

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE
CONTRÔLE FÉDÉRAL DES FINANCES
CONTROLO FEDERALE DELLE FINANZE
SWISS FEDERAL AUDIT OFFICE



Zustand der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen und Koordination zwischen den Bundesstellen

Armeestab – Bundesamt für Bevölkerungsschutz

| | |
|----------------------------|--|
| Bestelladresse | Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) |
| Adresse de commande | Monbijoustrasse 45 |
| Indirizzo di ordinazione | 3003 Bern |
| Ordering address | Schweiz |
| Bestellnummer | 1.18472.525.00374 |
| Numéro de commande | |
| Numero di ordinazione | |
| Ordering number | |
| Zusätzliche Informationen | www.efk.admin.ch |
| Complément d'informations | info@efk.admin.ch |
| Informazioni complementari | twitter: @EFK_CDF_SFAO |
| Additional information | + 41 58 463 11 11 |
| Abdruck | Gestattet (mit Quellenvermerk) |
| Reproduction | Autorisée (merci de mentionner la source) |
| Riproduzione | Autorizzata (indicare la fonte) |
| Reprint | Authorized (please mention source) |

Mit Nennung der männlichen Funktionsbezeichnung ist in diesem Bericht, sofern nicht anders gekennzeichnet, immer auch die weibliche Form mitgemeint.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Das Wesentliche in Kürze | 4 |
| L'essentiel en bref | 7 |
| L'essenziale in breve | 9 |
| Key facts | 11 |
| 1 Auftrag und Vorgehen | 14 |
| 1.1 Ausgangslage | 14 |
| 1.2 Prüfungsziel und -fragen..... | 14 |
| 1.3 Prüfungsumfang und -grundsätze | 15 |
| 1.4 Unterlagen und Auskunftserteilung | 16 |
| 1.5 Schlussbesprechung | 16 |
| 2 Kaum einsatzfähige Anlagen | 17 |
| 2.1 Inkohärente Verteilung..... | 17 |
| 2.2 Sehr unterschiedlicher Zustand der Anlagen | 19 |
| 2.3 Nutzung durch die Armee: beschränkte Kapazitäten..... | 22 |
| 3 Schwache Führung und Steuerung auf Stufe Bund | 25 |
| 3.1 Eine Konstellation von Akteuren, die einer effizienten Zusammenarbeit im Wege steht..... | 25 |
| 3.2 Grosse Unterschiede bei den kantonalen Organisationen und Belastung für die Spitäler..... | 28 |
| 3.3 Mangelnde Vision und Koordination der Bundesbehörden..... | 29 |
| 4 Ein überholtes Konzept und Verzögerungen bei der Bedarfsanpassung | 31 |
| 4.1 Eine Antwort auf die Bedürfnisse des Kalten Krieges und kaum eine Veränderung seither | 31 |
| 4.2 Zu geringe Berücksichtigung der Risikoanalyse..... | 31 |
| 4.3 Das Beispiel Wallis | 32 |
| 4.4 Eine Arbeitsgruppe legt Ergebnisse vor, die aber folgenlos bleiben | 33 |
| 4.5 VBS beauftragt externen Experten..... | 35 |
| Anhang 1: Rechtsgrundlagen und amtliche Dokumente | 38 |
| Anhang 2: Abkürzungen | 40 |

Zustand der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen und Koordination zwischen den Bundesstellen

Armeestab – Bundesamt für Bevölkerungsschutz

Das Wesentliche in Kürze

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat den Zustand der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen geprüft. Dabei handelt es sich um unterirdische Spitäler und Sanitätsstellen, die Pflegeeinrichtungen angegliedert sind. Diese Anlagen sollen der Bevölkerung bei einem bewaffneten Konflikt oder im Katastrophenfall Hilfe leisten. Mit Ausnahme von Israel ist die Schweiz das einzige Land, das über solche Infrastrukturen verfügt. Die Kantone müssen in diesen Einrichtungen Plätze für 0,6 % der Wohnbevölkerung bereitstellen. Ende 2018 wurden 94 geschützte Spitäler und 248 geschützte Sanitätsstellen gezählt.

Diese Anlagen werden von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert. Die Bundesbehörden bezahlen pro Jahr durchschnittlich 2,45 Millionen Franken für ihren Unterhalt und Betrieb. Die Kosten zulasten der Spitäler sind unbekannt. Zahlreiche Anlagen kommen in die Jahre, teilweise wurden sie vor über 30 Jahren gebaut. Daher stellt sich die Frage ihrer Erneuerung und des Investitionsbedarfs, der auf 4,5 Millionen Franken pro Spital geschätzt wird. Dies entspricht einer theoretischen Summe von fast 400 Millionen Franken.

Da diese Anlagen überhaupt existieren, sollten sie nach Ansicht der EFK auch genutzt werden, soweit sie sich in gutem Zustand befinden. Vor einer Sanierung hält es die EFK allerdings für notwendig, die Strategie für die geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen zu überdenken. Letztere sollten in die Szenarien der Katastrophenbewältigung der Kantone integriert werden. Dies setzt eine Neudefinition der Betriebsvorschriften dieser Räumlichkeiten im Bedarfsfall voraus, unter anderem in Bezug auf die Ausrüstung und das Personal. Auf dieser Grundlage sollten der Infrastrukturbedarf sowie die finanziellen Auswirkungen überprüft werden.

Inkohärente territoriale Verteilung und kaum einsatzfähige Anlagen

Die Mehrheit der Bauten, 55 Spitäler und 229 Sanitätszentren, sind als inaktiv deklariert und werden somit nur im Kriegsfall genutzt. Sie befinden sich im nördlichen Teil der Schweiz zwischen Basel, Luzern und Sargans. Welche Anlagen aktiv oder inaktiv sind, wird von den Kantonen bestimmt. Dies erklärt die willkürliche Verteilung, die keiner klaren Logik gehorcht. Manche Kantone verfügen nur über inaktive Spitäler, während andere aktive Spitäler auf dem Papier unterhalten. Sieben Spitäler verfügen über einen Sonderstatus, damit die unterirdischen Räumlichkeiten im Notfall betriebsbereit sind. So besteht eine Reserve von 800 geschützten Betten.

Zahlreiche Anlagen befinden sich in einem unbefriedigenden Zustand. Ausserdem ist der Bereitschaftsgrad im Bedarfsfall ungenügend. Die Ausrüstung ist oft veraltet und es fehlt an Personal für die Nutzung dieser unterirdischen Räume. Teilweise werden sie als Lager für gebrauchtes Spitalmaterial oder als Archiv genutzt. Einige wurden als Garderobe umgenutzt. Bei Besichtigungen vor Ort hat die EFK Anlagen mit Feuchtigkeitsproblemen und infiltrierender Nässe sowie defekten Abwasserleitungen vorgefunden.

Die geschützten Spitäler werden in der Praxis kaum genutzt. Einige Kantone führen darin ihre Impfkampagnen bei Pandemiegefahr durch. Die Sanitätstruppen der Armee können den Zivilschutz unterstützen und die unterirdischen Spitäler betreiben. Während der Wiederholungskurse führen sie dort Übungen durch. Für die paar Tage im Jahr setzen diese Einsätze aber eine aufwendige Vorbereitung und Koordination mit den Spitälern voraus. Manche Spitäler empfinden dies als Belastung. Die meisten Armeeingehörigen sind beruflich nicht im medizinischen Bereich tätig. Sie werden während ihres Militärdienstes ausgebildet.

Ungenügende Berücksichtigung der Risikoanalyse

Diese Anlagen gehen auf den Kalten Krieg zurück und entsprechen einem Sicherheitsbedürfnis im Konfliktfall. Sie sind kaum für die Aufnahme von Patienten bei Katastrophen in Friedenszeiten ausgerichtet. Was sich seit den 1990er-Jahren vor allem verändert hat ist, dass weniger Mittel zur Verfügung stehen und immer mehr Anlagen als inaktiv deklariert wurden.

Um die Risiken von Katastrophen und ausserordentlichen Ereignissen zu identifizieren gibt es geeignete Instrumente. Mit ihrer Hilfe können Einsatzpläne erstellt und die operativen Kapazitäten im Bedarfsfall geplant werden. Auf der Grundlage eines Konzepts vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz (BABS) muss jeder Kanton eine solche Risikoanalyse erarbeiten. Nur wenige Kantone haben jedoch die geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen in ein Einsatzdispositiv eingebunden. 2018 wurde im Wallis ein Konzept verabschiedet, das diese Anlagen operativ umfasst.

Fehlen einer klaren Vision und Konkurrenz zwischen den Bundesstellen

Die Konstellation der Akteure setzt einer effizienten Zusammenarbeit Grenzen. Die Zuständigkeiten sind auf verschiedene Stellen des Bundes und der Kantone verteilt, was eine Verwässerung der Verantwortlichkeiten und Vervielfachung der Dienstwege zur Folge hat. Die Organisationskulturen und die Anliegen der zivilen und militärischen Behörden einerseits sowie der Ämter für Bevölkerungsschutz und Gesundheit andererseits sind sehr unterschiedlich.

Auf Bundesebene hat die EFK eine Konkurrenzsituation zwischen dem BABS und dem Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) – dessen Leiter auch dem Armeesanitätsdienst vorsteht – festgestellt. Das BABS ist für die Infrastruktur zuständig, besitzt jedoch keine Kompetenzen in medizinischen Fragen. Der KSD verfügt nur über begrenzte Mittel und scheint zu weit von der Realität entfernt zu sein. Die Kantone erhalten unkoordiniert Informationen, was für Verunsicherung sorgt. So entsteht kein Vertrauensverhältnis, um Initiativen zu ergreifen.

2015 bildete das BABS eine Arbeitsgruppe, die sich Gedanken über die Zukunft der geschützten Spitäler machen sollte. Die Ergebnisse sind den betroffenen Akteuren kaum bekannt. Die Arbeiten und Optionen waren weder Gegenstand einer breiten Vernehmlassung mit den Betroffenen noch wurden sie ihnen zur Validierung vorgelegt. In der Folge sind grössere Meinungsverschiedenheiten zwischen dem BABS und dem KSD in Bezug auf die Betreuung dieses Dossiers aufgetreten, da beide Stellen die Federführung beanspruchten. Sie ersuchten das Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport um eine Klärung. Dieses zog es jedoch vor zu warten und beauftragte 2018 einen Experten. Seine Analyse ergänzt die von der EFK und kommt zum gleichen Schluss.

Seither hat sich die Situation kaum geändert. Die EFK ist der Ansicht, dass diese Differenzen jeglichen Fortschritt in dieser Frage behindert und zu viel Zeit und Geld verschwendet wurden. Für die Spitäler wachsen die Unsicherheiten, wenn sie Renovationsarbeiten planen müssen, ohne zu wissen, ob die unterirdische Anlage überhaupt noch Sinn macht.

Originaltext auf Französisch

Etat des installations sanitaires protégées et coordination entre les services fédéraux

Etat-major de l'armée – Office fédéral de la protection de la population

L'essentiel en bref

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) a examiné l'état des installations sanitaires protégées. Il s'agit d'hôpitaux et de postes sanitaires souterrains, intégrés à des établissements de soins. Ces installations ont pour objectif de venir en aide à la population lors d'un conflit armé ou d'une catastrophe. Hormis Israël, la Suisse est le seul pays à disposer de telles infrastructures. Les cantons doivent garantir des places dans ces lieux pour 0,6 % de la population résidante. A fin 2018, étaient répertoriés 94 hôpitaux et 248 postes sanitaires protégés.

La Confédération et les cantons cofinancent ces installations. Les autorités fédérales versent en moyenne 2,45 millions de francs par an pour l'entretien et l'exploitation. Les coûts à la charge des hôpitaux demeurent inconnus. De nombreux sites sont vieillissants, construits il y a parfois plus de 30 ans. Se pose dès lors la question de leur rénovation et des besoins d'investissement estimés à 4,5 millions de francs par hôpital, soit une somme totale théorique avoisinant les 400 millions de francs.

Ces installations ont le mérite d'exister. Le CDF est d'avis que, si elles sont en bon état, autant prévoir de les utiliser. Il juge nécessaire de revoir la stratégie des installations sanitaires protégées avant d'entreprendre toute rénovation. Il s'agit de les intégrer dans les scénarios de gestion de catastrophes des cantons. Ceci présuppose une redéfinition des standards pour exploiter ces espaces en cas de besoin, notamment au niveau des équipements et du personnel. Sur cette base, il convient de revoir le besoin en termes d'infrastructures, de même que les conséquences financières.

Répartition sur le territoire incohérente et installations peu opérationnelles

La majorité des ouvrages, 55 hôpitaux et 229 centres sanitaires sont déclarés inactifs, c'est-à-dire qu'ils ne sont utilisés qu'en cas de guerre. Ils se trouvent dans une moitié nord de la Suisse, entre Bâle, Lucerne et Sargans. Les cantons décident quelles installations sont actives ou inactives. Ceci explique une répartition disparate, sans logique claire. Certains cantons n'ont que des hôpitaux inactifs, alors que d'autres les maintiennent actifs sur le papier. Sept établissements hospitaliers disposent d'un statut spécial afin de rendre les espaces souterrains opérationnels en cas d'urgence. Il existe ainsi une réserve de 800 lits protégés.

L'état de nombreuses installations n'est pas satisfaisant. De plus, le niveau de préparation n'est pas suffisant en cas de besoin. Les équipements sont souvent obsolètes et le personnel manque pour exploiter ces espaces souterrains. Les espaces sont parfois utilisés pour entreposer du matériel hospitalier usagé ou des archives. Des locaux ont été réaménagés comme vestiaire. Lors de visites sur le terrain, le CDF a noté des installations avec des problèmes d'humidité et d'infiltration d'eaux, ainsi que des canalisations défectueuses.

Les hôpitaux protégés sont peu utilisés dans la pratique. Quelques cantons y ont recours pour des campagnes de vaccination lors de risque de pandémies. Les troupes sanitaires de l'armée peuvent aider les services civils et exploiter les hôpitaux souterrains. Elles effectuent des exercices d'entraînement durant des cours de répétition. Cependant, ces engagements demandent des grands efforts de préparation et de coordination avec les établissements hospitaliers, de surcroît pour quelques jours d'activité seulement. Ceci est perçu comme une charge par certains hôpitaux. La majorité des soldats n'exercent pas une profession médicale. Ils reçoivent une formation durant leurs périodes militaires.

Prise en compte de l'analyse de risques insuffisante

Ces installations remontent à la Guerre froide et répondent à un besoin sécuritaire en cas de conflit. Leur conception s'inscrit peu dans une logique sanitaire de prise en charge de patients lors de catastrophe en temps de paix. Depuis les années 1990, la principale évolution réside dans la réduction des moyens et la hausse des installations déclarées inactives.

Il existe des outils pertinents pour identifier les risques de catastrophes et d'événements majeurs. Ceux-ci servent à prévoir des plans d'intervention et les capacités opérationnelles en cas de besoin. Sur la base d'une approche issue de l'Office fédéral de la protection de la population (OFPP), chaque canton doit élaborer une telle analyse de risques. Mais, peu de cantons ont intégré les installations sanitaires protégées dans un dispositif d'intervention. En 2018, le Valais a adopté un concept incluant ces installations de manière opérationnelle.

Manque de vision et concurrence entre les services fédéraux

La configuration des acteurs limite une collaboration efficace. Les compétences se répartissent entre différents services fédéraux et cantonaux, impliquant une dilution des responsabilités et une multiplication des voies hiérarchiques. Les cultures d'organisation et les préoccupations diffèrent grandement entre autorités civiles et militaires de même qu'entre services de la protection de la population et ceux de la santé.

Au niveau fédéral, le CDF a constaté une concurrence entre l'OFPP et le Service sanitaire coordonné (SSC), dont le responsable dirige aussi les services sanitaires de l'armée. L'OFPP s'occupe de l'infrastructure, mais n'a pas de compétence pour les questions médicales. Le SSC n'a que peu de ressources et apparaît comme trop éloigné de la réalité. Les cantons reçoivent des informations de manière désordonnée, ce qui crée des incertitudes. Cette situation ne crée pas un climat de confiance pour prendre des initiatives.

En 2015, l'OFPP a établi un groupe de travail pour réfléchir à l'avenir des hôpitaux protégés. Les résultats restent peu connus parmi les acteurs concernés. Les travaux et les options n'ont pas fait l'objet d'une large consultation ni d'une validation par les parties prenantes. Par la suite, des divergences importantes sont apparues sur la conduite de ce dossier entre l'OFPP et le SSC, chacun voulant avoir le leadership. Ceux-ci ont demandé une clarification au Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports. Ce dernier a préféré temporiser en donnant un mandat à un expert en 2018. Analyse complémentaire aux travaux du CDF, il arrive à des résultats concomitants.

Depuis cette date, la situation n'a guère évolué. Le CDF estime que ces différends plombent tout avancement sur ce dossier et ainsi du temps et de l'argent ont été perdus. Ceci génère des incertitudes pour les hôpitaux lorsqu'ils doivent prévoir des travaux de rénovation sans savoir si l'installation souterraine est encore utile.

Stato degli impianti sanitari protetti e coordinamento tra i servizi federali

Stato maggiore dell'esercito – Ufficio federale della protezione della popolazione

L'essenziale in breve

Il Controllo federale delle finanze (CDF) ha verificato lo stato degli impianti sanitari protetti. Si tratta di ospedali e centri sanitari sotterranei integrati in strutture sanitarie. L'obiettivo di questi impianti sanitari è prestare aiuto alla popolazione in caso di conflitto armato o di catastrofe. A parte Israele, la Svizzera è l'unico Paese ad avere tali infrastrutture. I Cantoni devono garantire posti letto pari allo 0,6 per cento della popolazione con dimora fissa. A fine 2018 erano registrati 94 ospedali et 248 centri sanitari protetti.

Gli impianti sono cofinanziati da Confederazione e Cantoni. Le autorità federali pagano in media 2,45 milioni di franchi all'anno per la manutenzione e l'esercizio. I costi a carico degli ospedali non sono noti. Molti di questi impianti sono fatiscenti e alcuni sono stati costruiti oltre 30 anni fa. Si pone quindi il problema del loro risanamento. Il fabbisogno in termini di investimenti è stimato a 4,5 milioni di franchi per ospedale, il che corrisponde a un importo complessivo di circa 400 milioni di franchi.

Gli impianti hanno il merito di esistere. Il CDF ritiene ragionevole utilizzarli, se sono in buono stato. È però dell'avviso che sia necessario rivedere la strategia degli impianti sanitari protetti prima di procedere a un eventuale risanamento. Bisogna cioè integrarli nei programmi di gestione delle catastrofi dei Cantoni. Ciò presuppone una ridefinizione degli standard per sfruttare queste aree in caso di necessità, segnatamente a livello di attrezzature e di personale. Su questa base è opportuno riesaminare il fabbisogno infrastrutturale e le ripercussioni finanziarie.

Ripartizione territoriale incongruente e impianti non operativi

Gli impianti – 55 ospedali e 229 centri sanitari – sono dichiarati perlopiù inattivi, cioè si utilizzerebbero soltanto in caso di conflitto. Essi sono dislocati nella parte settentrionale della Svizzera, in un'area compresa tra Basilea, Lucerna e Sargans. I Cantoni decidono quali impianti considerare attivi e quali inattivi. La ripartizione è dunque incongruente e non segue una logica chiara. Alcuni Cantoni hanno solo ospedali inattivi, mentre altri li tengono attivi solo sulla carta. Sette strutture ospedaliere dispongono di uno statuto speciale per attivare gli spazi sotterranei operativi in caso di emergenza. Questo consente di avere una riserva di 800 posti letto protetti.

Molti impianti sono in cattivo stato e il livello di preparazione è insufficiente in caso di necessità. Le attrezzature sono spesso obsolete e manca il personale per utilizzare al meglio gli spazi sotterranei, utilizzati talvolta per conservare apparecchiature ospedaliere usate o come archivi. Alcuni locali sono stati adibiti a spogliatoi. In occasione dei sopralluoghi effettuati, il CDF ha constatato che alcuni impianti presentano problemi di umidità e infiltrazioni d'acqua e che le condutture sono difettose.

Gli ospedali protetti sono raramente utilizzati. Alcuni Cantoni ne prevedono l'uso per organizzare campagne di vaccinazione se vi è un rischio di pandemia. Le squadre sanitarie dell'esercito possono coadiuvare i servizi civili e sfruttare gli ospedali sotterranei. Esse svolgono esercitazioni durante i corsi di ripetizione. Tuttavia, questi corsi richiedono un grande impegno nella preparazione e nel coordinamento con le strutture ospedaliere, anche solo per qualche giorno di attività. Per alcuni ospedali questa situazione rappresenta un onere. Gran parte dei soldati non esercita una professione nel settore medico, ricevono una formazione mentre presta servizio.

Presa in considerazione dell'analisi dei rischi insufficiente

Questi impianti risalgono ai tempi della Guerra fredda e rispondono a esigenze in materia di sicurezza in caso di conflitto. La loro progettazione non si addice a una logica sanitaria di presa in carico dei pazienti in caso di catastrofe in tempo di pace. Dagli anni Novanta in poi, sono state ridotte le risorse ed è aumentato il numero degli impianti dichiarati inattivi.

Esistono strumenti ad hoc per individuare i rischi di catastrofe e di eventi straordinari. Questi strumenti servono a prevedere i piani di intervento e le capacità operative in caso di necessità. In base a un approccio messo a punto dall'Ufficio federale della protezione della popolazione (UFPP), ogni Cantone deve elaborare un'analisi dei rischi in tal senso. Tuttavia solo pochi Cantoni hanno integrato gli impianti sanitari protetti in un dispositivo d'intervento. Nel 2018 il Vallese ha adottato un progetto che include tali impianti a livello operativo.

Mancanza di visione e concorrenza tra i servizi federali

La configurazione degli attori limita l'efficacia nella collaborazione. Poiché le competenze sono suddivise tra vari servizi federali e cantonali, ne conseguono una dispersione di responsabilità e la sovrapposizione di linee gerarchiche. Le culture aziendali e le priorità variano in modo considerevole tra le autorità civili e quelle militari così come tra i servizi di protezione della popolazione e quelli sanitari.

A livello federale il CDF ha constatato una situazione di concorrenza tra l'UFPP e il servizio sanitario coordinato (SSC), il cui responsabile gestisce anche i servizi sanitari dell'esercito. L'UFPP è responsabile dell'infrastruttura, ma le questioni relative al settore medico non sono di sua competenza. Le risorse del SSC sono scarse e il suo operato risulta poco realistico. I Cantoni ricevono informazioni in modo disordinato e ciò crea incertezze. Tale situazione non consente di instaurare un clima di fiducia per intraprendere iniziative.

Nel 2015 l'UFPP ha istituito un gruppo di lavoro per riflettere sul futuro degli ospedali protetti. Soltanto pochi attori interessati conoscono i risultati. Infatti i lavori e le opzioni studiate non sono stati oggetto né di un'ampia consultazione né sono stati approvati dalle parti interessate. In seguito sono emerse divergenze importanti circa la gestione del dossier tra l'UFPP e il SSC, visto che entrambi si contendono la leadership. L'UFPP e il SSC hanno quindi chiesto un chiarimento al Dipartimento della difesa, della protezione della popolazione e dello sport, che ha preferito prendere tempo e affidare un mandato a un esperto nel 2018. Il mandato funge da analisi complementare ai lavori del CDF e i risultati sono concomitanti.

Dal 2018 la situazione è cambiata poco. Secondo il CDF, tali divergenze impediscono il prosieguo del dossier e fanno sprecare tempo e denaro. Ciò rende insicuri gli ospedali, che devono prevedere lavori di risanamento senza sapere se gli impianti sotterranei sono ancora utili.

Testo originale in francese

Condition of protected sanitation systems and coordination between federal services

Armed Forces Staff – Federal Office for Civil Protection

Key facts

The Swiss Federal Audit Office (SFAO) examined the condition of protected sanitation systems. These are hospitals and underground sanitary installations integrated into care institutions. These installations are aimed at assisting the population in the event of an armed conflict or a disaster. Apart from Israel, Switzerland is the only country to have such infrastructures. The cantons must ensure space in these sites for 0.6% of the resident population. At the end of 2018, 94 hospitals and 248 protected sanitary installations were registered.

The Confederation and the cantons co-finance these installations. The federal authorities pay an average of CHF 2.45 million annually for maintenance and operation. The costs borne by the hospitals are not known. Many sites are ageing, with some of them having been built over 30 years ago. This raises the question of their renovation and the required investment, which is estimated at CHF 4.5 million per hospital, or a theoretical total of close to CHF 400 million.

These installations have the merit of existing, and the SFAO is of the opinion that, if they are in good condition, provision might as well be made for their use. It considers that a review of the strategy on protected sanitation systems is necessary before any renovation is undertaken. The installations should be integrated into cantonal disaster management scenarios. This presupposes a redefinition of the standards for using these spaces in case of need, particularly as regards facilities and staff. On this basis, it is advisable to reassess both the infrastructure requirements and the financial implications.

Inconsistent distribution across the country and barely operational installations

The majority of the installations – 55 hospitals and 229 sanitary installations – have been declared inactive, i.e. they are used only in the event of war. They are located in the northern half of Switzerland, between Basel, Lucerne and Sargans. These cantons decide which installations are active or inactive. This explains the uneven distribution and lack of clear logic. Some cantons only have inactive hospitals, while others keep them active only on paper. Seven hospitals have a special status in order for these underground spaces to be put into operation in case of emergency. There is thus a reserve of 800 protected beds.

The condition of many installations is unsatisfactory. Moreover, their state of preparedness would not be sufficient in case of need. Often, the equipment is obsolete and there is a lack of staff to operate these underground spaces. The areas are sometimes used for storing used hospital equipment or the archives. Some spaces have been turned into cloakrooms. During site visits, the SFAO observed that some installations had problems with damp and water ingress, as well as defective pipework.

In practice, protected hospitals are hardly ever used. Some cantons use them for vaccination programmes when there is a risk of a pandemic. The army's medical service corps can assist the civilian services and operate the underground hospitals. It carries out training exercises during refresher training. However, these activities require a lot of preparation and coordination with the hospitals for only a few days' use. This is viewed as a burden by some hospitals. The majority of soldiers are not medical professionals. They receive training during their periods of military service.

Risk analysis insufficiently taken into account

These installations date back to the Cold War and are tailored to security needs in the event of conflict. Their design is not well suited to dealing with patients in a peacetime disaster scenario. Since the 1990s, the dominant trend has been a reduction in resources and an increase in the number of installations declared inactive.

There are suitable tools for identifying the risks inherent in disasters and major incidents. These are used to establish intervention plans and operational capacity in case of need. Under an approach adopted by the Federal Office for Civil Protection (FOCP), each canton must prepare such a risk analysis. However, few of them have included protected sanitary installations in their intervention arrangements. In 2018, the canton of Valais adopted a strategy which included these installations as part of operations.

Lack of vision, competition between federal services

The configuration of the stakeholders involved is hampering effective collaboration. Powers are scattered across different federal and cantonal services, diluting responsibilities and multiplying the hierarchical channels. The organisational cultures and concerns of the civilian and military authorities are very different, just as they are between the civil protection and healthcare services.

At federal level, the SFAO has observed that there is competition between the FOCP and the Coordinated Medical Services (CMS), the head of which is also in charge of the army medical service corps. The FOCP is responsible for infrastructure, but has no authority in medical matters. The CMS has very few resources and appears to be divorced from reality. The provision of information to the cantons is disorderly, which creates uncertainty. This situation is not conducive to a climate in which people have the confidence to take initiatives.

In 2015, the FOCP set up a working group to examine the future of protected hospitals. Those involved remain largely unaware of the results. The work and the options were not submitted for broad consultation, or indeed validation by the stakeholders. Consequently, the FOCP and CMS have diverged widely in pursuing the issue, with each wanting to take the lead. The two services requested clarification from the Federal Department of Defence, Civil Protection and Sport, which chose to put the matter on hold by requesting an expert opinion in 2018. This study complements that of the SFAO and comes to the same conclusion.

Since then, the situation has hardly changed. The SFAO considers that these differences are hindering further progress on this issue, and that time and money have been wasted as a result. This gives rise to uncertainty for the hospitals when planning renovation work, as they do not know whether the underground installations are still useful.

Original text in French

Generelle Stellungnahme der Geprüften

Das VBS dankt der EFK für ihren Bericht und die Möglichkeit der Stellungnahme.

Stellungnahme A Stab / Oberfeldarzt

Der Bericht stellt den Anlagen ein gutes Zeugnis aus ohne auf den Verwendungszweck detailliert einzugehen. Aber viele Anlagen erfüllen die medizinischen Anforderungen nicht mehr. Um sie wieder nutzen zu können, fallen hohe Kosten an. Aus medizinischer Sicht ist die Unterbringung von Patienten in unterirdischen Anlagen in den gängigen Szenarien (Verstrahlungslagen, Pandemie) unnötig und kontraproduktiv. Die medizinischen Standards sind seit dem 1. Januar 2011 als Richtlinien des KSD und des BABS für die aktiven geschützten Sanitätsdienstlichen Anlagen festgelegt. Der KSD unterstützt das Gesundheitswesen und die Kantone in der Vorbereitung auf Krisenlagen. Diese Aktivitäten werden von der Regierungskonferenz Militär, Zivilschutz und Feuerwehr (RKMZF), der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der Kantonsärzte-Vereinigung (VKS) geschätzt. Den kantonalen Stellen sind die Zuständigkeiten teilweise unklar. Das BAG ist zuständig im Falle von Epidemien, in allen anderen Lagen ist es der KSD. Sämtliche Aktivitäten werden mit allen betroffenen Bundesämtern abgesprochen. Darüber müssen die Kantone besser informiert werden. Die Einzugsgebiete der sieben KSD-Spitäler sind aus strategischen Überlegungen bewusst ausserhalb der Ballungszentren angesiedelt. Der primäre Auftrag der Spit Bat ist die Unterstützung von zivilen Spitälern. Danach richtet sich ihre zivil zertifizierte Ausbildung. Die Armee ist sehr wohl in der Lage, mit ihren 249 Sanitätsfahrzeugen Patienten nach zivilen Standards zu transportieren. Nach der Erneuerung können die militärmedizinischen Einrichtungen 621 Patientenbetten betreiben (erweiterbar um weitere 621 Betten in Truppenunterkünften).

Stellungnahme Direktor BABS

Mit der Totalrevision des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG), das im Dezember 2019 voraussichtlich durch das Eidgenössische Parlament verabschiedet wird, werden die rechtlichen Grundlagen für verschiedene Aufgaben im Zusammenhang mit den geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen konkretisiert. So werden die Kantone angehalten, innert einer bestimmten Übergangsfrist die Bedarfsplanung für ihre geschützten Spitäler und geschützten Sanitätsstellen zu aktualisieren. Die Genehmigung erfolgt durch das BABS. Im Auftrag der Chefin VBS wird zurzeit unter Federführung des BABS und unter engem Einbezug der Kantone eine Strategie für den Werterhalt der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen erarbeitet. Dieser soll als Grundlage für die Aktualisierung der Bedarfsplanung der Kantone dienen. Für diese Arbeiten sollte das BABS die Ansprechstelle der Kantone bleiben, insbesondere in Anbetracht der Zuständigkeiten des BABS gemäss BZG. Was den schwachen Einbezug der Risikoanalysen betrifft, möchten wir festhalten, dass die meisten Kantone den Leitfaden Kataplan gut umgesetzt haben. Dieser stellt die Harmonisierung der kantonalen Risikoanalysen sicher. Zudem erwähnen wir, dass das BABS zurzeit im Auftrag des Bundesrats den Risikobericht Schweiz aktualisiert. Mittlerweile existieren militärische Szenarien, die auch den Kantonen zur Verfügung gestellt werden.

1 Auftrag und Vorgehen

1.1 Ausgangslage

Die Schweiz verfügt über geschützte Spitäler und sanitätsdienstliche Anlagen, die der Bevölkerung bei einem bewaffneten Konflikt oder im Katastrophenfall Hilfe leisten sollen. Es handelt sich überwiegend um unterirdische Einrichtungen. Teilweise sind sie zivilen Spitälern, teilweise Altersheimen oder Rehabilitationskliniken angegliedert. Sie wurden in der Zeit des Kalten Krieges konzipiert und sind Teil der Schutzanlagen, zu denen unter anderem die Kommandoposten und die Bereitstellungsanlagen gehören.

Die Kantone sind verpflichtet, in den geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen Plätze für mindestens 0,6 % der Wohnbevölkerung bereitzustellen.¹ Im Zuge der Revision des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG) von 2004 wurden die Mittel gekürzt, unter anderem mit dem Verzicht auf den Sanitätsdienst für die Zivilbevölkerung. Ende 2018 zählte man 94 geschützte Spitäler sowie 248 geschützte Sanitätsstellen.² Die meisten Anlagen sind über 20, teilweise sogar über 30 Jahre alt. Die Schweiz ist das einzige Land mit unterirdischen Anlagen für die Aufnahme von Patienten bei ausserordentlichen Ereignissen.

Auf Bundesebene sind die Kompetenzen hauptsächlich im Eidgenössischen Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) angesiedelt. Sie sind auf das Bundesamt für Bevölkerungsschutz (BABS) und den Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) verteilt. Dieser wird vom Oberfeldarzt geleitet, der auch dem Armeesanitätsdienst (San D A) vorsteht. Im Departement des Innern (EDI) ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ausschliesslich für die Pandemie- und Epidemievorbereitung und -bewältigung zuständig.

Die Finanzierung teilen sich Bund und Kantone. Der Bund überweist durchschnittlich 2,45 Millionen Franken pro Jahr (2008–2017) für den Unterhalt und Betrieb der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen. Da die Anlagen in die Jahre kommen, stellt sich die Frage ihrer Erneuerung und des Investitionsbedarfs. Der Bund unterstützt den Bau, die Renovation und den Rückbau von Anlagen finanziell.

Entgegen der ursprünglichen Absicht³ wurde das Dossier der geschützten Sanitätsstellen im Entwurf für die Totalrevision des BZG nicht mehr berücksichtigt. Der Bundesrat überwies die Botschaft Ende 2018 an das Parlament. Ebenfalls 2018 erteilte das VBS einem externen Experten (dem ehemaligen Direktor des BAG, Prof. Thomas Zeltner) den Auftrag, die Rolle, die Aufgaben und die Kompetenzen des KSD zu klären.

1.2 Prüfungsziel und -fragen

Ziel der Prüfung ist eine Bestandsaufnahme der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen mit besonderem Fokus auf die Spitäler. Einerseits soll der Grad der Betriebsbereitschaft der Anlagen entsprechend ihres Status in Erfahrung gebracht werden. Andererseits möchte die EFK wissen, wie die Bundesstellen mit diesem Dossier umgehen.

¹ Gemäss Artikel 31 Absatz 1 der Zivilschutzverordnung (ZSV), SR 520.11.

² BABS (2018). Liste der geschützten Spitäler und Sanitätsstellen, Oktober 2018.

³ VBS (2016). Umsetzung Strategie Bevölkerungsschutz und Zivilschutz 2015+. Bericht an den Bundesrat vom 6. Juli 2016, S. 24.

Die Prüfung konzentriert sich auf folgende drei Fragen:

1. Sind die geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen betriebsbereit und bei Bedarf einsatzbereit?

Diese Fragestellung der EFK befasst sich mit dem derzeitigen Zustand der Anlagen. Die EFK möchte wissen, ob die Anlagen vollständig und mit dem richtigen Status erfasst sind und ob allfällige Lücken erkannt wurden. Es soll geprüft werden, ob periodische Kontrollen durchgeführt und bei Bedarf Massnahmen ergriffen werden. Schliesslich soll in Erfahrung gebracht werden, ob die Anlagen genutzt werden, insbesondere durch die Armee.

2. Befassen sich die Bundesstellen angemessen und wirksam mit diesem Dossier?

Bei dieser Frage geht es um die Governance und die Steuerung auf Bundesebene. Beurteilt werden sollen die strategische und operative Verteilung der Kompetenzen auf Bundesebene sowie zwischen Bund und Kantonen. Dabei soll ermittelt werden, wie die geschützten Spitäler in ein Dispositiv für die Katastrophenbewältigung eingebunden sind.

3. Wurde der zukünftige Bedarf an geschützten Spitälern bestimmt?

Mit dieser Fragestellung möchte die EFK wissen, ob man sich über den zukünftigen Bedarf Gedanken gemacht hat und ob verschiedene Optionen analysiert wurden. So lässt sich herausfinden, ob die Zahl der geschützten Spitäler reduziert, neue Anlagen gebaut oder die bestehenden erneuert werden müssen. Die Grundlagen und Analysen sollen ausserdem Hinweise zum allfälligen Investitionsbedarf liefern.

1.3 Prüfungsumfang und -grundsätze

Nach einer Vorbereitungsphase im Sommer 2018 wurde das Projekt zwischen September 2018 und April 2019 durchgeführt. Die eingeholten Informationen und Daten beziehen sich auf das Jahr 2018. Die Prüfung hält sich an die Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung (*International Standards of Supreme Audit Institutions*).⁴

Die Prüfung wurde von Laurent Crémieux (Projektleiter) durchgeführt; vor allem für die Gespräche in den Kantonen unterstützte ihn der externe Experte Jürg Schnetzer. Das Projekt stand unter der Federführung des Mandatsleiters Michael Mayer.

Zur Beantwortung der eingangs gestellten Fragen wurden verschiedene Arten der Analyse miteinander kombiniert:

- Dokumentenanalyse einschliesslich Sitzungs- und anderer Berichte
- Analyse der vom BABS erstellten Listen der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen
- Vertiefte Interviews mit den Verantwortlichen von Bund und Kantonen
- Besichtigung von geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen und des Militärspitals Einsiedeln
- Teilnahme als Beobachter an Armeeeinsätzen im Rahmen von Wiederholungskursen
- Teilnahme an der jährlichen Tagung des KSD im Jahr 2018.

⁴ Siehe <http://fr.issai.org/media/69915/issai-300-french.pdf>.

Die EFK wählte 13 Kantone aus, in denen sie Gespräche führte und Anlagen besuchte. Sieben Anlagen besichtigte sie eingehend.

Die EFK koordinierte ihre Arbeiten mit denjenigen von Prof. Zeltner. Es fanden mehrere Besprechungen statt. Die EFK wollte den Ergebnissen seiner Arbeiten Rechnung tragen.

1.4 Unterlagen und Auskunftserteilung

Die notwendigen Auskünfte wurden der EFK von den betroffenen Stellen des Bundes und der Kantone umfassend und kompetent erteilt. Sie dankt ganz besonders dem VBS für die Möglichkeit, an Einsätzen der Sanitätstruppen teilzunehmen, sowie den kantonalen Behörden für die Organisation der Besichtigung der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen. Die gewünschten Informationen und Unterlagen standen dem Prüfteam vollumfänglich zur Verfügung.

Von den ursprünglich ausgewählten Kantonen wollte nur der Kanton Freiburg der EFK weder die Fragen beantworten noch die Besichtigung der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen ermöglichen.

1.5 Schlussbesprechung

Die Schlussbesprechung fand am 21. Oktober 2019 statt. Teilgenommen haben: seitens des VBS der stellvertretende Generalsekretär, der Delegierte des Sicherheitsverbundes Schweiz, der Chef Planung und Controlling des VBS, der Direktor des BABS, der Oberfeldarzt und der Stabschef des Armeestabs und, seitens der EFK, der Direktor, der Mandatsleiter für das VBS und der Revisionsleiter.

Die EFK dankt für die gewährte Unterstützung und erinnert daran, dass die Überwachung der Empfehlungsumsetzung den Amtsleitungen bzw. den Generalsekretariaten obliegt.

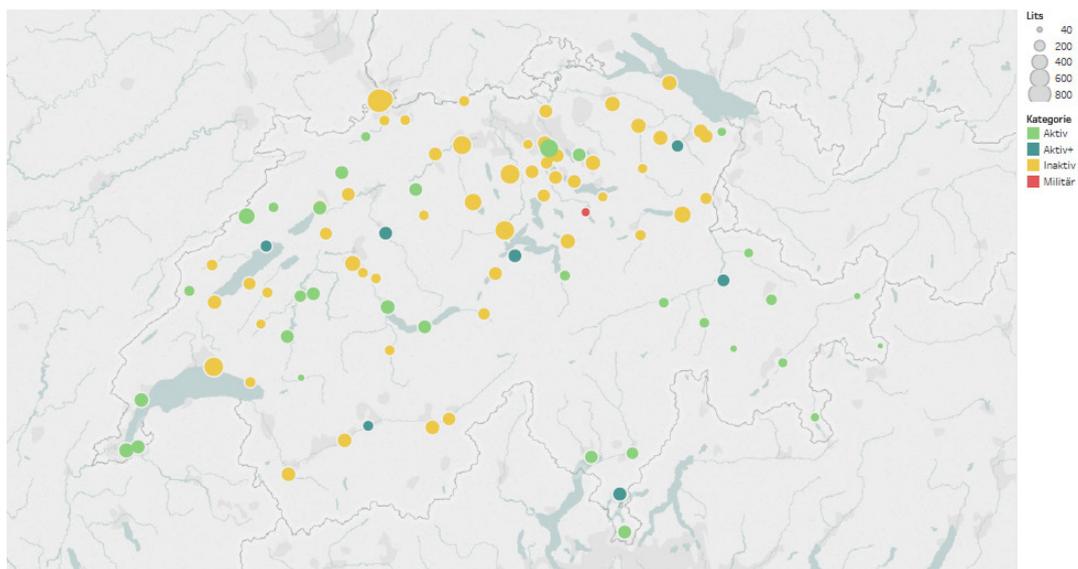
EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE

2 Kaum einsatzfähige Anlagen

2.1 Inkohärente Verteilung

Die geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen werden nach ihrem Status⁵ eingestuft: inaktiv, aktiv, aktiv mit Sonderstatus KSD.

- Die als «inaktiv» bezeichneten Anlagen werden nur im Falle eines bewaffneten Konflikts in Betrieb gesetzt. In Friedenszeiten haben sie keine Funktion, was allerdings nicht bedeutet, dass sie stillgelegt sind.
- Die als «aktiv» bezeichneten Standorte können bei Katastrophen oder in Notfällen in Anspruch genommen werden. Sie müssen in eine spezifische Einsatzplanung eingebunden werden. Dies setzt voraus, dass das Personal vorbereitet ist und das Material bereitsteht, um innerhalb von 24 Stunden 32 Patienten aufzunehmen und zu pflegen.
- Die Einstufung «aktiv mit Sonderstatus KSD» gilt für wenige Spitäler. Ihre geschützten Bereiche müssen im Bedarfsfall schnell betriebsbereit sein. Die Inbetriebnahme muss jederzeit möglich sein, was die Bereitstellung von Pflegepersonal voraussetzt. Das Spital muss die Notfallpflege für 36 Patienten selbst erbringen können. Danach sind die Kapazitäten innerhalb 12 Stunden seit dem Eintreten eines Ereignisses zu erhöhen. Das zivile Personal wird von den Sanitätstruppen der Armee⁶ unterstützt. Sie stellen 64 Betten und medizinisches Material zur Verfügung.



Karte 1: Verteilung der geschützten Spitäler nach Status und Aufnahmekapazität. Quelle: BABS. Präsentation: EFK

Die obige Karte verdeutlicht die kantonalen Unterschiede. Sie zeigt den hohen Anteil inaktiver geschützter Spitäler in der Nordschweiz in einem Gebiet, der sich von Basel über Luzern bis

⁵ Die Weisungen des BABS über die Verwendung der bestehenden Schutzanlagen vom 1. Oktober 2012 legen die Kriterien fest, um eine Anlage als aktiv oder inaktiv einzustufen.

⁶ Dabei handelt es sich um Truppen mit Status «Milizformationen mit hoher Bereitschaft». Sie gelangen innert 24 Stunden zum Einsatz.

Sargans erstreckt. Verschiedene Bergkantone mit schwer zugänglichen Regionen haben es vorgezogen, ein Netz aktiver geschützter Spitäler beizubehalten.

Das BABS verfügt über eine aktualisierte Liste aller geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen nach Status. Sie enthält grundlegende Informationen wie Koordinaten, Baujahr und das Jahr der letzten Kontrolle.

Die EFK hat keine klaren Hinweise gefunden, die erklären würden, weshalb ein geschütztes Spital einen aktiven oder inaktiven Status aufweist. Mehrere der befragten Ansprechpartner wissen es nicht. Der Entscheid liegt beim Kanton, der die Anzahl aktiver und inaktiver Spitäler frei bestimmen kann. Dies erklärt die ungleiche territoriale Verteilung. Während die Kantone Genf, Graubünden und Tessin ihre geschützten Spitäler als aktiv eingestuft haben, verfügen andere wie Aargau, Basel-Stadt oder St. Gallen nur über inaktive Spitäler. Die Tabelle 1 präsentiert die Verteilung nach Kantonen.

| Kanton | Anzahl Spitäler | Verteilung nach Status |
|--------------|------------------|---|
| AG | 3 | Inaktiv |
| AR | 2 | Aktiv, davon 1 mit Status KSD |
| BE | 15 | 7 aktiv, davon 1 mit Status KSD; 8 inaktiv |
| BL | 2 | 1 aktiv; 1 inaktiv |
| BS | 2 | Inaktiv |
| FR | 5 | 3 aktiv; 2 inaktiv |
| GE | 2 | Aktiv |
| GL | 1 | Inaktiv |
| GR | 10 | Aktiv, davon 1 mit Status KSD |
| LU | 2 | Inaktiv |
| NE | 3 | 2 aktiv, davon 1 mit Status KSD; 1 inaktiv |
| NW | 1 | Aktiv mit Status KSD |
| OW | 1 | Inaktiv |
| SG | 7 | Inaktiv |
| SO | 3 | Inaktiv |
| SZ | 2 | Inaktiv |
| TG | 2 | Inaktiv |
| TI | 4 | Aktiv, davon 1 mit Status KSD |
| UR | 1 | Aktiv |
| VD | 7 | 3 aktiv; 4 inaktiv |
| VS | 5 | 1 aktiv mit Status KSD; 4 inaktiv |
| ZG | 1 | Inaktiv |
| ZH | 13 | 2 aktiv; 11 inaktiv |
| Total | 94 | 39 aktiv, davon 7 mit Status KSD; 55 inaktiv |

Tabelle 1: Verteilung der geschützten Spitäler nach Kantonen und Status. Quelle: BABS. Präsentation: EFK

Von den 94 geschützten Spitälern sind 55 inaktiv, 39 haben den Status aktiv. Sieben davon besitzen den Sonderstatus KSD. Es handelt sich um die Spitäler von Burgdorf (BE), Chur (GR), Herisau (AR), Lugano (TI), Neuenburg (NE), Siders (VS) und Stans (NW).

Die 94 geschützten Spitäler haben eine theoretische Kapazität von rund 22 500 Betten, von denen sich 7800 in aktiven Spitälern befinden.

Von den geschützten Sanitätszentren sind nur 19 als aktiv deklariert. Die 248 geschützten Sanitätsstellen verfügen über eine Kapazität von rund 28 500 Betten, von denen sich 3400 in aktiven Anlagen befinden.

Schweizweit wird der gesetzliche Anteil von 0,6 % verfügbarer Betten, d. h. 48 000 Betten für eine Bevölkerung von 8 Millionen Einwohnern, somit nach wie vor eingehalten. Berücksichtigt man nur die Betten in aktiven Anlagen, sinkt der Anteil auf 0,15 %. Es gibt jedoch keine entsprechenden gesetzlichen Anforderungen.

Mit dem Sonderstatus KSD soll mehr oder weniger die ganze Schweiz abgedeckt werden. Das westliche Genferseegebiet sowie die Gegend nördlich von Zürich zum Beispiel werden mit diesem Dispositiv nicht abgedeckt. Entschieden wurde dies mit Unterstützung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), welche die Spitäler vorgeschlagen hat, die diesen Sonderstatus erhalten sollen. Der KSD hat regionale Spitäler berücksichtigt, damit die grossen Spitäler im Katastrophenfall entlastet werden können. Das Militärspital Einsiedeln könnte dieses Dispositiv ergänzen. Nach diesem vom KSD erstellten Dispositiv besteht eine Reserve von 800 geschützten Betten, die schnell betriebsbereit sein können.

2.2 Sehr unterschiedlicher Zustand der Anlagen

Die Grösse und die Struktur der geschützten Spitäler sind je nach Anlagen sehr unterschiedlich. Die Regionalspitäler verfügen über Anlagen mit einer Fläche von rund 2000 m². Die Universitätsspitäler weisen deutlich grössere Flächen auf, die dem ganzen Untergeschoss eines zentralen Gebäudes entsprechen. Es kommt vor, dass eine geschützte Anlage auf mehrere Geschosse verteilt ist. Andere befinden sich nicht im Untergeschoss, sondern im Erdgeschoss. In gewissen Fällen grenzt die Sanitätseinrichtung an andere Schutzräume an, zum Beispiel für die Lagerung von Kulturgütern. Zahlreiche geschützte Sanitätszentren beherbergen auch andere geschützte Anlagen wie Kommandoposten für Führungsorgane und Bereitstellungsanlagen für die Zivilbevölkerung.

Die Grundeinrichtung einer geschützten Spitalabteilung ist standardisiert:

- Operationssäle, in der Regel zwei
- Räume für Sterilisation und radiologische Untersuchungen
- Räume für die Patientenbehandlung
- Büros für das Pflegepersonal
- Küche mit Speiseraum
- Waschküche
- Räume für die Patiententriage mit Dekontaminationsmöglichkeiten
- Unterkünfte für die Truppe oder das medizinische Personal

- Luftfiltersystem im Fall von radioaktiver, biologischer oder chemischer Kontamination (ABC)
- Betriebsbereiter Stromgenerator.

Die KSD-Spitäler sind mit Betten der Armee ausgestattet. Manche Spitäler stellen Betten älterer Generation zur Verfügung, andere verfügen nur über eine Zivilschutzeinrichtung. Die Ausrüstung ist fast immer alt und überholt. Sie genügt den heutigen Hygienestandards nicht. Je nach Situation werden auch einige medizinische Produkte gelagert.

Die Verantwortung für den Unterhalt der technischen Anlagen (Strom, Wasser, Sauerstoff, Lüftung, Heizung, Stromgenerator usw.) liegt beim Spital. Meistens fehlt das nötige Personal, um die geschützten Bereiche der Spitäler vorbereiten und nutzen zu können. Im Katastrophenfall werden die Kapazitäten bereits in den oberirdischen Räumlichkeiten voll ausgeschöpft sein. Reservepersonal ist schwer zu rekrutieren.⁷

In der Praxis ist der Zustand der Anlagen sehr unterschiedlich, unabhängig von ihrem Status. Es versteht sich, dass sich neuere Anlagen, die vor etwa 20 Jahren gebaut wurden, in einem besseren Zustand befinden, etwa in den Spitälern Neuenburg, Siders und Stans. Ein aktiver Status bedeutet weder, dass sich die Anlage in einem guten Zustand befindet, noch, dass sie im Bedarfsfall betriebsbereit ist.

Am häufigsten sind folgende Mängel und Regelwidrigkeiten festzustellen:

- Eingeschränkter Zutritt zu den Anlagen als Folge des Einbaus von Trenntüren.
- Aus Spargründen nicht sichergestellte oder defekte Lüftung und Heizung.
- Feuchtigkeit, die die Wände porös macht, eindringendes und aufsteigendes Wasser. Selbst neuere Anlagen haben solche Probleme aufgrund ihrer unterirdischen Lage.
- Veraltete oder defekte Abwasserleitung.
- Nutzung der Räumlichkeiten für andere Zwecke: Lagerung von gebrauchtem Spitalmaterial und von Zivilschutzmaterial; Zwischenlagerung von Recyclingmaterial (medizinische Apparate, IT-Geräte); Archive; von Spitalpersonal für Schulungen verwendete Räume.⁸
- Umnutzung eines Teils der Räume als Garderoben für das Spitalpersonal und in gewissen Fällen als Labor. Grundsätzlich sind solche Umnutzungen vorgängig zu beantragen.

Neben dem Risiko von Feuchtigkeit und eindringendem Wasser haben unterirdische Anlagen auch Nachteile wie einen erschwerten Zugang. Selbst wenn Vorsichtsmassnahmen getroffen werden, besteht für abgeschlossene Räume mit beschränktem Zugang ein erhöhtes Brandrisiko. Die Einrichtungs- oder Umgestaltungsmöglichkeiten sind aufgrund der Schutzhülle eingeschränkt. Die Schaffung von Lichtschächten ist kaum möglich. Das Eingeschlossenensein kann zu Klaustrophobie führen und die räumliche Enge kann Konflikte verursachen, die schwer in den Griff zu bekommen sein könnten. Die EFK war zum Beispiel erstaunt, wie

⁷ Vor allem seit dem Verzicht auf den Sanitätsdienst im Zivilschutz.

⁸ Die Nutzung zu anderen Zwecken ist für Anlagen mit Status inaktiv nicht untersagt. Laut Artikel 39 der Zivilschutzverordnung (ZSV) dürfen Schutzbauten nur so weit zivilschutzfremd genutzt werden, als sie spätestens unmittelbar nach einer Entscheidung zur Verstärkung des Bevölkerungsschutzes im Hinblick auf einen bewaffneten Konflikt betriebsbereit gemacht werden können.

wenige Toiletten zur Verfügung stehen. Kurz gesagt ist die Besonderheit solcher unterirdischen Anlagen mit Risiken verbunden, sollte im Katastrophenfall ein massiver Patientenandrang zu bewältigen sein.

In manchen unterirdischen Anlagen ist die Sauerstoffversorgung sichergestellt, in anderen nicht. Bezüglich Kommunikationsmittel verfügen einige Einrichtungen über WiFi, andere nicht. Wenn dies der Fall ist, haben die Spitäler selber die Initiative ergriffen.

Mehrere Anlagen sind nicht betriebsbereit, weil die sanitätsdienstlichen Anforderungen (Sauberkeit) nicht erfüllt sind. Andere wiederum könnten im Katastrophenfall nicht fristgerecht bereit sein, weil die Räume mit Material versperrt sind. Allein die Tatsache, dass die Anlagen unterirdisch angelegt sind, erhöht teilweise die Gefahr von Überschwemmungen. 70 % der Schweizer Spitäler befinden sich in Überschwemmungsgebieten und könnten bei heftigen Regenfällen beschädigt werden.⁹

Mehrere Kantone haben die geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen zur Unterbringung von Asylsuchenden genutzt. Andere führen dort für Impfkampagnen durch, wenn eine Pandemie droht. Manche Kantone beziehen sie bei Veranstaltungen in ein Sanitätsdispositiv ein, etwa das Spital Neuenburg für das Winzerfest.

Der Kanton Basel-Stadt hat die geschützte Abteilung des Universitätsspitals in Parkplätze umgewandelt, wobei im Bedarfsfall die Möglichkeit besteht, zur ursprünglichen Nutzung zurückzukehren.¹⁰ Das Berner Inselspital verfügt über keine vom BABS anerkannten geschützten Bereiche. Die geschützte Spitalabteilung zur Abdeckung der Stadt Bern befindet sich im alten Zieglerspital, das vor einigen Jahren stillgelegt und provisorisch als Empfangszentrum für Asylsuchende genutzt wird. Das mit dem Status «aktiv mit Sonderstatus KSD» versehene Ospedale Civico in Lugano wird umfassend renoviert. Die geschützten unterirdischen Bereiche sind kaum nutzbar. Unsicherheiten bestehen bei der Finanzierung der Bauarbeiten für die unterirdische Anlage.

Die Kontrollen erfolgen nach den geltenden Vorschriften.¹¹ Jede Anlage wird alle zehn Jahre geprüft, was bei den geschützten Spitalern etwa zehn Kontrollen pro Jahr entspricht. Die Prüfungen werden von den kantonalen Ämtern für Bevölkerungsschutz nach den Richtlinien des BABS durchgeführt. Sie stützen sich dabei auf eine Checkliste. Untersucht werden nur Infrastrukturelemente, d. h. die Gebäudehülle. Weder sanitätsdienstliche Aspekte noch der Vorbereitungsgrad bei einer allfälligen Nutzung werden kontrolliert. Nichts von dem, was in die Zuständigkeit des KSD fällt, wird untersucht. Das BABS erhält eine Kopie des Berichts. Eine weitere Besichtigung wird vereinbart, wenn Mängel festgestellt werden.

⁹ «Spital, akut bedroht». Der Bund, 3.6.2019.

¹⁰ «Der Bunkerbau zu Basel». Basler Zeitung, 6.9.2017. Es ist vorgesehen, dass das Spital den Bereich bei Bedarf innerhalb von zwei Jahren wieder für die Nutzung als geschütztes Spital umwandeln kann.

¹¹ Gemäss Art. 35 ZSV.

2.3 Nutzung durch die Armee: beschränkte Kapazitäten

Die Sanitätstruppen der Armee können die zivilen Spitäler unterstützen, insbesondere die sieben als «aktiv mit Sonderstatus KSD» eingestuft. Sie verfügen über vier Spitalbataillone, welche die geschützten Abteilungen betreiben können. Ihr Einsatz in zivilen Infrastrukturen hat infolge der Reorganisation der Sanitätstruppen und der Reduktion der Bestände an Bedeutung gewonnen. Der Fokus liegt auf der Unterstützung des Militärs im Katastrophenfall. Ausserdem besitzt die Armee nur noch ein einziges – ebenfalls geschütztes – Militärspital in Einsiedeln.¹²

Die laufende Reorganisation dauert noch bis 2023¹³; so lange werden die Sanitätstruppen noch nicht ihre volle Leistungsfähigkeit erreichen. Selbst nach Ablauf dieser Übergangszeit werden die Sanitätstruppen noch über keine umfassenden Kompetenzen verfügen, z. B. im chirurgischen Bereich.¹⁴ Die Armee hat kein mobiles Spital. Im Katastrophenfall ist ein Soforteinsatz der Armee nur während eines Wiederholungskurses möglich.¹⁵

Ein weiterer Bestandteil der Armee, die Sanitätskompanien, werden zur Unterstützung bei Veranstaltungen wie dem Weltwirtschaftsforum, dem Winzerfest in Vevey oder Flugschauen eingesetzt. Sie verfügen über mobiles Sanitätsmaterial. Dies setzt eine gute Planung voraus, um sich ein genaues Bild über die verfügbaren Ressourcen zu machen und die Termine für die Wiederholungskurse anzusetzen. Bevor Armeeangehörige bei Veranstaltungen zur Unterstützung der zivilen Sanitätsdienste zum Einsatz kommen, müssen sie auch ausgebildet oder auf ihre Eignung hin getestet werden. Auch hier braucht es eine enge Zusammenarbeit mit den zivilen Behörden, um den Wirkungsbereich des Militärs genau abzustechen. Die Verantwortung liegt letztlich bei den Zivilbehörden. Bei der Evakuierung von Verletzten werden prioritär die zivilen Sanitätsfahrzeuge und -transportmittel eingesetzt.

Im Rahmen der Wiederholungskurse werden Einsätze in Form von Übungen geplant. Dies bedingt grosse Planungsanstrengungen zwischen den militärischen Behörden und den Spitälern. Die Bedingungen werden für die Dauer des Einsatzes in einer speziellen Vereinbarung zwischen der Armee und dem Spital festgelegt. Es wird bestimmt, in welchen Spitalbereichen die Armeeangehörigen eingesetzt werden sollen. Konkret sind sie eine (fünf Werktage) oder sogar zwei Wochen im Einsatz. Manche Armeeangehörige unterstützen das zivile Personal in der Grundpflege. Andere können Reinigungsaufgaben oder die Zubereitung von Mahlzeiten übernehmen. Planung und Einteilung gestalten sich aufgrund von kurzfristigen Absenzen und Dispensationen allerdings schwierig. Dann erreicht das Bataillon die Sollbestände nicht und es sind Anpassungen nötig.

Die Mehrheit der in die Spitalbataillone eingeteilten Armeeangehörigen sind in ihrem Zivilleben nicht im Gesundheitssektor tätig. Die Armee bietet ihnen eine Grundausbildung nach den Pflegehelfer-Standards des Schweizerischen Roten Kreuzes. Anschliessend erhalten sie

¹² 2009 wurde die Zahl der Militärspitäler reduziert. Von den vier bestehenden wurde nur dasjenige von Einsiedeln weitergeführt. Die Schutzsysteme sind denjenigen ziviler Schutzanlagen überlegen. Im Militärspital Einsiedeln werden auch Räume vom Zivilschutz des Kantons Schwyz genutzt.

Für die geschichtliche Entwicklung siehe Raimund Bruhin (2014), «100 Jahre Sanitätsdienst der Schweizer Armee (1914–2014)», Allgemeine Schweizerische Militärzeitschrift, Nr. 11, November 2014, S. 23-25.

¹³ Vor allem die Ausbildung des Personals und seine Zertifizierung.

¹⁴ Es sind Überlegungen im Gange, um die Situation zu verbessern.

¹⁵ Die Sanitätsformationen sind im Prinzip innert 24 Stunden einsatzbereit.

Zusatzausbildungen mit entsprechender Zertifizierung. In den Wiederholungskursen werden die Kenntnisse aufgefrischt und die Kompetenzen auf den neuesten Stand gebracht. Ihrer Schulung sind jedoch Grenzen gesetzt. So ist zum Beispiel für die Analyse von Substanzen die Anwesenheit einer Fachperson erforderlich, die berechtigt ist, in der Truppe mit möglicherweise toxischen Produkten umzugehen. Andernfalls ist eine solche Übung nicht möglich. In der Regel sind bei Wiederholungskursen nur ein oder zwei Ärzte anwesend.¹⁶

Die Einsätze von Armeeangehörigen werden von den Spitalern unterschiedlich beurteilt. Manche sind der Ansicht, mit dieser Unterstützung könne das Spitalpersonal entlastet werden und das zivile und militärische Personal erhalte die konkrete Gelegenheit, sich gegenseitig zu ergänzen. Andere erachten den Aufwand als zu gross, insbesondere für die minutiöse organisatorische Vorbereitung und die Aufgabenverteilung, zumal die Einsätze nur von sehr kurzer Dauer sind. Die unterirdischen Räume werden nur für die Ausbildung genutzt. In den letzten Jahren wurden diese Anlagen kaum für die Pflege von Patienten genutzt. Dasselbe gilt für die militärischen Einrichtungen.

Die Spitalbataillone stehen nicht unter dem Befehl des Oberfeldarztes. Operativ sind sie direkt dem Kommandanten der Logistikbrigade unterstellt. Der Oberfeldarzt definiert die Standards sowie Ausbildungsbedürfnisse und kann die Kompetenzen der Armeeangehörigen bei Inspektionen oder Besichtigungen vor Ort beurteilen. Er hat jedoch keine Befehlsgewalt. Er erhält auch nicht zwingend die Übungsberichte der Sanitätstruppen.

Beurteilung

Das BABS verfügt über eine Liste der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen, die regelmässig nachgeführt wird. Es werden periodisch Kontrollen durchgeführt, die sich allerdings auf den Zustand der Infrastruktur beschränken. Aus Sicht der EFK folgt die territoriale Verteilung der geschützten Spitäler keinem logischen und kohärenten Konzept. Jeder Kanton kann den Status des Spitals nach eigenem Ermessen als aktiv oder inaktiv definieren. Der Status inaktiv sieht eine Nutzung nur im Kriegsfall vor, wofür angesichts der aktuellen Sicherheitsrisiken keine besondere Bereitschaft erforderlich ist. Zumindest die territoriale Verteilung der sieben Spitäler mit der Bezeichnung «aktiv mit Sonderstatus KSD» erfolgte aufgrund vertiefter Überlegungen.

Die EFK hat festgestellt, dass der Zustand zahlreicher Anlagen unbefriedigend ist, auch aktive Spitäler gehören dazu. Zudem ist die Vorbereitung auf den Katastrophenfall unzureichend. Einerseits weisen zahlreiche Bauten als Folge ihrer Alterung und ihrer unterirdischen Lage Mängel auf. Andererseits ist die Ausrüstung oft überholt oder weitgehend inexistent. Da solche Ausrüstungen sehr rasch veralten, ist dies eine heikle Frage. Man kann nicht immer über das neuste medizinische Material verfügen, wenn dieses nicht gebraucht wird. Ausserdem gibt es Probleme mit der Sterilisierung und Desinfektion sowie mit der Sauerstoffversorgung. Schliesslich ist kein Reservepflegepersonal für den Betrieb dieser unterirdischen Räume vorhanden.

In einigen Kantonen ist vorgesehen, die geschützten Anlagen für den Gesundheitsschutz zu nutzen, etwa bei Veranstaltungen oder Pandemien. Dies ist jedoch eher die Ausnahme. Mehrere Spitäler verwenden die geschützten Räume für andere Zwecke und haben sie teilweise umgenutzt.

¹⁶ Dies kann je nach Art des Einsatzes und des Wiederholungskurses variieren.

Die EFK ist der Ansicht, dass die meisten geschützten Anlagen im Katastrophenfall nicht betriebsbereit sind. Auch wenn der Beizug der Armee möglich ist, bleiben die Kapazitäten der Sanitätstruppen beschränkt. Der Einsatz der Spitalbataillone in zivilen Strukturen erfordert einen grossen Planungsaufwand für nur wenige Einsatztage und beschränkt sich zudem auf einfache Pflegeleistungen und logistische Unterstützung.

Die Probleme sind dem BABS und dem KSD allgemein bekannt, vor allem das Alter, die Ausrüstung und der Zustand der Schutzanlagen sowie der Personalmangel für die Patientenversorgung. Die grosse Anzahl inaktiver Anlagen steht ihrem Einbezug in ein Dispositiv zur Bewältigung von Notfallsituationen ebenfalls eher entgegen. Deshalb stellt sich die Frage, weshalb nicht für eine Verbesserung der Situation gesorgt wird.

3 Schwache Führung und Steuerung auf Stufe Bund

3.1 Eine Konstellation von Akteuren, die einer effizienten Zusammenarbeit im Wege steht

Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen ist im BZG verankert. Diese Kompetenzen gelten für alle Schutzanlagen.¹⁷ Der Bund erlässt Vorschriften zur Erreichung einer ausgewogenen Bereitschaft der Schutzanlagen.¹⁸ Während die Kantone den Bedarf festlegen, bestimmt der Bund die Rahmenbedingungen und die Bedarfsplanung.¹⁹ Die Kantone sind für die Erstellung der Schutzanlagen sowie ihre Ausrüstung, den Unterhalt und die Erneuerung verantwortlich.

Die Frage der Schutzanlagen betrifft zahlreiche Dienststellen sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonsebene. Das nachfolgende Schema enthält eine Übersicht über die verschiedenen Akteure.

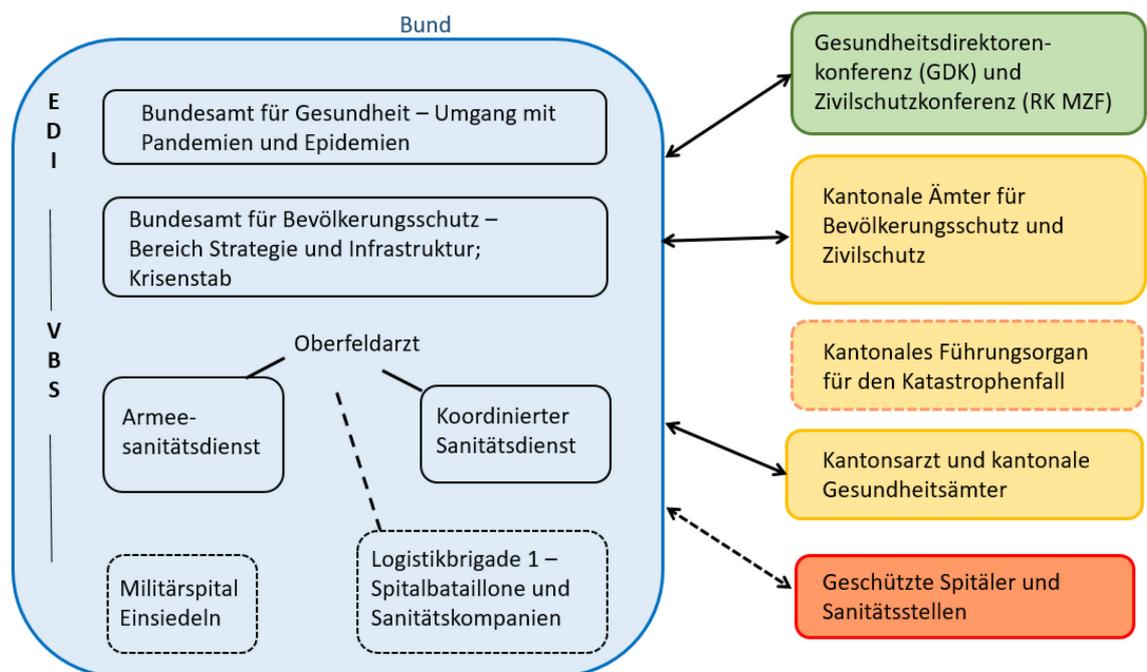


Abbildung 1: Übersicht über die involvierten Akteure

¹⁷ Schutzanlagen sind nach Art. 50 BZG Kommandoposten, Bereitstellungsanlagen, geschützte Sanitätsstellen und geschützte Spitäler.

¹⁸ Nach Art. 51 BZG hängt die Ausgewogenheit der Bereitschaft vom Status ab: inaktiv, aktiv, aktiv mit Sonderstatus KSD.

¹⁹ Gemäss Art. 52 BZG.

Auf Stufe Bund ist das BABS für die Schutzanlagen zuständig, zu denen auch die geschützten Spitäler und Sanitätsstellen gehören. Es legt die Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung sowie die Vorschriften fest, hauptsächlich zur Infrastruktur. Das BABS stellt einen Teil der Finanzierung für den Bau, den Unterhalt und die Erneuerung sicher. Seine Ansprechpartner in den Kantonen sind in den Ämtern für Bevölkerungs- und Zivilschutz sowie in der gleichnamigen interkantonalen Konferenz zu finden.

Der Oberfeldarzt hat Doppelfunktion, eine zivile und eine militärische. Dies soll einen subsidiären Einsatz der Sanitätstruppen zur Unterstützung der Zivilbehörden im Katastrophenfall ermöglichen. Militärisch leitet der Oberfeldarzt die Truppen jedoch nicht. Sie sind dem Kommandanten der Logistikbrigade 1 unterstellt. Im nachfolgenden Textkasten werden die der Armee zur Verfügung stehenden Mittel erläutert.

Armeeinfrastruktur: ungewisse Zukunft des Militärspitals Einsiedeln

Die vier Spitalbataillone müssen die geschützten Infrastrukturen der Spitäler nutzen können, insbesondere die sieben mit Sonderstatus KSD. Sie verfügen über eine Aufnahmekapazität von jeweils 100 Betten. Die Armee besitzt nur noch ein Militärspital in Einsiedeln mit einer Kapazität von 130 Betten. Es wurde Anfang der 1980er-Jahre gebaut und muss saniert werden. Die niedrigste Schätzung geht von Kosten von rund 32 Millionen Franken aus.

2018 fanden Gespräche über eine mögliche Schliessung dieses Spitals statt. In Friedenszeiten wird es nicht für die Patientenversorgung genutzt, sondern nur als Ausbildungszentrum für Rekrutenschulen und Wiederholungskurse. Für die Grundpflege der Armeeingehörigen verfügt der San D A²⁰ über sieben Medizinische Zentren der Region (MZR) und Krankenstationen in den Kasernen. Als Teil eines umfangreichen Erneuerungsprogramms sollten die MZR mittelfristig 1240 stationäre militärische Patienten behandeln können.

Der KSD arbeitet auf der Grundlage von Risiken und Szenarien und muss den Einsatz der verfügbaren zivilen und militärischen Mittel koordinieren, um die Patienten in einer ausserordentlichen Situation behandeln zu können. Obwohl es den KSD seit 1976 gibt, beruhen seine Aktivitäten auf einem 1996 erarbeiteten Konzept und einer 2005 verabschiedeten Verordnung.²¹ Im nachstehenden Textkasten werden die verschiedenen Aufgaben und Mittel des KSD präsentiert.

Der KSD arbeitet an der medizinischen Versorgung und befasst sich insbesondere mit den in den Spitälern verfügbaren Aufnahmekapazitäten für Patienten sowie Verletzte. Er vertritt heute die Ansicht, dass als Folge des Kapazitätsabbaus bei ausserordentlichen Ereignissen nicht genügend polytraumatisierte Patienten aufgenommen werden können. Der KSD verfügt in jedem Kanton über eine Anlaufstelle, meistens in den Gesundheitsdiensten, bisweilen aber auch in den Ämtern für Bevölkerungsschutz. In interkantonalen Fragen ist die GDK Ansprechpartnerin des KSD.

Das BAG ist für die Pandemie- und Epidemievorbereitung zuständig.²²

²⁰ Der Armeesanitätsdienst war früher Teil der Logistkbasis der Armee und ist heute dem Stab angegliedert.

²¹ Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst (VKSD) vom 27. April 2005 (SR 501.31), 2016 angepasst.

²² Gemäss Epidemiegesetz (EpG) vom 28. September 2012 (SR 818.101).

Auftrag und Aufgaben des Koordinierten Sanitätsdienstes

Vernetzung, um sicherzustellen, dass die verschiedenen Partner des KSD auf Bundes- und Kantonsebene im Fall eines massiven Zustroms von Patienten aktuelle Informationen über die Risiken und die jüngsten Entwicklungen erhalten. Es geht darum, den Wissens- und Informationsaustausch zu gewährleisten und angemessene Kommunikationsplattformen zur Verfügung haben.

Leistungserbringung, mit Fokussierung auf Leistungen, die nicht bereits von anderen Partnern der Rettungsdienste erbracht werden. Die Geschäftsstelle des KSD hat verschiedene IT-Plattformen wie das Informations- und Einsatzsystem (IES) entwickelt, das eine Beurteilung der Spital- und Rettungskapazitäten im Katastrophenfall ermöglicht.

Ausbildung, mit der Unterstützung der Entwicklung von Standards und *Good Practices* und der Ermutigung der verschiedenen Akteure zu Weiterbildungen. Unter den verschiedenen Akteuren soll eine *Unité de doctrine* gewährleistet werden. Ausserdem führt die Geschäftsstelle des KSD jedes Jahr einen Informationstag für alle Rettungsspezialisten durch.

Konzeptarbeit, mit der Entwicklung der notwendigen Einsatzgrundlagen und der Unterstützung der Partner bei Übungen. Die Geschäftsstelle des KSD hat zum Beispiel ein Konzept für die Dekontamination von Personen sowie ihren Transport und ihre Hospitalisierung nach einem ABC-Ereignis entwickelt. Sie hat auch die Richtlinien für die KSD-Spitäler erarbeitet und an der Festlegung der strategischen Reserve von 800 Betten in den geschützten Abteilungen der Spitäler mit Sonderstatus KSD mitgewirkt.

Die Geschäftsstelle des KSD verfügt über fünf Vollzeitstellen und ein Jahresbudget von 1,8 Millionen Franken.

Es besteht eine spezielle Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen dem KSD und den betroffenen kantonalen Stellen (Gesundheitsämter und Spitalleitung) für die Einrichtung und den Betrieb einer geschützten Spitalabteilung mit Sonderstatus KSD. In dieser Vereinbarung sind die Modalitäten für die Zusammenarbeit sowie die Anforderungen festgelegt. Die Vereinbarung gilt für vier Jahre und kann verlängert werden. Der KSD überweist an die sieben Spitäler mit diesem Sonderstatus eine jährliche Entschädigung von 210 000 Franken, d. h. je 30 000 Franken.

Bei der Finanzierung teilen sich Bund und Betreiber die Unterhaltskosten. Die vom Bund für den Betrieb und kleinere Reparaturen überwiesenen Pauschalbeträge belaufen sich im Jahresdurchschnitt auf 1,4 Millionen Franken (2008–2017). Sie decken jedoch nur einen Teil der Kosten. Nach Ansicht mehrerer befragter Personen muss der Betrag für eine realistischere Schätzung der Betriebskosten mindestens verdoppelt werden. Ausserdem werden die in Anspruch genommenen Flächen, auf denen keine andere Nutzung möglich ist, nicht berücksichtigt.

Der Bund finanziert den Bau, die Erneuerung sowie den Rückbau. Zwischen 2008 und 2017 betragen die Kosten fast 8,4 Millionen Franken, das sind durchschnittlich 840 000 Franken pro Jahr.

Der Überblick über die Kosten bleibt jedoch unvollständig, denn es fehlen diejenigen zulasten der Spitalbetreiber. Ausserdem sind darin die Auslagen der Armee, insbesondere bei ihren Einsätzen, nicht eingeschlossen.

Das BABS hat eine finanzielle Schätzung für die Erneuerung der Anlagen vorgenommen. Allein bei den Spitälern wird der Bedarf auf 180 Millionen Franken für 40 Anlagen, i. e. ca. 4,5 Millionen pro Anlage geschätzt.

3.2 Grosse Unterschiede bei den kantonalen Organisationen und Belastung für die Spitäler

Die Kantone haben es beim Bund mit mehreren Ansprechpartnern zu tun. Aber auch sie selbst sind unterschiedlich organisiert. Im besten Fall besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsbehörden und den Ämtern für Bevölkerungsschutz. Entscheidend ist, welche Bedeutung die Politik diesen Fragen entgegenbringt. Jeder Kanton verfügt über ein Führungsgremium für den Katastrophenfall. Die Spitäler müssen berücksichtigt werden. Ihr Status kann sich auf die Beziehungen zu den kantonalen Behörden auswirken, insbesondere, wenn sie privatisiert wurden. Spitaldirektionen sind dann möglicherweise weniger geneigt, an immobilisierten Räumen ohne echten Mehrwert festzuhalten, wenn sie die damit verbundenen Kosten selbst tragen müssen. Obwohl die Spitäler den besten Einblick in die operativen Fragen haben, unterhalten sie fast nie direkte Beziehungen zum Bund.

Der Kanton Wallis verfügt über ein im Dezember 2018 genehmigtes Konzept. Es legt die Nutzungsbedingungen der unterirdischen sanitätsdienstlichen Anlagen im Bedarfsfall (Krisen oder Katastrophen) fest. Dieses Konzept berücksichtigt verschiedene vom Kanton ermittelten Risiken (siehe Unterkapitel 4.3). Andere Kantone erwähnen zwar die vorhandenen Anlagen, beziehen sie operativ jedoch nicht in ihr Katastrophenmanagement ein. Gelegentlich schieben sich die kantonalen Akteure der Gesundheitsbehörden, der Ämter für Bevölkerungsschutz und der Spitäler gegenseitig die Verantwortung zu. Daher ist es schwierig zu wissen, wer für die Verwaltung dieser Anlagen zuständig ist. Ein weiteres Beispiel ist der Kanton Bern, wo die Spitäler doppelte Beiträge vom Kanton erhielten, einmal vom Gesundheitsdienst, das andere Mal vom Amt für Bevölkerungsschutz.²³

Für viele Spitäler sind die Schutzanlagen eine Belastung. Es sind unbenutzte und kaum nutzbare Räume, ausser etwa als Keller für die Materiallagerung oder als Garderobe. Im besten Fall werden die Räume teilweise als Ausbildungsräume oder Labors genutzt (siehe Unterkapitel 2.2). Die alternativen Nutzungsmöglichkeiten sind aufgrund der schlechten Lichtverhältnisse (kein Tageslicht) beschränkt. Die Bundesbeiträge sind nicht kostendeckend. Das BABS überweist jährlich 5800 Franken für den Betrieb eines geschützten Standardspitals²⁴ und 4400 Franken für eine geschützte Sanitätsstelle.

Die Frage, was in Zukunft mit den Schutzanlagen geschehen soll, stellt sich bei einer Sanierung des Spitalgebäudes.²⁵ Das Fehlen einer Gesamtvision sorgt bei den Spitälern für Verunsicherung. Was tun, wenn ein Spitalzentrum ein Gebäude, das über einen geschützten Bereich verfügt, wiederaufbauen will? Muss dieser Bereich erhalten und der Neubau darauf

²³ Von 2007 bis 2013 haben sieben Berner Spitäler vom Kanton doppelte pauschale Entschädigungen für die sanitätsdienstlichen Anlagen erhalten. Der zu viel erhaltene Betrag beläuft sich auf 832 000 Franken. Quelle: «Teure Panne in der Verwaltung». Berner Zeitung, 21.12.2018.

²⁴ Entspricht einer Fläche von 2000 m². Diese Subvention wird bei einer doppelt so grossen Anlage mit 1,5 und bei einer dreimal so grossen Anlage mit 2 multipliziert. Der Beitrag des BABS ergänzt die Entschädigung des KSD für die betroffenen Spitäler.

²⁵ Über 70 Spitäler müssen ihre Infrastruktur in den nächsten Jahren renovieren oder vollständig erneuern. Quelle: PWC (2013). Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen.

gebaut werden? In gewissen Fällen, wie in Baden (AG), hat man die Anlagen nicht behalten. In anderen Fällen wurde die Schutzanlage einem radikalen Wandel unterzogen, wie es das Beispiel des Universitätsspitals Basel zeigt, wo sie zu einem Parkhaus umfunktioniert wurde.

3.3 Mangelnde Vision und Koordination der Bundesbehörden

Die Rolle des Bundes wird von den Kantonen nicht infrage gestellt. Aber die Organisation wird als suboptimal beurteilt. In der Wahrnehmung der Kantone ist der Bund zu weit weg vom Geschehen und schwer zugänglich. Die Vorschläge, Besprechungen und Entscheidungen sind oft zu abstrakt. Den Bundesbehörden fehlt es an einer Gesamtvision. Manchmal neigen sie zum Mikromanagement. Nach Ansicht der befragten Kantone wird vom Bund erwartet, dass er einen Rahmen und die Hauptstossrichtungen vorgibt.

Unter den Ansprechpartnern, mit denen sich die EFK getroffen hat, ist die Rolle des KSD nicht immer klar und seine Tätigkeit nur wenig bekannt. Er wird als zu theoretisch und zu abgehoben von der Alltagsrealität empfunden. Oft ist der Querschnittscharakter seiner Funktion nicht klar, und er wird auch nicht wirklich genutzt. Jedes Bundesorgan gelangt an seinen Fachvertreter auf kantonaler Ebene. Die Rolle des KSD ist nicht klar fassbar, was bei den Kantonen für Verunsicherung sorgt. Er entwickelt Strategien, koordiniert aber nicht ausreichend. Die Kantone erhalten daher unstrukturierte Informationen.²⁶

Zudem hat die EFK einen Mangel an Zusammenarbeit zwischen den beiden Bundesstellen festgestellt. Das BABS ist für die Infrastruktur zuständig, hat jedoch keine Kompetenzen in Personalfragen und für medizinisches Material. Die Geschäftsstelle des KSD verfügt nur über sehr begrenzte Mittel und besitzt keine Entscheidungskompetenz. Trotz der bescheidenen Mittel wetteifern das BABS und der KSD um ihre jeweiligen Kompetenzen. Beide versuchen, die Führung in diesen Fragen zu übernehmen. Dies begünstigt weder ein klares Handeln noch eine gute Sichtbarkeit bei den anderen beteiligten Akteuren. Ausser in Epidemiefällen verfügt das BAG über keine Kompetenzen im Bereich des Krisenmanagements und im Hinblick auf einen Massenzustrom von Patienten.

Beurteilung

Aus Sicht der EFK erschwert die Konstellation der Akteure die Koordination im Hinblick auf eine effiziente Organisation sowohl im Bereich der strategischen Überlegungen, der Bedarfplanung als auch auf operativer Ebene. Die EFK hat festgestellt, dass der Wissensstand der Akteure teilweise gering ist.

Es lässt sich kaum sagen, wer wofür zuständig ist. Es gibt zu viele Linienverantwortliche und zu wenig direkte Kontakte zwischen den operativen Verantwortlichen und den Bundesbehörden. Die für die Sicherheit in den Spitälern Zuständigen sind oft am besten über die konkreten Fragen informiert.

²⁶ Dies wurde auch bei der Vorbereitung auf den Umgang mit den Ebola-Fällen festgestellt. Zwischen dem BAG und dem KSD besteht Klärungsbedarf und es gibt Zweifel an den Fähigkeiten und Möglichkeiten des KSD, eine wirkliche Unterstützung zu bieten.

Quelle: Büro Vatter (2015). Evaluation der Ebola-Vorbereitungen in der Schweiz im Bereich Gesundheit. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern, 10. November 2015, Seiten 22, 47, 49, 56.

Die Abschottung ist auch das Ergebnis sehr unterschiedlicher Organisationskulturen zwischen den Militär- und Zivilbehörden einerseits und dem Zivilschutz und den Gesundheitsfachleuten andererseits. Sie haben unterschiedliche Anliegen, setzen andere Prioritäten und haben eine andere Arbeitsweise. Die Art der Zusammenarbeit variiert von Kanton zu Kanton erheblich und hängt vom Bestehen transversaler Strukturen ab.

Nach Ansicht der EFK sind die Kompetenzen verwässert, sodass sich alle gegenseitig die Verantwortung zuschieben: zwischen den Gesundheitsbehörden und den Ämtern für Bevölkerungsschutz auf der einen und dem Bund und den Kantonen auf der anderen Seite. Dies blockiert Initiativen zur Verbesserung der Situation, zumal die finanziellen Herausforderungen bei einer Erneuerung der Anlagen gross sind.

Die Konkurrenz zwischen dem BABS und dem KSD ist einem Klima des Vertrauens und konstruktiven Wettbewerbs nicht zuträglich. Dies ist umso unverständlicher, als die beiden Bundesstellen nur über bescheidene Mittel verfügen, um etwas zu bewegen. Dem BABS fehlt es an der nötigen Sensibilität und an den Kompetenzen, um den sanitätsdienstlichen Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Die Geschäftsstelle des KSD ihrerseits verfügt über keine Entscheidungsbefugnis und ihre Mittel werden bereits stark von anderen Aufgaben beansprucht.

Es fehlt eine zentrale Anlaufstelle, an die sich die Kantone richten könnten. Diese zentrale Anlaufstelle müsste für die Anliegen der Kantone offen sein und ihnen entweder direkt Antwort geben oder sie an den zuständigen Ansprechpartner verweisen. Sie müsste ein Minimum an Kompetenzen in allen Fragen, welche die Schutzanlagen betreffen, haben, auch im Gesundheitsbereich.

Empfehlung 1 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem VBS, für die Belange der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen eine zentrale Anlaufstelle als zuständige Ansprechpartnerin für die Kantone zu schaffen. Diese zentrale Anlaufstelle muss über minimale Kompetenzen im Gesundheitsbereich verfügen.

Stellungnahme des VBS:

Die Empfehlung wird unterstützt. Die Ansprechstelle beschränkt sich jedoch nicht auf eine einzelne Organisationseinheit innerhalb des VBS. Sie setzt sich zusammen aus den Fachstellen Oberfeldarzt, BABS und dem Delegierten des Sicherheitsverbunds Schweiz. Die konkrete Ausgestaltung soll im Rahmen der Neuausrichtung des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD) erfolgen.

4 Ein überholtes Konzept und Verzögerungen bei der Bedarfsanpassung

4.1 Eine Antwort auf die Bedürfnisse des Kalten Krieges und kaum eine Veränderung seither

Das Konzept der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen geht auf den Kalten Krieg zurück. Es entspricht dem Sicherheitsbedürfnis, vor einem bewaffneten Konflikt gewappnet zu sein. Die Anlagen sind nicht in erster Linie darauf ausgerichtet, die Gesundheitsversorgung in Krisensituationen und bei Katastrophen in Friedenszeiten sicherzustellen. Diese Einrichtungen wurden im Hinblick auf ihre Aktivierung bei bewaffneten Konflikten geplant. In Friedenszeiten erfolgt die Gesundheitsversorgung auch in Krisensituationen nach zivilen Standards. Den Katastrophen und Notfällen wird mehr Bedeutung beigemessen.

Die Konfiguration der Anlagen hat sich nicht weiterentwickelt. Werden wirklich noch Räume mit Küche und Speiseraum benötigt, um die Truppe und das Personal unterzubringen? Ist ein von den anderen Notstromgruppen der Spitäler getrennter Stromgenerator nötig? Welche Ausstattung braucht es? Wie lässt sich sicherstellen, dass die Anlage im Bedarfsfall betriebsbereit ist? Ob und zu welchem Zweck diese Anlagen aufrecht erhalten bleiben, ist eine heikle Frage. Zwei Meinungen stehen sich gegenüber: auf der einen Seite die Befürworter des Erhalts für den Fall, dass sich das politisch-militärische Umfeld verschlechtern würde, und auf der anderen Seite die Befürworter einer Stilllegung aufgrund der Alterung und des geringen Nutzens der Anlagen, die zudem kostspielig und kaum wandlungsfähig sind.

Die wichtigste Entwicklung seit dem Ende des Kalten Krieges ist die Mittelkürzung: Abbau der Armeebestände und Schliessung der meisten Militärspitäler; Reduktion der finanziellen Mittel für die Schutzbauten; Aufhebung des Sanitätsdienstes im Zivilschutz. Ausserdem wurden zahlreiche Anlagen als inaktiv deklariert. Nur das Konzept des KSD, über ein Netzwerk von sieben Spitälern zu verfügen, ist ein Schritt, um den sanitätsdienstlichen Bedürfnissen bei ausserordentlichen Ereignissen besser Rechnung zu tragen.

4.2 Zu geringe Berücksichtigung der Risikoanalyse

Es gibt jedoch Instrumente, die in den letzten Jahren entwickelt wurden, um Koordinationspläne für Einsätze im Katastrophenfall vorzubereiten. Im Hinblick auf eine ausreichende Vorbereitung und einen angemessenen Einsatz hat das BABS ein Konzept für ein integriertes Risikomanagement erarbeitet. Angestrebt wird eine Verknüpfung von Risikerkennung, Präventivmassnahmen und operativen Kapazitäten. Seit 2007 ist jeder Kanton für die Erstellung einer Risikoanalyse verantwortlich. Das BABS muss die kantonalen Analysen harmonisieren. Der nachfolgende Textkasten zeigt die Grundlagen dieser Risikoanalyse.

Grundlagen für die Ermittlung des Risikos von Katastrophen und ausserordentlichen Ereignissen

Für jedes identifizierte Risiko haben die Kantone Szenarien mit einer Beschreibung der möglichen Ereignisse, der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Schadenhöhe erarbeitet. Das BABS hat Indikatoren für die Beurteilung der Szenarien vorgeschlagen. So können rund 30 in drei Gruppen unterteilte Gefahren erfasst werden:

- Naturgefahren: Erdbeben, Hochwasser, Kälte- oder Hitzewellen, Epidemien und Pandemien.
- Technische Gefahren: Industrie-, Verkehrs-, Bahn- und Flugunfälle, Dammbbruch, radioaktive Verstrahlung, Stromnetzausfall, Ausfall der Informationssysteme.
- Gefahren für die Gesellschaft: soziale Unruhen, terroristische Bedrohungen, Grossdemonstrationen, Wasser- oder Energieversorgungskrisen, Migrationsdruck.

Die Bedrohungen in Verbindung mit einem bewaffneten Konflikt werden nicht berücksichtigt, da dafür der Bund und die Militärbehörden zuständig sind. Sie fehlen in den Szenarien der Kantone und in ihren Einsatzplänen.

Diese Risikoanalysen sind ein wichtiges Instrument für den Vorbereitungsgrad der Krisenmanagement-Organen und die Ausarbeitung der operativen Pläne im Katastrophenfall. Der Sanitätsbereich ist ein Kernelement eines Einsatzdispositivs.

Allerdings haben nur wenige Kantone die geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen in ein solches Dispositiv eingebunden. Sie werden manchmal erwähnt, ohne viel über den Bereitschaftsgrad sowie die im Katastrophenfall benötigte Ausrüstung und erforderlichen Mittel zu sagen. Ausserdem werden nur die aktiven Anlagen berücksichtigt – wenn überhaupt.

Da die Schutzanlagen im Hinblick auf eine Verwendung bei einem bewaffneten Konflikt konzipiert wurden und diese Frage in den Zuständigkeitsbereich des Bundes fällt, bestehen kaum Anreize, sie in die Krisenmanagement-Planung aufzunehmen. Ausserdem befinden sich viele nicht in einem guten Zustand. Und der Bund hat kaum entsprechende Impulse und Anregungen gegeben. Dies zeigt, dass die Nutzung dieser Anlagen in Friedenszeiten kaum formalisiert ist.

4.3 Das Beispiel Wallis

Das Wallis hat ein Konzept für die sanitätsdienstliche Organisation bei schweren Krisen erarbeitet.²⁷ Es umfasst die geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen in der Annahme, dass es eine hohe Behandlungsnachfrage geben wird, die über die normalen Kapazitäten des Gesundheitssystems hinausgeht. Dieses Konzept sieht eine enge Zusammenarbeit zwischen der Dienststelle für zivile Sicherheit und Militär und der Dienststelle für Gesundheitswesen vor, insbesondere in ihren Beziehungen zum Bund. Es beruht auf der Identifizierung wesentlicher Risiken.²⁸ Die Wahrscheinlichkeit, dass in diesem Kanton Naturgefahren auftreten, ist hoch.²⁹

²⁷ Richtlinien für sanitätsdienstliche Grossereignisse. Kanton Wallis, Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur, November 2018. Der Staatsrat des Kantons Wallis hat diese Richtlinien im Dezember 2018 verabschiedet.

²⁸ Risikoanalyse – Schlussbericht. Kanton Wallis, Dienststelle für zivile Sicherheit und Militär, Juni 2010.

²⁹ Der Kanton Wallis hat Lawinen, Hochwasser, Erdbeben und grosse Waldbrände als grosse Naturgefahren ermittelt. Zu den weiteren Risiken sind der Transport gefährlicher Güter auf Schiene und Strasse, der Ausfall der Informationssysteme, Stromnetzausfälle und Pandemien zu nennen.

Es wurde ein Inventar der verfügbaren Infrastrukturen und Ressourcen erstellt, unter anderem der 1900 Betten in geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen.³⁰ Erfasst werden auch die Verkehrsmittel und das Spitalpersonal mit einer kurzfristigen (12 bis 48 Stunden), mittelfristigen (3 bis 7 Tage) und langfristigen (8 bis 30 Tage) Bedarfsplanung. Für ein geschütztes Spital basierte die Bedarfsschätzung auf dem Betrieb einer Abteilung mit 48 Spitalbetten im Krisenfall rund um die Uhr.

Derzeit ist nur die Spitalanlage Siders mit Sonderstatus KSD innert 12 Stunden mobilisierbar. Nebst den vom KSD bereitgestellten Betten ist diese Anlage mit rund 100 alten Spitalbetten ausgestattet. Der Kanton Wallis würde die geschützten Anlagen der Spitäler Brig und Sitten gern nach dem Modell des Spitals Siders erneuern, damit sie schnell betriebsbereit sind. Diese beiden Spitäler verfügen in der Tat über eine vollständige technische Ausstattung mit Notfallabteilung und OP-Sälen. Laut Schätzungen des Kantons sind für die Anpassung dieser momentan inaktiven Anlagen, unter Berücksichtigung von Innenausbau und Ausrüstung, je 5 Millionen Franken erforderlich.

4.4 Eine Arbeitsgruppe legt Ergebnisse vor, die aber folgenlos bleiben

Die laufende Revision des Bevölkerungsschutzgesetzes befasst sich entgegen den ursprünglichen Plänen nicht mit der Frage der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen, obwohl unter der Federführung des BABS eine Arbeitsgruppe gebildet wurde.³¹

Im April 2015 genehmigt das BABS einen internen Auftrag für die Erarbeitung einer Strategie über die Weiterentwicklung der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen.³² Ausgangspunkt ist die Entwicklung der Sicherheitspolitik. Der Bund steht vor zwei Herausforderungen: einerseits das Bevölkerungswachstum, andererseits die Umstrukturierung der kantonalen Spitalinfrastrukturen. Demnach besteht das Risiko, dass der Richtwert von 0,6 % der Bevölkerung mit Zugang zu geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen nicht mehr erreicht wird.

Das BABS ist bereits der Ansicht, dass zahlreiche Anlagen die Kriterien für einen allfälligen Einsatz im Katastrophenfall nicht erfüllen, darunter ein Drittel der als aktiv deklarierten Anlagen. Ein Drittel der Anlagen ist über 30 Jahre alt, ein weiteres Drittel zwischen 20 und 30 Jahre. Es wären grössere Investitionen erforderlich.

Ziel des Auftrages ist es,

- die Reserven an Spitalbetten zu ermitteln und zu evaluieren, einschliesslich der militärischen Mittel, und herauszufinden, ob die Kapazitäten im Katastrophenfall ausreichen.
- verschiedene Lösungen, die vom Status quo bis zum Verzicht auf geschützte sanitätsdienstliche Anlagen reichen, zugunsten anderer Einrichtungen vorzuschlagen und zu evaluieren. Es müssen mindestens vier Varianten mit ihren rechtlichen, organisatorischen, personellen und finanziellen Folgen herangetragen werden.

³⁰ Dazu gehören die fünf geschützten Spitäler, zwei Notfallstationen und zwölf geschützte Sanitätsstellen.

³¹ Strategiegruppe geschützte Spitäler, 2015–2017.

³² BABS (2015). Strategie Weiterentwicklung der sanitätsdienstlichen Anlagen (geschützte Sanitätsstellen und geschützte Spitäler) im Rahmen des Bevölkerungsschutzes, 10.4.2015.

Neben dem BABS gehören der Arbeitsgruppe folgende Organe und Personen an: KSD, Armeesaniättsdienst, zwei Delegierte der Konferenz der kantonalen Verantwortlichen für Bevölkerungsschutz und eine delegierte Person der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz. Diese Gruppe hat Optionen besprochen, Szenarien erarbeitet und Schätzungen des Investitionsbedarfs vorgenommen. Aufgrund einer Priorisierung der Alternativen hat sie sich für eine Option entschieden, die auch von der Steuergruppe befürwortet wurde.

Die Tätigkeit dieser Arbeitsgruppe ist jedoch kaum bekannt, auch nicht die diskutierten Optionen und die Szenarien. Die EFK war überrascht, dass die kantonalen Ansprechpartner kaum Kenntnis von dieser Arbeitsgruppe und ihren Ergebnissen sowie vom Stand der Überlegungen zum zukünftigen Bedarf und den möglichen Optionen hatten. Die Arbeiten wurden nicht weiterverfolgt, Ende 2017 wurden sie eingestellt. Die Abbildung 2 zeigt den chronologischen Verlauf des Dossiers.

Die Kantone delegierten zwar Vertreter, ihre Rolle und ihr Einsatz blieben jedoch beschränkt. Zunächst war es organisatorisch nicht einfach, Profile zu finden, die eine strategische Vision und zugleich auch operative Kenntnisse hatten. Zweitens war es schwierig, einen wirksamen Informationsfluss zu erreichen, zumal die Vertreter in den Arbeitsgruppen über keine Entscheidungsbefugnis verfügten. So erhielten sie nur wenige Anweisungen, um die Sitzungen vorzubereiten und kaum Rückmeldungen über das Sitzungsergebnis. Drittens erwies sich allein schon die Organisation der Arbeitsgruppe wegen der mangelnden Verfügbarkeit der Beteiligten als schwierig: Schwierigkeiten bei der Teilnahme an den Sitzungen, Zeitaufwand für die Vorbereitung und Vorbringung eines Beitrages. Überdies brachte das BABS, das die Sitzungen leitete, selbst die meisten Vorschläge ein. Somit wurde kein echtes Brainstorming durchgeführt, um alternative Ideen zur Sprache zu bringen und neuartige Lösungen auszuarbeiten.

Zwischen dem BABS und dem KSD traten Meinungsverschiedenheiten auf, hauptsächlich in Bezug auf die Federführung. Und dennoch liess sich der KSD in der Arbeitsgruppe von einem externen Auftragnehmer vertreten, was bei einer Frage, die strategische Überlegungen erfordert, schwer nachzuvollziehen ist. Der Arbeitsgruppe gelang es nicht, die Differenzen zwischen Sicherheitserwägungen und sanitätsdienstlichen Belange zu überwinden.

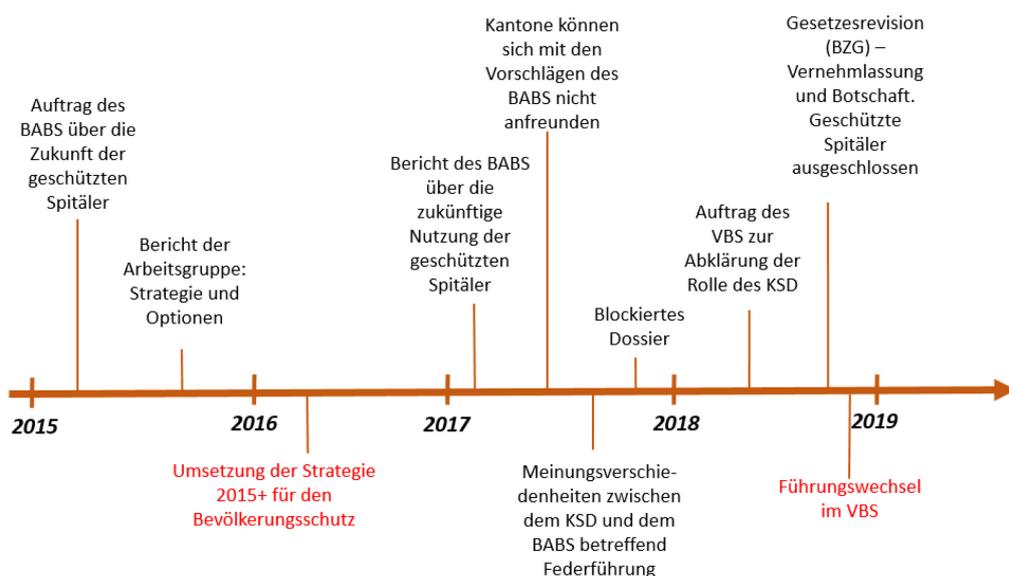


Abbildung 2: Chronologische Entwicklung der Überlegungen über die Zukunft der geschützten Spitäler

Sowohl das BABS als auch der KSD sind der Ansicht, dass die Vorgehensweise und die Zuständigkeiten nicht hinreichend geklärt sind, und haben beim VBS Klärungsbedarf angemeldet. Das BABS vertritt die Meinung, die Schutzanlagen und der Bevölkerungsschutz gehörten zu seinen Kompetenzen. Der KSD betont die Bedeutung des von ihm aufgebauten medizinische Netzwerks und der Verbindungen zum Armeesaniättsdienst.

Da das Departement nicht schlichtend eingegriffen hat, ist die Situation weiterhin festgefahren. Das VBS zog es jedoch vor zu warten und beauftragte 2018 einen externen Experten, um die Zuständigkeiten und die Koordination zwischen den beiden Bundesstellen zu klären. Die Ergebnisse wurden auf Ende 2018 erwartet. Der Wechsel an der Departementsspitze hat die Diskussion über die Ergebnisse und Massnahmen verzögert, zumal das Dossier nicht als dringlich eingestuft ist.

4.5 VBS beauftragt externen Experten

Um die Zuständigkeiten des BABS und des KSD zu klären, erteilte das VBS im Juni 2018 Professor Thomas Zeltner, dem ehemaligen Direktor des BAG, einen entsprechenden Auftrag.³³ Untersucht werden sollte, ob Anpassungen in der Organisation, bei den Mitteln und der Leitung des KSD notwendig sind. Der Beauftragte hatte zur Zusammenarbeit und Komplementarität zwischen den einzelnen Akteuren sowie zur Doppelfunktion des auch für den KSD verantwortlichen Oberfeldarztes Stellung zu nehmen. Die Ergebnisse sollten dem VBS als Entscheidungsgrundlage für allfällige Anpassungen beim KSD dienen.

Die EFK hat die Ergebnisse zur Kenntnis genommen. Sie zeigen Lücken im Spitalbereich auf, insbesondere die ungenügenden Reserven bei einem massiven Zustrom von Patienten. Die EFK stellt die Grundlagen der Risikoanalyse nicht infrage, zeigt jedoch die Mängel des Sanitätssystems im Hinblick auf die Bewältigung einer Krisensituation auf. Mittelfristig empfiehlt die EFK, die Kompetenzen des KSD auf die Kantone zu übertragen. Ihr zufolge ergänzt dieses Gutachten ihre eigene Analyse mit einer weitgehend ähnlichen Einschätzung der Situation. Dies bietet dem VBS die Gelegenheit, Massnahmen zur Verbesserung der Situation zu ergreifen.

Beurteilung

Die EFK ist erstaunt, dass sich die Arbeitsgruppe des BABS nicht weiter mit alternativen Lösungen sowie den Grundlagen und Grundsätze der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen befasst hat. Ist die Regel der 0,6 % noch aktuell? Wie können die geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen je nach Ausmass der Katastrophe (lokal, regional, national) in ein Krisenmanagement einbezogen werden? Inwieweit sind die privaten Spitäler Teil eines Dispositivs für den Katastrophenfall? Warum nicht die MZR berücksichtigen? Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe beruhen weder auf einer breit angelegten Konsultation noch auf einer Validierung möglicher Lösungen durch die involvierten Akteure.

Sichtbar werden sowohl ein Konkurrenzproblem zwischen den Bundesbehörden als auch ein Problem in der Frage der Federführung. Die Beiträge der Arbeitsgruppe wurden kaum zur Kenntnis genommen. Sie verlieren sich in den verschlungenen Hierarchien der verschiedenen Institutionen. Hinzu kommt die Problematik der Beziehungen zwischen den Kantonen und dem Bund. Erschwerend kommt hinzu, dass das Problem nicht als politisch dringend angesehen wird. Es reicht nicht, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die ein paar Sitzungen pro

³³ Die EFK konnte Einsicht in den Auftrag nehmen und führte mit dem Auftragnehmer auch Gespräche.

Jahr abhält. Die Beteiligten müssen dem Anliegen zustimmen und überzeugt sein, dass die Ergebnisse etwas bringen werden. Die EFK stellt eine Zeit-, Energie- und Geldverschwendung fest. Die Verzögerungstaktik des Bundes verhindert jeglichen Fortschritt in dieser Frage. Das Ausbleiben einer Entscheidung sorgt bei den Spitälern, bei denen Erneuerungen oder Erweiterungen anstehen, für Verunsicherung.

Fakt ist, dass diese Anlagen existieren. Solange sie sich in gutem Zustand befinden, sollten sie aus Sicht der EFK auch genutzt werden. Etwa im Katastrophenfall für die Versorgung von Patienten, die keine Intensivpflege benötigen, und so in den oberirdischen Räumen Platz für Betroffene mit schwereren Verletzungen schaffen würden. Alternativen dazu gibt es kaum.

Nach Ansicht der EFK muss die Einrichtung der geschützten Spitäler überdacht werden, um im Katastrophenfall besser auf die zivilen Bedürfnisse reagieren zu können. Den sanitätsdienstlichen Überlegungen ist stärker Rechnung zu tragen. Bei einem massiven Zustrom von Patienten könnte man in den unterirdischen Anlagen leichtere Fälle behandeln und so die technische Ausrüstung für die schwereren Fälle freigeben. Auch der Bedarf an verfügbarem medizinischem Material ist zu definieren. Die entscheidende Frage betrifft aber letztlich die personellen Ressourcen: Welche Mittel stünden zur Verfügung, um Patienten in den unterirdischen Räumen zu versorgen, wohl wissend, dass das Pflegepersonal des Spitals bereits voll ausgelastet wäre?

Wie in den Richtlinien des Kantons Wallis ist es möglich, die Bereitstellung der Betten mit der notwendigen Ausrüstung und den erforderlichen Ressourcen nach drei Bereitschaftsgraden zu definieren.³⁴

Die EFK ist der Auffassung, dass die MZR in das zivile Krisenmanagement in Friedenszeiten zur Unterstützung der Zivilbevölkerung integriert werden sollten. Für diese Zentren wurde ein Erneuerungsprogramm in die Wege geleitet. Die Rolle des Militärspitals ist zu klären, damit es im Katastrophenfall bei Bedarf zivile Patienten aufnehmen kann. Die EFK ist somit der Meinung, dass alle verfügbaren Ressourcen, ob zivil oder militärisch, privat oder öffentlich, bestmöglich genutzt werden sollten.

Nach einer sorgfältigen Analyse würden Anlagen, die sich in einem schlechten Zustand befinden, herabgestuft.

Empfehlung 2 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem VBS, die Strategie der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen unter Berücksichtigung folgender Aspekte zu überdenken:

- Einbezug dieser Anlagen in die Katastrophenbewältigungsszenarien der Kantone
- Neudefinition von Standards zur Nutzung dieser Räume im Bedarfsfall (Ausrüstung und Personal)
- Einbezug der MZR und des Militärspitals Einsiedeln in die Dispositive zur Katastrophenbewältigung in Friedenszeiten
- Überprüfung der Bedarfsplanung (Anzahl Anlagen, Ausrüstung, Personal) und des Finanzbedarfs (Sanierung bestehender Anlagen).

³⁴ Mittel zur Bewältigung der Notfälle bei einer Katastrophe innert 12 Stunden mobilisierbar;
notwendige Mittel zur Entlastung der Spitäler innert 48 Stunden;
Mittel zur Verlegung pflegebedürftiger Patienten innert acht Tagen bereitgestellt.

Stellungnahme des VBS:

Die Empfehlung wird unterstützt. Die Massnahme soll im Rahmen des Auftrags der Chefin VBS zur Erarbeitung der Strategie für den Werterhalt der geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen konkretisiert und umgesetzt werden. Die im Parlament verabschiedete Totalrevision des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG) gilt dabei als rechtliche Grundlage.

Anhang 1: Rechtsgrundlagen und amtliche Dokumente

Rechtstexte und Richtlinien

Bundesgesetz über die Armee und die Militärverwaltung (Militärgesetz, MG) vom 3. Februar 1995 (SR 510.10), Stand 28. August 2018

Bundesgesetz über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz (Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetz, BZG) vom 4. Oktober 2002 (SR 520.1), Stand 1. Januar 2017

Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012 (SR 818.101), Stand 1. Januar 2017

Verordnung über den Zivilschutz (Zivilschutzverordnung, ZSV) vom 5. Dezember 2003 (SR 520.11), Stand 1. März 2018

Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst (VKSD) vom 27. April 2005 (SR 501.31), Stand 1. Februar 2016

Weisungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz über die Verwendung der bestehenden Schutzanlagen vom 1. Oktober 2012

Weisungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz über die Entrichtung von jährlichen Pauschalbeträgen zur Sicherstellung der Betriebsbereitschaft der Schutzanlagen vom 20. Dezember 2013 (Gültigkeit am 7. Dezember 2018 verlängert)

Weisungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz über die periodische Schutzraumkontrolle 2013 (Weisungen PSK 2013) vom 1. Oktober 2012

Rundschreiben des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz – Regelung bezüglich der Medizinalgasflaschen in den sanitätsdienstlichen Schutzanlagen, 15. Mai 2007

Reglement 59.021d – Sanitätsdienst der Truppe, Schweizer Armee, gültig ab 1.1.2008

Richtlinien betreffend die Bereitschaft der geschützten Spitäler und der geschützten Sanitätsstellen, 3. Januar 2011, Koordinierter Sanitätsdienst und Bundesamt für Bevölkerungsschutz

Botschaften und amtliche Dokumente

18.085 – Botschaft zur Totalrevision des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes vom 21. November 2018, BBl 2018-1604

Strategie Bevölkerungsschutz und Zivilschutz 2015+. Bericht des Bundesrates vom 9. Mai 2012, BBl 2012-0606

VBS (2016). Umsetzung Strategie Bevölkerungsschutz und Zivilschutz 2015+. Bericht an den Bundesrat vom 6. Juli 2016

Anhang 2: Abkürzungen

| | |
|---------|---|
| ABC | Atomar, biologisch, chemisch |
| BABS | Bundesamt für Bevölkerungsschutz |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BZG | Bundesgesetz über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz |
| EDI | Eidgenössisches Departement des Innern |
| EFK | Eidgenössische Finanzkontrolle |
| EpG | Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) |
| GDK | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| IES | Informations- und Einsatzsystem |
| ISSAI | International Standards of Supreme Audit Institutions |
| KSD | Koordinierter Sanitätsdienst |
| MZR | Medizinisches Zentrum der Region |
| San D A | Armeesanitätsdienst |
| VBS | Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport |
| VKSD | Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst |
| ZSV | Verordnung über den Zivilschutz |

Priorisierung der Empfehlungen

Die Eidg. Finanzkontrolle priorisiert die Empfehlungen nach den zugrunde liegenden Risiken (1 = hoch, 2 = mittel, 3 = klein). Als Risiken gelten beispielsweise unwirtschaftliche Vorhaben, Verstösse gegen die Recht- oder Ordnungsmässigkeit, Haftungsfälle oder Reputationsschäden. Dabei werden die Auswirkungen und die Eintrittswahrscheinlichkeit beurteilt. Diese Bewertung bezieht sich auf den konkreten Prüfgegenstand (relativ) und nicht auf die Relevanz für die Bundesverwaltung insgesamt (absolut).