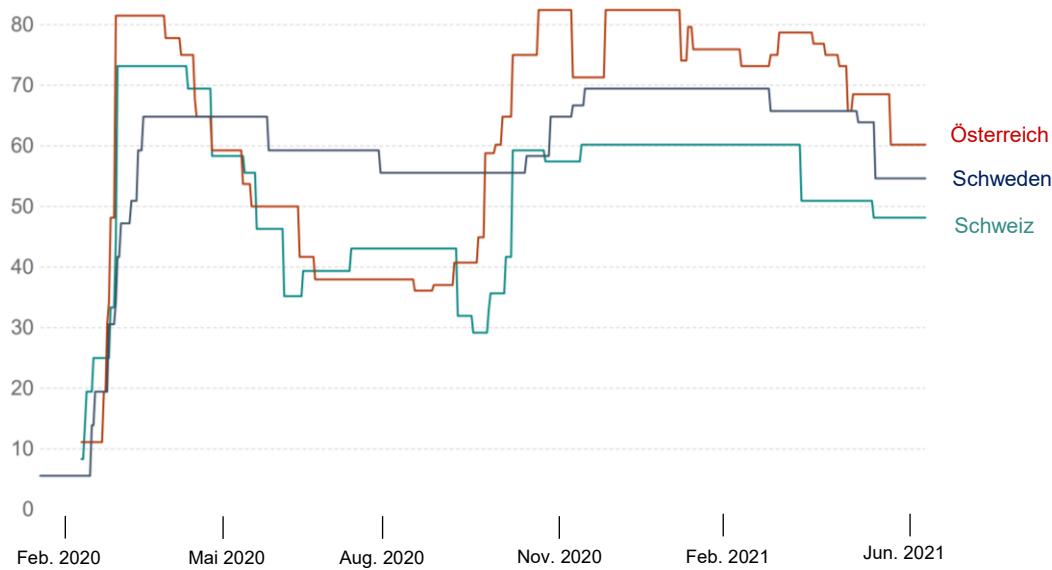
| Welche Strategien und Massnahmen haben allenfalls dazu geführt, dass gewisse Probleme in Österreich beziehungsweise Schweden weniger stark oder stärker zutage getreten sind als in der Schweiz? Was kann die Schweiz davon lernen?

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Regierungen aller Länder die Menschen aufgefordert haben, ihr Verhalten zu ändern, Lasten zu tragen und Opfer für das Gemeinwohl zu bringen.¹²⁷ Ein Zusammenhang zwischen den spezifischen nationalen Massnahmen und der Sterblichkeit ist nicht unmittelbar erkennbar: Schweden und die Schweiz haben in der ersten und zweiten Welle der Krise ähnlich strenge Massnahmen, Österreich stärkere Massnahmen verordnet. Zwischen der ersten und zweiten Welle waren die schwedischen Massnahmen am strengsten.¹²⁸ Allerdings war die Volksschule in Schweden keinen einzigen Tag geschlossen, während in der Schweiz an 34 und in Österreich an 74 Tagen kein Unterricht stattfand (vgl. folgende Darstellung).¹²⁹

¹²⁷ <https://ourworldindata.org/coronavirus>, Zugriff am 09.09.2021.

¹²⁸ Um den Schweregrad dieser Einschränkungen zu messen, haben Wissenschaftler/-innen der Universität Oxford einen Massnahmenindex definiert, der auf neun Indikatoren basiert. Dazu gehören die Verpflichtung zum Homeoffice, die Einschränkung von öffentlichen Veranstaltungen und anderes. Vgl. Dazu: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/Covid-19-government-response-tracker>, Zugriff am 21.09.2021.

¹²⁹ Tagesanzeiger (2021): «Schweiz machte Schulen weniger lang zu als die meisten anderen Länder», <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz-machte-schulen-weniger-lang-zu-als-die-meisten-anderen-laender-708824180089>, Zugriff am 18.09.2021.

D 5.1: Index der Strenge der Massnahmen von Beginn der Krise bis Juni 2021

Legende: Dargestellt ist der Massnahmenindex der Universität Oxford.

Quelle: OurWorldInData.org/coronavirus/CC BY.

Ein Zusammenhang lässt sich hingegen zwischen der Rigidität der Massnahmen und der Wirtschaft vermuten. So haben Schweden und die Schweiz weniger unter den wirtschaftlichen Folgen der Pandemie gelitten als Österreich, das für eine lange Dauer deutlich strengere Massnahmen ergriffen hat.¹³⁰ Statistische Analysen zeigen denn auch, dass die Rigidität der Massnahmen eine signifikante Erklärung liefern für die wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie. Daneben sind aber auch strukturelle Faktoren massgebend, wie die Offenheit der Volkswirtschaft und die Bedeutung des Tourismus.¹³¹ Diese könnten auch eine wichtige Erklärung für die stärkere Betroffenheit von Österreich sein.

Die Durchimpfungsrate der Schweiz war Ende Juni 2021 ungefähr gleich hoch wie jene von Österreich (37% der Gesamtbevölkerung mit vollständiger Impfung), in Schweden war sie etwas tiefer (34%).¹³² Wie stark dieser Indikator mit den nationalen Impfstrategien zusammenhängt, ist allerdings nicht bekannt. Mit Sicherheit kann ein Zusammenhang mit der Verfügbarkeit des Impfstoffs ausgeschlossen werden, da in allen drei Ländern genügend Dosen verfügbar waren.

Die Ausführungen zur Situation in Österreich und in Schweden in den Themenbereichen, die im Rahmen der vorliegenden Evaluation untersucht wurden, weisen trotz unterschiedlicher politischer Ausgangslagen auf ähnliche Probleme hin. Die Abstimmung zwischen den Staatsebenen, die fehlende Digitalisierung, die Herausforderungen bezüglich Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Kommunikation, wirtschaftliche und gesellschaftliche Unsicherheit, Vernachlässigung psychischer Folgen, zumindest in der Anfangsphase der Pandemie, Verschieben von elektiven Eingriffen, viele Todesfälle in Alters- und Pflegeinstitutionen und später rigider Schutz mit strengen Besuchsverboten finden sich in allen drei Ländern. Lehren lassen sich am ehesten im Vergleich zu Schweden im Themenbereich Kommunikation ziehen, da dort die staatlichen Massnahmen auf andauernd hohe Akzeptanz stiessen. Allerdings sind dafür möglicherweise weniger das staatliche Handeln als kulturelle Gründe verantwortlich (z.B. hohes Vertrauen in den Staat und die Wissenschaft, hohes Mass an gesellschaftlicher Solidarität).

¹³⁰ OECD Real GDP forecast. <https://data.oecd.org/gdp/real-gdp-forecast.htm>, Zugriff am 09.09.2021.

¹³¹ Gern, K.-J., Hauber, Ph. (2020): Corona-Effekte im internationalen Vergleich. In: Wirtschaftsdienst – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Heft 11, S. 899-900. Springer-Verlag. Heidelberg. <https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2020/heft/11/beitrag/corona-effekte-im-internationalen-vergleich.html>, Zugriff am 21.09.2021.

¹³² Covid-19 Data Explorer. <https://ourworldindata.org>, Zugriff am 09.09.2021.

5.2 Identifizierter Handlungsbedarf und übergeordnete Empfehlungen

In den Kapiteln 3 und 4 des vorliegenden Bereichs wird Handlungsbedarf in verschiedenen Themenbereichen festgehalten. Dieser wird im folgenden Abschnitt 5.2.1 tabellarisch zusammengefasst. Anschliessend halten wir in Abschnitt 5.2.2 fünf übergeordnete Empfehlungen fest.

5.2.1 Identifizierter Handlungsbedarf

In Kapitel 3, das die Analyse des Krisenmanagements des BAG in ausgewählten, jedoch nicht vertieft analysierten Themenbereichen beinhaltet, wird Handlungsbedarf in den Bereichen «Maskenverfügbarkeit, -verwendung und -tragpflicht», «Strategie zu Tests und Contact Tracing», «Abwägung des Schutzes von Personen in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen und Zugang durch Angehörige», «Gesellschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit», «Psychische Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit» und «Wirtschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit» dargelegt. Folgende Darstellung hält den Handlungsbedarf in diesen Themenbereichen zusammenfassend fest. Sie weist auch darauf hin, in welche der nachfolgend dargestellten übergreifenden Empfehlungen (vgl. Abschnitt 5.2.2) dieser Handlungsbedarf eingeflossen ist.

D 5.2: Identifizierter Handlungsbedarf in den sechs nicht vertieft analysierten Themenfeldern

Themenbereich	Schwerpunkte des Handlungsbedarfs	Empfehlung*
Maskenverfügbarkeit, -verwendung und -tragepflicht	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanntheit und Nutzung des Pandemie-Plans und des dazugehörigen Handbuchs erhöhen - Lagerhaltung und Bekanntheit der Lagerbestände und Produktionsmöglichkeiten stärken - Kommunikationsstrategie und Kommunikation bezüglich Maskenverwendung anpassen 	2
Strategie zu Tests und Contact Tracing	<ul style="list-style-type: none"> - Massnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden Zahl hochwertiger Tests initiieren - Abgestimmtes Vorgehen der Kantone vorbereiten - Rechtliche Regelung der Finanzierung von Tests und Contact Tracing überprüfen 	1, 2
Abwägung des Schutzes von Personen in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen und Zugang durch Angehörige ¹³³	<ul style="list-style-type: none"> - Konzepte und Empfehlungen erarbeiten, die zeigen, wie Bewohner/-innen in Institutionen gut geschützt werden können, ohne Kontakte zu stark einzuschränken - Institutionen zur Umsetzung geeigneter Konzepte und Massnahmen sowie Durchführung von Kontrollen verpflichten - Finanzielle Konsequenzen prüfen und regeln 	2, 4, 5
Gesellschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Indirekten Folgen gesundheitlicher Massnahmen mehr Aufmerksamkeit schenken - Verstärkt Fachexperten/-innen aus dem Bereich Gesellschaft einbeziehen 	4, 5
Psychische Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellen, dass psychologische Risiko- und Schutzfaktoren wie Einsamkeit, Autonomie und soziale Unterstützung von Anfang an mitgedacht werden - Wirtschafts- und sozialpolitische Massnahmen zur Reduktion von Risiken für die psychische Gesundheit, insbesondere gefährdeter Gruppen, implementieren - Gesetzliche Verankerung der Möglichkeit des Bundes in einer Krise, Subventionen zu Gunsten von Organisationen zu sprechen, die sich um die gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen von besonders Verletzlichen kümmern 	4, 5
Wirtschaftliche Folgen von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit den finanziellen Folgen gesundheitlicher Schutzmassnahmen bei Betroffenen gesetzlich regeln und Vollzug durch die Kantone vorbereiten - Umfassende ökonomische und politikwissenschaftliche Ex-post-Evaluationen zu diesem Thema durchführen - Sicherstellen, dass das BAG in Zukunft die Konsequenzen auf die wirtschaftliche Situation der Menschen angemessen in die Beurteilung von Massnahmen zum Schutz der Gesundheit einbezieht 	2, 5

Legende: Empfehlung* = Handlungsbedarf ist in übergeordnete Empfehlung Nummer ... eingeflossen.

Quelle: Darstellung Interface/Infras, vgl. Evaluation der Krisenbewältigung Covid-19 bis Sommer 2021. Schlussbericht, Kapitel 3.

¹³³ Vgl. auch: Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen, Zürich.

Kapitel 4 stellt die Ergebnisse in den fünf vertieft analysierten Themenbereichen (bis Ende Juni 2021) dar. Die folgende Darstellung fasst den zu diesen Themenbereichen identifizierten Handlungsbedarf zusammen. Dabei wird jeweils zwischen dem Handlungsbedarf auf politischer, auf strategischer und auf operativer Ebene unterschieden und ebenfalls auf die relevanten übergreifenden Empfehlungen hingewiesen.

D 5.3: Identifizierter Handlungsbedarf in den fünf vertieft analysierten Themenbereichen

Themenbereich	Schwerpunkte des Handlungsbedarfs	Empfehlung*
Kompetenzordination Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung	<p><i>Politische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in Krisen in organisatorischer, fachlicher und finanzieller Hinsicht überprüfen und präzisieren <p><i>Strategische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbindlichere Vereinbarungen zwischen Bund und Kantonen bezüglich Standardisierung von digitalen Tools zur Erfassung, zur Meldung und zum Monitoring von Daten und Aktivitäten treffen und umsetzen - Kompetenz an BAG übertragen, damit das Bundesamt eine stärkere fachliche Führung gegenüber den Kantonen und anderen Stakeholdern wahrnehmen und durchsetzen kann <p><i>Operative Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Führungs- und Organisationsstruktur des BAG in einer Krise definieren 	1, 3, 4
Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten	<p><i>Politische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formelle gesetzliche Regelung anstreben, die ein minimales Datenset festlegt, das schweizweit einheitlich erhoben wird, und die auch klärt, wie der Zugriff auf diese Daten sichergestellt wird (zentralisierte oder dezentralisierte Lösung) - Architektur zum sicheren Austausch von Daten verschiedener Systeme aufbauen <p><i>Strategische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Once-Only-Prinzip bei der Datensammlung durchsetzen - Kurzfristig sicherstellen, dass existierendes Wissen über Datenmanagement nicht verloren geht <p><i>Operative Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmässige Übungen mit den existierenden Systemen beziehungsweise dem existierenden System durchführen 	1, 2, 3
Rollen und Verantwortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung	<p><i>Politische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzen und Verantwortung von Bund und Kantonen in der Kommunikation mit der Bevölkerung während der besonderen Lage klären. Bei Bedarf gesetzliche Grundlagen präzisieren - Koordination zwischen den Kantonen im Bereich der Kommunikation optimieren <p><i>Strategische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rollen von Wissenschaftlern/-innen in die Kommunikation klären <p><i>Operative Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhaltliche Abstimmung zwischen Bund und Kantonen als Voraussetzung für eine zielführende Kommunikation mit der Bevölkerung optimieren 	1, 4, 5
Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern	<p><i>Politische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechtliche Regelungen bezüglich des Einbezugs von Stakeholdern in der Krise auf der Basis des Vernehmlassungsgesetzes (VIG) überprüfen <p><i>Strategische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die für das BAG in einer Krise relevanten Stakeholder sowie Kompetenzen identifizieren - Prozesse zu deren Einbezug in das Krisenmanagement festlegen <p><i>Operative Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturen und Prozesse des Stakeholder-Managements definieren, in der Pandemie-Planung verankern und bei einer Pandemie umsetzen 	1, 4

Themenbereich	Schwerpunkte des Handlungsbedarfs	Empfehlung*
Sicherstellung Behandlungskapazitäten während der Pandemie	<p><i>Politische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Thematik der «Vorratshaltung» zwischen verschiedenen Gesetzgebungen besser abstimmen - Verfügungsmöglichkeiten des Bundes zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit stärken - Mindestverfügbarkeit von ausgewählten Wirkstoffen gesetzlich festlegen <p><i>Strategische Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen aus Pandemie in die Aktivitäten zur Bekämpfung des Fachkräftemangels einbringen, unter anderem Stärkung des flexiblen Einsatzes von Personal - Alternative Szenarien entwickeln, um eine Einstellung nicht-dringlicher Eingriffe zu verhindern - Minimalangebot an Betten, Praxen und Personal für den Pandemie-Fall unter Beachtung der Regelversorgung diskutieren - Informations- und Einsatzsystem des Koordinierten Sanitätsdienstes ausbauen - Regelungen der Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Falle einer Pandemie anpassen/überprüfen <p><i>Operative Ebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Praktiker/-innen verschiedener Berufe aus der stationären und ambulanten Versorgung ins Krisenmanagement einbeziehen 	1, 2, 4

Legende: Empfehlung* = Handlungsbedarf ist in übergeordnete Empfehlung Nummer ... eingeflossen.

Quelle: Darstellung Interface/Infras. vgl. Evaluation der Krisenbewältigung Covid-19 bis Sommer 2021. Schlussbericht, Kapitel 3.

5.2.2 Übergeordnete Empfehlungen

Basierend auf dem identifizierten Handlungsbedarf formulieren wir fünf übergeordnete Empfehlungen. Diese dienen in erster Linie dem Ziel eines optimierten Krisenmanagements des BAG in einer nächsten Krise.

I Empfehlung 1: Wir empfehlen dem BAG und dem Bund, sich organisatorisch besser auf eine nächste Krise vorzubereiten.

Das BAG war organisatorisch unzureichend auf die Corona-Pandemie vorbereitet. Zwar gibt es Krisenhandbücher, doch diese sind bei den Führungskräften und bei den Mitarbeitenden kaum bekannt. Wichtige personelle Kompetenzen, die es für das Management in Krisen braucht, waren im Amt nicht ausreichend vorhanden. Personen mussten Aufgaben übernehmen, auf die sie nicht oder ungenügend vorbereitet waren. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die Zuständigkeiten innerhalb des BAG von Aussenstehenden und zum Teil auch von Mitarbeitenden als wenig transparent wahrgenommen wurden. Auch die festgestellte Überlastung von Schlüsselpersonen, die Vernachlässigung wichtiger Ansprechpartner/-innen, Ad-hoc-Strukturen und personellen Überforderungen lassen sich damit erklären.¹³⁴ Wir empfehlen dem BAG daher,

- neue Grundlagen für das Krisenmanagement zu erarbeiten.
- die personellen Kompetenzen zum Management in Krisen zu verstärken und Ressourcen zu organisieren, sodass vorausschauendes Planen in Krisensituationen sichergestellt ist, und
- das Krisenmanagement regelmässig zu üben.

Die Entwicklung und die Umsetzung effektiver Strukturen und Prozesse des Krisenmanagements im BAG kann aber nur erfolgreich sein, wenn die dem BAG übergeordnete Organisation des Krisenmanagements im Ereignisfall verlässlich implementiert wird.¹³⁵ Dies war bei der Corona-Pandemie nicht der Fall. Ein Teil der Probleme des Krisenmanagements des BAG geht somit auf den Ad-hoc-Charakter des Krisenmanagements der übergeordneten Organe zurück. Damit das BAG die Bewältigung einer nächsten Krise effektiv und effizient unterstützen kann, muss daher auch das Krisenmanagement des Bundes überarbeitet werden.

¹³⁴ Vgl. dazu auch: Wenger, A. et al. (2020): Schweizer Krisenmanagement: Die Corona-Virus-Pandemie als fachliche und politische Lernchance. Bulletin 2020 zur schweizerischen Sicherheitspolitik, ETH-Zürich, S. 130.

¹³⁵ Bundesrat (2019): Weisungen über das Krisenmanagement in der Bundesverwaltung, Bern.

Wir empfehlen dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) daher, darauf hinzuwirken, dass auf Bundesebene rasch geklärt wird, ob eine Krise basierend auf den ordentlichen Strukturen der Bundesverwaltung bewältigt werden soll oder ob die gemäss aktueller gesetzlicher Grundlage vorgesehenen Krisenorgane aktiviert werden sollen (z.B. Ad-hoc-Krisenstab des Bundesrates, Bundesstab Bevölkerungsschutz, Koordinationsorgan EpG). Basierend auf dieser Klärung sind auf Bundesebene Grundlagen für das Krisenmanagement zu erarbeiten und zu implementieren. Je nach Krisenorganisation sind entsprechende gesetzliche Anpassungen notwendig.

| Empfehlung 2: Wir empfehlen dem Bund und den Kantonen, die Gesundheitsversorgung im Pandemie-Fall verbindlicher zu regeln und zudem ganzheitlicher zu planen.

Die Verfügbarkeit von Schutzmateriel und von wichtigen Medikamenten war am Anfang der Krise nicht gewährleistet. Der Pandemie-Plan des Bundes und das dazugehörige Handbuch für die betriebliche Vorbereitung waren insbesondere in den Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen, aber auch in Spitäler und Arztpraxen wenig bekannt. Aufträge des Bundesgesetzgebers wurden nicht oder mangelhaft vollzogen.

Wir empfehlen dem Bund und den Kantonen, die Gesundheitsversorgung im Pandemie-Fall verbindlicher zu regeln und zudem ganzheitlicher zu planen:

- Das EDI soll darauf hinwirken, dass der Bund die Pandemie-Vorsorge verbindlich regelt. Die Kantone müssen sicherstellen, dass diese Regelungen umgesetzt und kontrolliert werden. Aus juristischer Sicht gibt es diesbezüglich Handlungsbedarf. Zwar hat der Bundesrat in der geltenden Epidemiengesetzgebung mehrere Ansatzstellen, um die Pandemie-Vorsorge zu stärken. Doch der Vollzug dieser Vorgaben wird erschwert und stellenweise verunmöglich durch das komplexe Zusammenspiel verschiedener Gesetzgebungen auf Bundesebene. Hinzu kommt, dass die Versorgungssicherung für genügend Gesundheitspersonal, bauliche Einrichtungen und Finanzierungsmöglichkeiten in die Verantwortung der Kantone fällt, so dass Kompetenzüberschneidungen zwischen Bund und Kantonen die Umsetzung beeinträchtigen. Es ist daher zu prüfen, wie die Mehrspurigkeiten und Kompetenzkonflikte, die sich daraus auf der Ebene des Vollzugs ergeben, durch eine systematischere, im EpG gebündelte Regelung der Epidemie- und Pandemie-Vorbereitung vermieden werden können.
- Das BAG soll die Erfahrungen aus der Pandemie in die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe und in die Diskussionen zum Thema Fachkräftemangel integrieren. In Zukunft muss stärker berücksichtigt werden, dass Krisen langandauernd sein können und dass die Krisenbewältigung sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich auch dann jederzeit auf eine ausreichende Zahl qualifizierten Gesundheitspersonals angewiesen ist. Neben der Steigerung der Attraktivität von Gesundheitsberufen im Allgemeinen gilt es auch spezifische Vorkehrungen dahingehend zu treffen, dass Gesundheitsfachpersonen im Krisenfall möglichst flexibel in unterschiedlichen Einsatzgebieten (z.B. Abteilungen, Spitäler, Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen, Arztpraxen, Spitex) arbeiten können. Dazu sind die Arbeitsorganisation und die Weiterbildungsinhalte (z.B. generalistische versus spezialisierte Inhalte) zu hinterfragen.
- Das EDI und die GDK sollen darauf hinwirken, dass neben der krisenspezifischen Versorgung der Zugang zur medizinischen Grundversorgung möglichst jederzeit gewährleistet bleibt. Daher müssen die ambulanten Grundversorger, das heißt insbesondere Hausärzteschaft, Spitex und Apotheken, stärker in die Krisen-Vorbereitung einbezogen werden. Differenzierte Massnahmen sollten das Ziel verfolgen, dass bei einem Lockdown im ambulanten Bereich unter Einhaltung von Schutzmassnahmen alle wichtigen Dienstleistungen zugänglich bleiben.

| Empfehlung 3: Wir empfehlen dem BAG, zusammen mit den Kantonen und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens die Digitalisierung und das Datenmanagement im Gesundheitswesen voranzutreiben und verbindlich zu regeln.

Der Handlungsbedarf bezüglich Digitalisierung im Gesundheitswesen wurde zwar bereits vor der Krise erkannt. Damit das Anliegen aber vorankommt, braucht es einen politisch-strategischen Willen und die Freigabe der dafür notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen. Der aktuell spürbaren Dynamik stehen weniger technische Herausforderungen als Vorbehalte von Kantonen und Versorgern gegenüber nationalen Vorgaben zur Datensammlung und zum Datenaustausch entgegen. Vor diesem Hintergrund halten wir folgende Empfehlungen fest:

- Das BAG soll zusammen mit den Kantonen und den weiteren Akteuren des Gesundheitswesens rasch eine verbindliche nationale Strategie betreffend die Beschaffung, den digitalen Austausch und die Analyse von gesundheitsrelevanten Daten entwickeln und vereinbaren.
- Die erwähnten Akteure sollen sicherstellen, dass diese Strategie einen Minimaldatensatz sowie Vorgaben betreffend die Standardisierung von digitalen Tools zur Erfassung, Meldung und zum Monitoring von Daten und Aktivitäten enthält. Erfreulicherweise sind diese strategischen Ziele bereits in der aktuellen Mittelfristplanung des Bundesrates vom Juni 2021 enthalten.¹³⁶ Zusätzlich zu einer Strategie braucht es jedoch auch politische Entscheide zur Finanzierung und Umsetzung auf nationaler Ebene.
- Das EDI soll darauf hinwirken, dass die zur Umsetzung der vereinbarten Strategie notwendigen Anpassungen im Epidemiengesetz vorgenommen werden. An sich hätte es der Bund bereits nach geltendem Recht in der Hand, die Digitalisierung des Meldesystems bis hin zur Einspeisung von Informationen durch Leistungserbringer voranzutreiben. Da die Digitalisierung jedoch weder explizit noch implizit als gesetzlicher Auftrag formuliert ist, besteht diesbezüglich Bedarf für entsprechende Anpassungen im Epidemiengesetz, also auf der Ebene des formellen, dem Referendum unterstellten Gesetzes. Eine Regelung der Thematik auf Verordnungsstufe würde weder ihrer Relevanz bezüglich Schutz individueller Gesundheitsdaten noch der Tatsache gerecht, dass damit Eingriffe in die unternehmerische Freiheit (z.B. durch die Vorgabe eines Datenmanagementsystems) verbunden wären.

| Empfehlung 4: Wir empfehlen dem BAG, dem Bund und den Kantonen, Vorkehrungen zu treffen, um auch im Falle einer Pandemie wichtige Akteure systematisch in die Vorbereitung von Entscheidungen und in die Umsetzung von Massnahmen einbeziehen zu können.

Wichtige Akteure der Gesundheitsversorgung wurden zu wenig ins Management der Corona-Pandemie einbezogen. Dies lag hauptsächlich daran, dass das BAG über ungenügende Instrumente für das Stakeholder-Management verfügt. Dazu halten wir folgende Empfehlungen fest:

- Das BAG soll eine klare Vorstellung darüber entwickeln, welche Akteure im Krisenfall in die Vorbereitung von welcher Art von Entscheidungen einbezogen werden müssen.
- Das BAG soll den Dialog mit diesen Akteuren systematisch pflegen und deren Rolle in der Pandemie-Planung festhalten. Beides dient dem Ziel, die Qualität und damit die Wirksamkeit und die Akzeptanz der – insbesondere durch den Bundesrat und die Kantonsregierungen – zu treffenden Entscheidungen zu erhöhen.
- Weiter soll das BAG ein systematisches Stakeholder-Management auch ausserhalb von Krisenzeiten betreiben.
- Weitere Bundesstellen sowie die Kantone sollen eindeutige Ansprechstellen für Stakeholder in Krisenzeiten definieren.
- Schliesslich soll der Bund die Zusammenarbeit mit der Wissenschaft im Krisenfall basierend auf den aktuell laufenden Untersuchungen der Bundeskanzlei, des Wissenschaftsrats und der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle überdenken und regeln.

| Empfehlung 5: Wir empfehlen dem BAG, Gesundheit auch im Falle einer Pandemie sowohl in der Planung als auch in der Umsetzung als ganzheitliche Herausforderung zu betrachten und zu bewältigen.

Die Weltgesundheitsorganisation versteht Gesundheit als ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.¹³⁷ Die repräsentative Bevölkerungsbefragung zeigte, dass die Pandemie und die gesundheitlichen Massnahmen einen grossen Teil der Bevölkerung stark belasteten. Freiheiten waren eingeschränkt, soziale Kontakte, Bewegung und Sport fehlten, die wirtschaftliche Situation war für einige ungewiss, Arbeit und Unterricht fanden zu Hause statt. Nicht wenigen setzte die Situation auch psychisch zu. Weiter wurden Grundrechte der Bewohner/-innen in Alters- und Pflegeinstitutionen sowie deren Angehörigen über Monate durch die Besuchs- und Ausgangsregelungen stark beschnitten. Die Schulschliessungen im ersten Lockdown im Frühling 2020 waren ein weiterer starker Eingriff in Grundrechte, mit möglicherweise einschneidenden Folgen für die Bildungsentwicklung zahlreicher Kinder und Jugend-

¹³⁶ Bundesrat (2021): Konzeptpapier Mittelfristplanung. Bericht des Bundesrates: Covid-19-Epidemie: Auslegeordnung und Ausblick Herbst/Winter 2021/22, Bern.

¹³⁷ Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946): Verfassung unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946.

licher. Zwar hat der Bundesrat den gesellschaftlichen Folgen der Pandemie früh im Krisenverlauf Aufmerksamkeit geschenkt. Die Erhebung haben jedoch deutlich gemacht, dass dieser Thematik, insbesondere in der Krisenvorbereitung, zu wenig Gewicht beigemessen wurde. Vor diesem Hintergrund halten wir folgende Empfehlungen fest:

- Das BAG soll sich bei der Pandemie-Planung und -Bewältigung, analog dem Beispiel der Strategie im Bereich der nicht-übertragbaren Krankheiten, am Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation ausrichten (Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens).
- Das BAG soll indirekte Effekte der gesundheitlichen Massnahmen verstärkt antizipieren und frühzeitig sowie stärker in die Pandemie-Planung einbeziehen.
- Das BAG soll vermehrt Fachpersonen aus Psychologie, Pädagogik, Politikwissenschaft, Ethik, Wirtschaft, Sozialer Arbeit usw. in die Pandemie-Vorbereitung und in die Massnahmenplanung einbeziehen. Das in Empfehlung 4 angegebene breit aufgestellte Stakeholder-Management wird dieses Anliegen unterstützen.

Anhang

A 1 Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation

DA 1: Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation		
Vorname, Name, Institution	Mitglied Steuergruppe	Mitglied Begleitgruppe
Andrea Arz de Falco, BAG (<i>Vorsitz der Begleit- und Steuergruppe</i>)	x	x
Patrick Mathys BAG	x	x
Salome von Geyerz, BAG	x	x
Hans C. Matter, BAG	x	x
Michael Gerber, BAG	x	
Barbara Thévoz Lagast, BAG	x	
Herbert Brunold, BAG	x	
Michael Jordi, Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz	x	
Stefan Kuster, ehem. BAG (bis 31.07.2021)	x	
Gregor Lüthy, BAG	x	
Mike Schüpbach, BAG		x
Nora Romero Kronig, BAG		x
Gerald Scharding, Bundesamt für Bevölkerungsschutz		x
Erika Laubacher-Kubat, Bundeskanzlei		x
Sabina Littmann-Wernli, Bundesamt für Sozialversicherungen		x
Werner Meier, Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung		x
Andreas Rieder, Eidg. Büro für Gleichstellung		x
Christoph Berger, Eidgenössische Kommission für Impffragen		x
Anne Iten, Eidg. Kommission für Pandemievorbereitung und -Bewältigung		x
Lukas Gresch, Generalsekretariat Eidgenössisches Departement des Innern		x
Bernhard Wicht, Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren		x
Seraina Grünig, Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz		x
Bernhard Frey Jäggi, Konferenz der kantonalen Polizeikommandanten (<i>an Rating-Konferenz vertreten durch Orlando Gnosca</i>)		x
Andreas Stettbacher, Koordinierter Sanitätsdienst		x
Daniel Aeschbach, Armeeapotheke		x

Vorname, Name, Institution	Mitglied Steuergruppe	Mitglied Begleit- gruppe
Josef Widmer, Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation		x
Eric Scheidegger, Staatssekretariat für Wirtschaft		x
Helga Horisberger, Swissmedic		x
Rudolf Hauri, Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz		x
Marcel Durst, Association Spitem privée Suisse (an Rating-Konferenz vertreten durch Kai Trachsel)		x
Daniel Höchli, Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf		x
Carlos Quinto, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte		x
Anne Bütkofer, H+ Spitäler der Schweiz		x
Peter Saxenhofer, INSOS Schweiz		x
Martin Born, pharmaSuisse (an Rating-Konferenz vertreten durch Marcel Mensil)		x
Alexander Widmer, Pro Senectute		x
Marianne Pfister, Spitem Schweiz		x
Andreas Widmer, Nationales Zentrum für Infektionsprävention Swissnoso		x
Céline Antonini, Curafutura		x
Adrian Jaggi, santésuisse		x
Erika Ziltener, Swiss Society for Quality Management in Health Care		x
Henri Bounameaux, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften		x
Roswitha Koch, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner		x
Jörg Kündig, Schweizerischer Gemeindeverband		x
Franziska Ehrler, Schweizerischer Städteverband (an Rating-Konferenz vertreten durch Marlène Iseli)		x
Marcel Tanner, Swiss National Covid-19 Science Task Force		x
Karolina Frischkopf, Schweizerisches Rotes Kreuz		x
Susanne Gedamke, SPO Patientenorganisation		x
Philippe Luchsinger, mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz		x

Quelle Darstellung Interface/Infras.

A 2 Evaluationsfragen und Methoden

DA 2: Evaluationsfragen und Methoden		Betrachtungszeitpunkte und Methoden				
Übersicht Evaluationsfragen gemäss Pflichtenheft BAG		Phase 1: Krisenvorbereitung bis nationaler Lockdown (bis 15.03.2020)	Phase 2: Nationaler Lockdown in 1. Welle (16.03.–26.04.2020)	Phase 3: Lockdowns (27.04.–18.10.2020)	Phase 4: Massnahmen in 2. Welle (19.10.2020–02.2021)	Phasen 5 und 6: Massnahmen in 3. Welle und Lockerungen (-30.06.2021)
1. Fragen auf Ebene Bevölkerung, Bevölkerungsgruppen und Wirtschaft						
1.1 Inwiefern wurden in der Corona-Krise die Interessen von verschiedenen Bevölkerungsgruppen und der Wirtschaft wahrgenommen? Insbesondere: Wie ist der Umgang mit Risikopatienten zu beurteilen?	D / S / PD	D / S / PD / BB / SB / G / PA / I	D / PD	D / S / PD / BB / SB / G / I	D / S / PD	
1.2 Was ist die Einschätzung der jeweiligen «Anspruchsgruppe» zur Krise und ihrer Bewältigung durch Bund und Kantone? War die Kommunikation an diese nachvollziehbar/zweckmässig?	D / S	D / BB / SB / G / RK / PA	D / S	D / BB / SB / G / RK	D / G / RK	
1.3 Welche Optimierungen an der Kommunikation mit den «Anspruchsgruppen» sind vorzunehmen, damit diese ihre Interessen einbringen können?	D / S	D / BB / SB / G / RK / PA	D / S	D / BB / SB / G / RK	D / G / RK	
2. Fragen auf der Ebene Gesundheitsversorgung						
2.1 Wie gestaltete sich die Versorgungssituation in den Spitätern, Arztpraxen, Apotheken usw. in den verschiedenen Phasen der Krise?	G	D / BB / G / RK / PA / I	D / G	D / BB / G / RK	D / G / RK	
2.2 Waren die Zuständigkeiten klar? Wie ist die Versorgungssituation insgesamt in Bezug auf Verfügbarkeit und Rechtzeitigkeit zu beurteilen?	G	D / G / PA / J / I	D / G	D / G / PA / J / I	D / G / PA / J / I	
2.3 Was muss künftig sichergestellt werden, damit in Krisen die Gesundheitsversorgung der Wohnbevölkerung insgesamt optimal garantiert ist?		D / G / PA / I	D / G	D / G / PA / I	D / G / PA / I	
3. Fragen auf der Ebene gesundheitliche Massnahmen						
3.1 Was waren die Auswirkungen der gesundheitlichen Massnahmen auf verschiedene Bereiche insgesamt? Welche erwünschten/möglicherweise unerwünschten Wirkungen wurden erzielt?		D / BG / BB / SB / G	D / S	D / BG / BB / G	D / G	
3.2 Welche Rolle spielte dabei die Bevölkerungsinformation und die Kommunikation der Akteure? War diese jeweils klar und nachvollziehbar?	G	D / S / BG / BB / SB / G / RK	D / S	D / BG / BB / G / RK	D / G / RK	
3.3 Welche gesundheitlichen Massnahmen haben sich bewährt?		D / BG / BB / SB / G	D / BG / BB / G	D / BG / BB / SB / G	D / G	
3.4 Bei welchen gesundheitlichen Massnahmen gibt es Optimierungsbedarf?		D / BG / BB / G / RK / PA	D / BG / BB / G / RK / PA	D / BG / BB / G / RK / PA	D / G / RK / PA	
4. Fragen auf der Ebene Organisation, Struktur und Führung auf Stufe Bund, Kantone, Verwaltung und Wissenschaft						
4.1 Wie haben Bund und Kantone ihre Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen zu verschiedenen Zeitpunkten wahrgenommen? Hat sich die Aufgabenteilung bewährt? Welche Rolle spielte das Koordinationsorgan gemäss EpG?	D / G / J	D / G / PA / J	D / J	G / J	G / J	
4.2 Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Politik, Verwaltung und Wissenschaft zu beurteilen?	D / G	D / G / PA / I	D / PA	G / PA / I	G / PA / I	
4.3 Wie zweckmässig und zeitgerecht wurden die Finanzierungs- und Tarifierungsfragen in Bezug auf Gesundheitsleistungen geregelt?	D / G / PA	D / G / PA	D / G / PA	D / G / PA	D / G / PA	
4.4 Gibt es Verbesserungsbedarf auf der Ebene Organisation, Struktur und Führung für die Bewältigung allfälliger künftiger Krisen? Gibt es Optimierungspotenzial in der Kommunikation und weiteren Bereichen?	D / S / G	D / G / RK / PA	G	D / G	D / G	
5. Fragen auf der Ebene Ablauf, Prozesse der Entscheidungsfindung und Kommunikation						
5.1 Wie ist der Bund bzw. das BAG bei der Generierung von Wissen vorgegangen? Wurden alle relevanten Gremien und Instanzen einbezogen?	D / PA	D / G	D / G / PA	G	G	
5.2 Wie gestaltete sich die Entscheidungsfindung innerhalb des BAG? Wer hatte die Entscheidungshoheit über Massnahmen und Lockerungen, die dem Bundesrat vorgeschlagen wurden?	D	D / G / PA	G / PA	G	G	
5.3 Nach welchen Beurteilungskriterien hat der Bundesrat entschieden und entsprechend Massnahmen verordnet? Welche Abwägungen in Bezug auf gesundheitliche Aspekte und andere Auswirkungen wurden gemacht?	D / J	D / G / PA / J	D / G	G / PA / J	G / PA / J	
5.4 Waren die Prozesse der Entscheidungsfindung und der Kommunikation insgesamt zweckmässig, transparent und nachvollziehbar?	D	D / S / G / RK / PA	D / G	G / RK / PA	G / RK / PA	
5.5 Haben der Bund (insbesondere das BAG) und die Kantone zeitgerecht und angemessen auf die COVID-19-Bedrohung reagiert?	D / DF	D / PD / BB / G / RK / PA / J	D / G	D / PD / BB / G / RK / PA	D / PD / G / RK / PA	

Übersicht Evaluationsfragen gemäss Pflichtenheft BAG

	Betrachtungszeitpunkte und Methoden				
	Phase 1: Krisenvorbereitung bis nationaler Lockdown (bis 15.03.2020)	Phase 2: Nationaler Lockdown in 1. Welle (16.03.–26.04.2020)	Phase 3: Lockdownen (27.04.–18.10.2020)	Phase 4: Massnahmen in 2. Welle (19.10.2020–02.2021)	Phasen 5 und 6: Massnahmen in 3. Welle und Lockerungen (–30.06.2021)
6. Internationale Einordnung					
6.1 Welche Relevanz hatten ausgewählte Probleme in Schweden und Österreich?	I	I	I	I	I
6.2 Welche Strategien und Massnahmen haben allenfalls dazu geführt, dass gewisse Probleme in den Vergleichsländern weniger stark oder stärker zutage getreten sind als in der Schweiz? Was kann die Schweiz davon lernen?	I	I	I	I	I

Legende: D = Auswertung Dokumente, S = Auswertung Sekundärerhebungen, PD = Auswertung Primärdaten, BG = Begleit- und Steuergruppenbefragung, BB = Bevölkerungsbefragung, SB = Stakeholder-Befragung, G = Qualitative Gespräche, RK = Rating-Konferenz, PA = Prozessanalysen, J= Juristische Beurteilung, I = Internationale Einordnung. Fetter Schriftschnitt = Methode kann wesentlichen Beitrag zur Beantwortung der Evaluationsfragen, normaler Schriftschnitt = Methode kann ergänzenden Beitrag zur Beantwortung der Evaluationsfragen leisten, kursiver Schriftschnitt = Die Liste der Fragen des Pflichtenhefts wurde ergänzt.

Quelle: Darstellung Interface/Infras.

Methode	Quelle	Betrachtungszeitpunkte	Anzahl
D = Auswertung Dokumente	<p>Verfügbare Dokumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grundlagen, u.a. Epidemiengesetz, Pandemie-Planung, WHO-Leitlinien – Dokumente des BAG, u.a. Foliensatz Organisations- und Prozessanalyse – Parlamentarische Vorstösse – Weitere Studien und Berichte der Bundesverwaltung und der Kantone, u.a. Bericht des Bundesrates vom 27. Mai 2020 über die Ausübung seiner Notrechtskompetenzen und die Umsetzung überwiesener Kommissionsmotionen seit Beginn der Corona-Krise – Dokumentation der gesundheitlichen Massnahmen des Bundesrates 	1–5 1–3 1–5 1,2 1–5	Diverse Dokumente
S = Auswertung Sekundärerhebungen	Verfügbare Studien Dritter, u.a. FORS COVID-19 Studie MOSAiCH, Corona-Umfragen der SRG und ETH, Studie Berner Fachhochschule zu Auswirkungen der Krise auf KMU	1–5	Diverse Dokumente
PD = Auswertung Primärdaten	Verfügbare Indikatoren und Statistiken, u.a. zu Infektionen, Hospitalisierung, Vollzugsmonitoring des BAG sowie Übersterblichkeit des Bundesamts für Statistik	1–5	Diverse Daten
BB = Bevölkerungsbefragung	Eigene Befragung der Wohnbevölkerung > 15 Jahre (repräsentative Stichprobe), gemeinsam mit Forschungsmandat «Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Heimen»	1–5	15'390 Personen
SB = Stakeholder-Befragung	<p>Eigene Befragung von verschiedenen Stakeholder-Gruppen, gemeinsam mit Forschungsmandat «Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Heimen»:</p> <p>Verantwortliche Alters- und Pflegeheime, Heime für Menschen mit Behinderungen</p> <p>Personal Alters- und Pflegeheime und Heime für Menschen mit Behinderungen und Spitexorganisationen</p>	1–5 962 Personen 5'139 Personen	

Methode	Quelle	Betrachtungszeitpunkte	Anzahl
BG = Begleit- und Steuergruppenbefragung	Eigene Befragung der Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe	1–5	24 Personen
G = Qualitative Gespräche	Eigene Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> – Mitglieder der Steuer- und Begleitgruppe – Vertretungen des Bereichs Bevölkerung, Wirtschaft: <ul style="list-style-type: none"> – Vertretende Verbände/Fachstellen aus den Bereichen Bildung, Betreuung, Integration, Arbeitswelt, Volkswirtschaft, besonders betroffene Branchen wie Tourismus, Kultur, Sport – Vertretungen des Bereichs Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> – Vertretende von Spitätern, Arztpraxen, Apotheken, Soziale Diensten – Vertretende von Curaviva Schweiz, INSOS, SBK, Spitexverband Schweiz, u.a. (gemeinsam mit Forschungsmandat «Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Heimen») 	1–5 1–5 1–5	5 Personen 16 Personen 24 Personen
RK = Rating-konferenz	Workshop mit Mitgliedern der Begleitgruppe	1–5	34 Personen
PA = Prozess-analysen	Vertiefung von 5 ausgewählten Problembereichen <ul style="list-style-type: none"> – Pro Problembereich Gespräche mit Experten/-innen – Öffentliche und interne Dokumente 	1–5 1–5	45 Personen Diverse Dokumente
J = Juristische Beurteilung	Begleitung der Evaluation durch juristischen Experten: Prof. Christoph Zenger, Zenger Advokatur und Beratung	1–5	1 Person
I = Internationale Einordnung	Analyse in Schweden und Österreich durch Experten vor Ort: <ul style="list-style-type: none"> – Prof. Maria Perrotta Berlin, Stockholm School of Economics Corona – Prof. Dr. med. Günter Weiss, Medizinische Universität Innsbruck, Mitglied des Beraterstabs der Coronavirus-Taskforce des Österreichischen Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentschutz Einbezug relevanter internationaler Plattformen, u.a. COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM) des European Health Observatory	2–5 2–5	2 Personen Diverse Dokumente

Quelle: Darstellung Interface/Infras.

A 3 Gesprächspartner/-innen

DA 3: Gesprächspartner/-innen im ersten Schritt der Evaluation (Analyse bis Ende März 2021)

Person und Institution	Befragt zu folgenden Perspektiven				
	Bund	Kantone	Wirtschaft	Gesellschaft	Gesundheits- und Sozialversorgung
Andrea Arz de Falco, BAG	x				
Virginie Masserey, BAG	x				
Patrick Mathys BAG	x				
Salome von Geyrerz, BAG	x				
Stefan Kuster, ehem. BAG	x				
Michael Jordi, Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz		x			
Anne Bütikofer, H+ Spitäler der Schweiz					x
Arnaud Perrier, Hôpitaux Universitaires de Genève					x
Philippe Eckert, Centre hospitalier universitaire vaudois					x
Isabelle Gisler Ries, Universitätsspital Basel					x
Jaques Donzé und Ronan Beuret, Réseau hospitalier neuchâtelois					x
Thomas Fehr, Kantonsspital Graubünden					x
Michael Döring, Kantonsspital Luzern					x
Pietro Cippà, Ente Ospedaliero Cantonale					x
Ernst Borter, Spital Wallis					x
Beat Walti, Privatkliniken Schweiz					x
Carlos Quinto, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte					x
Philippe Luchsinger, mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz					x
François Héritier, Kollegium für Hausarztmedizin					x
Claudia Galli, Dachverband der schweizerischen Berufsorganisationen im Gesundheitswesen					x
Enea Martinelli, PharmaSuisse					x
Ursula Dubois, isa Fachstelle für Migration Bern					x
Edith Lang, Sozialdienst des Kantons Luzern					x
Markus Kaufmann, Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe					x

Person und Institution	Befragt zu folgenden Perspektiven				
	Bund	Kantone	Wirtschaft	Gesellschaft	Gesundheits- und Sozialversorgung
Nathalie Barthoulot, Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren					x
Peter Saxenhofer, INSOS Schweiz, und Daniel Höchli, CURAVIVA					x
Marcel Tanner, Swiss National Covid-19 Science Task Force					x
Dagmar Rösler, Dachverband Lehrer und Lehrerinnen				x	
Gisela Kilde, Réseau fribourgeois des organisations de l'enfance et de la jeunesse				x	
Kathrin Bertschy und Maya Graf, Alliance F				x	
Bashkim Iseni, Bureau lausannois pour les immigrés				x	
Peter Marbet, Caritas				x	
Bastienne Joerchel, Centre Social Protestant Vaud				x	
Milan Kostresevic, Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in der Schweiz				x	
Andrea Gehri, Camera di Commercio Cantone Ticino			x		
Nicolo Paganini, Schweizer Tourismus-Verband			x		
Casimir Platzer, GastroSuisse			x		
Dagmar T. Jenny, Swiss Retail Federation			x		
Max E. Katz, Schweizer Reise-Verband			x		
Alexander Bücheli, Bar und Club Kommission Zürich			x		
Roger Schnegg, Swiss Olympic			x		
Nina Rindlisbacher und Alex Mezmer, Corona Taskforce Culture			x		

Quelle: Darstellung Interface/Infras.

DA 4: Gesprächspartner/-innen im zweiten Schritt der Evaluation (Analyse bis Ende Juni 2021)

Person und Institution	Befragt zu folgenden vertieft analysierten Themenbereichen				
	Kompetenzordnung Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung	Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten	Rollen und Verant- wortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung	Nutzung fachlicher Kom- petenzen von Stakeholdern	Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie
Elise de Aquino, BAG	x				
Céline Gardiol, BAG	x				
Christine Kopp, BAG				x	
Gregor Lüthy, BAG			x		
Adrian Kammer, BAG			x		
Vincent Koch, Stefanie Johner und Mirjam Lutz, BAG					x
Walter Grolimund, Pascal Walliser und Silvan Maletti, BAG		x			
Damir Perisa, BAG		x			
Mario Kaufmann und Stefan Katz, Koordinierter Sanitätsdienst		x			x
André Simonazzi, Bundeskanzlei			x		
Andreas Pfenninger, Swissmedic				x	
Eric Scheidegger, Staatssekretariat für Wirtschaft				x	
Adrian Lobsiger, Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter		x			
Christoph Berger, Eidgenössische Kommission für Impffragen	x				x
Martin Ackermann, Swiss National Covid-19 Science Task Force			x	x	
Edouard Bugnion, Swiss National Covid-19 Science Task Force		x			
Sven Streit, Swiss National Covid-19 Science Task Force		x		x	x
Christian Arnold, Kanton Uri	x	x			x
Sami Kanaan, Stadt Genf	x				
Bettina Bally und Luca Albertin, Gesundheitsdirektion Zürich	x	x			x

Person und Institution	Befragt zu folgenden vertieft analysierten Themenbereichen				
	Kompetenzordnung Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung	Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten	Rollen und Verant- wortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung	Nutzung fachlicher Kom- petenzen von Stakeholdern	Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie
Lukas Engelberger, Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz	x		x		x
Gaby Szöllösy, Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren				x	
Yvonne Gilli, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	x	x		x	x
Reinhold Sojer, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte		x			
Anne Bütikofer, Guido Speck, Gianni R. Rossi, Joseph Müller und Giorgio Pellanda, H+ Spitäler der Schweiz				x	x
Philipp Walter, Solothurner Spitäler		x			
Jürg Hodler, Universitätsspital Zürich					x
Franz Immer, Swisstransplant					x
Adrian Vatter, Universität Bern				x	
Andreas Ladner, Université de Lausanne			x		
Boris Rauscher und Bernhard Schneider, Schweizer Verband für Krisenkommunikation			x		
Michael Herrmann, Sotomo			x		
Alenka Bonnard, Staatslabor				x	
Sven Seitz, Pfizer				x	

Quelle: Darstellung Interface/Infras.

A 4 Grundlagen für die Befragung von Experten/-innen des ersten Schritts der Evaluation

A 4.1 Kurze Online-Befragung der Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe (Dezember 2020)

Sammlung der relevantesten gesundheitlichen Massnahmen, Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung, die Bevölkerung und die Wirtschaft sowie die dazugehörigen Erhebungen, Berichte und Studien aus der Sicht der Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation per E-Mail.

Fragen:

- Welche gesundheitlichen Massnahmen von Bund und Kantonen haben aus Ihrer Sicht als Mitglied der Begleitgruppe/Steuergruppe der Evaluation die grössten Schwierigkeiten und Herausforderungen verursacht? Um welche Schwierigkeiten und Herausforderungen handelt es sich? Wer war wann von diesen betroffen?
- Welche gesundheitlichen Massnahmen haben sich bewährt?
- Welche zusätzlichen, gesundheitlichen Massnahmen hätten Sie sich gewünscht?
- Welche Erhebungen/Berichte/Studien können Sie empfehlen, die das Evaluationsteam zur Beurteilung der Massnahmen und Auswirkungen berücksichtigen soll?

A 4.2 Interviewleitfaden für die Mitglieder der Steuergruppe (Analyse bis Ende März 2021)

| Themenblock 1: Einschätzungen betreffend Handlungsbedarf

Bitte schätzen Sie den Handlungsbedarf in folgenden Bereichen ein unter Berücksichtigung dessen, was bereits erkannt und in Bearbeitung ist:

- Krisenvorbereitung im BAG; in der Bundesverwaltung; bei den Kantonen; Zuständigkeiten
- Organisations- und Leitungsform der Krisenbewältigung im BAG; in der Bundesverwaltung; bei den Kantonen, Umgang des Bundesrats mit den Vorschlägen des BAG
- Gesundheitliche Massnahmen, die sich bewährt und nicht bewährt haben, im Sinne ihrer
 - Zweckmässigkeit (Eignung)
 - Kohärenz (Stimmigkeit, Widerspruchsfreiheit)
 - Wirksamkeit
- Auswirkungen der gesundheitlichen Massnahmen auf Wirtschaft, Soziales und Gesellschaft
- Kommunikation mit der Bevölkerung, mit den «Anspruchsgruppen» (Spitäler, Hausärzte/-innen usw.)
- Zusammenarbeit mit der Wissenschaft

| Themenblock 2: Ziele und Fokus der Evaluation

Welche Massnahmen und Wirkungen sollten Ihrer Ansicht nach durch die Evaluation vertieft untersucht werden, weil sie durch die Schweizer Gesellschaft (Zivilgesellschaft, Wirtschaft) als besonders problematisch wahrgenommen werden?

- Einschränkung der Bewegungsfreiheit
- Verzicht auf Wahleingriffe im Spital
- Schulschliessungen
- Masken oder keine Masken
- Verbot politischer Versammlungen

- Schliessung der Läden
- Kommunikation mit der Öffentlichkeit
- Finanzierungs- und Tarifierungsfragen
- Versorgungssituation in den Spitälern, Arztpraxen, Apotheken usw.
- Weitere

A 4.3 Interviewleitfaden erste Phase für Gespräche mit Stakeholdern (Analyse bis Ende März 2021)

| Interviewleitfaden für Stakeholder der Gesundheitsversorgung

Outcome und Impact

- Wie hat sich die Versorgungssituation in Ihrem Bereich in den verschiedenen Phasen der Krise dargestellt?
- Was lief gut in den verschiedenen Phasen? Was lief weniger gut?
- Wie haben Sie die Verfügbarkeit von Schutzmaterialien, Medikamenten und weiterem medizinischen Material (z.B. Beatmungsgeräte, Betten) wahrgenommen in den verschiedenen Phasen der Krise?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Kommunikation und Verfügbarkeit von Informationen durch Ihre Organisation, durch den Bund (BAG), Kantone, ggf. weitere Organisationen in den verschiedenen Phasen der Krise?

Massnahmen

- Welche gesundheitlichen Massnahmen waren für Ihre Organisation besonders relevant?
- Wie beurteilen Sie die Wirkung dieser für Sie besonders relevanten gesundheitlichen Massnahmen in Bezug auf die verschiedenen Phasen der Krise?

Input/Vorbereitung nächste Krise

- Wo sehen Sie in Hinblick auf eine nächste Krise prioritätär den Handlungsbedarf auf struktureller/organisatorischer Ebene? Beim BAG, Bund, bei den Kantonen, Ihrer Organisation, Ihren Mitgliedern, Ihrer Zielgruppe?
- Sehen Sie die Notwendigkeit, Anpassungen vorzunehmen, beispielsweise beim bestehenden Pandemie-Plan oder insgesamt an der Pandemie-Planung? Falls ja, in welchen Bereichen? Und sollten allfällige Anpassungen an der Gesetzeslage und/oder dessen Vollzug/Umsetzung vorgenommen werden?

Abschluss

- Gibt es aus Ihrer Perspektive noch weitere Schlüsselprobleme, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen?

| Interviewleitfaden für Stakeholder der Gesellschaft und der Wirtschaft

Einstieg

- Bitte erläutern Sie kurz Ihre Funktion und Ihre Rolle in Bezug auf die Corona-Pandemie.

1. Wirkungen der Pandemie und der gesundheitlichen Massnahmen

- Welche Themen in Bezug auf die Corona-Pandemie sind für Sie gerade aktuell?
- Wie haben sich die Pandemie und die gesundheitlichen Massnahmen des Bundes in den verschiedenen Phasen der Pandemie auf Ihre Bevölkerungsgruppe bzw. Ihre Branche ausgewirkt? Welches waren die grössten Herausforderungen für Ihre Bevölkerungsgruppe/Branche?
 - In der ersten Welle im Frühling 2020?
 - Zwischen der ersten und der zweiten Welle?
 - In der zweiten Welle ab November 2020?
 - Nach Verschärfung der Massnahmen (Mitte Januar 2021)?
- Mit welchen mittel- und längerfristigen Auswirkungen der Corona-Pandemie für Ihre Bevölkerungsgruppe/Branche rechnen Sie?

2. Beurteilung der Krisenbewältigung durch den Bund und die Kantone und der Kommunikation

- Wie gut haben der Bund (Hauptfokus) und die Kantone in den verschiedenen Phasen der Pandemie aus Ihrer Sicht gehandelt, um die Krise zu bewältigen?
 - Wie beurteilen Sie die Krisenvorbereitung im BAG; in der Bundesverwaltung; bei den Kantonen?
 - Wie beurteilen Sie die Zuständigkeitsregelungen während der Krise auf den Ebenen Bund/BAG/Kantone im Hinblick auf eine zukünftige Krise?
 - Wie beurteilen Sie die politische Führung der Pandemie-Bekämpfung in den verschiedenen Phasen?
 - Wie beurteilen Sie die Abläufe während der Krise auf den Ebenen Bund/BAG/Kantone in Hinblick auf eine zukünftige Krise?
- Wo lagen die Stärken und Schwächen ihres Handelns?
- Haben Bund und Kantone zur richtigen Zeit die richtigen gesundheitlichen Massnahmen ergriffen? Waren die Massnahmen in sich stimmig (kohärent)?
- Wie stark war Ihre Bevölkerungsgruppe/Ihre Branche von den Massnahmen betroffen und wie haben sich die Massnahmen aus Ihrer Sicht ausgewirkt?
- Welche gesundheitlichen Massnahmen waren für Ihre Organisation problematisch? Warum?
- Welche gesundheitlichen Massnahmen haben sich bewährt und erachten Sie als sinnvoll?
- Wie gut konnten Sie die Interessen Ihrer Bevölkerungsgruppe/Ihrer Branche in die Entscheidungsprozesse einbringen? Wie gut wurden die Interessen Ihrer Bevölkerungsgruppe/Ihrer Branche berücksichtigt?
- Haben Bund und Kantone der Aufgabe der Pandemie-Bekämpfung im Verhältnis zu anderen öffentlichen Aufgaben (z.B. Schule, Kultur, Sport, wirtschaftlicher Wettbewerb) angemessenes Gewicht gegeben?
- Wie haben Bund und Kantone in den verschiedenen Phasen kommuniziert? Was lief aus Ihrer Sicht gut, was nicht?
- Wie gut nahm die Wissenschaft (Task Force) ihre Aufgabe, insbesondere die Beratung der verantwortlichen Behörden und die Gewährleistung verlässlicher medizinischer und epidemiologischer Wissensgrundlagen, wahr?
- Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen Bund/BAG und der Wissenschaft?
- Wo sehen Sie Optimierungsbedarf?

3. Lehren aus der Krise

- Was müssten Bund und Kantone bei einer zukünftigen Pandemie in der Vorbereitung und Bewältigung anders machen, generell und in Bezug auf Ihre Bevölkerungsgruppe/Branche? Welche Lehren müssten sie ziehen? Z.B. in Bezug auf:
 - Vorbereitung
 - Massnahmen
 - Kommunikation
 - Zuständigkeiten
 - Organisation (z.B. Klärung von behördlichen Verantwortlichkeiten; Bereitstellung von strukturellen, personellen und finanziellen Ressourcen)
 - Abläufe (z.B. Zusammenarbeit zwischen Bundesbehörden, zwischen Bund und Kantonen, zwischen Behörden mit Leistungserbringern; Koordination der kantonalen Massnahmen)
 - Einbezug von Anspruchsgruppen
- Würden Sie die Schaffung eines politisch verantwortlichen Einsatzorgans für besondere und außerordentliche Pandemie-Situationen begrüssen?
- Denken Sie, dass auch gesetzliche Anpassungen notwendig sind, um in Zukunft die richtigen Massnahmen (schneller) treffen zu können? Wenn ja, welche?
- Halten Sie verfassungsrechtliche Anpassungen der bundesstaatlichen Aufgabenteilung für die Pandemie-Bekämpfung für prüfenswert oder nötig?

Abschluss

- Gibt es aus Ihrer Perspektive noch weitere Schlüsselprobleme, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen?

A 4.4 Interviewleitfaden zweite Phase für Gespräche mit Stakeholdern (Analyse bis Ende Juni 2021)

I Interviewleitfaden Themenbereich «Kompetenzordnung Bund und Kantone am Fallbeispiel Impfstrategie und -umsetzung»

Rollenverteilung

- Wie würden Sie die Rollenverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden bei der Beschaffung, Verteilung und Kommunikation zum Thema Impfen beschreiben?
- War die angedachte Rollenverteilung klar?
- Wurde sie auch so eingehalten?
- Was lief bei der Rollenverteilung in Ihren Augen gut? Was lief weniger gut?
- Welches Verbesserungspotential sehen Sie für die Zukunft?
- Ist «Impfen» ein gutes Beispiel, um die Stärken und Schwächen der Zusammenarbeit in der Krise zu analysieren oder haben sich bei anderen Themen ganz andere Fragen gestellt?

Kantonale Umsetzung beim Impfen

- Welches waren Ihrer Meinung nach die Vorteile der kantonalen Umsetzung der Massnahme «Impfen» im Allgemeinen und beim IT-Tool zur Abwicklung der Impfungen im Besonderen?
- Welches waren die Nachteile der kantonalen Umsetzung im Allgemeinen und beim IT-Tool zur Abwicklung der Impfungen im Besonderen?
- Wo hat sich der Föderalismus positiv auf die Krisenbewältigung ausgewirkt? In welchen Bereichen hatte er einen negativen Einfluss?
- Wo sehen Sie hier Verbesserungspotential?
- Wo gab es regionale Kooperationen beim Impfen zwischen den Kantonen? Welches waren diesbezüglich die Grenzen?
- Wo hätten Synergien und Kooperationen stärker genutzt werden können?
- Welche Rollen nahmen die Gemeinden in diesem Bereich ein?
- Hätte die Rolle der Gemeinden anders gestaltet werden müssen (z.B. stärkerer Miteinbezug)? Wenn ja, wie?

Vorgaben des Bundes

- Wie schätzen Sie die Empfehlungen der Impfkommission bezüglich Relevanz ein?
 - Sind diese auch genügend klar, zum Beispiel hinsichtlich der Priorisierungsregeln von Impfungen nach Personengruppen (z.B. Gesundheitspersonal, Lehrpersonen, ältere Menschen)?
 - Wurden sie ausreichend klar kommuniziert?
 - Warum gibt es Unterschiede in der kantonalen Umsetzung?
 - Hätte der Bund deren Einhaltung verbindlicher vorgeben müssen?
 - Was war gut? Wo sehen Sie hier Verbesserungspotential?
- Und wie schätzen Sie die Vorgaben des Bundes bezüglich des Angebots an Impfmöglichkeiten (z.B. mobile Impfangebote, Impfen zu Hause [mit oder ohne Arzt/Ärztin], Impfen in Apotheken)?
 - Wurden sie ausreichend klar kommuniziert?
 - Waren sie ausreichend verbindlich?
 - Was war gut? Wo sehen Sie hier Verbesserungspotential?

Föderale Kompetenzordnung

- Bezuglich Kompetenzordnung im Allgemeinen und Impfen im Besonderen:
 - Welche Verbesserungen/Anpassungen an den rechtlichen Rahmenbedingungen (politisch) braucht es für vergleichbare Situationen?
 - Sollte der Bund zum Beispiel verbindlichere Vorgaben machen können, z.B. bezüglich IT-Impftool? Impfangebote?
 - Sollten spezielle politische Gremien mit Entscheidungsbefugnis zwischen Kantonen und Gemeinden geschaffen werden (z.B. Einsetzung eines schlanken und paritätisch zusammengesetzten Führungsgremiums auf politischer Ebene für die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen in der Krise, wie von Kdk vorgeschlagen)?

- Welche Verbesserungen/Anpassungen hinsichtlich strategischer Überlegungen (übergeordnete Ausrichtung) braucht es für vergleichbare Situationen?
 - Sollten spezielle administrative Gremien zwischen Kantonen und Gemeinden geschaffen werden?
 - Sollte eine einheitliche Austauschplattform zur Datenübermittlung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden eingerichtet werden?
 - Sollte der Auftrag der Eidgenössischen Kommission für Impffragen erweitert werden? Sollten die Kantone darin vertreten sein?
 - Sollten die Kantone motiviert werden, die regionale und nachbarschaftliche Zusammenarbeit in der Krise intensiver und verbindlicher zu gestalten?
- Welche Verbesserungen braucht es bei der Implementation (operativ)?
 - Hätte der Bund, das VBS die Organisation des Impfens national übernehmen sollen? Vorteile? Nachteile?
- Welche Unterstützung könnte das BAG den Kantonen in der Krise bieten, um den raschen und effizienten Vollzug von Massnahmen ähnlich dem Impfen zu erleichtern?

Abschluss

- Gibt es aus Ihrer Perspektive noch weitere Aspekte, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen?

I Interviewleitfaden Themenbereich «Verfügbarkeit und Verwendung von digitalen Daten»

Art der Daten

- Welches sind die wichtigsten Arten von Daten, die zur Bewältigung einer pandemischen Krise zur Verfügung stehen sollten?
- Begriff «Daten»: Z.B. Belegungszahlen, Inzidenzzahlen, Mortalität, Mutationen, COVID-Dashboard Sonderseite BFS, Mobilitätsdaten, Abwasserdaten, Daten mit/von Pharmaunternehmen, unterschiedliche Datentypen und Quellen
- Wer hatte zu welchem Zeitpunkt der Krise Bedarf nach welchen Daten? Für wen standen die Daten zur Verfügung?
- Bundesrat, Kantonsregierungen
- Bundesbehörden, kantonale Behörden
- Spitäler, Praxen, Heime und Spitex
- Medien/Bevölkerung
- Welche Daten waren in der aktuellen Pandemie vorhanden?
- Welche fehlten? Wieso fehlten diese Daten?
- Gab es relevante Daten, deren Sammlung erst im Laufe der Pandemie angegangen wurde?

Digitale Verfügbarkeit der Daten

- Welche wichtigen Daten standen digital zur Verfügung? Welche nicht?
- Gab es Daten, die erst im Laufe der Pandemie digital zur Verfügung standen? Wenn ja, welche waren das?
- Welche Arten von Daten waren digital vorhanden, allerdings nicht zentral verfügbar?
- Welche Hindernisse standen der digitalen Verfügbarkeit dieser Daten im Weg?
- Welche Arten von Daten konnten aufgrund fehlender Interoperabilität vom BAG nicht genutzt werden?

Datenschutz

- Welche Rolle spielten Ihrer Meinung nach die Anforderungen des Datenschutzes in der Umsetzung von digitalen Projekten (z.B. Contact Tracing, zentrale Übersicht zu Spital-Belegungszahlen)?
- Welche Anforderungen gab es an sie?
- Welche Einschränkungen des Datenschutzes wurden in Kauf genommen?
- Wo sehen Sie Verbesserungspotential in diesem Bereich?

Verbesserungspotential für zukünftige Krisen

- Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für die Zukunft und bezüglich der Zugänglichkeit von relevanten Daten und der Digitalisierung?

- Wie können die jetzt erfahrenen Hindernisse im Bereich der Datenverfügbarkeit und Digitalisierung in Zukunft in Ihren Augen abgebaut werden?
- Welche Verbesserungen/Anpassungen an den rechtlichen Rahmenbedingungen (politisch) braucht es in der Zukunft?
- Welche Verbesserungen/Anpassungen hinsichtlich strategischer Überlegungen (übergeordnete Ausrichtung) braucht es?
- Welche Verbesserungen braucht es bei der Implementation (operativ)?
- Wo sehen Sie im Bereich Digitalisierung/Daten die grössten Herausforderungen für die Zukunft?

Abschluss

- Gibt es aus Ihrer Perspektive noch weitere Aspekte, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen?

| Interviewleitfaden Themenbereich «Rollen und Verantwortung in der Kommunikation mit der Bevölkerung»

Einführung

- Bitte beschreiben Sie uns kurz Ihre Position und Ihren beruflichen Bezug (Aufgaben/Verantwortung) zur Corona-Pandemie.
- Nicht BAG/BK: Haben Sie aufgrund der Corona-Pandemie zusätzliche Aufgaben/Verantwortungen übernommen? Welche?
- BAG/BK: Welche zusätzlichen Aufgaben/Verantwortungen haben Sie aufgrund der Corona-Pandemie übernommen?

Erfahrungen/Beurteilung

- Welches waren in Ihrer Wahrnehmung die Hauptakteure des Bundes bei der Kommunikation mit der Bevölkerung während der Corona-Pandemie?
 - Falls die Interviewpartner/-innen das nicht von sich aus sagen: Welches waren die Rollen/Aufgaben der Hauptakteure? Wie hat die Kommunikation funktioniert?
 - Wie haben sich die Rollen und Aktivitäten der Hauptakteure in verschiedenen Phasen der Pandemie verändert?
- BAG/BK: Mit welchen Herausforderungen sahen Sie sich bei der Kommunikation mit der Bevölkerung in den verschiedenen Phasen der Pandemie konfrontiert?
 - z.B. Falschinformationen, Vermittlung von Bad News, Koordination der Informationsaktivitäten mit den Kabinetten, Verständlichkeit der Informationen usw.
- BAG/BK: Was ist rückblickend gut gelaufen bei der Kommunikation mit der Bevölkerung? Welche Strukturen/Prozesse/Massnahmen haben sich bewährt?
- BAG/BK: Was ist weniger gut gelaufen? Wo gab es Probleme?
- Experten/-innen: Wie beurteilen Sie die Kommunikation mit der Bevölkerung durch den Bund in den verschiedenen Phasen der Pandemie? Was lief gut? Wo gab es Probleme?
- Welche Rolle spielte die SN-STF bei der Kommunikation mit der Bevölkerung und wie beurteilen Sie diese?
- BAG: Inwiefern war das BAG auf die Kommunikation mit der Bevölkerung während einer Pandemie vorbereitet? Lag zu Beginn der Pandemie bereits ein entsprechendes Kommunikationskonzept (o.Ä.) vor?
 - Waren die Zuständigkeiten klar?
 - War intern das nötige Fachwissen im Bereich Krisenkommunikation vorhanden bzw. konnten rechtzeitig Fachexperten/-innen beigezogen werden?
 - Wie war die Aufgabenteilung mit anderen Bundesstellen, insbesondere der Bundeskanzlei?
- BK: Inwiefern war der Bund auf die Kommunikation mit der Bevölkerung während einer Pandemie vorbereitet? Lag zu Beginn der Pandemie bereits ein entsprechendes Kommunikationskonzept (o.Ä.) vor?
 - Waren die Zuständigkeiten klar?
 - War intern das nötige Fachwissen im Bereich Krisenkommunikation vorhanden bzw. konnten rechtzeitig Fachexperten/-innen beigezogen werden?

Ausblick/Optimierungspotenziale

- Wie sollte die Kommunikation mit der Bevölkerung in einer zukünftigen Krisensituation (ähnlich wie Corona-Pandemie) organisiert und umgesetzt werden? Welche Stellen auf Bundesebene sollten dabei im Lead sein? Was gilt es dazu vorzubereiten?
- Gemäss Epidemiengesetz (Art. 9) liegt der Lead für die Kommunikation mit der Bevölkerung im Normalfall beim BAG¹³⁸. Funktioniert diese Zuteilung Ihrer Ansicht nach auch in einer Krisensituation oder sollte das Epidemiengesetz angepasst/ergänzt werden?
- Wie kann die Koordination der Informationen zwischen Bund und Kantonen sichergestellt werden? Welche bestehenden Gefässe und Strukturen können genutzt werden?
 - Sind neue/zusätzliche Koordinationsstellen in einer zukünftigen Krisensituation notwendig?

| Interviewleitfaden Themenbereich «Nutzung fachlicher Kompetenzen von Stakeholdern»

Organisation/Prozesse bezüglich Stakeholder-Management

- Wie ist der Einbezug der Stakeholder im BAG organisiert? Bestanden bereits entsprechende Strukturen und Prozesse? Welche wurden mit der Corona-Pandemie aufgebaut?
- Wie ist der Einbezug der Stakeholder bei Entscheidungen zu Schutzmassnahmen und Lockerungen erfolgt?
- Nur BAG: Welche Strategie haben Bund und Kantone beim Stakeholder-Management verfolgt?
- Sind Bund und Kantone aktiv auf die Stakeholder zugegangen?
- Auf Basis welcher Grundlagen wurden die Stakeholder einbezogen?
- Welche Gesellschaftsgruppen/Wirtschaftsbranchen wurden gut einbezogen, welche nicht? Gab es Unterschiede nach Phasen?
- Welche Gefässe/Instrumente haben Bund und Kantone für den Einbezug der Stakeholder genutzt?
- Zu welchen Themen wurden die Stakeholder konsultiert? Welche Aufgaben haben Bund und Kantone den Stakeholdern delegiert?
- Wie wurden die Stakeholder über Entscheidungen des Bundes informiert? Hat der Bund die Stakeholder bei der Kommunikation der Entscheidungen an die Öffentlichkeit einbezogen?
- Wie haben sich die Stakeholder untereinander organisiert.
- Welche Entwicklungen haben bezüglich Einbezug der Stakeholder auf Seiten Bund und Kantone sowie auf Seiten der Stakeholder in den verschiedenen Phasen der Epidemie stattgefunden?

Erfahrungen / Beurteilung

- Nur BAG: Mit welchen Herausforderungen sahen Sie sich beim Einbezug der Stakeholder konfrontiert?
- Was ist rückblickend gut gelaufen beim Einbezug der Stakeholder? Welche Strukturen/Prozesse/Massnahmen haben sich bewährt?
- Was ist weniger gut gelaufen? Was hat sich nicht bewährt?
- Inwiefern und inwieweit konnten die Kompetenzen der Stakeholder genutzt werden? Welche Chancen wurden diesbezüglich verpasst?

Ausblick/Optimierungspotenziale

- Wie müsste in einer zukünftigen Krise der Einbezug der Stakeholder organisiert und umgesetzt werden?
- Welche Vorkehrungen können Stakeholder treffen, um die Behörden im Krisenmanagement optimal zu unterstützen?
- Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Politik, Gesetzgebung, Bund und Kantone?

Abschluss

- Gibt es aus Ihrer Perspektive noch weitere Aspekte, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen?

¹³⁸ Für die normale Lage sieht das Epidemiengesetz in Art. 9 vor, dass das BAG die Bevölkerung informiert, regelmässig Zusammenstellungen und Analysen über die übertragbaren Krankheiten veröffentlicht, Empfehlungen zu Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten gemäss dem neusten wissenschaftlichen Stand und im Einvernehmen mit anderen Bundesämtern veröffentlicht. Weiter sollen gemäss Epidemiengesetz das BAG und die zuständigen kantonalen Behörden ihre Informationstätigkeiten koordinieren.

| Interviewleitfaden Themenbereich «Sicherstellung von Behandlungskapazitäten während der Pandemie»

Sicherstellung Regelversorgung

- Mit welchen Problemen waren Spitäler, Praxen, Heime und Spitex während der verschiedenen Phasen der Krise bei der Sicherstellung der Regelversorgung konfrontiert?
- Begriff «Regelversorgung»: Entspricht beispielweise Krebstherapien durch Spezialisten/-innen, Operationen, die Behandlung von Personen mit chronischen Krankheiten durch HÄ, aber auch die psychosoziale Versorgung in den Heimen durch Heimärzte/-innen und bei der Spitex.
- Welches waren die Ursachen dieser Probleme?
- Wie könnten die Probleme Ihrer Meinung nach in Zukunft vermieden werden?

Massnahmen zur Gewährleistung der Regelversorgung

- Welches waren die Massnahmen, die eine sichere Regelversorgung bei gleichzeitiger pandemie-spezifischer Versorgung ermöglichten?
- Nach welchen Kriterien wurden diese Massnahmen definiert?
 - z.B. Trennung von Covid-19- und Nicht-Covid-19-Patienten/-innen,
 - elektive Eingriffe,
 - mobile Dienste,
 - erweiterte Möglichkeiten bei Verlegungen/initialen Zuweisungen, innerhalb der Region und Zusammenarbeit zwischen den Landesteilen.
- Haben sich die Massnahmen und die Auswahlkriterien bewährt?
- Wenn ja, weshalb?
- Wenn nein, was müsste sich aus Ihrer Sicht verändern, damit dies in Zukunft der Fall wäre? Wie hätte dies vermieden werden können?
- Wo sehen Sie im Bereich der Massnahmen Verbesserungspotential?

Kosten der Regelversorgung

- Welche Zusatzaufwendungen waren mit der Umsetzung der Massnahmen verbunden?
- Wer hat diese finanziert?
- Wer sollte die Kosten Ihrer Meinung nach tragen?
- Hätten die Kosten Ihrer Ansicht nach reduziert werden können?

Zukünftige Einschränkungen der Regelversorgung

- Basierend auf dem heutigen Erkenntnisstand: Welche differenzierten Massnahmen müssten das BAG und die Kantone in Zukunft bei der Einschränkung der Regelversorgung unternehmen?
- Was gilt es dabei zu beachten?
- Welches sind die grössten Herausforderungen für die Zukunft, die Sie in diesem Bereich sehen?
- Wie könnten diese angegangen werden?
- Wenn sie an die Aufrechterhaltung der Regelversorgung denken,
 - welche Verbesserungen/Anpassungen an den rechtlichen Rahmenbedingungen (politisch) braucht es in der Zukunft?
 - welche Verbesserungen/Anpassungen hinsichtlich strategischer Überlegungen (übergeordnete Ausrichtung) braucht es?
- Welche Verbesserungen braucht es bei der Implementation (operativ) es?

Abschluss

- Gibt es aus Ihrer Perspektive noch weitere Aspekte, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen?

A 5 Methodik und Themen der Bevölkerungsbefragung

DA 5: Methodik und Ablauf der Bevölkerungsbefragung

Grundgesamtheit, Stichprobe	<p>Ständige Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahre.</p> <p>Geschichtete Zufallsstichprobe ($N = 37'263$): Die Schichtung erfolgte nach 3 Sprachregionen, 5 Altersgruppen und Geschlecht. Die Stichprobe pro Schicht betrug mindestens 1'160 Personen. Demnach wurde beispielsweise für ältere Frauen in der italienischsprachigen Region eine überproportional grosse Stichprobe gezogen.</p> <p>Stichprobengrundlage: Die Stichprobenziehung erfolgte durch das Bundesamt für Statistik (BFS) aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushalterhebungen (SRPH). Dieser basiert auf den Datenlieferungen der kantonalen und kommunalen Einwohnerregister.</p>
Anzahl Teilnehmende, Rücklauf	<p>$n = 15'390$; Rücklauf: 41 Prozent (vollständige Antworten).</p> <p>Rücklauf nach Alterskategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15–24 Jahre: $n = 3'085$, Rücklauf 44 Prozent - 25–49 Jahre: $n = 3'321$, Rücklauf 47 Prozent - 50–64 Jahre: $n = 3'660$, Rücklauf 52 Prozent - 64–79 Jahre: $n = 3'094$, Rücklauf 44 Prozent - ab 80 Jahren: $n = 2'227$, Rücklauf 24 Prozent <p>Repräsentativität: Die Nettostichprobe ist repräsentativ nach Sprachregion, Alter, Geschlecht und Bildungsniveau. Die Daten wurden entsprechend gewichtet. Dazu wurde die Zusammensetzung der Nettostichprobe mit Zahlen zur effektiven Bevölkerung verglichen. Personen, die in der Schweiz geboren wurden, sind in der Stichprobe leicht überrepräsentiert 71,6 Prozent gegenüber 66,3 Prozent in der Gesamtbevölkerung.</p> <p>Konfidenzniveau und Fehlerspanne.¹³⁹ Mit der erreichten Nettostichprobe beträgt das Konfidenzniveau von Auswertungen für das Total 99 Prozent und die Fehlerspanne 1 bis 2 Prozent.</p>
Rekrutierung	<p>Postalischer Versand der Einladung über das Bundesamt für Bauten und Logistik.</p> <p>Ein postalischer Reminder.</p>
Durchführung	<p>Online-Befragung dreisprachig</p> <p>Zeitraum: 7. Januar bis 4. Februar 2021.</p> <p>Mittlere Dauer der Befragung: 27 Minuten</p>

Quelle: Darstellung Interface/Infras.

¹³⁹ Konfidenzniveau: Wahrscheinlichkeit, mit der die Stichprobe die Haltung der gewählten Population präzise wiedergibt. Fehlerspanne: Bereich (in Prozent), um den die Beantwortungen der Population von denen der Stichprobe abweichen können.

DA 6: Themen der Bevölkerungsbefragung

<i>Themen</i>	<i>Fragestellungen</i>
Soziodemografische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> - Alter, Geschlecht, Ausbildung, Herkunft - Haushaltsgrösse, Kinder im Haushalt - Erwerbstätigkeit (ja/nein), evtl. Branche
Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitszustand vor Corona-Pandemie. - Aktueller Gesundheitszustand, Veränderung seit Pandemie - Gesundheitsrelevante Verhaltensänderungen - Auswirkungen auf psychosoziale Gesundheit - Zugang zu Gesundheitsversorgung
Kommunikation und Akzeptanz der Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Beurteilung der Kommunikation des Bundes und des Informationsstandes - Verständnis und Akzeptanz der Massnahmen - Vertrauen in die Regierung (v.a. Bund) - Beurteilung der Angemessenheit der Massnahmen und Empfehlungen, Stärken/Schwächen
Wirkungen und Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Wirkungen auf das eigene Leben: privat, in der Arbeitswelt oder Ausbildung - Herausforderungen während verschiedener Phasen der Pandemie - Sorgen und Ängste, Wirkungen auf die finanzielle Situation
Generationenbeziehungen	<ul style="list-style-type: none"> - Erlebte Solidarität und geleistete Hilfe - Beurteilung Verhalten jüngere/ältere Generation - Nutzung digitaler Kommunikationsmittel - Auswirkung auf Generationenbeziehungen

Quelle: Darstellung Interface/Infras.

A 6 Stakeholder, die gemäss Gesetz ausdrücklich mit einzubeziehen oder zur Mitwirkung verpflichtet sind

Das Epidemiengesetz sieht nicht explizit Verpflichtungen der für die Anordnung von Massnahmen zuständigen eidgenössischen und kantonalen Behörden vor, private Stakeholder, die von Verhütungs- und Bekämpfungsmassnahmen betroffen sind, in Entscheidungen über Vollzugsmassnahmen einzubeziehen. Dies gilt selbst dann, wenn diese gesetzlich ausdrücklich mit einzubeziehen oder zur Mitwirkung verpflichtet sind, namentlich:

- die Wissenschaft, an deren Erkenntnisse gemäss Art. 9 Abs. 3 EpG die behördlichen Empfehlungen regelmässig «angepasst» werden sollen; weiter
- Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und andere öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens sowie Schiffs- und Luftfahrzeugführer (die dem Betreiber von Hafenanlagen beziehungsweise dem Flughafenhalter Beobachtungen, die auf eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit hinweisen, melden sollen), die gemäss Art. 12 EpG zur Einspeisung von Meldungen in das Früherkennungs- und Überwachungssystem sind, und die der Bundesrat gemäss Art. 19 Abs. a Bst. a zur Dekontamination, Desinfektion und Sterilisierung von Medizinprodukten verpflichten kann;
- Laboratorien, die das BAG als nationale Referenzzentren oder als Bestätigungslaboratorien bezeichnet und mit besonderen Untersuchungen und weiteren Sonderaufgaben betraut (Art. 17 EpG) und/oder kantonale Netzwerke von Regionallaboratorien oder Hochsicherheitslaboratorien, die mit den zuständigen Bundesbehörden zusammenarbeiten (Art. 18 EpG);
- generell «Betriebe und Veranstalter, die mit ihren Aktivitäten das Risiko der Krankheitsübertragung erhöhen», also unter anderen auch Restaurants, Clubs, Eventveranstalter, Reisebüros usw., die der Bundesrat zur Bereitstellung von Präventions- und Informationsmaterial und zur Einhaltung bestimmter Verhaltensregeln verpflichten kann (Art. 9 Abs. 2 Bst. b);
- Institutionen des Bildungs- und Gesundheitswesens, die der Bundesrat verpflichten kann, Informationen über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und Beratungen zu deren Verhütung und Bekämpfung anzubieten (Art. 19 Abs. 2 Bst. c);
- «öffentliche und private Institutionen, die eine besondere Pflicht zum Schutz der Gesundheit von Menschen haben, die in ihrer Obhut sind», namentlich Spitäler, Heime, Gefängnisse usw., zur Durchführung geeigneter Verhütungsmassnahmen verpflichten (Art. 19 Abs. 2 Bst. d);
- «Unternehmen, die im Eisenbahn-, Bus-, Schiffs- oder Flugverkehr grenzüberschreitend Personen befördern, Flughafenhalter, Betreiber von Hafenanlagen, Bahnhöfen und Busstationen und Reiseveranstalter», die verpflichtet sind, bei der Durchführung der Massnahmen nach Art. 41 mitzuwirken (Art. 43 EpG);
- Betriebe, die an der Zuteilung der Heilmittel, der Verteilung der Heilmittel, der Einfuhr und Ausfuhr der Heilmittel oder an der Vorratshaltung von Heilmitteln oder der Versorgung der Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer mit Heilmitteln beteiligt sind (Art. 44 EpG);
- Import-/Exportunternehmen sowie Transportunternehmen (Art. 49 EpG; einschliesslich Leichentransporte: Art. 46 EpG);
- «Unternehmen, die im Eisenbahn-, Bus-, Schiffs- oder Flugverkehr Personen befördern, Flughafenhalter, Betreiber von Hafenanlagen, Bahnhöfen und Busstationen und Reiseveranstalter», die bei der Durchführung von behördlich angeordneten Massnahmen zur Mitwirkung verpflichtet sind (Art. 47 Abs. 2 EpG).

Hinzu kommen Akteure, die Finanzhilfen des Bundes (oder der Kantone) erhalten, wie insbesondere

- öffentliche und private Organisationen für Massnahmen im nationalen öffentlichen Interesse zur Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Art. 50 EpG);
- Hersteller von Heilmitteln nach Art. 44 in der Schweiz (Art. 51 Abs. 1 EpG); Referenz- und Bestätigungslaboratorien (Art. 52 EpG);
- weiter Empfänger von Finanzhilfen und anderen finanziellen Erleichterungen gemäss den Art. 2 (Ausübung politischer Rechte), 3 (Gesundheitsversorgung), 4 (Arbeitnehmerschutz), 4a (Berufseinstieg), 5 (Ausländer- und Asylbereich), 6 (Grenzgängerinnen und Grenzgänger), 8 (Versammlungen von Gesellschaften), 10 (Versorgungssicherung), 11 (Kulturbereich), 11a (Publikumsanlässe), 12 ff. (Härtefallbetroffene) 12a/13 (Sport), 14 (Medienbereich), 15 (Erwerbsausfallbetroffene), 16 (Bereiche der beruflichen Vorsorge), 17 ff. (Arbeitslosenversicherung), 17c (von der öffentlichen Hand geführte Institutionen der familienergänzenden Kinderbetreuung) des eidgenössischen Covid-19-Gesetzes.

Schliesslich sind Akteure zu erwähnen, denen das BAG und die für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen kantonalen Behörden gemäss Art. 59 EpG Personendaten – einschliesslich Daten über die Gesundheit, die erforderlich sind, um die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit zu verhindern – bekannt geben (mit der Behandlung übertragbarer Krankheiten beauftragte Ärztinnen und Ärzten; kantonale Behörden, die Aufgaben im Bereich der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten wahrnehmen; anderen Bundesbehörden, sofern dies für den Vollzug der von diesen Behörden anzuwendenden Erlasse notwendig ist).

A 7 Literaturverzeichnis

- Ansell, C.; Sørensen, E.; Torfing, J. (2020): The COVID-19 pandemic as a game changer for public administration and leadership? The need for robust governance responses to turbulent problems. *Public Management Review*, 1–12.
- Bonassi, T. (2020): Pflichtenheft Evaluation der Krisenbewältigung COVID-19, Fachstelle Evaluation und Forschung, Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Bonassi, T. (2021): Krisenbewältigung Covid-19: Übersicht Forschung und Evaluation, Fachstelle Evaluation und Forschung E+E, Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Brauner, Jan M. et al. (2021): Inferring the effectiveness of government interventions against Covid-19. *Science* 371.6531.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018): Krisenhandbuch BAG Version 2018, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018): Influenza-Pandemie-Plan Schweiz. Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019): Pandemie-Plan Handbuch für die betriebliche Vorbereitung, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) (2019): Forschungskonzept Gesundheit 2021–2024, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2020): Abbildung der stationären Fälle beziehungsweise Behandlungen von Covid-19. Faktenblatt vom 10.03.2020, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) (2021): Covid-19-Impfstrategie, Stand 14.04.2021, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit: Covid-19 Schweiz. Informationen zur aktuellen Lage, <https://www.Covid19.admin.ch/de/vaccination/doses>, Zugriff am 31.07.2021.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Website): «Corona-Virus: Regelungen in der Krankenversicherung». <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html>, Zugriff am 09.09.2021.
- Bundesamt für Statistik (BFS): Bundesrat treibt die Mehrfachnutzung von Daten voran. Medienmitteilung vom 25.11.2020. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-81336.html>, Zugriff am 09.09.2021.
- Bundesgericht (2021): Kantonale Corona-Massnahmen: Beschwerden abgewiesen. Medienmitteilung Bundesgericht vom 21.07.2021. https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/2c_0793_2020_2021_07_21_d.pdf, Zugriff am 09.09.2021.
- Bundesgericht (2021): Kantonale Corona-Massnahmen: Berner Beschränkung von Kundgebungen auf 15 Teilnehmer unverhältnismässig – Urner Regelung nicht zu beanstanden. Medienmitteilung Bundesgericht vom 03.09.2021. https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/2c_0290_2021_yyyy_mm_dd_T_d_12_19_10.pdf, Zugriff am 09.09.2021.
- Bundeskanzlei (2020): Auswertungsbericht zur ersten Phase der Corona-Pandemie vom Dezember 2020, Bern.
- Bundesrat (2010): Botschaft zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 03.12.2010, Bern.

Bundesrat (2019): Weisungen über das Krisenmanagement in der Bundesverwaltung, Bern.

Bundesrat (2021): Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen. Zwischenbericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 20.3135 SGK-SR vom 21.04.2020, Bern.

Bundesrat (2021): Konzeptpapier Mittelfristplanung. Bericht des Bundesrates: Covid-19-Epidemie: Auslegeordnung und Ausblick Herbst/Winter 2021/22, Bern.

Covid-19 Data Explorer. <https://ourworldindata.org>, Zugriff u.a. am 09.09.2021.

commslab (2020): Corona-Virus – Analyse und Impact auf BAG-Reputation – Bericht 3/2020, Untersuchungszeitraum 01.01.2020–04.10.2020. 12. Oktober 2020. Basel.

Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter (2021): Tätigkeitsbericht 2020/2021, Bern.

Elmore, R. F. (1979): Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decision. In: Political Science Quarterly 94, 601 ff.

Gern, K.-J.; Hauber, Ph. (2020): Corona-Effekte im internationalen Vergleich. In: Wirtschaftsdienst – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Heft 11, S. 899–900. Springer-Verlag. Heidelberg. <https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2020/heft/11/beitrag/corona-effekte-im-internationalen-vergleich.html>, Zugriff am 21.09.2021.

Grund, S. (2020): «Internes Arbeitspapier V1 – Organisations- und Prozessanalyse sowie Klärung des Optimierungspotentials der COVID-19-Krisenorganisation auf Stufe Abteilung Übertragbare Krankheiten (MT) zusammengestellt für BAG»

Hofmänner, A. (2021): The Role of Science in the Swiss Policy Response to the Covid-19 Pandemic Scientific report, Basel.

Hyland-Wood, B. et al. (2021): Toward effective government communication strategies in the era of COVID-19.

Immer, F. et al. (2020): In the eye of the hurricane: the Swiss Covid-19 pandemic stepwise shutdown approach in organ donation and transplantation. Swiss medical weekly, 150: w20447.

Infras (2021): Situation von älteren Menschen und Menschen in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen während der Corona-Pandemie. Grafikenband mit Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung, Zürich.

Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen, Zürich, sowie in den dazu gehörigen Grafikbänden, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-uebertragbare-krankheiten.html>, Zugriff am 09.09.2021.

Institut für Bildungsmanagement und Bildungsökonomie. Pädagogische Hochschule Zug: HiS – Herausforderungen in Schule 2.0 (SJ 2021/22). <http://schul-barometer.edulead.net/HiS>, Zugriff am 31.10.2021.

Jämtelid, K. et al. (2021): Kriskommunikation i samverkan (in Schwedisch).

Keller, Hans; Heinemann, Elke; Kruse, Margret (2012): Die Ratingkonferenz. Eine Kombination von Kurzfragebogen und Gruppeninterview. Zeitschrift für Evaluation, Jg. 11, Heft 2, 287–298.

Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) (2020): Corona-Pandemie: Das Krisenmanagement in der ersten Welle aus Sicht der Kantone, Zwischenbericht, Bern.

Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF) (2021): «Die Pandemie verliert wirtschaftlichen Schrecken». Medienmitteilung der KOF vom 04.08.2021. <https://kof.ethz.ch/news-und-veranstaltungen/medien/medienmitteilungen/2021/08/die-pandemie-verliert-wirtschaftlich-an-schrecken-schweizer-unternehmen-schuettern-die-corona-efekte-immer-mehr-ab.html>, Zugriff am 09.09.2021.

Krisenstab des Bundesrats Corona (KSBC) (2020): Schlussbericht, Bern.

Martinez, I. et al. (2021): Corona und Ungleichheit in der Schweiz – Eine erste Analyse der Verteilungswirkungen der Corona-Pandemie. KOF Studies, vol. 161, S. 1–29, Zürich.

Massnahmenindex der Universität Oxford. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/Covid-19-government-response-tracker>, Zugriff am 21.09.2021.

Medienmitteilung des Bundesrats vom 20.03.2020: Coronavirus: Massnahmenpaket zur Abfederung der wirtschaftlichen Folgen. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-78515.html>, Zugriff am 09.09.2021.

Neue Zürcher Zeitung (NZZ) (2021): Der Traum vom raschen Durchimpfen droht zu platzen (F. Baumberger), <https://impfapotheke.ch/assets/aktuelles/19022021-nzz.pdf>, Zugriff am 09.09.2021.

Neue Zürcher Zeitung (NZZ) (2021): Interview mit dem Leiter der Swiss National Covid-19 Science Task Force, Prof. Martin Ackermann: «Die Schweiz hat gezeigt, dass man nicht alles staatlich verordnen muss», <https://www.nzz.ch/schweiz/corona-krise-frueher-oder spaeter-werden-sich-die-meisten-anstecken-die-nicht-geimpft-sind-ld.1639973?reduced=true>, Zugriff am 09.09.2021.

Neue Zürcher Zeitung (NZZ) (2021): Coronavirus: Daten zum Wirtschaftsverlauf in Echtzeit, <https://www.nzz.ch/wirtschaft/coronavirus-und-die-wirtschaft-daten-in-echtzeit-zeigen-erholung-ld.1561501?reduced=true>, Zugriff am 06.09.2021.

OECD (2021): Real GDP forecast. <https://data.oecd.org/gdp/real-gdp-forecast.htm>, Zugriff am 09.09.2021.

Our World in Data: <https://ourworldindata.org/coronavirus>, Zugriff am 09.09.2021.

Pleninger, R.; Streicher, S.; Sturm J.E. (2021): Do COVID-19 Containment Measures Work? Evidence from Switzerland. Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF) Working Papers 494, Zürich.

Rachamin, Y. et al. (2021): Impact of the Covid-19 pandemic on the intensity of health services use in general practice: a retrospective cohort study. International journal of public health.

Rudolph, T.; Eggenschwiler, M.; Kralle, N. C. (2021): Food Consumption 2021 – Ess- und Verzehrverhalten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. St. Gallen: Forschungszentrum für Handelsmanagement. Rachamin, Y. et al. (2021): Impact of the Covid-19 pandemic on the intensity of health services use in general practice: a retrospective cohort study. International journal of public health.

Rüeffli, C.; Zenger, C. (2018): Analyse besondere Lage gemäss EpG: Aufgaben, Zuständigkeiten und Kompetenzen des Bundes, Bern. S. VIII.

Rutz, S.; Mattmann, M.; Funk, M.; Jeandupeux, D. (2021): «Wirksamkeit und Kosten von Corona-Massnahmen und optimale Interventionsebene». Grundlagen für die Wirtschaftspolitik Nr. 23. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Bern, Schweiz.

Sager, F.; Hadorn, S.; Balthasar, A.; Mavrot, C. (2021): Politikevaluation: eine Einführung. Wiesbaden.

Sauter, Chr. (2010): Pandemische Grippe H1N1. Evaluation der BAG-internen Organisation und Prozesse. Management Summary, Zürich.

Schröter, J. (2020): Vertrauen statt Verbote. Die Kommunikation des Schweizer Bundesrats und Bundesamt für Gesundheit in der Covid-19-Krise, Zeitschrift für Sprachkritik und Sprachkultur. 16. Jahrgang, 2020, Heft 02/03, S. 166–174.

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und EDI-BAG (2020): COVID-19-Bewältigung: Strategische Grundlagen der GDK und des EDI-BAG. Grundsätze – Massnahmen – Zusammenarbeit, Bern.

SDA Keystone-SDA-ATS AG (2021): Nationalratskommission präzisiert Maulkorb für Taskforce. SDA-Meldung, Bern: https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2021/20210305161011724194158159038_bsld171.aspx, Zugriff am 31.10.2021.

Sotomo (2021): 8. SRG Corona-Monitor-Studienbericht, 9.7.2021, Zürich.

Sotomo (2021): Die Schweizer Jugend in der Pandemie – Spezialauswertung des SRG-Corona-Monitors im Auftrag des BAG, Juli 2021. Zürich.

SRF (2021): Corona-Rechnung – Dicke Post für den Bundesrat: Spitäler könnten Millionen fordern, <https://www.srf.ch/news/schweiz/corona-rechnung-dicke-post-fuer-den-bundesrat-spitaeler-koennten-millionen-fordern>, Zugriff am 31.08.2021.

Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) (2021): Arbeit Schweiz. Arbeitslosenquote nach Kantonen, <https://www.amsat.ch/v2/index.jsp>, Zugriff am 29.03.2021.

Statistika Austria (2021): Todesursachen, Wien. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html, Zugriff am 29.08.2021.

Stocker, D. et al. (2021): Der Einfluss der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht. Bern.

Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Policy Briefs, <https://sciencetaskforce.ch/policy-briefs/>, Zugriff am 09.09.2021.

Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Policy Brief vom 01.07.2020: «Konsens: Das Tragen von Masken ist wichtig im Kampf gegen die Epidemie», <https://sciencetaskforce.ch/policy-brief/benefits-of-mask-wearing/>, Zugriff am 15.02.2021.

Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Policy Brief vom 22.07.2020: «Communication and SARS-CoV-2», <https://sciencetaskforce.ch/wp-content/uploads/2020/10/Communication-and-SARS-CoV-2-30-July-EN.pdf>, Zugriff am 15.07.2021.

Swiss National Covid-19 Science Task Force (2020): Policy Brief vom 31.10.2020: «Gründe für eine substantielle Erhöhung der Ressourcen für Contact Tracing und Testen», <https://sciencetaskforce.ch/policy-brief/gruende-fuer-eine-substanziale-erhoezung-der-ressourcen-fuer-contact-tracing-und-testen/>, Zugriff am 09.09.2021.

Swiss National Covid-19 Science Task Force (2020): Policy Brief vom 08.12.2020: «Analyse der regionalen Unterschiede in der zweiten Welle», <https://sciencetaskforce.ch/policy-brief/analyse-der-regionalen-unterschiede-in-der-zweiten-welle/>, Zugriff am 09.09.2021.

Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Policy Brief vom 19.01.2021: «Warum aus gesamtwirtschaftlicher Sicht weitgehende gesundheitspolitische Massnahmen in der aktuellen Lage sinnvoll sind», <https://science-taskforce.ch/policy-brief/warum-aus-gesamtwirtschaftlicher-sicht-weitgehende-gesundheitspolitische-massnahmen-in-der-aktuellen-lage-sinnvoll-sind/>, Zugriff am 19.09.2021.

Swiss National Covid-19 Science Task Force (2021): Policy Brief vom 20.01.2021: «The double burden of operating near intensive care saturation in Switzerland», <https://sciencetaskforce.ch/en/policy-brief/the-double-burden-of-operating-near-intensive-care-saturation-in-switzerland/>, Zugriff am 19.09.2021.

Tagesanzeiger (2021): «Schweiz machte Schulen weniger lang zu als die meisten anderen Länder», <https://www.tages-anzeiger.ch/schweiz-machte-schulen-weniger-lang-zu-als-die-meisten-anderen-laender-708824180089>, Zugriff am 18.09.2021.

Wenger, A. et al. (2020): Schweizer Krisenmanagement: Die Corona-Virus-Pandemie als fachliche und politische Lernchance. Bulletin 2020 zur schweizerischen Sicherheitspolitik, ETH-Zürich.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946): Verfassung unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946 (Übersetzung). [SR 0.810.1 - Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 \(admin.ch\)](SR 0.810.1 - Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 (admin.ch)), Zugriff am 05.02.2022.

Widmer, T.; Brunold, H. (2017): Evaluationsglossar des BAG, Bern.

Wüest-Rudin, D. (2020): Situationsanalyse «Umsetzung des Epidemiengesetzes (EpG)». Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.

A 8 Verzeichnis der Rechtsquellen

A 8.1 Bundesverfassung/Bundesgesetze

Bundesgesetz über die gebrannten Wasser vom 21. Juni 1932 (Alkoholgesetz, AlkG; SR 680, Stand am 1. Januar 2019).

Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (DSG; SR 235.1, Stand am 1. März 2019).

Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz vom 21. März 1997 (RVOG; SR 172.010, Stand am 2. Dezember 2019).

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101, Stand am 7. März 2021).

Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21, Stand am 26. Mai 2021).

Bundesgesetz über das Vernehmlassungsverfahren vom 18. März 2005 (Vernehmlassungsgesetz, VLG; SR 172.061, Stand am 26. November 2018).

Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012 (Epidemienge-
setz, EpG; SR 818.101, Stand am 25. Juni 2020).

Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände vom 20. Juni 2014 (Lebensmittelgesetz, LMG; SR 817.0, Stand am 1. Mai 2021).

Bundesgesetz über die wirtschaftliche Landesversorgung vom 17. Juni 2016 (Landesversorgungsgesetz, LVG; SR 531, Stand am 1. Januar 2020).

Bundesgesetz über die gesetzlichen Grundlagen für Verordnungen des Bundesrates zur Bewältigung der Covid-19-Epi-
demie vom 25. September 2020 (Covid-19-Gesetz; SR 818.102, Stand am 19. Oktober 2021).

Bundesgesetz über den Datenschutz vom 25. September 2020 (Datenschutzgesetz, DSG; BBl 2020 7639, noch nicht in
Kraft gesetzt).

Bundesgesetz über Kredite mit Solidarbürgschaft infolge des Coronavirus vom 18. Dezember 2020 (Covid-19-Solidar-
bürgschaftsgesetz, Covid-19-SBüG; SR 951.26, Stand am 19. Dezember 2020).

A 8.2 Verordnungen

Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 29. April 2015 (Epidemienverordnung,
EpV; SR 818.101.1, Stand am 20. September 2021).

Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 1. Dezember
2015 (SR 818.101.126, Stand am 2. November 2020).

Verordnung über Härtefallmassnahmen für Unternehmen im Zusammenhang mit der Covid-19-Epidemie vom 25. No-
vember 2020 (Covid-19-Härtefallverordnung; SR 951.262, Stand am 19. Juni 2021).

Verordnung über Massnahmen in der besonderen Lage zur Bekämpfung der Covid-19-Epidemie vom 19. Juni 2020
(Covid-19-Verordnung besondere Lage; SR 818.101.26, Stand am 31. Mai 2021).

Verordnung 3 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (Covid-19) vom 19. Juni 2020 (Covid-19-Verord-
nung 3; SR 818.101.24, Stand am 11. Oktober 2021).

Erläuterungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zur Verordnung 3 vom 19. Juni 2020 über Massnahmen zur Bekämpfung des Corona-Virus (Covid-19-Verordnung 3; SR 818.101.24) vom 20. August 2021, S. 18, zu Art. 25 dieser Verordnung ([Link](#), Zugriff am 09.09.2021).