

Schlussbericht

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

Marius Féraud, Eveline Huegli, Christian Rüefli (Büro Vatter)

Fachliche Unterstützung: Dominik Schorr (ehem. Kantonsarzt BL)

Bern, 10. November 2015

Impressum

Vertragsnummer:	15.006692 / 304.0001-1010
Laufzeit:	April 2015 – November 2015
Datenerhebungsperiode:	April 2015 – Juli 2015
Leitung Evaluationsprojekt im BAG:	Tamara Bonassi, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
Meta-Evaluation:	<p>Der vorliegende Bericht wurde vom BAG und der GDK extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG und der GDK abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle E+F des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Resultat der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p>
Bezug:	Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), Bundesamt für Gesundheit, CH-3003 Bern evaluation@bag.admin.ch www.bag.admin.ch/evaluation
Zitervorschlag:	Féraud, Marius, Eveline Huegli und Christian Rüefli (2015). Evaluation der Ebola-Vorbereitungen in der Schweiz im Bereich Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
Korrespondenzadresse:	Büro Vatter, Politikforschung & -beratung; Gerbergasse 27, CH-3011 Bern

Abstract

Ab Dezember 2013 breitete sich in Westafrika eine Ebola-Epidemie aus. Bis Anfang Juli 2015 hatten sich 27'609 Personen infiziert, 11'261 Infizierte verstarben an der Viruserkrankung. Im August 2014 setzte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Task Force ein, welche sich seitdem gemeinsam mit verschiedenen Partnern im In- und Ausland koordiniert, um rechtzeitig auf mögliche einzelne Ebola-Fälle in der Schweiz vorbereitet zu sein.

Die externe Evaluation untersuchte diese Ebola-Vorbereitungen im Gesundheitsbereich in der Schweiz. Zu beurteilen waren die BAG-interne Organisation (Task Force), die Zweckmässigkeit der getroffenen Massnahmen, die Koordination und Zusammenarbeit zwischen dem BAG und seinen Partnern, die bestehenden und künftigen gesetzlichen Grundlagen wie auch Fragen der Finanzierung und Abgeltung von Investitions- und Behandlungskosten. Die Analyse stützt sich neben einer Dokumentenanalyse auf die Befragung von BAG-Mitarbeitenden und den Partnern des BAG.

Die Evaluation kommt zum Schluss, dass die BAG-interne Organisation insgesamt zweckmässig war. Eine Optimierungsmassnahme sieht das Evaluationsteam darin, die Krisenorganisation künftig direkt beim Direktor anzusiedeln.

Die Vorbereitungsmaßnahmen haben sich mehrheitlich bewährt. In der medizinischen Versorgung (Spitäler, Patiententransporte, Labordiagnostik) waren diese allerdings nicht effizient und verspätet. Aus Sicht des Evaluationsteams braucht es in vergleichbaren Situationen (tiefe erwartete Fallzahlen, hohe Anforderungen an die medizinische Versorgung) eine stärkere übergeordnete Koordination. Im Hinblick auf das neue Epidemien-gesetz ab 2016 bietet sich für die Akteure die Möglichkeit, zu klären, wie künftig eine stärkere Koordination sichergestellt werden kann.

Um die medizinische Versorgung in Zukunft gewährleisten und verbessern zu können, müssen aus Sicht des Evaluationsteams Referenzspitäler definiert werden. Bezüglich Fragen der Finanzierung und Abgeltung wird ein gesamtschweizerisches Finanzierungsmodell vorgeschlagen. Verschiedene Möglichkeiten zur Aufteilung von Investitionskosten zwischen Bund und Kantonen werden aufgezeigt, wie auch der Umgang mit den Behandlungskosten.

Executive Summary

1. Einleitung

Ab Dezember 2013 breitete sich in Westafrika eine Ebola-Epidemie aus. Hauptbetroffene Länder waren Guinea, Sierra Leone und Liberia. Gemäss der World Health Organization (WHO) beläuft sich die Zahl der Ebola-Fälle seit dem Ausbruch der Epidemie auf 27'609 Personen; 11'261 Infizierte verstarben an der Viruserkrankung (Stand: 8. Juli 2015).

Gemäss der Risikoeinschätzung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) war resp. ist ein Ausbruch von Ebola in der Schweiz sehr unwahrscheinlich. Demgegenüber wurden vom BAG einzelne Fälle aufgrund folgender Konstellationen als möglich erachtet: 1.) Repatriierung/medizinische Evakuierung einer infizierten resp. erkrankten Person aus den von der Ebola-Epidemie betroffenen Ländern; 2.) Einreise einer infizierten resp. erkrankten Person im Asylbereich; 3.) sonstige Einreise einer infizierten resp. erkrankten Person.

Im BAG wurde Anfang August 2014 eine Arbeitsgruppe (Task Force) für Ebola eingesetzt. Die Aufgabe der Task Force bestand darin, die Vorbereitungen in der Schweiz gemeinsam mit verschiedenen Partnern zu koordinieren: Bundesstellen (Staatssekretariat für Migration [SEM], Krisenmanagement-Zentrum [KMZ] des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten [EDA], Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit [DEZA], Bundesamt für Strassen [ASTRA], Bundesamt für Umwelt [BAFU], Koordinierter Sanitätsdienst [KSD], Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [SUVA]), Kantone (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], Kantonsärzteschaft), Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitäler sowie internationale Organisationen (WHO, Health Security Committee der EU) und diverse internationale NGOs.

Die Ebola-Vorbereitungen umfassten die in Tabelle 1 dargestellten Massnahmenbereiche.

Tabelle 1: Massnahmenbereiche der Ebola-Vorbereitungen und Zuständigkeiten

Massnahmenbereiche	Hauptsächlich zuständige Akteure
Spitäler (Abklärung von Verdachtsfällen, Behandlung von bestätigten Fällen, Abfallentsorgung)	Kantone; ASTRA/BAFU (Abfallentsorgung); Rolle BAG: Koordination
Labordiagnostik (Virusnachweis, Spitallabordiagnostik)	SUVA und BAG
Patiententransporte	Kantone und Gemeinden; Rolle BAG: Koordination
Massnahmen bezüglich Mitarbeitenden von internationalen Organisationen und NGOs	BAG, internationale Organisationen und NGOs
Asylwesen	SEM und BAG bezüglich Zentren des Bundes; Kantone (Kantonsärzteschaft) ausserhalb der Zentren
Information und Kommunikation	BAG
Repatriierung von Verdachtsfällen oder erkrankten Personen	KMZ (EDA), BAG, internationale Organisationen und NGOs
Massnahmen an Flughäfen und Grenzen	BAG, Kantone (Kantonsärzteschaft)

Das BAG und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) haben im Frühjahr 2015 das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, mit der Evaluation der Ebola-Vorbereitungen im Gesundheitsbereich in der Schweiz beauftragt. Die Evaluation beinhaltet folgende Aspekte:

1. Organisation, Ressourcen, Arbeitsabläufe (Prozesse) und Zusammenarbeit innerhalb des BAG
2. Zweckmässigkeit der getroffenen Massnahmen in verschiedenen Bereichen
3. Koordination und Zusammenarbeit des BAG mit Partnern sowie Fragen der Finanzierung und Abgeltung von Investitions- und Behandlungskosten
4. Zweckmässigkeit der rechtlichen Grundlagen (Epidemiengesetz [EpG], neues EpG ab 2016)

Auf Basis der Evaluationsergebnisse galt es, Empfehlungen im Hinblick auf künftige vergleichbare Krisensituationen im Gesundheitsbereich zu erarbeiten. Als „vergleichbare Situationen“ werden Situationen aufgefasst, die sich 1.) durch tiefe erwartete Fallzahlen und 2.) durch hohe Anforderungen an die medizinische Versorgung (organisatorischer Aufwand und Schutz des Personals) auszeichnen.

Die Evaluation wurde im Zeitraum zwischen April 2015 und Oktober 2015 durchgeführt.

2. Methodik und Ablauf

Die Datenerhebung stützte sich auf eine schriftliche Befragung und daran anschliessende vertiefende Interviews der Partner des BAG. Befragt wurden insgesamt sechs Bundesstellen, die GDK, fünf Vertreterinnen und Vertreter der Kantonsärzteschaft, neun Spitäler (darunter alle Universitätsspitäler), die EU sowie zwei internationale NGOs (insgesamt wurden 24 Partner befragt). Die WHO reagierte nicht auf eine entsprechende Anfrage.

Für die Datenerhebung innerhalb des BAG wurde neben einer Dokumentenanalyse und leitfadengestützten Interviews (Direktor BAG, Gesamtverantwortlicher und Leiter Task Force) eine Rating-Konferenz mit Mitgliedern der Task Force durchgeführt: Die Teilnehmenden füllten zunächst einen schriftlichen Fragebogen aus, der vor Ort ausgewertet wurde. Die Ergebnisse wurden direkt im Anschluss in einer Gruppendiskussion vertieft (insgesamt nahmen 13 Mitglieder der Task Force an der Rating-Konferenz teil).

Die schriftliche Befragung dauerte vom 27. Mai 2015 bis am 15. Juli 2015. Die vertiefenden Gespräche mit den Partnern und die Interviews mit den drei Vertretern des BAG fanden zwischen dem 3. Juni 2015 und dem 23. Juli 2015 statt. Die Rating-Konferenz wurde am 5. Juni 2015 durchgeführt. Der Schwerpunkt der Dokumentenanalyse erfolgte im April 2015.

Neben der Datenerhebung wurden regelmässige Projektsitzungen mit der Leitung des Evaluationsprojekts und dem Leiter der Task Force abgehalten, bei denen der Stand der Arbeiten besprochen, vorläufige Erkenntnisse diskutiert und die weiteren Projektschritte definiert wurden.

niert wurden. Die Evaluationsarbeiten wurden von Dr. Dominik Schorr, dem ehemaligen Kantonsarzt des Kantons Basel-Landschaft, fachlich begleitet.

3. Resultate

BAG-interne Organisation

Die Situation in den von der Ebola-Epidemie betroffenen Ländern wurde innerhalb des BAG durch die Abteilung Übertragbare Krankheiten (Sektion Krisenbewältigung und Internationale Zusammenarbeit) ab dem Bekanntwerden der ersten Fälle beobachtet. Anfangs August 2014 setzte das BAG die Task Force Ebola ein, die sich bis zum Jahresende mehrmals wöchentlich traf. Ab Januar 2015 wurde der Sitzungsrhythmus auf ein Treffen wöchentlich und ab März 2015 auf einen monatlichen Termin reduziert.

Das Krisenhandbuch des BAG sieht vor, dass ein Krisenstab direkt dem Direktor BAG unterstellt ist. Da in der Einschätzung des BAG keine Gefahr für die Bevölkerung bestand und die Öffentlichkeit nicht beunruhigt werden sollte, wurde die Situation nicht als Krise eingestuft; daher wurde auf die Einsetzung einer Krisenorganisation nach Krisenhandbuch verzichtet. Im vorliegenden Fall war die Task Force auf Stufe Abteilung angesiedelt. Die Gesamtverantwortung für die Task Force lag beim Leiter der Abteilung Übertragbare Krankheiten, die Leitung beim Leiter der Sektion Krisenbewältigung und internationale Zusammenarbeit. Innerhalb der Task Force gab es neun für verschiedene Aufgabenbereiche zuständige Arbeitsgruppen. Die Kommunikation zum Generalsekretariat des EDI und die Information des Bundesstabs ABCN erfolgten durch den BAG-Direktor.

Die Task Force setzte sich in einer ersten Phase (bis Ende November 2014) aus 12-14 Mitarbeitenden aus verschiedenen Sektionen der Abteilung Übertragbare Krankheiten und vereinzelt der Abteilungen Biomedizin und Internationales zusammen. Ab Ende November 2014 wurden zusätzlich die Sektionsleitenden direkt in die Task Force einbezogen.

Die Befragten innerhalb des BAG (Direktor des BAG, Gesamtverantwortlicher, Leiter und Mitglieder der Task Force) beurteilten verschiedene Aspekte der BAG-internen Organisation positiv:

- Der Aufbau der Task Force erfolgte zum richtigen Zeitpunkt. Die Task Force war aus Sicht der Befragten genügend schnell handlungsfähig.
- Die Ansiedlung der Task Force auf Stufe Abteilung innerhalb des BAG wird als zweckmässig erachtet.
- Die Erweiterung der Task Force wurde mehrheitlich positiv eingeschätzt. Damit sei eine Entlastung der bisherigen Mitglieder erreicht worden.
- Die erforderlichen fachlichen Kompetenzen waren gemäss den Befragten in der Task Force vertreten und die Aufgaben auf die Fachkenntnisse der Mitglieder zugeschnitten. Mehrheitlich erachteten sich die Mitglieder der Task Force genügend auf die Aufgaben in der Task Force vorbereitet.

- Der personelle Ressourceneinsatz wird insgesamt als angemessen beurteilt.
- Die Informationsflüsse innerhalb des BAG und innerhalb der Task Force haben gemäss den Befragten gut funktioniert und hätten rasche Entscheidungen durch den Amtsdirektor möglich gemacht.

Die persönliche Arbeitsbelastung wurde von den Mitgliedern der Task Force teilweise als zu hoch eingeschätzt. Als Gründe für diese Einschätzungen wurden erstens die in der Startphase zu geringen Ressourcen der Task Force und zweitens die teilweise mangelnde Entlastung der Task Force-Mitglieder vom Tagesgeschäft erwähnt. Letzteres habe durch den Einbezug der Sektionsleitenden verbessert werden können.

Zweckmässigkeit der Massnahmen

In der schriftlichen Befragung konnten das BAG und seine Partner die Massnahmen in verschiedenen Bereichen beurteilen. Es ist zu berücksichtigen, dass innerhalb der einzelnen Massnahmenbereiche unterschiedliche Zuständigkeits- und Kompetenzregelungen zwischen dem BAG und seinen Partnern vorgesehen sind (vgl. Tabelle 1). Entlang der Beurteilungskriterien Notwendigkeit, Eignung, Effizienz, Rechtzeitigkeit und Wirksamkeit lieferten die Befragten folgende Ergebnisse:

Notwendigkeit: Die Befragten beurteilen die ergriffenen Vorbereitungsmaßnahmen in den verschiedenen Bereichen durchwegs als notwendig.

Eignung: Das BAG und die Partner beurteilen die getroffenen Massnahmen insgesamt als geeignet, um den Schutz der Bevölkerung sicherzustellen. Etwas negativer wurden die beiden Bereiche Spitallabordiagnostik und Patiententransporte beurteilt: Von verschiedenen Befragten der Kantonsärzteschaft und Spitäler (v.a. Zentrums- und Regionalspitäler, aber auch einzelne Universitätsspitäler) wurde kritisiert, dass die Kantone (Patiententransporte) und die Spitäler (Spitallabordiagnostik) weitgehend ohne übergeordnete Unterstützung Konzepte ausarbeiten mussten.

Effizienz: Die Effizienz der Massnahmen in den Bereichen Spitäler, Patiententransporte und Spitallabordiagnostik wurde von einem Teil der Befragten (insbesondere die Befragten der Zentrums- und Regionalspitäler, z.T. aber auch Befragte der Universitätsspitäler, der GDK und der Kantonsärzteschaft) eher negativ beurteilt. Gründe dafür sind erstens, dass zahlreiche Spitäler und Rettungsdienste Vorbereitungen ergriffen haben, obwohl dies angesichts der Risikobeurteilung nicht angezeigt gewesen sei. Zweitens wurden die Vorbereitungsarbeiten als unkoordiniert beurteilt. Die Spitäler und die Kantone hätten jeweils einzeln Konzepte für die Spitallabordiagnostik, Behandlung und Abklärung sowie für den Transport erarbeiten müssen.

Rechtzeitigkeit: Deutlich negativ beurteilt wurde häufig, dass die Vorbereitungsmaßnahmen innerhalb der verschiedenen Bereiche zum Teil zu viel Zeit in Anspruch nahmen (v.a. Bereiche Spitäler, Patiententransporte, Labordiagnostik und Repatriierung). Die späte Bereitstellung von Kapazitäten für die medizinische Versorgung begründet sich mit einer

Phase der Unklarheit zu Beginn der Ebola-Vorbereitungen (aus Sicht der Befragten einzelner Zentrums-, Regional- und Universitätsspitäler war unklar, was von den Spitälern erwartet wird), mit offenen Fragen auf Bundesebene (Spitallabordiagnostik) und hohem Vorbereitungsaufwand (Schulungen, Festlegung von Abläufen, Schutzmassnahmen, bauliche Massnahmen in den Spitälern). Bezüglich der Repatriierung lagen die Gründe vor allem in den weltweit knappen Transportkapazitäten.

Wirksamkeit: Die Wirksamkeit der Massnahmen ist insgesamt schwierig zu beurteilen, da sie schlussendlich nur punktuell zum Einsatz kamen: Es wurde ein repatriierter Patient behandelt und bei ca. 26 weiteren Personen (v.a. Mitarbeitende von internationalen Organisationen und NGOs, die aus dem Epidemiegebiet in die Schweiz eingereist waren, und Asylsuchende) wurden Befragungen oder weitergehende Abklärungen durchgeführt. In diesen Fällen haben gemäss den Befragten die Abläufe insgesamt gut funktioniert. Aufgrund der oben festgestellten Schwierigkeiten waren die Vorbereitungen in einigen Massnahmenbereichen längere Zeit jedoch nicht ausreichend.

Zusammenarbeit und Koordination zwischen BAG und seinen Partnern

Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen dem BAG und seinen Partnern sind aus Sicht der Befragten mehrheitlich klar geregelt. Die Zusammenarbeit und Koordination hat insbesondere zwischen dem BAG und verschiedenen Behörden auf Bundesebene (EDA, DEZA, SEM), den internationalen NGOs und der EU gut funktioniert.

Unklarheiten bestehen zwischen dem BAG und dem Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) sowie zum Teil im Asylbereich (Schnittstelle Bund – Kantone). Der KSD kommt zum Einsatz, wenn die vorhandenen Mittel des öffentlichen Gesundheitswesens zur Bewältigung eines Ereignisses nicht mehr ausreichen. Schwierigkeiten bestanden ausserdem in der Zusammenarbeit zwischen dem BAG und der SUVA.

Die Spitäler äusserten sich insgesamt negativ zur Zusammenarbeit mit dem BAG. Dies trifft besonders für die befragten Zentrums- und Regionalspitäler zu; die Universitätsspitäler beurteilten die Zusammenarbeit positiver, aber insgesamt ebenfalls leicht negativ. Hierbei ist zu beachten, dass im Prinzip keine direkte Schnittstelle zwischen dem BAG und den Spitälern besteht.

Das BAG hat in denjenigen Bereichen, in denen die gesetzlichen Zuständigkeiten primär bei den Kantonen liegen (v.a. Spitäler, Patiententransporte) koordiniert, indem es Informationsaustausch ermöglicht und Konzepte zugänglich gemacht hat. Die Partner hätten zu einem grossen Teil jedoch gewünscht, dass das BAG eine stärkere Führungsrolle übernimmt. Dies gilt besonders für die Spitäler (Zentrums-/Regionalspitäler und Universitätsspitäler) und die Kantonsärzteschaft.

Fragen der Finanzierung und Abgeltung

Zum Zeitpunkt der Evaluation war in den Kantonen mehrheitlich nicht klar geregelt, wer die Investitionskosten übernimmt. Sie werden aktuell von den Spitälern getragen. Teilweise beteiligt sich der Kanton an der Übernahme der entstandenen Kosten. Die Höhe der Investitionskosten unterscheidet sich deutlich zwischen den Kantonen und bewegt sich im Fall derjenigen Universitätsspitäler, zu denen Schätzungen vorliegen, im tiefen einstelligen Millionenbereich.

In der Schweiz wurde bisher ein Ebola-Fall (ein für die WHO arbeitender Arzt) behandelt. In diesem Fall wurde ein Teil der Behandlungskosten von ca. CHF 200'000 von der WHO getragen, die Investitionskosten (Schulung des Personals, Anschaffung von Material, etc.; ca. 1 Million Franken) und die relativ hohen weiteren Kosten in Zusammenhang mit der Behandlung (Sicherheit und Kommunikation) waren jedoch nicht gedeckt.

Zweckmässigkeit der gesetzlichen Grundlagen

Die Befragten äussern sich insgesamt eher kritisch zur Zweckmässigkeit der gesetzlichen Grundlagen für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Epidemien-gesetz (EpG): Situationen wie bei Ebola erfordern aus ihrer Sicht eine stärkere Koordination und Führung durch eine übergeordnete Stelle.

Eine Revision des EpG tritt ab 2016 in Kraft. Die Befragten äusserten sich zurückhaltend zu den künftigen gesetzlichen Grundlagen. Es wird erwartet, dass das künftige Epidemien-gesetz dem BAG mehr Möglichkeiten zur Koordination und Führung gibt. Das BAG weist diesbezüglich darauf hin, dass die medizinische Versorgung weiterhin eine primär kantona-le Zuständigkeit darstellt.

4. Schlussfolgerungen

BAG-interne Organisation

Bezüglich der BAG-internen Organisation, Prozesse und Abläufe lässt sich aus Sicht des Evaluationsteams insgesamt ein positives Fazit ziehen: Der Aufbau der Task Force erfolgte rechtzeitig und rasch. Die interne Organisation der Task Force mit verschiedenen Arbeitsgruppen war ebenso wie die Zusammensetzung mit Mitarbeitenden aus verschiedenen Abteilungen des BAG zweckmässig. Eher nicht zweckmässig ist dagegen die Ansiedlung der Task Force auf Stufe Abteilung, weil erstens dadurch die Task Force formell verschiedenen Hierarchiestufen innerhalb des BAG unterstellt war und zweitens eine solche Lösung im Krisenhandbuch des BAG nicht vorgesehen war. In der Praxis hatte dies zwar keine bedeutenden negativen Folgen, da eine formell vorgesehene Hierarchiestufe umgangen wurde und die Task Force von Personen geleitet wurde, die über eine breite Erfahrung in Krisensituationen verfügten.

Der Ressourceneinsatz innerhalb des BAG war aus Sicht des Evaluationsteams grundsätzlich angemessen. Verschiedene Mitarbeitende der Task Force hatten allerdings insbesondere in der Anfangsphase innerhalb ihrer Sektionen nicht genügend Rückhalt und wurden so zu wenig von ihrem Tagesgeschäft entlastet. Die Erweiterung der Task Force im November 2014 war richtig, erfolgte aber zu spät.

Die BAG-internen Arbeitsabläufe haben sich insgesamt bewährt (zeitnahe Informationsflüsse, rasche Entscheidungen). Positiv festgehalten werden kann ausserdem, dass eine klare Führung durch den Gesamtverantwortlichen der Task Force sowie deren Leiter festzustellen war. Die Zusammenarbeit innerhalb des BAG wird von den Beteiligten selber insgesamt positiv beurteilt.

Zweckmässigkeit der Massnahmen

Für verschiedene Massnahmenbereiche fällt die Bilanz aus Sicht des Evaluationsteams hinsichtlich der verschiedenen Beurteilungskriterien (Notwendigkeit, Eignung, Effizienz, Rechtzeitigkeit, Wirksamkeit) insgesamt positiv aus. Dies betrifft die Massnahmen bezüglich der in die Schweiz einreisenden Mitarbeitenden von internationalen Organisationen und NGOs, die Information und Kommunikation durch das BAG, die Repatriierung sowie Massnahmen im Asylwesen und bezüglich Flughäfen und Grenzen. Die Ausgangslage war für das BAG insofern schwierig, da ein Ebola-Ausbruch in diesem Umfang bis anhin als unwahrscheinlich erachtet wurde. Es waren entsprechend im BAG für zahlreiche Fragen (z.B. einreisende Mitarbeitende von internationalen Organisationen und NGOs) keine Konzepte, wie diese Fragen zu lösen sind, vorhanden.

Die Evaluation kommt demgegenüber bezüglich der medizinischen Versorgung (Spitäler, Patiententransporte und Spitallabordiagnostik) zu einer negativeren Bilanz, da in diesen Bereichen zusätzliche Kapazitäten erst spät zur Verfügung standen und die Vorbereitungen ineffizient verliefen, da sich zahlreiche Spitäler und Transportdienste gleichzeitig und unabhängig voneinander auf Ebola vorbereiteten. So entstand eine Situation, die nicht mehr der Risikoeinschätzung für die Schweiz (einzelne wenige Fälle) entsprach. Dazu kommt, dass gewisse Kantone sich stark engagierten, während sich andere nicht vorbereiteten (Trittbrettfahrerproblematik).

Es kann damit insgesamt im Bereich der medizinischen Versorgung eine ungenügende Koordination der Massnahmen festgestellt werden. Dies hängt primär mit den aktuellen Zuständigkeiten zusammen, da diese Bereiche (Spitäler, Patiententransporte) in kantonaler Kompetenz liegen. Aus Sicht des Evaluationsteams hätten aber auch Handlungsspielräume durch das BAG und die GDK stärker genutzt werden können. Ansätze in diese Richtung waren z.T. ersichtlich (insbesondere Übertragung der Kompetenz zur Patientenzuteilung von den Kantonen an das BAG). Für das Evaluationsteam ist das BAG der geeignete Akteur, um mit Unterstützung der GDK eine verstärkte Koordination in vergleichbaren Situationen, in der kantonale Einzellösungen nicht zweckmässig sind, zu ermöglichen.

Geklärt werden muss nun, in welchen Spitälern die Vorbereitungsmaßnahmen längerfristig aufrechterhalten werden sollen.

Zusammenarbeit und Koordination zwischen BAG und seinen Partnern

Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen dem BAG und seinen Partnern sind aus Sicht der Befragten mehrheitlich klar geregelt. Die Evaluationsergebnisse zeigen aber auch, dass es in einzelnen Bereichen noch Klärungsbedarf gibt (Verhältnis BAG–KSD; SUVA bezüglich der Spitallabordiagnostik, Asylbereich bezüglich der Schnittstelle Bund – Kanton).

Die Zusammenarbeit und Koordination hat insbesondere zwischen dem BAG und verschiedenen Behörden auf Bundesebene, den internationalen NGOs und der EU gut funktioniert. Eine Herausforderung für künftige, vergleichbare Situationen besteht allerdings im nicht mehr institutionalisierten Zugang zur Koordination auf europäischer Ebene.

Die Partner, insbesondere die Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitäler sowie die Kantonsärzteschaft, hätten zu einem grossen Teil eine stärkere Führungsfunktion des BAG in diesen Fragen gewünscht. Festzuhalten ist aus Sicht des Evaluationsteams, dass während den Ebola-Vorbereitungen von den Partnern zum Teil hohe Erwartungen an das BAG gerichtet wurden. Es gilt in der Nachbearbeitung der Ebola-Vorbereitungen diesbezüglich eine Klärung herbeizuführen, damit in künftigen Krisensituationen mehr Erwartungssicherheit über die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen des BAG zur Koordination und Führung besteht. Das BAG ist dabei auf die Mitarbeit und Unterstützung seiner Partner angewiesen, nämlich wenn Zuständigkeiten nicht beim BAG liegen oder diesem das notwendige Fachwissen fehlt.

Fragen der Finanzierung und Abgeltung

Das Evaluationsteam ist der Ansicht, dass Bund und Kantone Referenzspitäler für den Umgang mit Ebola und Infektionskrankheiten mit ähnlichen Voraussetzungen bezeichnen sollten (vgl. Empfehlungen weiter unten). Eine Finanzierung der Investitions- und Behandlungskosten durch die Standortkantone dieser Referenzspitäler ist aus Sicht des Evaluationsteams nicht gerechtfertigt, da die Kantone bei einer solchen zentralisierten Lösung ungleichmässige Lasten für Vorbereitungen und Behandlungen zu tragen haben. Es braucht daher ein gesamtschweizerisches Finanzierungsmodell.

Zur Finanzierung der **Investitionskosten** können folgende Varianten vorgebracht werden:

1. Der Bund finanziert die Aufbau- und Vorhalteleistungen.
2. Die Finanzierung der Aufbau- und Vorhalteleistungen wird durch die Kantone (z.B. entsprechend der Bevölkerungsgrösse) sichergestellt.
3. Bund und Kantone tragen die Aufbau- und Vorhalteleistungen gemeinsam.

Bezüglich der **Behandlungskosten** muss geklärt werden, inwiefern die Behandlung über das DRG-System abgegolten werden kann. Alternativ wäre denkbar, dass für die Behandlung von Krankheiten wie Ebola die Kantone und die Krankenversicherer einen Fonds bilden, mit dem solche Hochkostenfälle finanziert werden.

Zweckmässigkeit der gesetzlichen Grundlagen

Aus Sicht des Evaluationsteams sind die Grundlagen im aktuellen Epidemienetz (EpG) eher nicht zweckmässig für Situationen wie bei Ebola: Diese erfordern eine stärkere Führung durch den Bund. Das 2016 in Kraft tretende revidierte EpG stärkt die Rolle des Bundes und die Koordination mit den Kantonen (z.B. durch das gemeinsame Koordinationsorgan gemäss Art. 54 des neuen EpG). Ob diese gesetzlichen Grundlagen für die Bewältigung einer vergleichbaren Krisensituation ausreichend sind, kann aus heutiger Sicht nicht zuverlässig beurteilt werden. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Partner unterschiedliche Vorstellungen von der künftigen Rolle des BAG haben: V.a. die Spitäler, aber auch die Kantonsärzteschaft und Bundesstellen erwarten, dass das BAG mit dem neuen EpG eine klare Führungsrolle einnimmt. Das BAG selber verweist auf fehlende fachliche Kompetenzen zu bestimmten Fragen und auch darauf, dass im Bereich der medizinischen Versorgung das neue EpG dem BAG keine stärkere Rolle zuspricht.

5. Empfehlungen

Das Evaluationsteam formuliert auf Basis der Schlussfolgerungen verschiedene Empfehlungen an das BAG und seine Partner. Diese Empfehlungen verfolgen zwei Stossrichtungen: Erstens zielen sie darauf ab, im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen festgestellte Schwierigkeiten und Herausforderungen baldmöglichst zu bereinigen. Zweitens sollen Handlungsmöglichkeiten für vergleichbare, künftige Ereignisse aufgezeigt werden.

Folgende Empfehlungen wurden formuliert, die aus Sicht des Evaluationsteams möglichst rasch umgesetzt werden sollten:

- Das BAG und die GDK arbeiten ein nationales Konzept für den Umgang mit Ebola und Infektionskrankheiten mit ähnlichen Voraussetzungen aus. Dieses Konzept sollte insbesondere die Spitäler, die für Abklärungen und Behandlungen vorbereitet sein müssen, bezeichnen. Dazu arbeiten Bund und Kantone ein gesamtschweizerisches Finanzierungsmodell aus.
- Die Zuständigkeiten zwischen dem BAG und dem Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) werden klarer definiert und von beiden Seiten akzeptiert.
- Das BAG und die SUVA legen fest, wie die Zusammenarbeit in Krisensituationen organisiert wird, damit rechtzeitig umsetzbare Massnahmen getroffen und die Spitäler unterstützt werden können.

- Eine dauerhafte Einbindung des BAG in die europäischen Koordinationsstrukturen (Health Security Committee, Early Warning and Response System) ist anzustreben.
- Im Hinblick auf die Umsetzung des neuen EpG klären Bund, Kantone und Leistungserbringer im Rahmen des Koordinationsorgans des neuen Epidemiegengesetzes 1.) die gegenseitigen Erwartungen sowie 2.) wie und in welchen Bereichen eine stärkere übergeordnete Koordination (BAG, GDK) in künftigen, vergleichbaren Krisensituationen konkret sichergestellt werden kann.

Für eine zukünftige, vergleichbare Situation sind aus Sicht des Evaluationsteams folgende Empfehlungen zu beachten:

- BAG-intern ist eine Krisenorganisation grundsätzlich immer beim Direktor BAG angesiedelt.
- Die Vorgesetzten der Mitglieder einer Task Force im BAG müssen von Beginn an in die Verantwortung genommen werden.
- Ein unter Umständen notwendige Erweiterung einer Task Force im BAG kann antizipiert werden, indem Mitarbeitende von Beginn an in „passiver“ Funktion in die Task Force einbezogen werden.
- Das BAG nimmt zusammen mit der GDK eine stärkere Führungsfunktion hinsichtlich der medizinischen Versorgung wahr.
- Externe Expertinnen und Experten der Leistungserbringer sowie aus den Kantonen und Fachgesellschaften stellen dem BAG für die Erarbeitung von Massnahmen/Empfehlungen Fachwissen und zeitliche Ressourcen zur Verfügung.
- In Krisen, zu deren Bewältigung noch keine Konzepte vorhanden sind, soll vom BAG in Zusammenarbeit mit den Partnern möglichst rasch eine Auslegeordnung erstellt und den Partnern kommuniziert werden.
- BAG, SEM und Kantonsärztinnen/-ärzte der Standortkantone der Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ) des Bundes im Asylbereich sprechen das Vorgehen in den EVZ ab.
- Das BAG sieht einen systematischen Dialog (in Absprache mit der Kantonsärzteschaft) mit den Spitälern vor.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	III
Executive Summary.....	IV
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	XVI
Abkürzungsverzeichnis	XVII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.1.1 Internationaler Kontext.....	1
1.1.2 Risikosituation in der Schweiz.....	2
1.1.3 Gesetzliche Grundlagen und Vorbereitungen	4
1.2 Fragestellungen der Evaluation	5
1.3 Beurteilungskriterien der Evaluation	6
1.4 Vorgehen der Evaluation	6
1.5 Aufbau des Berichts	8
2 BAG-interne Organisation und Prozesse.....	9
2.1 Beschreibung der BAG-internen Organisation und Prozesse.....	9
2.1.1 Zeitliche Entwicklung.....	9
2.1.2 Organisation, Ressourcen und Abläufe.....	9
2.1.3 Tätigkeitsbereiche der Task Force Ebola im BAG	10
2.2 Einschätzungen der Befragten.....	12
2.2.1 Aufbau und Organisation der Task Force	12
2.2.2 Personelle Ressourcen	13
2.2.3 Arbeitsabläufe	15
3 Massnahmenbereiche und Zusammenarbeit mit Partnern.....	17
3.1 Spitalkapazitäten	17
3.1.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs	17
3.1.2 Einschätzungen der Befragten.....	18
3.2 Finanzierung/Abgeltung von Investitions- und Behandlungskosten.....	23
3.2.1 Beschreibung der Ausgangslage	23
3.2.2 Schätzungen der Kosten der Spitäler	23
3.3 Labordiagnostik	25
3.3.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs	25
3.3.2 Einschätzungen der Befragten.....	27
3.4 Transport	29
3.4.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs	29
3.4.2 Einschätzungen der Befragten.....	30

3.5	Rückkehrende von internationalen Organisationen und NGOs.....	31
3.5.1	Beschreibung des Massnahmenbereichs	31
3.5.2	Einschätzungen der Befragten.....	32
3.6	Asylwesen	34
3.6.1	Beschreibung des Massnahmenbereichs	34
3.6.2	Einschätzungen der Befragten.....	35
3.7	Information und Kommunikation.....	37
3.7.1	Beschreibung des Massnahmenbereichs	37
3.7.2	Einschätzungen der Befragten.....	38
3.8	Repatriierung und medizinische Evakuation.....	39
3.8.1	Beschreibung des Massnahmenbereichs	39
3.8.2	Einschätzungen der Befragten.....	39
3.9	Massnahmen an Grenzen und Flughäfen	41
3.9.1	Beschreibung des Massnahmenbereichs	41
3.9.2	Einschätzungen der Befragten.....	42
3.10	Massnahmenbereiche insgesamt	43
3.10.1	Wichtigkeit der Massnahmenbereiche im Überblick.....	43
3.10.2	Vollständigkeit und Kohärenz der Massnahmenbereiche.....	44
3.11	Zusammenarbeit und Koordination mit dem BAG.....	45
3.11.1	Allgemeine Einschätzungen der Akteure.....	45
3.11.2	Bundesstellen	46
3.11.3	GDK	48
3.11.4	Kantonsärzteschaft.....	48
3.11.5	Spitäler.....	49
3.11.6	EU und NGOs	50
4	Synthese	51
4.1	BAG-interne Zusammenarbeit.....	51
4.2	Massnahmenbereiche	53
4.3	Zusammenarbeit und Koordination BAG – Partner.....	56
4.4	Gesetzliche Grundlagen	60
	Literatur- und Dokumentenverzeichnis.....	63
	Anhang 1: Befragte Personen	67
	Anhang 2: Fragebogen Rating Konferenz	69
	Anhang 3: Fragebogen schriftliche Befragung	71

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1-1: Ebola-Epidemie 2014 Westafrika	1
Abbildung 1-2: In die Schweiz eingereiste Personen aus dem Ebola-Epidemiegebiet.....	3
Abbildung 1-3: In die Vorbereitungsmaßnahmen involvierte Akteure	4
Abbildung 2-1: Organisation der Task Force Ebola des BAG	10
Abbildung 2-2: Aufbau der Task Force.....	12
Abbildung 2-3: Ressourceneinsatz	14
Abbildung 2-4: Persönliche Arbeitsbelastung.....	14
Abbildung 2-5: Personelle Ressourcen	15
Abbildung 2-6: Informationsflüsse und Entscheidungskompetenzen.....	16
Abbildung 3-1: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Behandlungskapazitäten“	19
Abbildung 3-2: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Abklärungskapazitäten“	21
Abbildung 3-3: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Labordiagnostik“	27
Abbildung 3-4: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Transport“	30
Abbildung 3-5: Beurteilung Massnahmen zu internationalen Organisationen und NGOs. 33	
Abbildung 3-6: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Asylwesen“	36
Abbildung 3-7: Beurteilung der Information und Kommunikation	38
Abbildung 3-8: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Repatriierung“.....	40
Abbildung 3-9: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Flughäfen und Grenzen“	42
Abbildung 3-10: Wichtigkeit der Massnahmenbereiche.....	43
Abbildung 3-11: Vollständigkeit und Kohärenz der Massnahmenbereiche.....	44
Abbildung 3-12: Zusammenarbeit mit dem BAG und Koordination durch das BAG	46
Tabelle 1-1: Übersicht Evaluationsgegenstände und Forschungsfragen	5
Tabelle 1-2: Beurteilungskriterien.....	6
Tabelle 1-3: Erkenntnisbeitrag der Instrumente der Informationsbeschaffung.....	8
Tabelle 2-1: Tätigkeiten der Arbeitsgruppen der Task Force.....	11
Tabelle 3-1: Schätzung der Investitions- und Behandlungskosten.....	24
Tabelle 3-2: Informations- und Kommunikationsaktivitäten des BAG nach Zielgruppe ...	37

Abkürzungsverzeichnis

ASTRA	Bundesamt für Strassen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
EFBS	Eidgenössische Fachkommission für biologische Sicherheit
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EDA	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EpG	Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101)
ESV	Verordnung vom 9. Mai 2012 über den Umgang mit Organismen in geschlossenen Systemen (SR 814.912)
EU	Europäische Union
EVZ	Empfangs- und Verfahrenszentrum des Bundes für Asylsuchende
EWRS	Early Warning and Response System
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HSC	Health Security Committee
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IKRK	Internationales Komitee vom Roten Kreuz
k.B.m.	keine Beurteilung möglich
KMZ	Krisenmanagement-Zentrum des EDA
KSD	Koordinierter Sanitätsdienst
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
MSF	Médecins Sans Frontières
NGO	Non-governmental organization
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
REGA	Schweizerische Rettungsflugwacht
SAMV	Verordnung vom 25. August 1999 über den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor Gefährdung durch Mikroorganismen (SR 832.312)
SEM	Staatssekretariat für Migration
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
TF	Task Force
VBS	Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) haben das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, mit der Evaluation der Ebola-Vorbereitungen im Gesundheitsbereich in der Schweiz beauftragt.

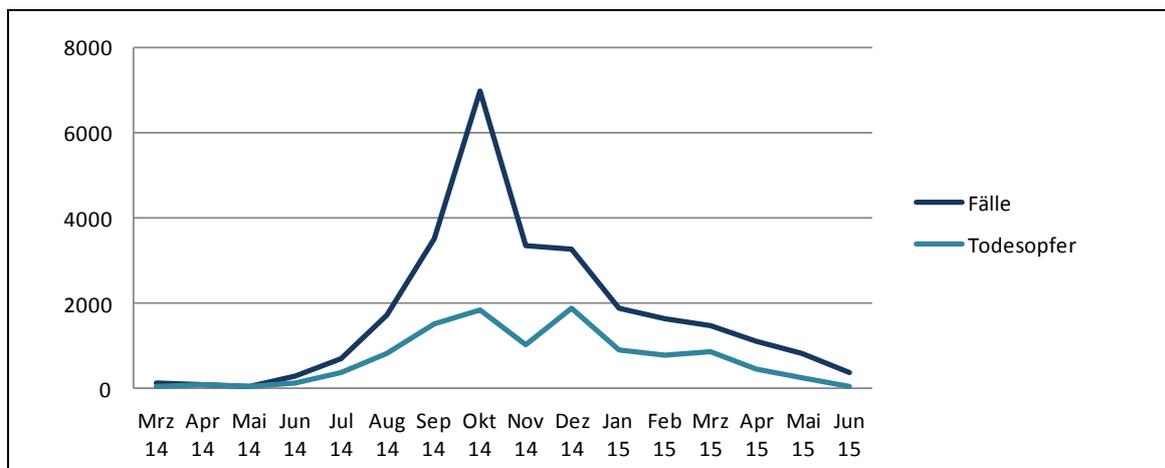
1.1 Ausgangslage

1.1.1 Internationaler Kontext

Die bislang grösste Ebola-Epidemie begann im Dezember 2013 in Guinea und breitete sich anschliessend vor allem und erstmalig in Westafrika aus. Hauptbetroffene Länder neben Guinea waren Sierra Leone und Liberia. Vereinzelte Fälle traten in weiteren westafrikanischen Ländern (Mali, Nigeria und Senegal) sowie in Italien, Spanien Grossbritannien und den USA auf. Gemäss dem aktuellsten Lagebericht (Stand Anfang Juli 2015) der World Health Organization (WHO) beläuft sich die Zahl der bestätigten, wahrscheinlichen und vermuteten Ebola-Fälle auf 27'609 Personen; 11'261 Infizierte verstarben (WHO 2015a).

Abbildung 1-1 fasst den Verlauf der Ebola-Epidemie in Westafrika zusammen. Die Abbildung zeigt einen markanten Anstieg im Sommer 2014. Nach dem Jahresende ist ein kontinuierlicher Rückgang der Fallzahlen und der Todesopfer festzustellen. Der Ausbruch in Liberia wurde am 9. Mai 2015 als beendet erklärt. Gemäss dem neusten Lagebericht der WHO gibt es in allen drei hauptsächlich betroffenen Ländern - auch wieder in Liberia - Neuerkrankungen. Die Ebola-Epidemie kann somit zum Zeitpunkt der Evaluation nicht als beendet betrachtet werden.

Abbildung 1-1: Ebola-Epidemie 2014 Westafrika



Quelle: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); abgerufen unter: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/cumulative-cases-graphs.html> (17.07.2015).

Am 8. August 2014 rief die WHO die Ebola-Epidemie in Westafrika zum internationalen Gesundheitsnotfall (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) aus und formulierte Empfehlungen u.a. an Länder, in denen Übertragungen vorkommen. Ende August 2014 veröffentlichte die WHO eine „Roadmap“ mit dem Ziel, innerhalb von sechs bis neun Monaten aktive Übertragungen in den betroffenen Ländern zu stoppen und eine weitere internationale Ausbreitung zu verhindern (WHO 2014). Regelmässig veröffentlicht die WHO seit August 2014 zudem Situationsberichte zu Ebola. Die WHO räumte später Fehler bei der Bekämpfung der Ebola-Epidemie, insbesondere in deren Anfangsphase, ein (WHO 2015b): Die WHO verfüge aktuell nicht über die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen, um rasch und umfassend auf einen Gesundheitsnotstand zu reagieren.

Auf europäischer Ebene verfasst das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) Lagebeurteilungen zu Gefahren durch Infektionskrankheiten.¹ Am 24. März 2014 berichtete das ECDC erstmals von einem Ebola-Ausbruch in Guinea und äusserte Besorgnis darüber, dass sich die Krankheit ausbreiten könnte. Das ECDC ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass der Ausbruch mit den vor Ort getroffenen Massnahmen unter Kontrolle gebracht werden könne. Ende Mai 2014 berichtete das ECDC jedoch, dass dies nicht gelungen sei. Am 1. August 2014 passte das ECDC seine Risikobeurteilung an und präsentierte mögliche Massnahmen für die Prävention und Kontrolle der Krankheit in der EU (Information von Reisenden, Information und Sensibilisierung des Gesundheitssektors).

1.1.2 Risikosituation in der Schweiz

Gemäss der Risikoeinschätzung des BAG war resp. ist ein Ausbruch von Ebola in der Schweiz sehr unwahrscheinlich, wie beispielsweise aus einer BAG-internen Informationsnotiz² an den Direktor des BAG hervorgeht.

Demgegenüber wurden vom BAG einzelne Fälle in der Schweiz aufgrund folgender Konstellationen als möglich erachtet:

- Repatriierung oder medizinische Evakuation einer infizierten resp. erkrankten Person aus den von der Ebola-Epidemie betroffenen Ländern (Schweizer Bürgerinnen und Bürger; Mitarbeitende von internationalen Organisationen und NGOs)
- Einreise einer infizierten resp. erkrankten Person im Asylbereich
- Sonstige Einreise einer infizierten resp. erkrankten Person (in erster Linie in der Schweiz wohnhafte Personen aus betroffenen Ländern)

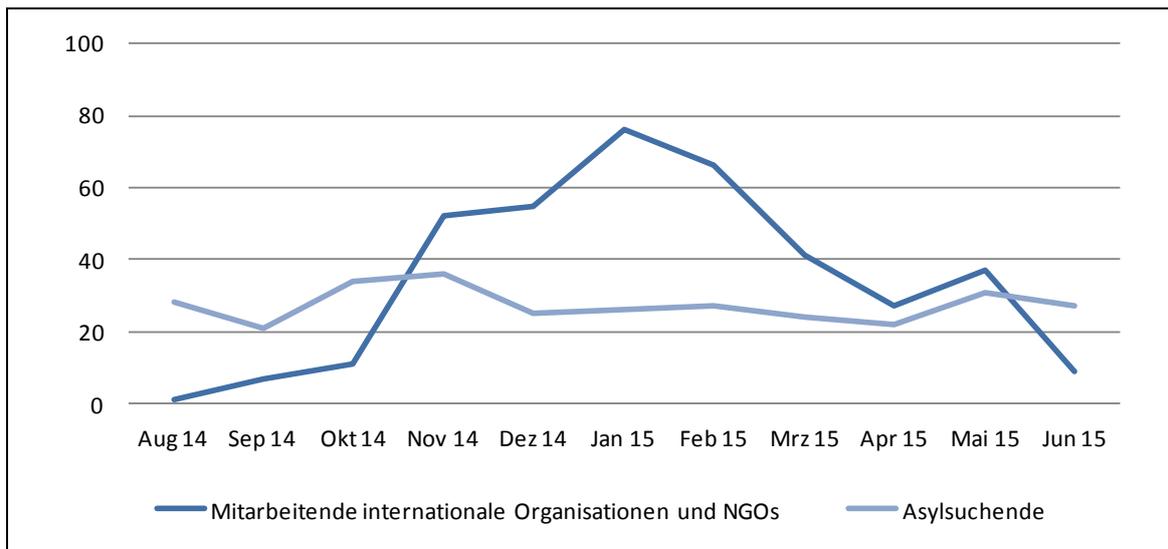
Abbildung 1-2 zeigt eine Übersicht über die Anzahl der zwischen August 2014 und Juni 2015 in die Schweiz eingereisten Personen aus dem Ebola-Epidemiegebiet. Insgesamt reis-

¹ Quelle: ECDC: <http://ecdc.europa.eu>; Rapid Risk Assessments vom 24.3.2014 bis 24.4.2015: http://ecdc.europa.eu/en/publications/risk_assessment/Pages/default.aspx.

² Eine Zusammenstellung der pro Kapitel/Abschnitt verwendeten Dokumente findet sich im Literatur- und Dokumentenverzeichnis.

ten 382 Mitarbeitende von internationalen Organisationen und NGOs nach Aufenthalten im Krisengebiet in Westafrika in die Schweiz ein. Die Mehrheit dieser Personen arbeitete für Hilfsorganisationen, so etwa für Médecins Sans Frontières (172 Personen), das Internationale Komitee des Roten Kreuzes (52 Personen) oder die Internationale Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung (46 Personen). Mehr als 80% dieser Personen hielten sich nach ihrer Rückkehr im Kanton Genf auf.

Abbildung 1-2: In die Schweiz eingereiste Personen aus dem Ebola-Epidemiegebiet



Quellen: Mitarbeitende internationale Organisationen & NGOs: BAG. Asylsuchende: SEM (Asylstatistik).

301 Personen aus Guinea, Liberia oder Sierra Leone stellten im untersuchten Zeitraum in der Schweiz ein Asylgesuch. Die monatliche Anzahl der Asylgesuche blieb dabei konstant (durchschnittlich 27 Personen pro Monat).

Im November 2014 wurde ein kubanischer Arzt, der in Sierra Leone an Ebola erkrankte, nach Genf evakuiert und im Universitätsspital Genf erfolgreich behandelt. Daneben gab es eine Person, welche die Kriterien des BAG für einen Ebola-Verdachtsfall erfüllte (Erfüllung klinischer und epidemiologischer Kriterien; vgl. BAG 2015a); der Verdacht wurde mit der Laboranalyse widerlegt. Gemäss Auskünften der Spitäler wurden im Untersuchungszeitraum zudem insgesamt 16 Personen abgeklärt (teilweise telefonische Beratung; sämtliche Fälle negativ). Zu beachten ist, dass bei diesen Personen die BAG-Kriterien für einen Verdachtsfall nicht erfüllt waren. Der grösste Teil dieser Abklärungen wurde am Universitätsspital Genf durchgeführt (14 Personen). Im Asylbereich wurden zudem ca. 10 Personen zu ihrem Expositionsrisiko befragt, da sie angegeben haben, sich in den letzten 21 Tagen (Inkubationszeit) in einem dieser Länder aufgehalten zu haben, und ggf. weiter beobachtet.

1.1.3 Gesetzliche Grundlagen und Vorbereitungen

Gemäss dem aktuell geltenden Epidemien-gesetz (EpG) koordiniert der Bund die Massnahmen der Kantone „wenn nötig“ (Art. 9 EpG); die Massnahmen werden – vorbehaltlich Art. 10 EpG (Ausserordentliche Umstände) – von den Kantonen getroffen. Im Jahr 2016 tritt das revidierte Epidemien-gesetz in Kraft. Innerhalb des BAG beschreibt ein Krisenhandbuch die krisenrelevanten Prozesse, die Organisation und die Tätigkeiten eines Krisenstabes im Falle einer Krise, die durch das Amt zu bewältigen ist.

Daneben spielen weitere Rechtsgrundlagen eine Rolle (nicht abschliessende Aufzählung):

- Die Schweiz hat mit verschiedenen internationalen Organisationen Sitzstaatenabkommen abgeschlossen. Für die Ebola-Vorbereitungen war ausserdem eine multilaterale Vereinbarung zur Abfallentsorgung relevant (vgl. Abschnitt 3.10.2).
- Auf Bundesebene sind die verschiedenen Bereiche in spezifischen Rechtsgrundlagen geregelt, bspw. die Labordiagnostik in der Einschliessungs- und der Arbeitnehmerschutzverordnung.
- Die Bereiche Spitäler und Patiententransporte sind kantonal geregelt.

Das BAG sah sich in der Vergangenheit bereits mit Krisensituationen konfrontiert, so etwa mit der pandemischen Grippe H1N1 (2009/2010) und SARS (2002/2003).

Das BAG traf Vorkehrungen, um auf einzelne Ebola-Fälle vorbereitet zu sein: Anfang August 2014 wurde eine Arbeitsgruppe (Task Force) für Ebola eingesetzt. Die Aufgabe der Task Force bestand darin, die Vorbereitungen in der Schweiz gemeinsam mit den (ebenfalls) zuständigen Partnern zu koordinieren. Abbildung 1-3 fasst die in die Vorbereitungsarbeiten involvierten Akteure zusammen.

Abbildung 1-3: In die Vorbereitungs-massnahmen involvierte Akteure



Darstellung: Büro Vatter.

Die Vorbereitungsmaßnahmen erfolgten in Zusammenarbeit mit den Partnern des BAG in unterschiedlichen Bereichen:

- Massnahmen in Spitälern für Abklärungen von Verdachtsfällen und Behandlung von bestätigten Fällen
- Labordiagnostik (Virusnachweis und Spitallabordiagnostik)
- Patiententransporte
- Massnahmen bezüglich Mitarbeitenden von internationalen Organisationen und NGOs, die in die Schweiz zurückkehren
- Asylwesen
- Information und Kommunikation
- Repatriierung von Verdachtsfällen oder erkrankten Personen aus den betroffenen Ländern in die Schweiz
- Flughäfen und Grenzen

Die einzelnen Massnahmenbereiche werden in Kapitel 3 näher beschrieben. Die oben genannte Reihenfolge entspricht der Bedeutung der Massnahmenbereiche für die Ebola-Vorbereitung und wurde gemeinsam mit der Auftraggeberin so festgelegt.

1.2 Fragestellungen der Evaluation

Die Evaluation behandelt die folgenden Fragen (Tabelle 1-1):

Tabelle 1-1: Übersicht Evaluationsgegenstände und Forschungsfragen

Nr.	Frage
1. Organisation, Ressourcen, Arbeitsabläufe (Prozesse) und Zusammenarbeit innerhalb des BAG	
1.1	Ist die BAG-interne Organisation zur Vorbereitung auf Ebola zweckmässig?
1.2	Ist der Ressourceneinsatz im BAG adäquat?
1.3	Haben sich die Arbeitsabläufe bewährt?
1.4	Wie gut ist die Zusammenarbeit innerhalb dem BAG aus Sicht der Beteiligten?
2. Massnahmen im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen	
2.1	Sind alle vom BAG getätigten Massnahmen geeignet die Ziele zu erreichen?
2.2	Welche Massnahmen sind besonders wirkungsvoll und haben sich folglich bewährt?
3. Koordination und Zusammenarbeit mit Partnern; Finanzierung und Abgeltung	
3.1	Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen dem BAG und seinen Partnern klar geregelt?
3.2	Sind insbesondere Finanzierung und Abgeltung von Investitions- und Behandlungskosten in Bezug auf Aufbau und Unterhalt der Infrastrukturen und die Behandlung/Therapie von Ebola-Fällen geregelt?
3.3	Hat sich die Zusammenarbeit zwischen BAG und seinen Partnern aus Sicht der Beteiligten bewährt?
3.4	Wie gut nimmt die Task Force des BAG aus Sicht der Partner des BAG ihre Koordinationsfunktion im Gesundheitsbereich in der Vorbereitung auf Ebola wahr?

Nr.	Frage
4. Rechtliche Grundlagen	
4.1	Sind aus Sicht des BAG und seiner Partner die aktuellen und künftigen gesetzlichen Grundlagen (aktuelles Epidemien-gesetz und neues Epidemien-gesetz ab 2016) ausreichend und zweckmässig um vergleichbare Situationen zu bewältigen?

Quelle: BAG/GDK (2015).

Die Evaluation soll dazu dienen, Lehren zu ziehen und Optimierungsentscheide im Hinblick auf künftige vergleichbare Situationen im Gesundheitsbereich zu treffen. Als „vergleichbare Situationen“ werden in diesem Bericht Situationen aufgefasst, die sich 1.) durch tiefe erwartete Fallzahlen (Verdachtsfälle, Patientinnen und Patienten) und 2.) durch hohe Anforderungen an die medizinische Versorgung (organisatorischer Aufwand und Schutz des Personals) auszeichnen.

1.3 Beurteilungskriterien der Evaluation

Die Beurteilung der Ebola-Vorbereitungen im Gesundheitsbereich in der Schweiz orientiert sich an folgenden Kriterien, die gemeinsam mit der Leitung des Evaluationsprojekts zu Projektbeginn festgelegt worden sind (Tabelle 1-2):

Tabelle 1-2: Beurteilungskriterien

Evaluationsgegenstand	Beurteilungskriterien
Organisation, Ressourcen, Arbeitsabläufe (Prozesse) und Zusammenarbeit innerhalb des BAG	<ul style="list-style-type: none"> - Zweckmässigkeit der BAG-internen Organisation (Reaktionszeit, organisatorische Einbettung, Aufgaben- und Kompetenzverteilung, Eignung Zusammensetzung) - Adäquatheit des Ressourceneinsatzes - Eignung der BAG-internen Abläufe (horizontal/vertikal)
Massnahmen im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen	<ul style="list-style-type: none"> - Notwendigkeit, Eignung, Effizienz und Rechtzeitigkeit der einzelnen Massnahmen - Vollständigkeit und Kohärenz der Massnahmen - Wirksamkeit
Koordination und Zusammenarbeit mit Partnern sowie Fragen der Finanzierung und Abgeltung	<ul style="list-style-type: none"> - Klarheit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung - Zweckmässigkeit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung - Zweckmässigkeit der Finanzierung
Rechtlichen Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein rechtlicher Grundlagen - Zweckmässigkeit der rechtlichen Grundlagen

Darstellung: Büro Vatter.

1.4 Vorgehen der Evaluation

Die folgenden Instrumente der Informationsbeschaffung kamen zum Einsatz:

- **Dokumentenanalyse:** Dokumente und Statistiken zu den Ebola-Vorbereitungen wurden zusammengestellt und ausgewertet (z.B. Protokolle Task Force, Statistik Rückkehrende, Statistik Asylsuchende).
- **Rating-Konferenz Task Force BAG:** Mit der Task Force Ebola im BAG wurde ein Gruppengespräch in Form einer Rating-Konferenz durchgeführt, die wie folgt durchgeführt wurde: Die Mitglieder der Task Force haben zunächst einen schriftlichen Fragebogen ausgefüllt, der vor Ort ausgewertet wurde. Die Ergebnisse wurden direkt im Anschluss in der Task Force zur Diskussion gestellt. Insgesamt nahmen 13 Mitglieder der Task Force an der Rating-Konferenz teil.
- **Befragung der Partner des BAG:** Die Einschätzungen der Zusammenarbeitspartner des BAG wurden mittels einer standardisierten schriftlichen Befragung und daran anschliessenden vertiefenden Interviews erhoben. Befragt wurden 6 Bundesstellen, die GDK, 5 Kantonsärztinnen und -ärzte, alle 5 Universitätsspitäler, 4 regionale Spitäler, die EU und 2 NGOs (insgesamt wurden 24 Partner befragt). Der schriftliche Fragebogen war modulartig aufgebaut: Jeder Akteur wurde zu denjenigen Massnahmenbereichen befragt, von denen er betroffen war. Die Regelung der Finanzierung und Abgeltung der Investitions- und Behandlungskosten wurde bei den Spitälern erhoben. Ausserdem sollten alle Befragten die Zusammenarbeit mit dem BAG beurteilen. Eine Liste der befragten Akteure findet sich im Anhang. Die WHO reagierte nicht auf eine entsprechende Anfrage; mit einem Universitätsspital wurde ausschliesslich ein Interview durchgeführt.
- **Befragung Vertreterinnen und Vertreter des BAG:** Mit dem Direktor des BAG, dem Gesamtverantwortlichen und dem Leiter der Task Force wurden persönliche Interviews durchgeführt. Der Gesamtverantwortliche und der Leiter der Task Force füllten zudem denjenigen Teil des schriftlichen Fragebogens aus, der sich auf die Massnahmenbereiche bezieht.

Neben der Datenerhebung wurden regelmässige Projektsitzungen mit der Leitung des Evaluationsprojekts und dem Leiter der Task Force abgehalten, bei denen der Stand der Arbeiten besprochen, die vorläufigen Erkenntnissen diskutiert und die weiteren Projektschritte definiert wurden. Die Evaluations-Arbeiten wurden von Dr. Dominik Schorr, dem ehemaligen Kantonsarzt des Kantons Basel-Landschaft, fachlich begleitet.

Tabelle 1-3 fasst den Erkenntnisbeitrag der verschiedenen Instrumente der Informationsbeschaffung zu den Evaluationsgegenständen zusammen.

Tabelle 1-3: Erkenntnisbeitrag der Instrumente der Informationsbeschaffung

	BAG-intern	Massnahmen	Zusammenarbeit BAG-Partner	Rechtliche Grundlagen
Dokumentenanalyse	●	●	-	●
Rating-Konferenz BAG	●	-	●	-
Befragung BAG-Partner	-	●	●	○
Interviews BAG	●	●	●	○

Darstellung: Büro Vatter. Erläuterung: ●: wichtige Informationsgrundlage; ○: ergänzender Erkenntnisbeitrag; -: nicht Gegenstand der Erhebungen.

1.5 Aufbau des Berichts

Der Evaluationsbericht ist folgendermassen aufgebaut:

- Kapitel 2 und 3 geben die Ergebnisse der durchgeführten Erhebungen wieder. Kapitel 2 fokussiert dabei auf die BAG-interne Organisation und Zusammenarbeit (Frageblock 1). Kapitel 3 fasst die Ergebnisse zu den Massnahmenbereichen, der Zusammenarbeit und Koordination zwischen BAG und seinen Partnern und den gesetzlichen Grundlagen zusammen (Frageblock 2-4).
- Kapitel 4 bildet die Synthese aus Sicht des Evaluationsteams, in der die Beurteilung der Ebola-Vorbereitungen dargestellt und Handlungsmöglichkeiten für Optimierungen formuliert werden.

2 BAG-interne Organisation und Prozesse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zur Organisation, den Ressourcen, Arbeitsabläufen und zur Zusammenarbeit innerhalb des BAG dargestellt (vgl. Frageblock 1 Tabelle 1-1). Dazu werden in einem ersten Schritt die Organisation und Prozesse innerhalb des BAG beschrieben. Anschliessend werden die Einschätzungen der Befragten zusammengefasst.

2.1 Beschreibung der BAG-internen Organisation und Prozesse

2.1.1 Zeitliche Entwicklung

BAG-intern wurde die Situation in den von der Ebola-Epidemie betroffenen Ländern durch die Abteilung Übertragbare Krankheiten (Sektion Krisenbewältigung und Internationale Zusammenarbeit) ab dem Bekanntwerden der ersten Fälle beobachtet.

Anfangs August 2014 setzte das BAG die Task Force Ebola ein. Der Auslöser für die Einsetzung einer Task Force war gemäss den Aussagen des Direktors des BAG der zunehmende Handlungsdruck für die Schweiz. Die Situation wurde allerdings nicht als Krise eingestuft; daher wurde auf die Einsetzung einer Krisenorganisation nach Krisenhandbuch verzichtet. Zeitlich erfolgte die Einsetzung der Task Force Ebola im BAG einige Tage bevor die WHO die Ebola-Epidemie zum internationalen Gesundheitsnotfall (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) ausrief.

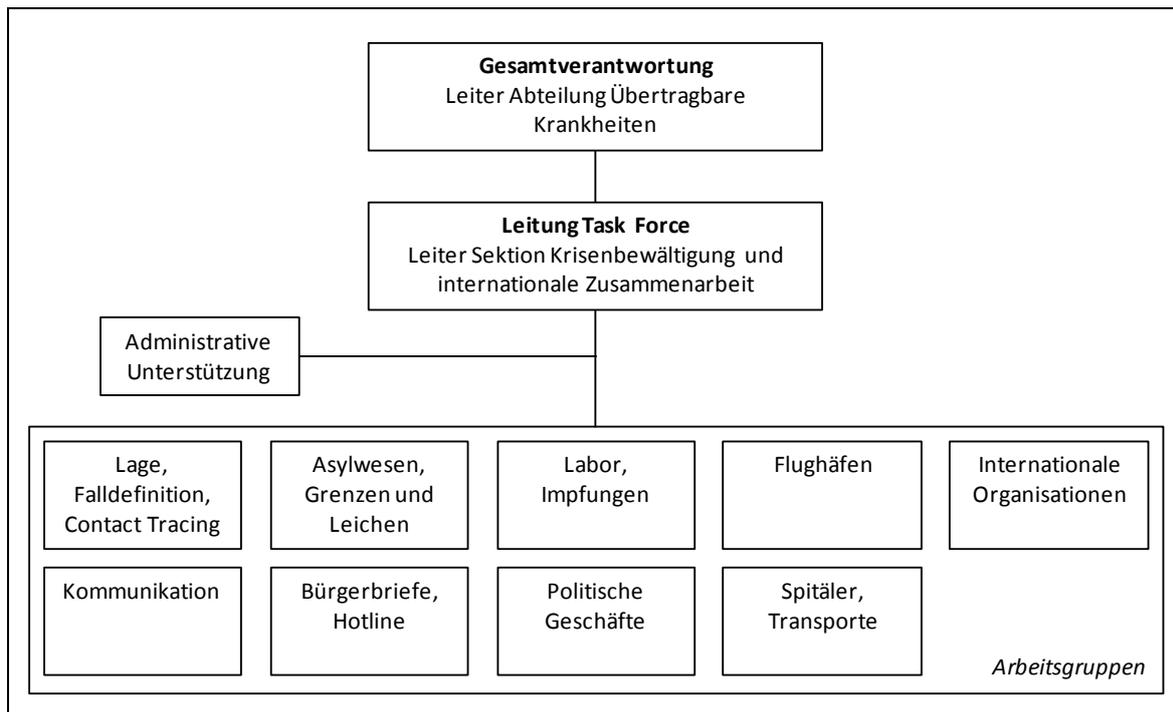
Die erste Sitzung der Task Force Ebola fand am 6. August 2014 statt. Bis Dezember 2014 fanden wöchentlich zwei bis drei Sitzungen statt.

Ab Anfang 2015 wurde der Sitzungsrhythmus auf ein Treffen wöchentlich und ab März 2015 auf einen monatlichen Termin, der nur im Bedarfsfall wahrgenommen wurde, reduziert. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung dieser Evaluation bestand die Task Force immer noch, da nach wie vor Neuerkrankungen vorkamen.

2.1.2 Organisation, Ressourcen und Abläufe

Abbildung 2-1 fasst die Organisation der Task Force Ebola zusammen: Die Gesamtverantwortung lag beim Leiter der Abteilung Übertragbare Krankheiten im Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit. Die Leitung der Task Force wurde dem Leiter der Sektion Krisenbewältigung und internationale Zusammenarbeit übertragen. Innerhalb der Task Force gab es insgesamt neun für verschiedene Aufgabenbereiche zuständige Arbeitsgruppen. Die Kommunikation zum Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und die Information des Bundesstabs ABCN erfolgten durch den BAG-Direktor.

Abbildung 2-1: Organisation der Task Force Ebola des BAG



Quelle: BAG. Erläuterungen: Contact Tracing: Massnahme, um Personen auffindig zu machen, die Kontakt zu Kranken hatten.

Die Task Force setzte sich in einer **ersten Phase** (bis Ende November 2014) primär aus Mitarbeitenden der Sektion Krisenbewältigung und internationale Zusammenarbeit zusammen. Daneben waren der Leiter Kommunikation der Abteilung Übertragbare Krankheiten sowie einzelne Mitarbeitende aus weiteren Sektionen der Abteilung Übertragbare Krankheiten sowie der Abteilungen Biomedizin und Internationales vertreten. Insgesamt umfasste die Task Force in dieser ersten Phase 12-14 Mitglieder, die gemäss Aussagen der Diskussionsteilnehmenden in dieser Phase mehrheitlich ausschliesslich für die Task Force tätig waren.

In einer **zweiten Phase** (ab Ende November 2014) fand eine Erweiterung der Task Force statt. Die Leiterinnen und Leiter der involvierten Sektionen wurden direkt in die Task Force einbezogen und deren personellen Ressourcen damit auf 28 Mitglieder ausgebaut.

2.1.3 Tätigkeitsbereiche der Task Force Ebola im BAG

Tabelle 2-1 beschreibt auf Basis der Dokumentenanalyse die wichtigsten Tätigkeiten der einzelnen Arbeitsgruppen innerhalb der Task Force Ebola.

Tabelle 2-1: Tätigkeiten der Arbeitsgruppen der Task Force

Arbeitsgruppe	Tätigkeiten und Produkte
Lage, Falldefinition, Contact Tracing	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmässige Lageberichte zur Situation im Ebola-Epidemiegebiet und zum Vorbereitungsstand in der Schweiz z.H. der Task Force und Partner - Erarbeitung und Anpassung der Falldefinition - Erarbeitung eines Konzept „Kontaktmanagement“
Asylwesen, Grenzen und Leichen	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination mit dem SEM: Vorgehen in den Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes (vgl. Abschnitt 3.6.1) - Information an die in der Schweiz lebenden Personen aus den betroffenen Ländern West Afrikas - Erarbeitung von Empfehlungen für den Umgang mit Leichen (gemeinsam mit Expertengruppe)
Labor	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination mit der SUVA: Spitallabordiagnostik (vgl. Abschnitt 3.3) - Koordination mit dem Nationalen Referenzzentrum in Genf und dem Labor Spiez zur Sicherstellung der Analytik im Hochsicherheitsbereich - Erarbeitung von Vorgaben zur Abfallentsorgung in Zusammenarbeit mit BAFU und ASTRA
Flughäfen	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsmaterial für Flughäfen bereitstellen - Vorbereitung Entry-Screening für Privatflüge - Spezifische Massnahmen am Flughafen Zürich während des World Economic Forum WEF
Internationale Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> - Diverse Sitzungen mit internationalen Organisationen und Hilfswerken - Vorgehen zum Verhalten von Rückkehrenden festgelegt (in Zusammenarbeit mit dem Kanton GE) - Koordination Rückkehrende und allfälliger Massnahmen - Koordination mit EDA: Möglichkeiten zur medizinischen Evakuation/Repatriierung
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Beantwortung von Medienanfragen, aktive Kommunikation - Aktualisierung der Website BAG - Koordination der Kommunikation mit Partnern
Bürgerbriefe, Hotline	<ul style="list-style-type: none"> - Beantwortung von Bürgerbriefen, Vorbereitung der Info- und Helpline (vgl. Abschnitt 3.7.1)
Politische Geschäfte	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereiten der Antworten zu parlamentarischen Vorstössen - Vorbereiten der Info-Notizen an das EDI oder den Bundesrat
Spitäler, Transporte	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination mit GDK: Entscheid Patientenzuweisung (vgl. Abschnitt 3.1.1) - Laufende Erhebung der Spital- und Transportkapazitäten - Laufende Erhebung von Transportkonzepten - Erstellung eines Transportkonzepts - Organisation von Austauschplattformen (physisch und elektronisch)

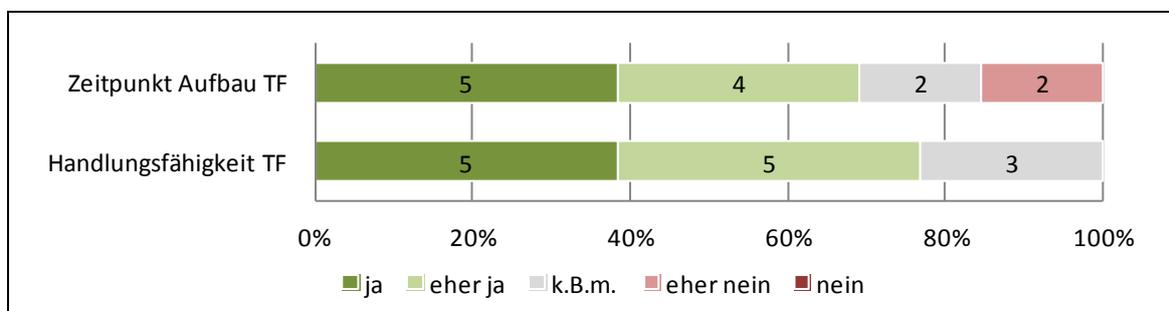
Quellen: BAG (Sitzungs-Protokolle Task Force, weitere Dokumente im Dokumentenverzeichnis).

2.2 Einschätzungen der Befragten

2.2.1 Aufbau und Organisation der Task Force

Die Mehrheit der Teilnehmenden an der Rating-Konferenz ist der Ansicht, dass der Aufbau der Task Force zum eher richtigen oder richtigen **Zeitpunkt** erfolgte (vgl. Abbildung 2-2). Der Leiter der Task Force und ein weiteres Mitglied der Task Force hätten sich einen früheren Aufbau gewünscht. Gemäss einer Wortmeldung hätte dies eine Vorbereitung ermöglicht, in der die Problemstellungen besser antizipiert und angegangen hätten werden können. Der Gesamtverantwortliche der Task Force teilt diese Einschätzung nicht: Aus einer Gesamtsicht habe die Task Force rechtzeitig begonnen, die Problemstellungen zu bearbeiten, wenn sie sich präsentiert haben.

Abbildung 2-2: Aufbau der Task Force



Quelle: Rating-Konferenz Task Force. N=13. Fragestellungen: „Erfolgte der Aufbau der Task Force zum richtigen Zeitpunkt?“ „War die Task Force schnell genug handlungsfähig?“

In der Diskussion zeigte sich, dass eine breitere Abstützung durch den systematischen Einbezug der Sektionsleitenden zu Beginn der Task Force erwünscht gewesen wäre. Die Task Force war aus Sicht der Mitglieder genügend schnell **handlungsfähig** (vgl. Abbildung 2-2). Eine Krisenorganisation auf Stufe Abteilung ist im Krisenhandbuch des BAG nicht vorgesehen. Der im Krisenhandbuch vorgesehene Krisenstab ist direkt dem BAG-Direktor unterstellt (S. 10 des Krisenhandbuchs).

Die Teilnehmenden der Rating-Konferenz und der BAG-Direktor beurteilen die **Ansiedlung** der Task Force auf Stufe Abteilung innerhalb des BAG als zweckmässig. Begründet wurde dies mit der Risikoeinschätzung (keine Gefahr für die Bevölkerung) und der Signalwirkung gegen aussen (keine Beunruhigung der Öffentlichkeit). Gemäss dem Leiter der Task Force hätte die Task Force möglicherweise früher einberufen werden können, wenn diese Möglichkeit explizit im Krisenhandbuch vorgesehen gewesen wäre.³ Faktisch etablierte sich aber trotz der Ansiedlung der Task Force auf Abteilungsstufe ein direkter Informa-

³ Die Möglichkeit, eine Task Force auf Abteilungsstufe einzuberufen, wird in einer überarbeiteten Fassung des Krisenhandbuchs explizit vorgesehen.

tionsaustausch zwischen den Verantwortlichen der Task Force und dem BAG-Direktor; die Leiterin des Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, die als Vorgesetzte der Leitung der Task Force Verantwortung trug, war gemäss Interviewaussagen wenig in die Entscheidung einbezogen. Das Krisenhandbuch wurde von den Verantwortlichen für organisatorische und prozedurale Aspekte für die Task Force genutzt (Organigramme, Vorlagen).

Die Erweiterung der Task Force wurde an der Rating-Konferenz mehrheitlich als positiv eingeschätzt: Damit sei erstens eine Entlastung der bisherigen Task-Force-Mitglieder erreicht worden. Zweitens führte der Einbezug der Sektionsleitenden dazu, dass die Aufgaben innerhalb der Sektionen besser verteilt werden konnten. Da die Einarbeitung der neuen Mitglieder Zeit brauchte, wäre es aus Sicht des Leiters der Task Force und für weitere Teilnehmende einfacher gewesen, wenn eine grössere Zahl an Personen zumindest mit niedriger Intensität bereits früher in die Task Force einbezogen gewesen wären, damit diese bei grosser Arbeitslast vollständig hätten aktiviert werden können. Ein Mitglied, das erst später zur Task Force gestossen ist, beurteilte den Einstieg aufgrund des fortgeschrittenen Standes der verschiedenen Arbeiten als eher schwierig.

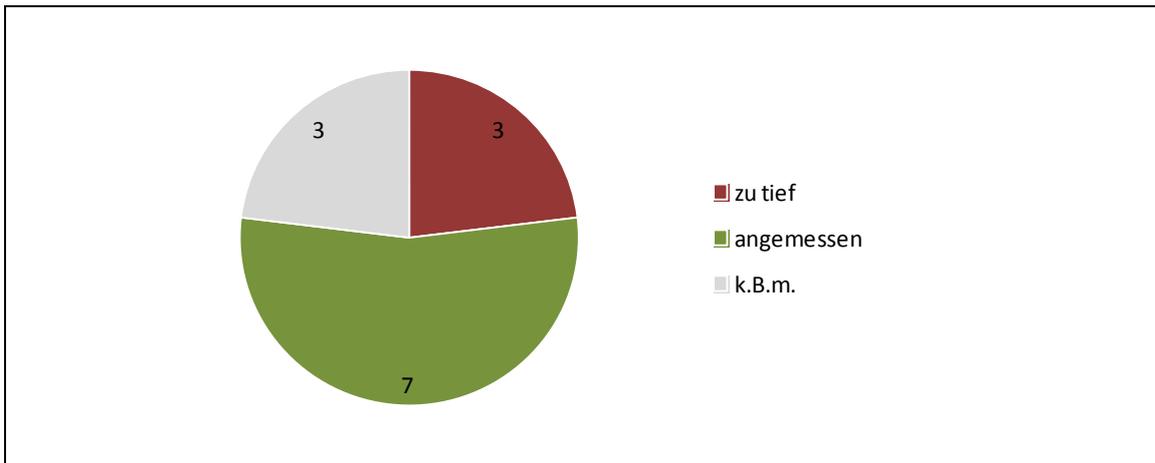
Die Teilnehmenden der Rating-Konferenz beurteilten die Task Force in fachlicher Hinsicht als geeignet: Die erforderlichen **fachlichen Kompetenzen** seien vertreten und die Aufgaben auf die Fachkenntnisse der Mitglieder zugeschnitten gewesen.⁴ Mehrheitlich erachteten sich die Teilnehmenden der Rating-Konferenz zudem genügend auf die Aufgaben in der Task Force **vorbereitet**. Drei Teilnehmende verneinten diese Frage ganz oder eher: Mitglieder in der Task Force mussten Aufgaben übernehmen, zu denen ihnen das Themenwissen fehlte. Gemäss dem Gesamtverantwortlichen der Task Force hängt dies damit zusammen, dass Themen behandelt und koordiniert werden mussten, die normalerweise nicht zur Aufgabentätigkeit des BAG gehören (z.B. Entsorgung von Abfällen, Labordiagnostik, Repatriierung). In diesen Bereichen fand deshalb eine Zusammenarbeit mit externen Expertengruppen und Partner statt (z.B. zu den Themen Labor und Leichen).

2.2.2 Personelle Ressourcen

Rund die Hälfte der Teilnehmenden der Rating-Konferenz beurteilte den **personellen Ressourceneinsatz** für die Ebola-Vorbereitungen innerhalb des BAG als angemessen (Abbildung 2-3). Drei Teilnehmende fanden den Ressourceneinsatz zu tief. Drei weitere Teilnehmende gaben keine Einschätzung ab. Der BAG-Direktor beurteilt den Ressourceneinsatz im Amt als angemessen.

⁴ Fragestellungen: „Waren die Aufgaben, die Sie im Rahmen der Task Force übernahmen, auf Ihre fachlichen Kompetenzen zugeschnitten?“; „Waren die erforderlichen Fachkompetenzen in der Task Force vertreten?“

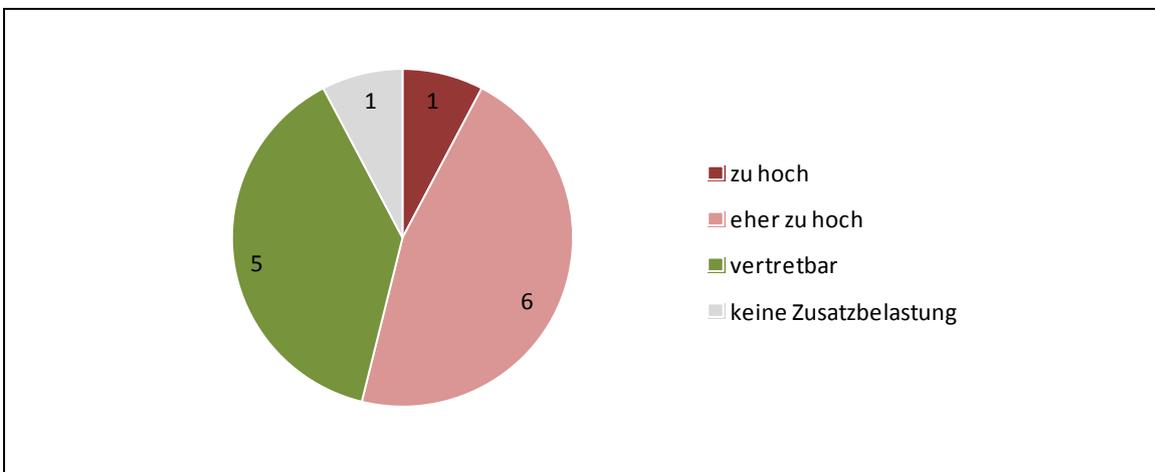
Abbildung 2-3: Ressourceneinsatz



Quelle: Rating-Konferenz Task Force. N=13. Fragestellung: „Wie beurteilen Sie die insgesamt innerhalb des BAG für die Ebola-Vorbereitungen zur Verfügung gestellten personellen Ressourcen?“ Antwortkategorie „zu hoch“ nicht ausgewiesen (keine entsprechenden Antworten).

Bezüglich der **persönlichen Arbeitsbelastung** war rund die Hälfte der Teilnehmenden der Rating-Konferenz der Ansicht dass diese eher zu hoch oder zu hoch gewesen sei (Abbildung 2-4). Die restlichen Teilnehmenden beurteilten die Arbeitsbelastung als vertretbar. Für eine Person war keine Zusatzbelastung entstanden.

Abbildung 2-4: Persönliche Arbeitsbelastung



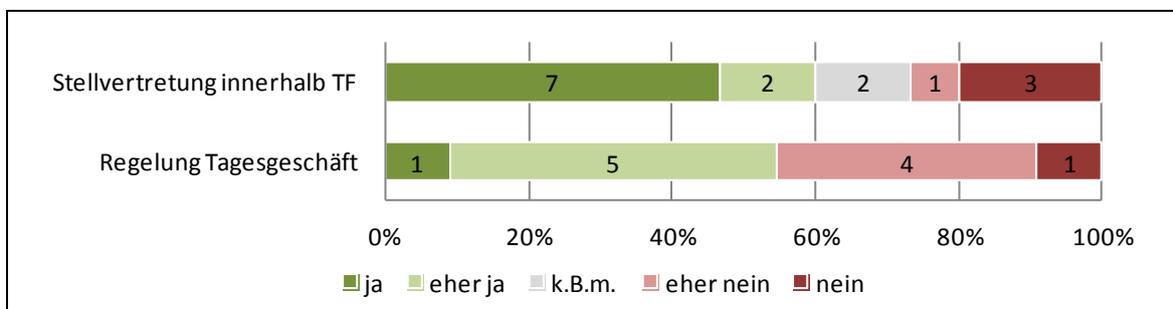
Quelle: Rating-Konferenz Task Force. N=13. Fragestellung: „Wie beurteilen Sie insgesamt die Arbeitsbelastung, die durch die Ebola-Vorbereitungen für Sie entstanden ist?“

Die negativen Einschätzungen wurden folgendermassen begründet:

- *Anzahl Mitglieder der Task Force:* Vor allem in der ersten Phase der Task Force standen zu wenig personelle Ressourcen zur Verfügung. Mit der Erweiterung der Task Force verbesserte sich die Situation: So war es bspw. gemäss den Diskussionsbeiträgen nach der Erweiterung möglich, „Auszeiten“ zu nehmen.

- *Regelung der Stellvertretungen innerhalb der Task Force (Abbildung 2-5):* Die Stellvertretung waren gemäss der Diskussion an der Rating-Konferenz nicht systematisch geregelt. Dies lag unter anderem daran, dass die jeweiligen Sektionsverantwortlichen nicht alle eingebunden waren, an fehlenden personellen Ressourcen und an exklusiven Fachkenntnissen, die schwierig zu ersetzen waren. Sichertgestellt war die Stellvertretung auf Leitungsebene: Der Gesamtverantwortliche und der Leiter der Task Force konnten gegenseitig die Stellvertretung übernehmen. Einzelne Mitglieder organisierten untereinander selbstständig Stellvertretungen. Eine zusätzliche Belastung entstand dadurch, dass Mitglieder der Task Force gemäss Aussagen in der Rating Konferenz zum Teil während mehrerer Wochen auf Pikett waren.
- *Entlastung vom Tagesgeschäft:* Fast die Hälfte der Teilnehmenden der Rating-Konferenz gab an, dass ungenügend geregelt war, was während ihrem Einsatz in der Task Force mit ihrem Tagesgeschäft geschieht (Abbildung 2-5). Einzelnen Mitgliedern fehlte es innerhalb ihrer Sektionen an Unterstützung durch Vorgesetzte, wodurch für diese Personen kaum eine Entlastung bei ihren üblichen Aufgaben stattfand (bspw. durch Delegation von Aufgaben oder eine Verzichtsplannung). Eine Verzichtsplannung wurde von der Diskussionsrunde als schwierig durchführbar eingestuft (gesetzlich festgelegte Aufgaben, die nicht einfach eingestellt werden können; entspricht nicht „Kultur“ der Abteilung; Ebola im Vergleich zur Pandemie H1N1 und SARS nicht als Krise definiert).

Abbildung 2-5: Personelle Ressourcen

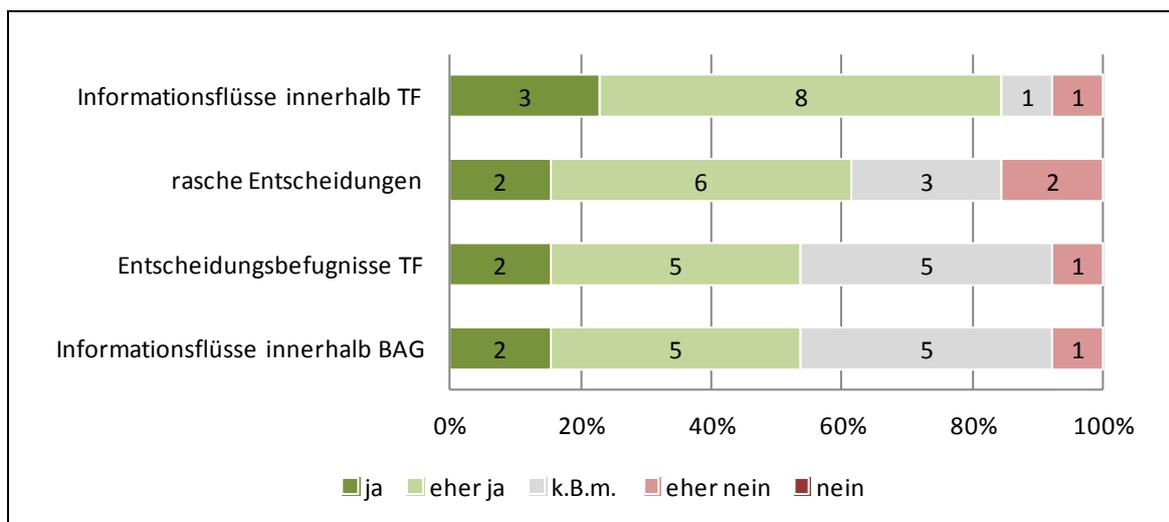


Quelle: Rating-Konferenz Task Force. N=13. Fragestellungen: „Ist/war Ihre Stellvertretung bei Abwesenheit von Ihnen innerhalb der Task Force geregelt?“; „War klar geregelt, was mit dem Tagesgeschäft der Mitglieder der Task Force geschieht?“

2.2.3 Arbeitsabläufe

Die **Informationsflüsse** innerhalb der Task Force haben gemäss den Einschätzungen der Teilnehmenden insgesamt gut funktioniert (vgl. Abbildung 2-6). Die kurzen internen Informationsflüsse zum BAG-Direktor wurden als zweckmässig erachtet.

Abbildung 2-6: Informationsflüsse und Entscheidungskompetenzen



Quelle: Rating-Konferenz Task Force. N=13. Fragestellungen: „Sind innerhalb der Task Force die nötigen Informationen rechtzeitig an die richtigen Personen gelangt?“; „Konnten innerhalb des BAG Entscheide im Zusammenhang mit den Ebola-Vorbereitungen rasch getroffen werden?“; „Waren die Entscheidungsbefugnisse der Task Force ausreichend?“; „Waren die Informationswege zu BAG-internen Entscheidungsträgerinnen und -trägern genügend kurz?“

Bezüglich der Frage, ob innerhalb des BAG **rasch Entscheidungen** getroffen werden konnten, ergab die Diskussion in der Rating-Konferenz, dass amtsintern sehr rasch Entscheidungen getroffen werden konnten, sobald eine Lösung vorlag, mit der die Task Force zufrieden war. Dieser Teil der Entscheidungsfindung beanspruchte teilweise sehr viel Zeit. Gründe dafür waren unterschiedliche Auffassungen innerhalb der Task Force sowie zwischen dem BAG und seinen Partnern. Hinsichtlich der **Entscheidungsbefugnisse** der Task Force wurde deutlich gemacht, dass Partner (Kantone, Spitäler) teilweise Entscheide vom BAG erwarteten, die nicht in der Verantwortung des BAG liegen, z.B. im Bereich der medizinischen Versorgung.

Der **Sitzungsrhythmus** der Task Force entsprach gemäss der Rating-Konferenz (schriftliche Befragung) jeweils dem Bedarf in den verschiedenen Phasen der Ebola-Vorbereitungen. Den **Sitzungsablauf** beurteilten bis auf zwei Personen alle Teilnehmenden der Rating-Konferenz als zumindest eher effizient. Diese Punkte wurden in der Rating-Konferenz nicht weiter vertieft.

Die **Zusammenarbeit** innerhalb des BAG wird von den Teilnehmenden der Rating-Konferenz insgesamt als gut oder zumindest eher gut beurteilt.

3 Massnahmenbereiche und Zusammenarbeit mit Partnern

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den verschiedenen Massnahmenbereichen der Ebola-Vorbereitungen und zur Zusammenarbeit des BAG mit seinen Partnern dargestellt (inkl. Finanzierung und Abgeltung; vgl. Frageblock 2 und 3 in Tabelle 1-1). Pro Bereich werden zunächst die Ausgangslage beschrieben und anschliessend die wichtigsten Ergebnisse aus den Informationserhebungen dargestellt (Abschnitte 3.1-3.9). Ebenfalls werden die Ergebnisse aus den Befragungen zur Gesamtheit der Massnahmenbereiche (Abschnitt 3.10) und zur Zusammenarbeit und Koordination (Abschnitt 3.11) zusammengefasst.

3.1 Spitalkapazitäten

3.1.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs

Hinsichtlich der Spitalkapazitäten waren für die Ebola-Vorbereitungen zwei Fragestellungen relevant: 1. Welche Spitäler können einen bestätigten Ebola-Fall behandeln? 2. Welche Spitäler können Verdachtsfälle abklären?

Die Kantone sind grundsätzlich zuständig für die Vorbereitungsmassnahmen in den Spitälern. Das BAG verfügt diesbezüglich über keine Weisungsbefugnis: Es kann die Kantone oder die Spitäler nicht verpflichten, bestimmte Vorbereitungsmassnahmen für die Behandlung oder Abklärung zu ergreifen.

Das BAG formulierte die Erwartung, dass die Universitätsspitäler in der Lage sein sollten, Behandlungen bestätigter Ebola-Fälle durchzuführen, und dass sich alle Kantone darauf vorbereiten, mögliche Verdachtsfälle abklären zu können. Das BAG erhob während der Ebola-Vorbereitungen regelmässig den Stand der diesbezüglichen Vorbereitungen via die Kantonsärzteschaft.

Gemäss den Angaben des BAG ergaben sich im Zeitverlauf folgende Spitalkapazitäten:

- **Behandlungskapazitäten:** Im August 2014 war einzig das Universitätsspital Genf in der Lage, Ebola-Fälle zu behandeln. Die Universitätsspitäler Bern, Lausanne und Zürich begannen sich vorzubereiten und waren schliesslich zu unterschiedlichen Zeitpunkten bereit für Behandlungen. Das BAG verschaffte sich vor Ort einen Überblick über die Vorbereitungen dieser Spitäler. Im Universitätsspital Basel ist die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Betreuung eines Ebola-Falls zum heutigen Zeitpunkt nicht gegeben, was faktisch bedeutet, dass dieses keine Ebola-Fälle behandeln kann (Aussagen BAG und Universitätsspital Basel). Gemäss den Interviewaussagen liegen die Behandlungskapazitäten bei 1-2 Fällen pro Spital.
- **Abklärungskapazitäten:** Für die Abklärung und die Isolierung einer Patientin oder eines Patienten bis zum Erregernachweis (max. 48 Stunden) bereiteten sich zehn weitere Spitäler vor.

Für die Hausärztinnen und Hausärzte war gemäss einer BAG-Empfehlung (BAG 2015b) vorgesehen, dass diese nach einer ersten Triage, bei der lediglich abgeklärt wird, ob sich die Person in den letzten drei Wochen in einem der drei hauptsächlich betroffenen Ländern aufgehalten hat, den kantonsärztlichen Dienst oder einen vom Kanton bezeichneten Referenzarzt kontaktieren, um das weitere Vorgehen zu bestimmen.

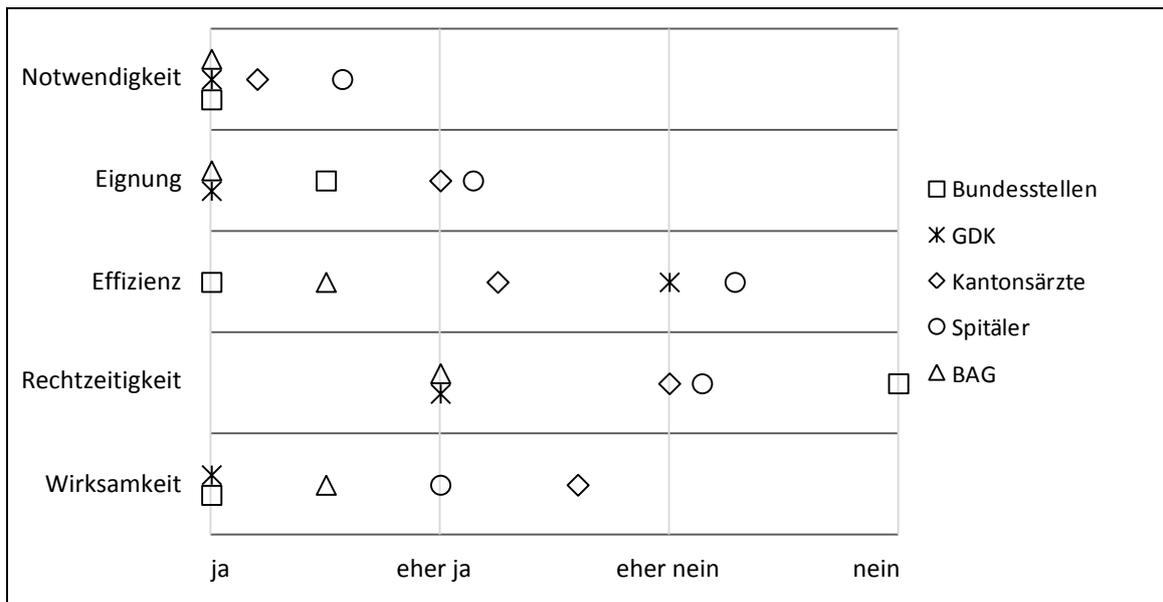
Zum **zeitlichen Ablauf** der Vorbereitungsmaßnahmen:

- Im Rahmen einer Telefonkonferenz vom 11. August 2014 bat das BAG die kantonsärztlichen Dienste, die Voraussetzungen in den Spitälern abzuklären (Kapazitäten, Isolationsmöglichkeiten, Labor, etc.) und dem BAG zu melden. Eine solche Übersicht fehlte zu diesem Zeitpunkt. Zu diesem Zeitpunkt wurde noch keine Unterscheidung zwischen Abklärungs- und Behandlungsspitalern gemacht.
- Am 18. September 2014 entschied die GDK, die Kompetenz für die Zuweisung von Ebola-Fällen an Spitäler zur Behandlung dem BAG zu übertragen. Die Zuweisung erfolgt in Absprache mit den Kantonsärztinnen und -ärzten und den betroffenen Spitälern.
- Mitte November 2014 waren für die Behandlung und Intensivpflege von Ebola-Fällen die Universitätsspitäler in Bern, Genf, Lausanne und Zürich vorbereitet. Spitalkapazitäten zur Ebola-Abklärung waren zudem in den Kantonen AG, TI, VS, BL, GR, LU, SO, SG, ZG, ZH-Winterthur vorhanden oder in Vorbereitung. Diese Spitäler hätten gemäss dem Schreiben ab spätestens Ende Dezember 2014 in der Lage sein sollen, Ebola-Verdachtsfälle abzuklären und während 24 bis 48 Stunden zu isolieren.
- Ab dem 10. März 2015 stand den Kantonen und Spitälern ein durch das BAG eingerichtete internetbasierte Austauschplattform („Share Point“), auf der Konzepte u.ä. den anderen Benutzerinnen und Benutzern der Plattform zur Verfügung gestellt werden konnten.

3.1.2 Einschätzungen der Befragten

Die Befragten wurden gebeten, sich zu verschiedenen Aspekten der **Behandlungskapazitäten** zu äussern. Abbildung 3-1 fasst die Beurteilungen zusammen.

Abbildung 3-1: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Behandlungskapazitäten“



Quelle: Schriftliche Befragung. Bundstellen: N=2 (KSD, SUVA). GDK: N=1. Kantonsärzte: N=5. Spitäler: N=8. BAG: N=2. Die Angaben sind Mittelwerte pro befragte Stelle. Fragestellungen: vgl. Fussnote.⁵

Auf Basis der vertiefenden Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Notwendigkeit	Einig sind sich die Befragten bei der Beurteilung, dass die Bereitstellung von Behandlungskapazitäten notwendig war.
Eignung	Die Eignung der Massnahmen wird insgesamt ebenfalls eher positiv oder positiv beurteilt, wobei insbesondere die Befragten aus den Spitälern negative Punkte äusserten: Drei Befragte aus Universitätsspitalern waren der Ansicht, dass der Bund ein oder zwei Zentren hätte bestimmen sollen, die sich auf die Behandlung von Ebola-Fällen vorbereiten. Dies hätte angesichts der Risikoanalyse ausgereicht und es ermöglicht, dass sich diese Spitäler umfassend hätten vorbereiten können. Diese Einschätzung wird von Befragten aus nicht-universitären Spitälern geteilt. Eine befragte Person eines Universitätsspitals gibt hingegen zu bedenken, dass die Kapazitäten für personalintensive Behandlungen pro Spital beschränkt seien, so dass maximal zwei Fälle gleichzeitig behandelt werden können; die Universitätsspitäler müssten daher in der Lage

⁵ Fragestellungen: Notwendigkeit: „Sind die Massnahmen im Bereich [Nennung Bereich] aus Ihrer Sicht notwendig, um die Bevölkerung (resp. das Gesundheitspersonal/Einzelpersonen) möglichst gut vor Ebola zu schützen?“ Eignung: „Sind diese Massnahmen geeignet, um die Bevölkerung (resp. das Gesundheitspersonal/Einzelpersonen) möglichst gut vor Ebola zu schützen?“ Effizienz: „Ist das Verhältnis von Aufwand und erwartetem Nutzen bei diesen Massnahmen ausgewogen?“ Rechtzeitigkeit: „Wurden diese Massnahmen rechtzeitig bereitgestellt?“ Wirksamkeit: „Sind diese Massnahmen gemäss Ihrer Einschätzung so ausgestaltet, dass sie einen sicheren Umgang mit Einzelfällen (Verdachtsfälle, bestätigte Fälle) ermöglichen resp. die Ausbreitung der Krankheit verhindern würden?“

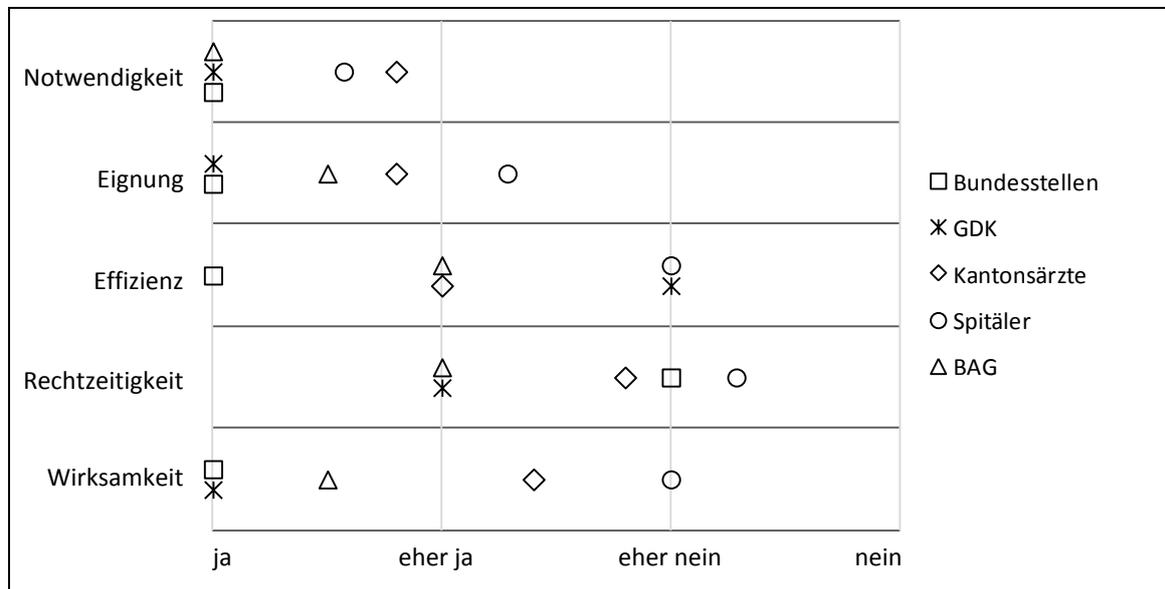
	<p>sein, Fälle zu übernehmen.</p>
<p>Effizienz</p>	<p>Hinsichtlich der Effizienz der Massnahmen übten verschiedene Vertretende der Spitäler Kritik: Die Vorbereitungen auf eine Behandlung seien extrem aufwändig (Schulung Personal, Anschaffung von Material, bauliche Massnahmen) und komplex (Festlegung von Abläufen). Es wird von verschiedenen Befragten aus Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitälern als ineffizient und nicht nachhaltig erachtet, dass sich alle Universitätsspitäler vorbereitet haben. Die Befragten aus den Universitätsspitalern beurteilten die Effizienz etwas weniger kritisch als die Zentrums- und Regionalspitäler. Der Vertreter der GDK vertrat die Ansicht, dass das gewählte Vorgehen dem Bedürfnis maximaler Sicherheit entsprang, was mit einem sehr hohen Aufwand verbunden sei.</p>
<p>Rechtzeitigkeit</p>	<p>Insgesamt am negativsten wird die Rechtzeitigkeit der Massnahmen beurteilt. Gründe für die späte Bereitstellung der Behandlungskapazitäten waren Infrastrukturprobleme (keine geeigneten Räume in den Spitälern vorhanden), zahlreiche offene Fragen aufgrund fehlender Erfahrungen mit der Behandlung von Ebola, (d.h. aufwändige eigene Recherchen der Spitäler z.T. unter Einbezug ausländischer Experten und umfangreiche Schulungen notwendig), sowie fehlende Vorgaben des Bundes (Spitallabor Diagnostik, vgl. Abschnitt 3.3). Zudem sei zu Beginn (August 2014) nicht klar gewesen, welche Voraussetzungen in den Spitälern notwendig seien. Der „Share Point“ sei zu spät eingerichtet worden (Einzelnennung). Aus Sicht der befragten Person der SUVA wäre es zielführend gewesen, wenn bereits vor dem Ernstfall seitens des BAG die Rollen der Spitäler (inkl. dem Transport) klar definiert gewesen wären. Aus Sicht des KSD hat das BAG zu spät mit den Vorbereitungs massnahmen begonnen.</p>
<p>Wirksamkeit</p>	<p>Insgesamt positiv wird die Wirksamkeit der Vorbereitungs massnahmen beurteilt. Eine befragte Person (Kantonsärzteschaft) äusserte sich negativ, da zu Beginn der Vorbereitungen kleinere Spitäler Bereitschaft für die Aufnahme von Fällen signalisiert hätten. Dies sei aber unrealistisch (hätte im Ernstfall nicht funktioniert) und habe ein falsches Bild von den Kapazitäten in der Schweiz vermittelt. Dieser Punkt wurde in einzelnen weiteren Interviews ebenfalls aufgebracht.</p>

Aus den Interviews ergaben sich die folgenden weiteren relevanten Aspekte:

- Zwei Personen aus Kantonen mit Universitätsspitalern haben kritisiert, dass andere Kantone ohne die dazu notwendigen kantonalen Vereinbarungen davon ausgegangen sind, Patientinnen und Patienten in die Universitätsspitaler überführen zu können.

Die Befragten wurden gebeten, sich zudem zu verschiedenen Aspekten der **Abklärungskapazitäten** zu äussern. Abbildung 3-2 fasst die verschiedenen Beurteilungen zusammen.

Abbildung 3-2: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Abklärungskapazitäten“



Quelle: Schriftliche Befragung. Bundstellen: N=2 (KSD, SUVA). GDK: N=1. Kantonsärzte: N=5. Spitäler: N=8. BAG: N=2. Die Angaben sind Mittelwerte pro befragte Stelle. Fragestellungen: vgl. Fussnote 5, Seite 19.

Auf Basis der vertiefenden Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Notwendigkeit	Weitgehend einig sind sich die Befragten bei der Beurteilung, dass die Bereitstellung von Abklärungskapazitäten notwendig war.
Eignung	Insgesamt werden die Massnahmen als geeignet betrachtet. Es bestehen jedoch teilweise Zweifel, wie gut kantonale und regionale Spitäler tatsächlich in der Lage sind, einen Verdachtsfall während 48 Stunden zu betreuen, da dies aus Sicht eines Teils der Befragten Vorbereitungen in einem ähnlichen Umfang wie bei den Universitätsspitalern verlangen würde.
Effizienz	Die Effizienz der Massnahmen wird teilweise negativ eingeschätzt, insbesondere von den befragten Zentrums- und Regionalspitälern. Als ineffizient werden die angesichts der Risikoeinschätzung zu hohe Anzahl der sich vorbereitenden Spitäler, der hohe Vorbereitungsaufwand (vgl. Rechtzeitigkeit) und die fehlende Koordination zwischen den Spitalern bei der Beschaffung von Materialien (Schutzausrüstungen, mobile Labors) beurteilt.
Rechtzeitigkeit	In der Beurteilung eines Grossteils der Befragten (Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitäler, Kantonsärzteschaft, KSD) standen die Ab-

klärungskapazitäten nicht rechtzeitig zur Verfügung. Die Gründe dafür waren hauptsächlich, dass zu Beginn nicht klar gewesen sei, welche Voraussetzungen diese Spitäler erfüllen müssten und der Vorbereitungsaufwand aufgrund des oft fehlenden fachlichen Wissens zu Ebola anschliessend relativ gross war: Für etliche Spitäler waren die Ebola-Vorbereitungen mit aufwändigen eigenen Recherchen (z.B. zu Sicherheitsmassnahmen, Schutzbekleidung, Labordiagnostik) verbunden. Gemäss verschiedenen Befragten war die Unterscheidung zwischen Behandlungs- und Abklärungsspitälern nicht von Beginn an klar.

Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der Massnahmen wird unterschiedlich beurteilt. Insbesondere die Spitäler äusserten sich negativ (Zentrums- und Regionalspitäler etwas negativer als die Universitätsspitäler). Aufgrund der Interviewaussagen ist dies schwierig zu erklären. Einzelne Befragte äusserten Zweifel, ob es realistisch sei, dass kleinere Spitäler eine sichere Abklärung eines Verdachtsfalls gewährleisten können. Von einer befragten Person eines Spitals wird angemerkt, dass es schwierig gewesen sei, die erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen (insbesondere Schulung des Personals) in einem Ausmass vorzunehmen, der einen sicheren Umgang mit einem Verdachtsfall ermöglicht hätte, da die Eintretenswahrscheinlichkeit als gering beurteilt wurde. Vor diesem Hintergrund liessen sich aufwändige Vorbereitungsarbeiten innerhalb des Spitals nur schwer rechtfertigen.

Aus den Interviews ergaben sich die folgenden weiteren relevanten Aspekte:

- Es bestehen unterschiedliche Auffassungen der Akteure darüber, was genau unter einer Abklärung zu verstehen ist: Während das BAG gemäss der Dokumentenanalyse davon ausging, dass eine Abklärung die Diagnostik und einen Aufenthalt bis zu 48 Stunden beinhaltet, besteht in der Auffassung mehrerer Befragten eine Abklärung lediglich in der Triage (Anamnese, Diskussion des Falls mit einem Spezialisten, Entscheid über weiteres Vorgehen, ev. Organisation des Transports in ein Zentrumsspital).

3.2 Finanzierung/Abgeltung von Investitions- und Behandlungskosten

3.2.1 Beschreibung der Ausgangslage⁶

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Als Voraussetzung der Kostenvergütung zulasten der OKP gilt allgemein, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Für die medizinischen Leistungen besteht in der Regel keine abschliessende Positivliste aller Pflichtleistungen. Vielmehr wird der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen Leistungen implizit vermutet (Vertrauensprinzip). Die von Ärztinnen und Ärzten vorgenommenen Untersuchungen und Behandlungen werden damit grundsätzlich vergütet, sofern in Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) keine Sonderregelung festgehalten ist.

Im stationären Bereich wird grundsätzlich die Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital vergütet, wofür in der Regel Fallpauschalen festzulegen sind (Art. 49 Abs. 1 KVG⁷). Im Gegensatz dazu werden beispielsweise das Sicherheitspersonal und entgangene Einnahmen nicht über die OKP vergütet.

Die Vergütungen zulasten der OKP dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten (Art. 49 Abs. 3 KVG). Die Spitäler stehen gesetzlich in der Pflicht als Basis der Vergütung die Kosten entsprechend auszuweisen (Art. 49. Abs. 7 KVG). Zuständig für die Tarifierung der Pflichtleistungen im stationären Bereich sind einerseits die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer). Die Kantone sind andererseits für die Vergütung allfälliger Kosten gemeinwirtschaftlicher Leistungen zuständig. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Urteil vom 11. September 2014 (C-2283/2013, C-3617/2013) festgehalten, dass beispielsweise die Epidemie-Vorsorge als gemeinwirtschaftliche Leistung nicht über die OKP abzugelten ist.

3.2.2 Schätzungen der Kosten der Spitäler

In der schriftlichen Befragung wurden die Spitäler jeweils zu den mit den Ebola-Vorbereitungen angefallenen Investitions- und Behandlungskosten befragt. Bei den folgenden Daten (Tabelle 3-1) ist zu berücksichtigen, dass es sich um grobe Schätzungen handelt (insbesondere was den Aufwand für das Personal betrifft).

⁶ Die Ausführungen in diesem Abschnitt basieren auf schriftlichen Auskünften des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung des BAG.

⁷ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)

Tabelle 3-1: Schätzung der Investitions- und Behandlungskosten

Spitäler	Investitionskosten (in CHF)	Abklärungs-/Behandlungskosten (in CHF)
Universitätsspitäler (N=5)	Spital 1: 100'000 (exkl. Personal) Spital 2: 2-3 Millionen Spital 3: 1.5-2 Millionen Spital 4: 1 Million Spital 5: k.A.	1 Abklärung: 20'000 Restliche Abklärungen: k.A. 1 Behandlung: 200'000
Andere Spitäler (N=4)	Spital 1: 120'000 Spital 2: 20'000 Spital 3: 10'000 (exkl. Personal) Spital 4: k.A.	Abklärungen Asylbereich: durchschnittlich 1'000 pro Fall

Quelle: Schriftliche Befragung.

Zu den **Investitionskosten** gehören primär die Anschaffung von Material (Schutzausrüstung, mobile Laborgeräte), bauliche Massnahmen und die Personalkosten (insbesondere Schulung). Verschiedene Befragte wiesen in den Interviews ausserdem darauf hin, dass bedeutende Kosten auch dadurch entstanden seien, dass Intensivbetten zum Teil geschlossen werden mussten (entgangene Einnahmen; nicht quantifizierbar).

Gemäss der schriftlichen Befragung ist in zwei Spitälern geregelt, wer die Investitionskosten übernimmt (in einem Fall übernimmt das Spital alle Kosten; im anderen Fall erfolgt eine Aufteilung zwischen Spital und Kanton). Gemäss den anderen sieben Befragungsworten ist nicht geklärt, wer diese Investitionskosten übernimmt. Aktuell werden diese Kosten von den Spitälern getragen (z.B. im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen). Einige Spitäler versuchen gemäss Auskünften zu erreichen, dass die jeweiligen Kantone einen Teil der Kosten übernehmen (Gründe: Auftrag des Kantonsarztes, Höhe der Aufwendungen).

Von insgesamt neun befragten Spitälern beurteilt eine befragte Person die Übernahme der Investitionskosten durch das eigene Spital als zweckmässig. Fünf Befragte finden die Lösung in ihrem Kanton (Finanzierung durch Spital resp. durch Spital und Kanton) nicht resp. eher nicht zweckmässig.⁸ Diese Befragten sind der Ansicht, dass in Situationen wie den Ebola-Vorbereitungen eine schweizweite Lösung gefunden müsse, da die Kosten ein normales Mass an Unvorhergesehenem übertreffen würden. Diese Argumentation ist eng an die Einschätzung geknüpft, dass es angesichts der Risikoeinschätzung für die Schweiz nicht zweckmässig und angesichts des Vorbereitungsaufwands unverhältnismässig sei, wenn sich eine grössere Anzahl Spitäler auf die Behandlung von Ebola-Fällen vorbereiten müsse. Stattdessen sei eine Zentralisierung notwendig (Bezeichnung einzelner Spitäler), welche die Versorgung (insb. Behandlung) sicherstellen können. Die Finanzierung sollte in diesem Fall solidarisch durch die Kantone erfolgen (Zuständigkeit: GDK); in einzelnen

⁸ Drei Befragte gaben keine Einschätzung ab.

Gesprächen wurde eine Mitbeteiligung des Bundes, sofern er einzelne Spitäler für Vorbereitungen verpflichten würde, als sinnvoll erachtet.

Die **Behandlungskosten** des Patienten am HUG (rund 200'000 CHF), der für die WHO arbeitete, übernahm zum Teil die WHO. Die Übernahme der restlichen Behandlungskosten (v.a. Kosten für die Sicherheit, Kommunikation) war zum Zeitpunkt der Erhebungen noch nicht restlos geklärt (bis dahin: durch das Spital übernommen).

Bezüglich der **Kosten für Abklärungen** ist zunächst festzuhalten, dass es für die befragten Personen häufig nicht möglich war, genaue Angaben zu machen. Zu beachten ist, dass Abklärungen unterschiedlich umfassend sein können:

- Gemäss Interviewaussagen kam es in vier Fällen zu Abklärungen mit einem längeren Spitalaufenthalt. Gemäss den Auskünften lagen die Kosten bei einer dieser Abklärungen bei 20'000 Franken; für die anderen drei Fälle konnte keine Einschätzung gemacht werden.
- In den restlichen 12 Fällen handelte es sich um telefonische Beratungen oder Befragungen im Spital (v.a. zum Expositionsrisiko) von Rückkehrenden aus dem Epidemiegebiet.
- Bei den Personen aus dem Asylbereich wurde im Spital das Expositionsrisiko geprüft und ggf. die Personen im Spital weiter beobachtet.

Die Kosten für die Abklärungen wurden von den jeweiligen Krankenkassen übernommen. Zu einem Abklärungsfall bestehen keine Informationen darüber, wer die Kosten übernommen hat. Zu beachten ist, dass es in fünf der untersuchten Spitäler zu keinen Abklärungen gekommen ist.

Nicht geklärt ist aus Sicht der Mehrheit der befragten Spitäler und der Vertretung der GDK, wer die Behandlungskosten grundsätzlich übernehmen würde (entsprechend wird die fehlende Regelung auch als nicht zweckmässig betrachtet). Drei Befragte konnten sich zu diesem Aspekt nicht äussern.

3.3 Labordiagnostik

3.3.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs

Die Labordiagnostik war bei den Ebola-Vorbereitungen in zwei Bereichen von Bedeutung:

- **Erregernachweis:** Der Nachweis des Ebola-Virus wird in der Schweiz durch das Referenzlaboratorium am Universitätsspital Genf (HUG) und subsidiär durch das Labor Spiez sichergestellt.
- **Spitallabordiagnostik:** Für die Überwachung einer Patientin oder eines Patienten stehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten der Spitallabordiagnostik zur Verfügung: die sogenannte Point-of-care-Diagnostik, die direkt im Patientenzimmer durchge-

führt wird, und die Durchführung der notwendigen Analysen im medizinischen Labor eines Spitals.

Die gesetzlichen Grundlagen und die Regelung der Zuständigkeiten für die Labordiagnostik finden sich in der Einschliessungsverordnung (ESV⁹) und der Arbeitnehmerschutzverordnung (SAMV¹⁰). Die ESV regelt den Umgang mit Organismen in geschlossenen Systemen, worunter der Erregernachweis fällt. Für den Umgang mit dem Ebola-Virus (Mikroorganismus der Gruppe 4 gemäss Art. 6 ESV) ist eine Bewilligung notwendig, die vom BAG erteilt wird. Das BAG erteilte dem HUG im Juli 2014 eine Ausnahmegewilligung für die Virendiagnostik, da das Labor zu diesem Zeitpunkt aufgrund von laufenden Umbaumaassnahmen nicht über die erforderliche Sicherheitsstufe (Biosafety level [BSL] 4) verfügte.

Die SAMV regelt den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beim Umgang (Erregernachweis) mit und bei der Exposition gegenüber Mikroorganismen. Die Spitallabordiagnostik wird dabei gemäss der SAMV als Exposition eingestuft. Die SUVA verlangte, dass die Spitäler für die Festlegung von Sicherheitsmassnahmen ein Konzept erarbeiten, in dem aufgezeigt wird, wie der Arbeitnehmerschutz innerhalb des Spitals im Zusammenhang mit Ebola sichergestellt wird (gemäss Art. 5, 7 und 8 SAMV). Die SUVA übt eine Kontrollfunktion aus.

Zum **zeitlichen Ablauf** der Vorbereitungsmaßnahmen:

- Eine knappe Woche nach dem Einsatz der Task-Force Ebola findet eine erste Sitzung zwischen dem BAG und der SUVA zur Spitallabordiagnostik statt, die allerdings zu keinem Ergebnis kommt.
- Am 1. September 2014 legt die Eidgenössische Fachkommission für biologische Sicherheit (EFBS) einen Vorschlag vor, unter welchen Bedingungen die Point-of-care-Diagnostik und labormedizinische Untersuchungen (Durchführung der Analysen in Labors der Sicherheitsstufe 2 resp. 3) durchgeführt werden können.
- Die SUVA erachtet den Vorschlag der EFBS bezüglich labormedizinischer Untersuchungen als nicht rechtskonform und verlangt, dass die Spitäler eigene Konzepte erarbeiten (Sitzung vom 15. September 2014).
- Am 13. Oktober 2014 findet eine Sitzung mit dem BAG, der SUVA und verschiedenen Spitälern statt („Austauschplattform“). Dabei stellt das Universitätsspital Lausanne CHUV sein Konzept vor. Festgehalten wird im Protokoll, dass die rechtlichen Anforderungen, wie Proben, die mit Gruppe 4-Mikroorganismen kontaminiert sind, unter Sicherheitsstufe 3 gehandhabt werden, ungenügend definiert sind. Gemäss der SUVA sind allgemeine Richtlinien nicht möglich.

⁹ Verordnung vom 9. Mai 2012 über den Umgang mit Organismen in geschlossenen Systemen (SR 814.912)

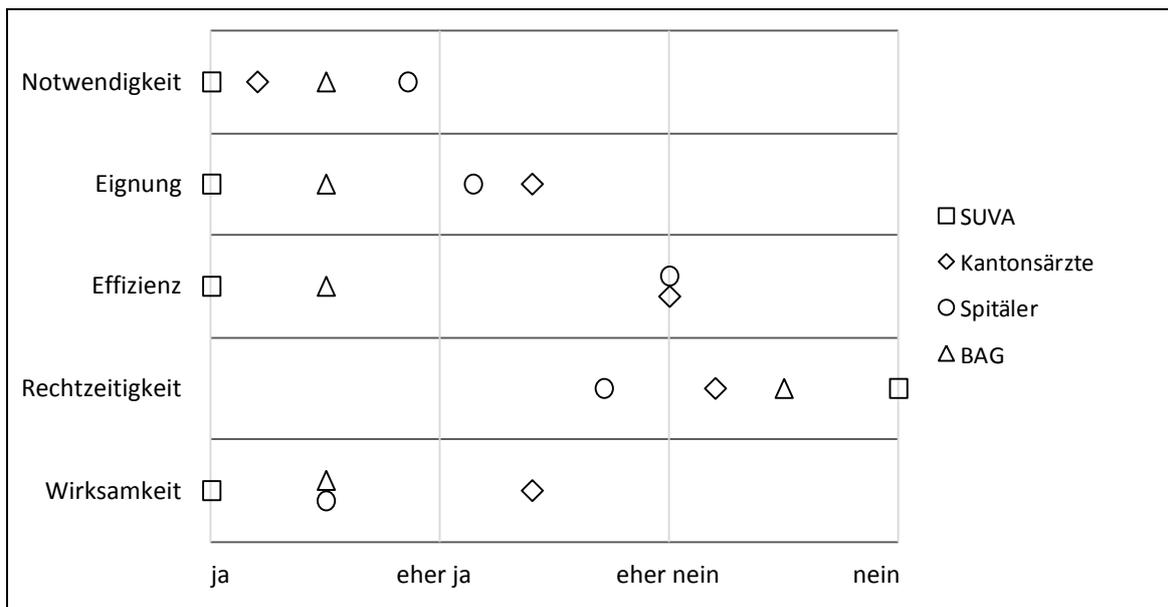
¹⁰ Verordnung vom 25. August 1999 über den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor Gefährdung durch Mikroorganismen (SR 832.312)

- Gemäss dem Task Force Protokoll vom 6. März 2015 hat die SUVA mit den Universitätsspitälern Termine vereinbart, um die zwischenzeitlich erarbeiteten Konzepte zu besprechen.

3.3.2 Einschätzungen der Befragten

Die Befragten wurden gebeten, sich zu verschiedenen Aspekten der **Labordiagnostik** zu äussern. Abbildung 3-3 fasst die Beurteilungen zusammen.

Abbildung 3-3: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Labordiagnostik“



Quelle: Schriftliche Befragung. SUVA: N=1. Kantonsärzte: N=5. Spitäler: N=8. BAG: N=2. Fragestellungen: vgl. Fussnote 5, Seite 19.

Auf Basis der vertiefenden Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Notwendigkeit	Weitgehend einig sind sich die Befragten darin, dass Massnahmen im Bereich der Labordiagnostik notwendig waren.
Eignung	Die Eignung der Massnahmen wird von den befragten Kantonsärztinnen und -ärzten sowie den befragten Personen aus den Zentrums- und Regionalspitälern negativer beurteilt als von den interviewten Personen aus den Universitätsspitälern und den Bundesbehörden (BAG, SUVA). Kritisiert wird vor allem, dass jedes Spital auf sich allein gestellt gewesen sei bei der Suche nach einer Lösung, wie die Spitallabordiagnostik durchgeführt werden könne: Da keine Vorgaben und Lösungsvorschläge des Bundes vorlagen, war dies gemäss den befragten Kantonsärztinnen und -ärzten sowie den befragten Personen aus den Spitälern sehr aufwändig.

Effizienz	Die Effizienz der Massnahmen wird von den befragten Kantonsärztinnen und -ärzten sowie den befragten Personen aus den Spitälern (v.a. Zentrums- und Regionalspitälern) negativer beurteilt als von den beiden Bundesbehörden. Es wird als ineffizient beurteilt, dass sich jedes Spital zur selben Zeit mit den gleichen Fragen beschäftigt habe, ohne dass dieser Prozess von übergeordneter Stelle koordiniert worden wäre (z.B. Zugang zu Informationen).
Rechtzeitigkeit	<p>Am negativsten beurteilten die Befragten, dass sehr lange unklar gewesen sei, unter welchen Bedingungen die Spitallabordiagnostik durchgeführt werden könne. Ohne ein vorgängig von der SUVA bewilligtes Konzept wäre die Verantwortung im Ernstfall beim betreffenden Spital gelegen. Gemäss den befragten Spitalvertreterinnen und -vertretern war die Frage der Spitallabordiagnostik auch zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht gänzlich geklärt. Verschiedene Universitätsspitäler haben bei der SUVA Konzepte eingereicht. Deren Begutachtung durch die SUVA ist Mitte Juli 2015 noch nicht abgeschlossen.</p> <p>Aus Sicht der befragten Person der SUVA wurde die Frage der Spitallabordiagnostik zu spät thematisiert. Zur Beurteilung der Konzepte wollte sich die befragte Person der SUVA nicht äussern, da es sich um einen laufenden Prozess handelt.</p> <p>Anzumerken ist, dass die „Austauschplattform“ bei den Spitälern auf wenig Interesse stiess; aus Sicht der Spitäler kam diese zu spät zu Stande (einzelne Interviewaussagen).</p>
Wirksamkeit	Gemäss einem Teil der Befragten waren die Vorbereitungen trotz der verschiedenen Kritikpunkte insgesamt so ausgestaltet, dass sie einen sicheren Umgang mit Einzelfällen ermöglicht hätten. In den befragten Universitätsspitalern wird davon ausgegangen, dass die erarbeiteten Konzepte gute Lösungen darstellen. Die Kantonsärztinnen und -ärzte beurteilten diesen Aspekt allerdings weniger positiv.

Aus den Interviews ergaben sich die folgenden weiteren relevanten Aspekte:

- Die befragten Personen der Task Force des BAG beurteilten die Zusammenarbeit mit der SUVA als schwierig. Aus ihrer Perspektive hat die SUVA nicht Hand geboten zu raschen, pragmatischen Lösungen. Am Anfang sei zudem die rechtliche Situation (ESV und/oder SAMV relevant?) nicht geklärt gewesen.
- Für die befragte Person der SUVA sind gemäss den schriftlichen und mündlichen Informationen die Spitäler für die Umsetzung der SAMV verantwortlich. Die Erwartung an die SUVA, dass diese einen Katalog an Kriterien für die Spitallabordiagnostik bereitstellt, wird als unrealistisch beurteilt, da sie nicht über das nötige Wissen über die genauen Verhältnisse vor Ort verfüge. Die SUVA könne lediglich eine

beratende Funktion übernehmen. Der Vertreter der SUVA merkte an, dass die SUVA bezüglich der Ausnahmegewilligung für das Labor am HUG sehr spät einbezogen wurde.

- Von verschiedenen Kantonsärztinnen und -ärzten und Befragten aus den Spitälern wird die Koordination auf Bundesebene (BAG, SUVA) negativ wahrgenommen. Es wird als unangenehm beurteilt, dass keine klaren Vorgaben gemacht werden konnten. Das Verhalten der SUVA wurde als wenig pragmatisch und lösungsorientiert erachtet. Eine befragte Person verwies darauf, dass Fachkreise (Swissnoso¹¹, Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene) gemeinsam mit den Bundesbehörden mehr Verantwortung hätten übernehmen sollen.

3.4 Transport

3.4.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs

Der Massnahmenbereich Transport betrifft das Überführen von Verdachtsfällen und erkrankten Personen innerhalb der Schweiz, z.B. vom Flughafen oder Wohnort in ein Spital. Findet ein Transport von einem Spital in ein anderes statt, kann dieser nach dem Hol- oder Bringprinzip durchgeführt werden.

Zuständig für den Transport sind die Kantone; teilweise sind die Zuständigkeiten kommunal geregelt. Dem Bund kommt in dieser Frage keine Weisungsbefugnis zu. Subsidiär können die Kantone die Armee beiziehen.

Das BAG hat während den Ebola-Vorbereitungen regelmässig den Stand der Vorbereitungen in den Kantonen erhoben und diese Informationen den Kantonen zugänglich gemacht. Aufgrund zahlreicher Nachfragen aus der Kantonsärzteschaft legte das BAG im Januar 2015 ein Transportkonzept vor.

Zum **zeitlichen Ablauf** der Vorbereitungsmaßnahmen:

- In einer Telefonkonferenz mit der Kantonsärzteschaft vom 20. August 2014 wird der Transport von Verdachtsfällen resp. erkrankten Personen erstmals aufgebracht.
- Gemäss den Erhebungen des BAG verfügten Ende November 2014 22 Kantone über ein Transportkonzept. Verschiedene Kantone hatten gemeinsame Lösungen erarbeitet (bspw. Transporte in VD, NE und Teilen von FR wurden durch eine Waadtländer Ambulanz sichergestellt). Die Vorbereitungen (Ausrüstung, Schulung) waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht in allen Kantonen vollständig abgeschlossen.

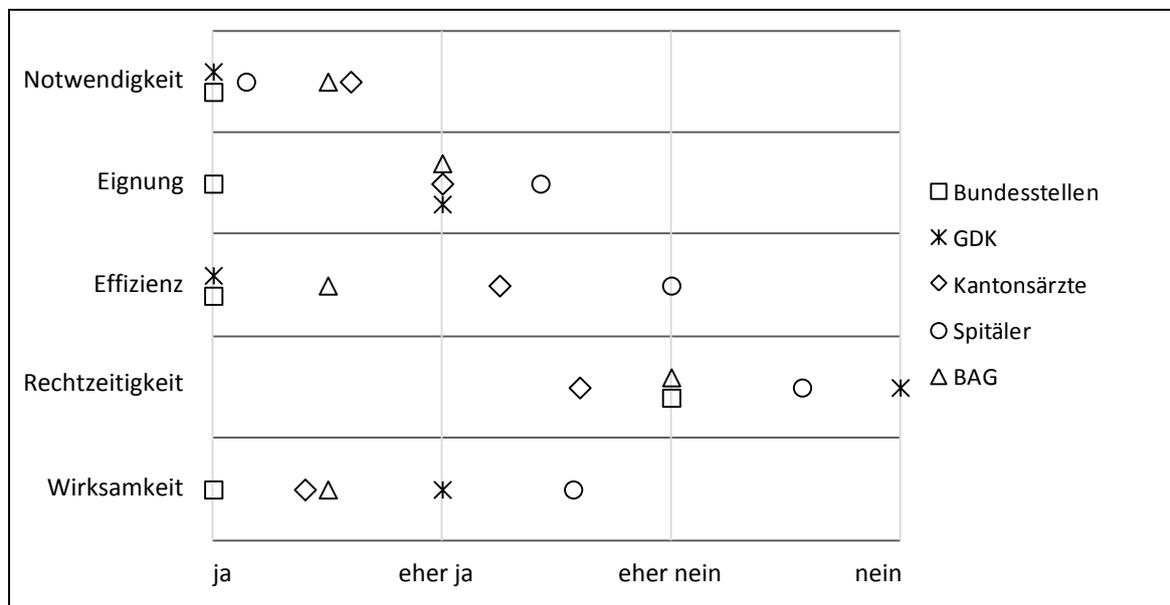
¹¹ Swissnoso ist ein Verein, der sich der Reduktion von nosokomialen Infektionen und multiresistenten Keimen im Schweizer Gesundheitswesen widmet.

- Am 26. Januar 2015 legte das BAG ein „Ebola-Transportkonzept“ vor, das infolge zahlreicher Nachfragen der Kantone Empfehlungen festlegte. Das Konzept bezeichnet die involvierten Akteure (Kantonsärzteschaft, Spitäler, Rettungsdienst BAG), beschreibt das Vorgehen beim Transport symptomatischer Personen und skizziert eine mögliche Aufgabenteilung zwischen den Akteuren. Es empfiehlt den verantwortlichen Akteuren Checklisten und Vorgehensprotokolle zu erarbeiten, ohne jedoch genau zu spezifizieren, was diese beinhalten müssen.

3.4.2 Einschätzungen der Befragten

Die Befragten wurden gebeten, sich zu verschiedenen Aspekten des **Transports** zu äussern. Abbildung 3-4 fasst die Beurteilungen zusammen.

Abbildung 3-4: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Transport“



Quelle: Schriftliche Befragung. Bundesstellen: KSD: N=1. GDK: N=1. Kantonsärzte: N=5. Spitäler: N=8. BAG: N=2. Fragestellungen: vgl. Fussnote 5, Seite 19.

Auf Basis der vertiefenden Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Notwendigkeit	Einig sind sich die Befragten, dass Massnahmen im Bereich des Transports notwendig waren.
Eignung	Verschiedene Befragte (Kantonsärzteschaft, Spitäler) hätten sich bezüglich Bestimmung der Transportkapazitäten, Bezeichnung und Vorbereitung bestimmter Ambulanzen, Richtlinien für die notwendige Ausrüstung, Dekontamination, etc. eine stärkere Koordination auf interkantonalen oder nationaler Ebene gewünscht. Die Befragten waren uneinig darüber, ob jeder Kanton über ein Transportkonzept verfügen müsse.

	<p>Eine konsequente Orientierung an der Risikoanalyse hätte für einzelne Befragte bedeutet, dass vordringlich der Transport vom Flughafen im Fall einer Repatriierung geregelt würde. Einzelne andere Befragte sind hingegen der Ansicht, dass jede grössere Ambulanz grundsätzlich vorbereitet sein sollte, hochinfektiöse Personen zu transportieren.</p>
Effizienz	<p>Die befragten Kantonsärztinnen und -ärzte und die befragten Personen aus den Spitälern beurteilen die Massnahmen mehrheitlich als ineffizient, da jeder Kanton für sich die gleichen Fragestellungen bearbeiten und eine Lösung vorlegen musste. Aufgrund der erwarteten geringen Fallzahlen sei es unverhältnismässig gewesen, dass sich in jedem Kanton Rettungsdienste vorbereiten.</p>
Rechtzeitigkeit	<p>Die Ausarbeitung von kantonalen Transportkonzepten hat gemäss den Befragten zu lange gedauert. Erschwerend kam gemäss Interviewaussagen hinzu, dass die REGA erst spät eine Lösung für Transporte innerhalb der Schweiz zur Verfügung stellen konnte. Ein Kanton (Interviewaussage) fragte die Armee für Transporte per Helikopter an, erhielt aber gemäss eigenen Angaben eine abschlägige Antwort.</p>
Wirksamkeit	<p>Die Befragten gehen mehrheitlich davon aus, dass mit den ergriffenen Massnahmen die Transporte von Verdachtsfällen und erkrankten Personen sichergestellt gewesen wären. Zwei Befragte kritisierten, dass zwar die Zuteilung eines Patienten an ein Behandlungsspital geregelt war (vgl. Abschnitt 3.1), dass aber kantonsübergreifende Transporte nicht geklärt waren (z.B. unklar, ob Hol- oder Bringprinzip).</p>

3.5 Rückkehrende von internationalen Organisationen und NGOs

3.5.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs

Die Schweiz ist Sitzstaat zahlreicher internationaler Organisationen und Nichtregierungsorganisationen, die während der Ebola-Krise Personal in die betroffenen Länder entsandt hatten. Es wurden daher Massnahmen getroffen für Personen, die nach ihrem Einsatz aus einem der betroffenen Länder zurückgekehrt sind und sich in der Schweiz aufhalten.

Zum **zeitlichen Ablauf** der Vorbereitungsmaßnahmen:

- Am 19. August 2014 fand eine Telefonkonferenz zwischen dem BAG und verschiedenen Organisationen statt. MSF, IKRK, WHO und SRK hatten ein ähnliches Prozedere etabliert: Nach der Rückkehr beobachteten sich die Rückkehrenden während 21 Tagen selbst auf Symptome, teilweise war eine medizinische Kontrolluntersuchung vorgesehen. Das BAG bat alle Organisationen, Personen namentlich, mit Aufenthaltsort und Kontaktangaben zu melden, wenn diese Kontakt zu an

Ebola erkrankten Personen hatten und das Ansteckungsrisiko als gering¹² oder erheblich¹³ eingestuft wurde.

- Nebst der Meldepflicht legten der Genfer Kantonsarzt und das BAG am 9. Oktober 2014 fest, dass rückkehrendes Personal, dessen Risiko einer Ansteckung als erheblich eingestuft wird, im HUG einer medizinischen Kontrolluntersuchung unterzogen wird. Ist die Person asymptomatisch, wird sie in einer Unterkunft untergebracht, in der sie isoliert und medizinisch überwacht werden kann. Diese Unterkunft muss durch die entsprechende Organisation bereitgestellt werden. Gleichzeitig ist festgelegt, dass Quarantäne- und Isolationsmassnahmen unnötig sind, wenn eine Person asymptomatisch ist; die Person kann sich grundsätzlich frei bewegen und die Unterkunft z.B. zum Einkaufen verlassen. Der (medizinisch oder anderweitig begründete) Entscheid, ob eine Quarantäne notwendig ist, liegt beim HUG. Treten Symptome auf, meldet sich die Person unverzüglich beim HUG.
- Anfang Oktober 2014 fand ein ähnlicher Austausch zwischen dem BAG, der DEZA, dem Krisenmanagement-Zentrum (KMZ) des EDA sowie verschiedenen international tätigen NGOs statt.
- Ausserdem bestanden seitens des BAG Massnahmen für internationale Konferenzen betreffend Information der Teilnehmenden sowie Identifikation und Umgang mit (potenziellen) Ebola-Fällen.

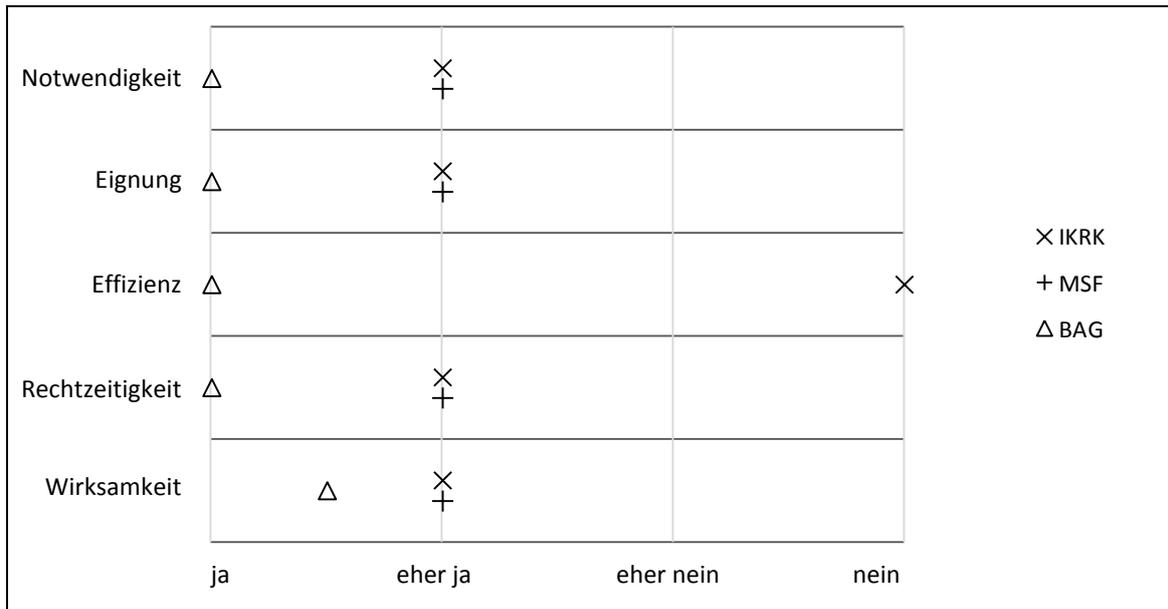
3.5.2 Einschätzungen der Befragten

Die Befragten wurden gebeten, sich zu den **Massnahmen** zu äussern, **die den Aufenthalt von Mitarbeitern von internationalen Organisationen und NGOs** regeln, die von Einsätzen in den von Ebola betroffenen Gebieten zurückkehren (Abbildung 3-5). Nicht speziell abgefragt wurden die Massnahmen für internationale Konferenzen mit Teilnehmenden aus den betroffenen Ländern.

¹² Ein „geringes Risiko“ besteht gemäss den Unterlagen des BAG bei Personal, das in die betroffenen Gebiete gereist ist und in die Betreuung von Patientinnen und Patienten oder anderen humanitären Tätigkeiten involviert war, jedoch keinen wissentlichen Kontakt mit Blut oder Körperflüssigkeiten von an Ebola erkrankten oder gestorbenen Personen hatte.

¹³ Ein „erhebliches Risiko“ besteht im Unterschied zum oben beschriebenen „geringen Risiko“ dann, wenn die Person Kontakt hatte mit Blut oder Körperflüssigkeiten von an Ebola erkrankten oder gestorbenen Personen und präventive Massnahmen versagt haben oder ungenügend waren (z.B. Verletzung mit einer kontaminierten Nadel, ungeeignete Schutzkleidung beim Umgang mit kontaminiertem Material).

Abbildung 3-5: Beurteilung Massnahmen zu internationalen Organisationen und NGOs



Quelle: Schriftliche Befragung. IKRK: N=1. MSF: N=1. BAG: N=2. Fragestellungen: vgl. Fussnote 5, Seite 19.

Auf Basis der vertiefenden Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Notwendigkeit | Die Befragten des BAG und der NGOs erachteten Massnahmen für Rückkehrende insgesamt als notwendig.

Eignung | Die getroffenen Massnahmen werden als mindestens eher geeignet beurteilt. Die Vorgaben des BAG bezüglich Rückkehrenden mit Expositionsrisiko (ohne Symptome) wurden von den befragten Personen aus den NGOs als wenig geeignet wahrgenommen: Die Unterbringungsmöglichkeiten der Organisationen waren sehr unterschiedlich (IKRK: Unterbringung auf dem Ausbildungsgelände; MSF: Unterbringung in Apartment-Hotels); in beiden Unterbringungsmöglichkeiten wäre jedoch keine effektive Isolation möglich gewesen. Bei der Unterbringung in Apartment-Hotels mussten zudem zahlreiche praktische Fragen geklärt werden (z.B. Kommunikation mit dem Hotelmanagement, Versorgung mit Nahrungsmitteln).

Die Vorgaben des BAG wurden von der befragten Vertretung von MSF zum Teil als widersprüchlich aufgefasst: Wurde bei der Kontrolluntersuchung nach der Rückkehr klar, dass die Einstufung als „erhebliches Risiko“ nicht haltbar ist, sondern faktisch ein „geringes Risiko“ besteht, dass die Person exponiert war, bestanden nicht immer einheitliche Ansichten darüber, welche Massnahmen nun angewendet werden sollen. Für das BAG war es gemäss Auskunft der Organisation in mehreren Fällen angezeigt, die Person während 10 Tagen zu isolieren. Gemäss Einschät-

	<p>zung der befragten Vertretung des BAG war das Risiko in diesen Fällen nicht als „gering“ einzustufen, und bei der Entwicklung von Symptomen wäre das Contact Tracing¹⁴ durch diese Massnahme weniger komplex gewesen. Die befragte Person aus der betroffenen Organisation stellt sich hingegen auf den Standpunkt, dass dies medizinisch nicht indiziert war. Falls sich die Behörden in solchen Fällen dennoch für eine (temporäre) Isolation aussprechen würde, sollte diese durch die Behörden organisiert werden.</p>
Effizienz	<p>Die befragte Person des IKRK berichtet, dass viele Personen während Monaten mit der Frage beschäftigt waren, wie man mit Rückkehrenden aus dem Ebola-Gebiet umgehen sollte. Sie geht davon aus, dass eine gleich gute Lösung mit deutlich weniger Aufwand hätte erreicht werden können.</p>
Rechtzeitigkeit	<p>Alle Befragten sind der Auffassung, dass die Massnahmen zumindest eher rechtzeitig bereitstanden. Die Organisationen haben jedoch vorerst noch gewisse Abklärungen vorgenommen, wo sie das vom Einsatz zurückkehrende Personal unterbringen können, um den vorgesehenen Massnahmen zu entsprechen.</p>
Wirksamkeit	<p>Gewisse Unklarheiten, ob die Massnahmen einen sicheren Umgang mit Einzelfällen erlaubt hätten, bestehen bezüglich der Unterbringung. Die befragten Personen aus den Organisationen werfen die Frage auf, ob es dem Bund oder den Kantonen möglich gewesen wäre, eine Unterbringungsmöglichkeit zu schaffen oder anzugeben, die eine effektive Isolation in Fällen erlaubt hätte, in denen eine solche aufgrund des Expositionsrisikos oder der Einschätzung des BAG angezeigt gewesen wäre.</p>

Aus den Interviews ergaben sich die folgenden weiteren relevanten Aspekte:

- Unterschiedliche Auffassungen gab es gemäss vertiefenden Interviews zum Teil in der Kantonsärzteschaft, ob das BAG die Kantone über Rückkehrende systematisch hätte informieren müssen.

3.6 Asylwesen

3.6.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs

Asylsuchende müssen sich in einem der fünf Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ) des Bundes melden, wo sie registriert und befragt werden. Die EVZ befinden sich in Chiasso, Vallorbe, Basel, Altstätten und Kreuzlingen und unterstehen dem Staatssekretariat für Mig-

¹⁴ Massnahme, um Personen ausfindig zu machen, die Kontakt zu Kranken hatten.

ration (SEM). Das BAG ist für die Vorgaben der in den EVZ zu treffenden grenzsanitären Massnahmen zuständig (z.B. Erhebung zur Gesundheit der Asylbewerber mittels detailliertem Fragebogen und gegebenenfalls Prüfen weitergehender medizinischer Massnahmen).¹⁵

Für den Zeitraum der Ebola-Krise legten das SEM und das BAG folgenden Ablauf fest: Das Personal der EVZ wird angehalten, eintreffende Asylsuchende zu befragen. Falls eine Person sich in den letzten 21 Tagen (Inkubationszeit) im Ebola-Epidemiegebiet aufgehalten hat, erfolgt eine Meldung ans BAG, das gemeinsam mit dem kantonsärztlichen Dienst des Standortkantons das weitere Vorgehen festlegt.

Zum **zeitlichen Ablauf** der Vorbereitungsmaßnahmen:

- Am 27. August 2014 liegt der vom BAG/SEM vorgesehene Ablauf in den EVZ bezüglich Ebola vor.
- Gemäss dem BAG war vorgesehen, dass die Standortkantone Konzepte erarbeiten, die den Ablauf bei Personen regeln, die sich in den letzten 21 Tagen im Ebola-Epidemiegebiet aufgehalten haben. Das BAG stellte dazu anfangs September 2014 das Konzept des Kantons Waadt den anderen Standortkantonen zu (gemäss Protokoll Telefonkonferenz Kantonsärzteschaft vom 3. September 2014).
- Ein provisorischer Zuweisungsstopp vom 25. September 2014 an die kantonalen Asylzentren wird nach nur wenigen Tagen durch das SEM und das BAG wieder aufgehoben, da dies aus Sicht des BAG und des SEM keine zusätzliche Sicherheit bietet (Aufenthaltsdauer im EVZ kumuliert mit der Reisezeit faktisch nie unter 21 Tagen). Die Einführung war von verschiedenen Kantonen verlangt worden.
- Ab Oktober 2014 wurde vom BAG in Zusammenarbeit mit dem SEM und einzelnen Kantonen die Möglichkeit eines Quarantänezentrums für Asylsuchende evaluiert und Vorbereitungsmaßnahmen getroffen. Dieses Vorhaben wurde im Dezember 2014 aufgrund der sich beruhigenden Lage sistiert.

3.6.2 Einschätzungen der Befragten

Die Befragten wurden gebeten, sich zu verschiedenen Aspekten der **Massnahmen im Asylbereich** zu äussern. Abbildung 3-6 fasst die Beurteilungen zusammen.

¹⁵ Verordnung des EDI über grenzsanitätsdienstliche Massnahmen vom 9. Dezember 2005 (SR 818.125.11).

Abbildung 3-6: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Asylwesen“



Quelle: Schriftliche Befragung. SEM: N=1. Kantonsärzte: N=3. BAG: N=2. Fragestellungen: vgl. Fussnote 5, Seite 19.

Auf Basis der vertiefenden Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Notwendigkeit	Die Notwendigkeit der Massnahmen in diesem Bereich wird vor allem von den Befragten aus der Kantonsärzteschaft bejaht. Die Vertretenden aus den Bundesstellen (BAG, SEM) beurteilen die Notwendigkeit etwas weniger als gegeben; dies liegt darin begründet, dass die Behörden zur Einschätzung gelangten, dass vom Asylbereich keine echte Gefährdung ausging, jedoch primär aufgrund des grossen medialen und öffentlichen Interesses Massnahmen getroffen wurden. ¹⁶
Eignung	Die Eignung wird insgesamt positiv beurteilt. Das Vorgehen sei angesichts der geringen Anzahl von Asylsuchenden geeignet.
Effizienz	Wird insgesamt positiv beurteilt (keine zusätzlichen Bemerkungen).
Rechtzeitigkeit	Wird insgesamt positiv beurteilt (keine zusätzlichen Bemerkungen).
Wirksamkeit	Die getroffenen Massnahmen werden insgesamt als wirksam beurteilt. Die meisten Asylsuchenden aus den drei am stärksten betroffenen Ländern stellten ihr Gesuch im EVZ in Vallorbe. Personen, die sich in den letzten 21 Tagen im Ebola-Krisengebiet aufgehalten hatten, wurden in ein Regionalspital gebracht, wo sie anhand eines Fragebogens zu ihrem Expositionrisiko befragt wurden. Im Falle eines Expositionrisikos

¹⁶ Vgl. z.B. Interpellation „Asylchaos endlich angehen!“ (14.3689); Einreichungsdatum: 10.09.2014.

blieben die Asylsuchenden zur Beobachtung im Spital, bei Vorliegen von Symptomen wurden sie ins CHUV transportiert. Lag kein Expositionsrisiko vor, erfolgte die Rückkehr ins EVZ. Gemäss den befragten Beteiligten hat sich das Vorgehen insgesamt bewährt. Für das betroffene Regionalspital waren die Vorbereitungen allerdings schwierig (keine Zeit zur Vorbereitung, keine Vorgaben des Bundes).

Aus den Interviews ergaben sich die folgenden weiteren relevanten Aspekte:

- Die Rolle der Kantone in der Konzipierung und Umsetzung der Massnahmen wurde von den Kantonen unterschiedlich aufgefasst und möglicherweise von den Behörden unterschiedlich kommuniziert. Einige Kantone erstellten eigene Konzepte zum Umgang mit Asylsuchenden in den EVZ, die in einem Spital abgeklärt werden müssen, während andere diesen Bereich als Bundeszuständigkeit auffassten. In einem Interview wurde die Ansicht geäussert, dass der kantonsärztliche Dienst in die Konzipierung der Massnahmen in den EVZ hätte einbezogen werden sollen, da dies unmittelbar die Schnittstelle zwischen EVZ (Befragung) und Kanton (Umgang mit Verdachtsfällen) betreffe. Dies sei vom Bund jedoch nicht erwünscht gewesen.

3.7 Information und Kommunikation

3.7.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs

Tabelle 3-2 fasst die Informations- und Kommunikationsaktivität während der Ebola-Epidemie nach Zielgruppe zusammen:

Tabelle 3-2: Informations- und Kommunikationsaktivitäten des BAG nach Zielgruppe

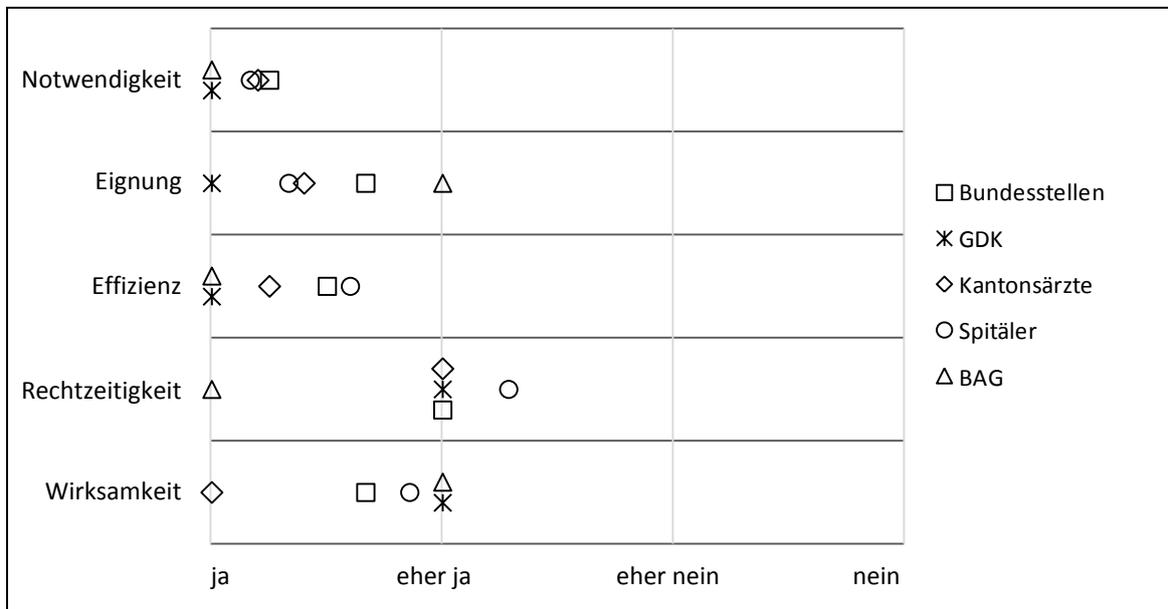
Zielgruppe	Informations- und Kommunikationsaktivitäten
Bevölkerung	<p>Website BAG mit Informationen zu Ebola, den Vorbereitungen in der Schweiz, FAQ; laufende Aktualisierung.</p> <p>Infoline für die Bevölkerung und Helpline für Reisende aus dem Epidemiegebiet, die sich bei ihrer Ankunft in der Schweiz krank fühlen (Start: 29.10.2014); insgesamt 92 Anrufe bis Ende 2014. Abschaltung der Infoline: Ende Januar 2015.</p> <p>Informationsschreiben und Empfehlungen für Personen aus betroffenen Ländern mit Wohnsitz in der Schweiz (Versand via SEM anfangs September 2014). Laufende Beantwortung von ca. 250 schriftlichen Bürgeranfragen.</p>
Medien	<p>Medienanfragen: ca. 340 Medienanfragen ab Juli 2014; 2015: praktisch keine Anfragen mehr.</p> <p>Aktive Kommunikation: diverse Medienmitteilungen.</p>
Verwaltung/Politik	<p>Diverse Informationsnotizen zuhanden des Vorsteher EDI und des Bundesrates.</p> <p>Beantwortung parlamentarischer Vorstösse zu den Vorbereitungen.</p> <p>Information des Bundesstabes ABCN durch den BAG-Direktor.</p>

Quellen: BAG.

3.7.2 Einschätzungen der Befragten

Die Befragten wurden gebeten, sich zu verschiedenen Aspekten der **Information und Kommunikation** zu äussern. Abbildung 3-7 fasst die Beurteilungen zusammen.

Abbildung 3-7: Beurteilung der Information und Kommunikation



Quelle: Schriftliche Befragung. Bundesstellen: N=6 (KSD, SUVA, SEM, EDA, DEZA, ASTRA). GDK: N=1. Kantonsärzte: N=5. Spitäler: N=8. BAG: N=2. Fragestellungen: vgl. Fussnote 5, Seite 19.

Auf Basis der vertiefenden Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Notwendigkeit	Weitgehend einig sind sich die Befragten, dass die Kommunikations- und Informationsmassnahmen notwendig waren.
Eignung	Wird insgesamt positiv beurteilt (keine zusätzlichen Bemerkungen).
Effizienz	Wird insgesamt positiv beurteilt (keine zusätzlichen Bemerkungen).
Rechtzeitigkeit	Von zwei Befragten aus Spitälern wurde negativ beurteilt, dass das BAG zu früh signalisiert habe, dass die Spitäler für eine Behandlung bereit seien, obwohl sie aus Sicht der Befragten noch nicht ausreichend vorbereitet und wichtige Fragen noch nicht geklärt gewesen seien.
Wirksamkeit	Die getroffenen Massnahmen werden insgesamt als wirksam beurteilt. In einem Telefoninterview wurde die klare Faldefinition des BAG lobend erwähnt, die zur Beruhigung beigetragen habe.

3.8 Repatriierung und medizinische Evakuation

3.8.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs

Zuständig für Repatriierungen ist das Eidgenössische Department für auswärtige Angelegenheiten (EDA). Innerhalb des EDA war das Krisenmanagement-Zentrum (KMZ) federführend. Die Krisenvorsorge im Bereich der Repatriierung bezieht sich auf Schweizer Staatsangehörige, die sich im Epidemie-Gebiet aufhalten sowie auf die vor Ort tätigen internationalen Organisationen und NGOs mit Sitz in der Schweiz. Die von der Schweiz bereitgestellten Optionen haben einen subsidiären Charakter.

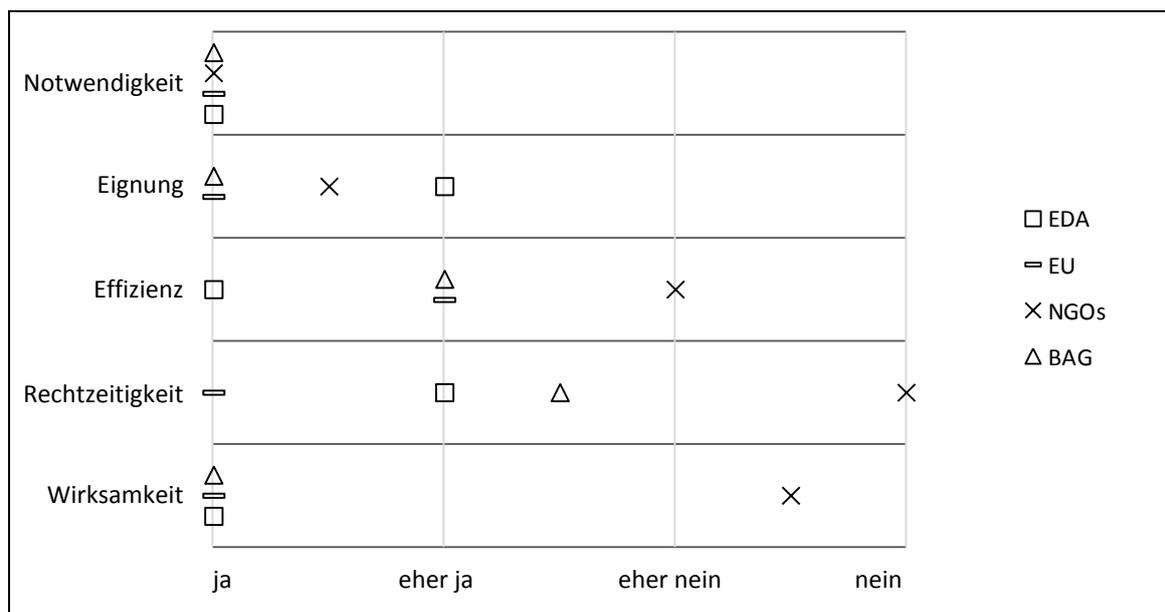
Zum **zeitlichen Ablauf** der Vorbereitungsmaßnahmen:

- Italien verfügte früh über Kapazitäten für die Repatriierung. Ende August 2014 kam es auf Ebene der Staatssekretäre der Schweiz und Italien zu einer Verständigung über die grundsätzliche Bereitschaft, dass Italien eine Anfrage der Schweiz auf einen Rücktransport wohlwollend prüfen würde.
- Ungefähr zum gleichen Zeitpunkt richtete das EDA eine Anfrage an das Aussenministerium der USA, ob die Schweiz Phoenix Air – eine private Fluggesellschaft, die exklusiv für das US-Aussenministerium medizinische Evakuationen durchführt – für Repatriierungen anfragen dürfe. Mit der Zustimmung des US-Aussenministeriums erfolgte eine Anfrage an Phoenix Air. Mündlich wurde die Bereitschaft rasch zugesichert. Ein Vertrag mit Phoenix Air lag schliesslich gemäss Interviewaussagen im Oktober 2014 vor. Darin ist festgehalten, dass der definitive Entscheid, ob eine Repatriierung in die Schweiz durchgeführt werden kann, bei Phoenix Air liegt und u.a. von den verfügbaren Kapazitäten und dem Gesundheitszustand der betroffenen Person abhängig ist.
- Weitere Verträge wurden in der Folge auch mit Deutschland und Luxemburg abgeschlossen, die über eigene Kapazitäten für medizinische Evakuationen verfügen. Diese können für Repatriierungen in die Schweiz eingesetzt werden, sofern sie nicht bereits anderweitig im Einsatz sind.
- Ab Januar 2015 bestand die Möglichkeit von Repatriierungen durch die REGA.

3.8.2 Einschätzungen der Befragten

Abbildung 3-8 fasst die Einschätzungen aus der schriftlichen Befragung zur **Repatriierung** zusammen.

Abbildung 3-8: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Repatriierung“



Quelle: Schriftliche Befragung. EDA: N=1. EU: N=1. NGOs: N=2 (IKRK, MSF). BAG: N=2. Fragestellungen: vgl. Fussnote 5, Seite 19.

Auf Basis der Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Notwendigkeit	Die Befragten sind sich einig, dass die Schaffung von Repatriierungsmöglichkeiten notwendig war
Eignung	Die Massnahmen werden von den Befragten grundsätzlich als geeignet eingeschätzt. Da alle Anbieter über beschränkte Kapazitäten verfügen, sei es sinnvoll, dass verschiedene Optionen geschaffen wurden.
Effizienz	Keine zusätzlichen Informationen aus den Telefoninterviews.
Rechtzeitigkeit	Vor allem aus Sicht der Befragten der beiden NGOs wurden die Repatriierungsmöglichkeiten nicht rechtzeitig bereitgestellt. Bis zum Vertrag mit Phoenix Air habe es für die Schweiz einen Zeitraum ohne vertraglich gesicherte Möglichkeiten einer Repatriierung gegeben; dieser koinzierte mit einer Phase, in der die Zahl der Neuerkrankungen in den westafrikanischen Ländern stark zunahm. Die befragten Personen der NGOs weisen darauf hin, dass dies keine Kritik an den Schweizer Behörden sei, sondern sich auf die weltweit knappen Kapazitäten beziehe.
Wirksamkeit	Die beiden Vertretenden der NGOs beurteilen die Wirksamkeit dieser Massnahmen eher negativ resp. negativ. Begründet wird diese Einschätzung damit, dass viele Länder und Organisationen Verträge mit Phoenix Air abgeschlossen hätten (u.a. auch MSF und das IKRK.). Es sei nicht klar gewesen, was im Falle von Kapazitätsengpässen passiert wäre und

ob/wie die Organisationen auf staatliche Repatriierungsangebote hätten ausweichen können.

Aus den Interviews ergaben sich die folgenden weiteren relevanten Aspekte:

- Bei MSF und dem IKRK stellte sich die Frage, welche für die Organisation tätigen Personen im Bedarfsfall in die Schweiz evakuiert werden können. Die befragte Person von MSF berichtet, dass das BAG der Organisation zugesichert habe, dass die Mitarbeitenden aller Sektionen, die in „MSF International“ (Sitz in Genf) zusammengeschlossen sind, für eine medizinische Evakuierung in die Schweiz in Frage kommen, wenn sie nicht in ihrem Herkunfts- oder Aufenthaltsland angemessen betreut werden können. MSF hatte keine vollständigen Informationen über die Versorgungsmöglichkeiten in anderen Ländern - die Schweiz bot daher mit dem HUG, das zudem über einen guten Zugang zu Impfstoffen verfügte, eine gewisse Versorgungssicherheit. Als ein konkreter Fall auftrat, sei MSF jedoch beschieden worden, dass solche Fälle via das Early Warning and Response System (EWRS) des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) verteilt werden müssen. Da gemäss den Interviewaussagen die Rückführung von Personen im Bedarfsfall innerhalb von wenigen Stunden nach der Exposition stattfinden muss, wird diese Regelung von MSF als wenig praktikabel wahrgenommen. Es werden zeitliche Verzögerungen befürchtet bis klar ist, wohin die Person evakuiert werden kann. Beim IKRK wurde abgeklärt, dass das Personal, das nicht im Herkunfts- oder Aufenthaltsland behandelt werden könnte, mittels eines humanitären Visum in die Schweiz evakuiert werden könnte, solange die Person asymptomatisch und auf einem Linienflug in die Schweiz reisen kann. Dieses Vorgehen kam in der Praxis aber nicht zum Einsatz.

3.9 Massnahmen an Grenzen und Flughäfen

3.9.1 Beschreibung des Massnahmenbereichs

Aus den von der Ebola-Epidemie hauptsächlich betroffenen Ländern gibt es keine Direktflüge in die Schweiz. Vor diesem Hintergrund verzichtete die Schweiz auf ein sogenanntes „Entry Screening“.¹⁷ Auf europäischer Ebene wurden in Abstimmung mit der International Air Transport Association (IATA) an den jeweils direkt aus den betroffenen Ländern angeflogenen Flughäfen „Entry Screenings“ durchgeführt. Gleichzeitig hat die zuständige EU-Behörde (Health Security Committee, HSC) untersucht, inwiefern das „Exit Screening“ in

¹⁷ Bei einem Entry-Screening werden ankommende Passagiere auf ihre Gesundheit hin untersucht; bei einem Exit-Screening werden Ausreisende auf ihre Gesundheit hin untersucht.

den von Ebola betroffenen Ländern funktioniert. Zwischen dem HSC und der Schweiz fand bezüglich des „Entry Screening“ eine Zusammenarbeit statt.

Im Nachgang zur SARS-Krise hatte der Bund (BAG), der für diesen Bereich zuständig ist, ein Flughafenkonzept für den Umgang mit Ereignissen im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten entwickelt. Die Flughäfen passten ihre Notfallpläne in Bezug auf die Ebola-Epidemie an.

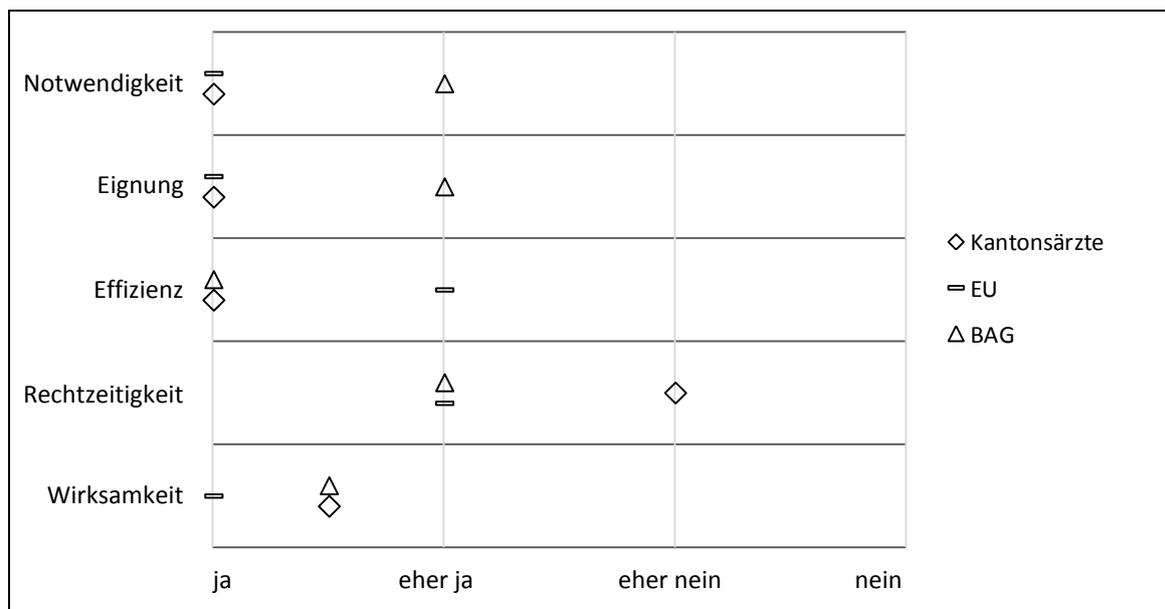
Zum **zeitlichen Ablauf** der Vorbereitungsmaßnahmen:

- An den Flughäfen in Zürich, Genf und Basel wurden ab Ende Oktober 2014 europäisch einheitliche Informationsbroschüren zu Ebola aufgelegt; zudem wurde die Ebola-Helpline (vgl. Abschnitt „Information und Kommunikation“) via Hinweistafeln bekannt gemacht.
- Im Oktober 2014 entschied das BAG, bei privaten Direktflügen aus Liberia, Sierra Leone und Guinea ein „Entry Screening“ durchzuführen. Am Flughafen Genf wurde dies ab dem 3. November 2014 umgesetzt. Am Flughafen Zürich wurde im Januar 2015 anlässlich des World Economic Forum (WEF) ein „Entry Screening“ vorbereitet, das schliesslich bei einem Flugzeug zur Anwendung kam.

3.9.2 Einschätzungen der Befragten

Abbildung 3-9 fasst die Einschätzungen aus der schriftlichen Befragung zu den **Massnahmen bezüglich Flughäfen und Grenzen** zusammen.

Abbildung 3-9: Beurteilung des Massnahmenbereichs „Flughäfen und Grenzen“



Quelle: Schriftliche Befragung. EU: N=1. Kantonsärzte: N=2. BAG: N=2. Fragestellungen: vgl. Fussnote 5, Seite 19.

Auf Basis der Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

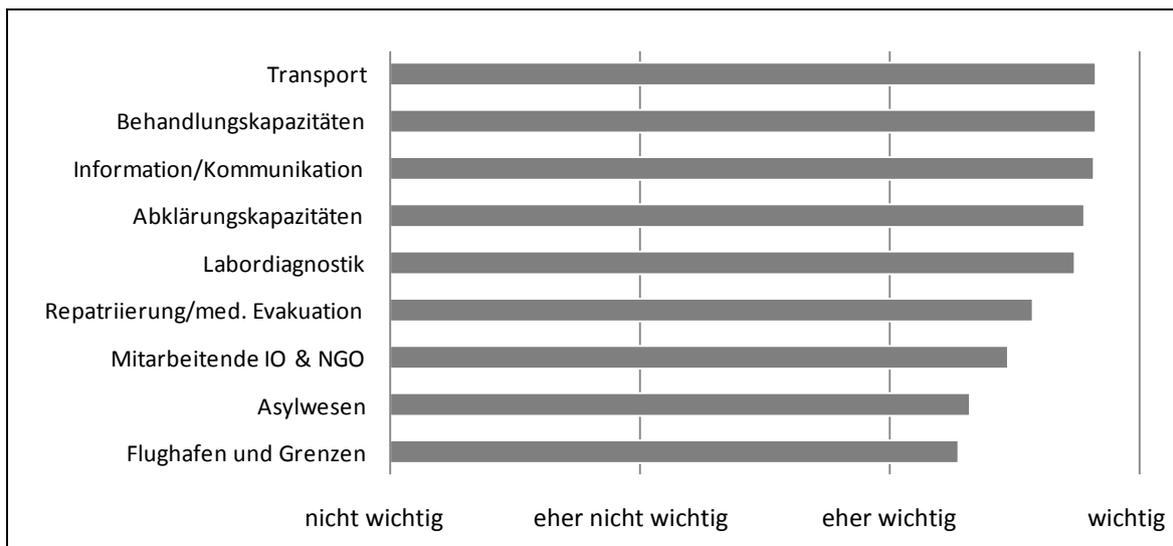
Notwendigkeit	Wird insgesamt positiv beurteilt (keine zusätzlichen Bemerkungen).
Eignung	Wird insgesamt positiv beurteilt (keine zusätzlichen Bemerkungen).
Effizienz	Der Aufwand der getroffenen Massnahmen im Vergleich zum erwarteten Nutzen wird insgesamt als positiv beurteilt. Gemäss dem Vertreter der EU wurde auf Ebene der EU die Wirksamkeit bzw. das Verhältnis von Aufwand und Nutzen von „Entry Screenings“ kontrovers diskutiert.
Rechtzeitigkeit	Eine befragte Person aus der Kantonsärzteschaft ist der Ansicht, dass die Informationen an den Flughäfen eher spät zur Verfügung standen.
Wirksamkeit	Wird insgesamt positiv beurteilt (keine zusätzlichen Bemerkungen).

3.10 Massnahmenbereiche insgesamt

3.10.1 Wichtigkeit der Massnahmenbereiche im Überblick

Abbildung 3-10 zeigt, dass die befragten Akteure die verschiedenen Massnahmenbereiche, in denen Vorbereitungen getroffen wurden, allesamt als „eher wichtig“ oder „wichtig“ einstufen. Im Quervergleich als etwas weniger wichtig werden Massnahmen im Asylbereich und bezüglich Flughäfen und Grenzen eingestuft.

Abbildung 3-10: Wichtigkeit der Massnahmenbereiche



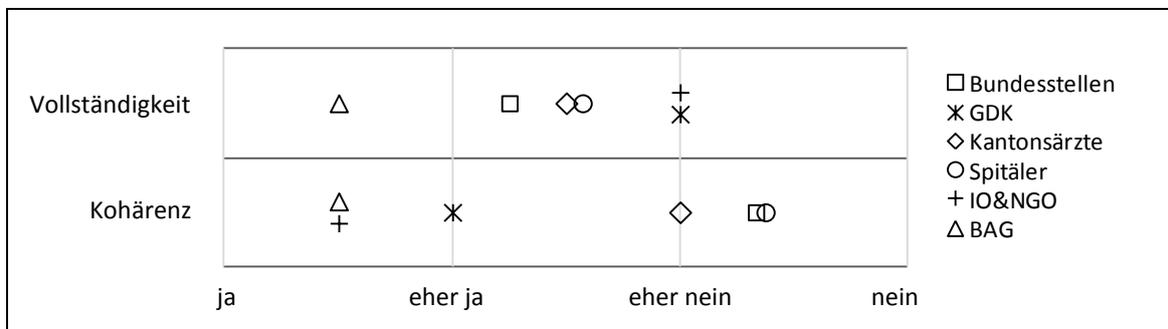
Darstellung: Büro Vatter. Quelle: Schriftliche Befragung. N=24. Fragestellung: „Als wie wichtig erachten Sie Massnahmen in den verschiedenen Bereichen, um die Bevölkerung (resp. das Gesundheitspersonal/Einzelpersonen) möglichst gut vor Ebola zu schützen?“

In den vertiefenden Interviews konnten die Befragten eine Begründung anfügen, wenn sie Bereiche als eher nicht wichtig oder nicht wichtig einstufen. Beide Bereiche standen in der Wahrnehmung von einzelnen Befragten primär aufgrund des medialen und öffentlichen Interesses im Mittelpunkt: eine echte Gefährdung sei davon allerdings nicht ausgegangen. Bezüglich den Flughäfen und Grenzen bezweifeln einzelne Befragte, dass mit den ergriffenen Informationsmassnahmen dieser Bereich wirksam kontrolliert werden könne.

3.10.2 Vollständigkeit und Kohärenz der Massnahmenbereiche

Abbildung 3-11 zeigt, wie die Befragten die Vollständigkeit und die Kohärenz der Massnahmenbereiche beurteilen.

Abbildung 3-11: Vollständigkeit und Kohärenz der Massnahmenbereiche



Darstellung: Büro Vatter. Quelle: Schriftliche Befragung. Bundesstellen: N=6 (KSD, SUVA, SEM, EDA, DEZA, ASTRA). GDK: N=1. Kantonsärzte: N=5. Spitäler: N=8. IO&NGO: N=3 (EU, IKRK, MSF). BAG: N=2. Fragestellungen: „Wären aus Ihrer Sicht im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen Massnahmen in weiteren Bereichen notwendig gewesen?“ (Achtung: Für die Abbildung wurden die Antworten umgekehrt skaliert und entsprechen der Frage „Sind die Massnahmenbereiche vollständig?“). „Wurden die verschiedenen Massnahmenbereiche gemäss Ihrer Einschätzung aufeinander abgestimmt (keine Widersprüche zwischen den Massnahmenbereichen)?“

Auf Basis der vertiefenden Interviews lassen sich diese Ergebnisse wie folgt ergänzen:

Vollständigkeit | Von verschiedenen Befragten (Universitätsspitäler, ASTRA) wird die Entsorgung von Abfällen als Bereich genannt, der nicht resp. zu spät behandelt wurde und auch aktuell noch nicht abschliessend gelöst ist. Zuständige Ämter auf Bundesebene sind das Bundesamt für Strassen (ASTRA) und das Bundesamt für Verkehr (BAV) für den Transport der Abfälle sowie das Bundesamt für Umwelt (BAFU) für die Entsorgung. Nach zahlreichen Anfragen seitens der Spitäler organisierte das BAG eine Sitzung, die am 5. Dezember 2014 mit den genannten Bundesämtern stattfand. Kurz darauf trat eine multilaterale Vereinbarung¹⁸ in

¹⁸ Multilaterale Vereinbarung M 281 (betreffend die Beförderung von Abfall, der mit hämorrhagisches Fieber auslösenden Viren verunreinigt ist).

Kohärenz

Kraft, in der der Transport von Abfällen geregelt wird. Von zwei Spitälern werden diese Vorgaben für die Spitäler als ungeeignet und aufwändig beurteilt, da sie die Voraussetzungen vor Ort sowie die bereits gesammelten Erfahrungen und die Praxis in den Spitälern zu wenig berücksichtigen.

Gemäss dem Befragten der GDK hätte die Finanzierung von Investitions- und Behandlungskosten in den Vorbereitungsmaßnahmen aufgenommen werden sollen.

Die Begründungen der Befragten beziehen sich zum Teil darauf, dass innerhalb einzelner Massnahmen zusätzliche Massnahmen hätten ergriffen werden sollen; dies wurde in den vorangegangenen Abschnitten bereits diskutiert. Die Interviews relativieren damit zum Teil die negativen Einschätzungen in Abbildung 3-11.

Gemäss einzelnen Interviewaussagen (Befragte aus den Spitälern und der Kantonsärzteschaft) wird es als widersprüchlich angesehen, wenn von den Spitälern Behandlungen und Abklärungen erwartet werden, gleichzeitig aber vom Gesetzgeber zu wesentlichen Fragen (Spitallabor-diagnostik, Abfallentsorgung) keine verbindlichen und umsetzbaren Vorgaben vorliegen und wichtige Bereiche (Patiententransporte) ungenügend geregelt sind.

Die übrigen Ergänzungen betreffen Aspekte, die der Koordination und Zusammenarbeit mit dem BAG zugeordnet wurden (Schnittstellenfragen, Gesamtkoordination) und in Abschnitt 3.11 besprochen werden.

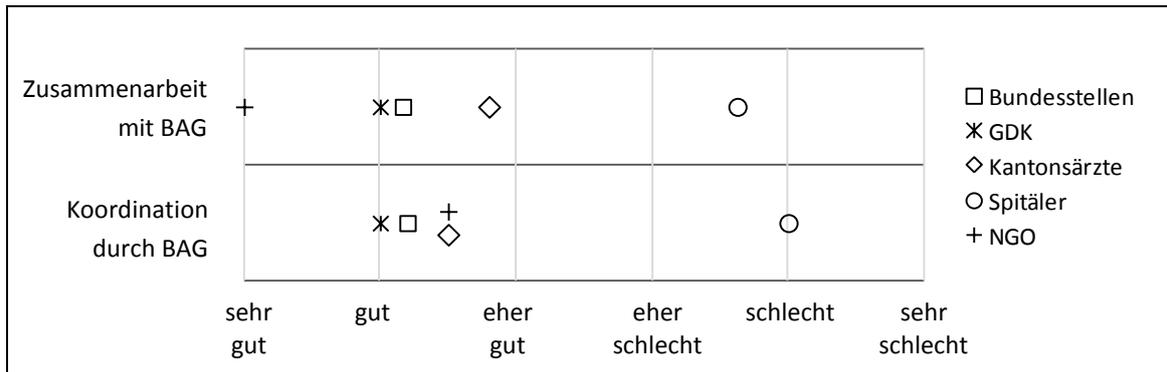
3.11 Zusammenarbeit und Koordination mit dem BAG

In diesem Abschnitt wird auf verschiedene Aspekte bezüglich der Zusammenarbeit und Koordination der Partner mit dem BAG eingegangen, die nicht in den Abschnitten zu den einzelnen Massnahmenbereichen diskutiert worden sind.

3.11.1 Allgemeine Einschätzungen der Akteure

Die befragten Akteure wurden gebeten, die Zusammenarbeit mit dem BAG zu beurteilen und eine Einschätzung darüber abzugeben, wie gut das BAG insgesamt seine Koordinationsfunktion im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen wahrgenommen hat (Abbildung 3-12). Beide Aspekte wurden durch die Befragten insgesamt positiv beurteilt. Einzig die Beurteilung der Spitäler fällt eher negativ aus.

Abbildung 3-12: Zusammenarbeit mit dem BAG und Koordination durch das BAG



Quelle: Schriftliche Befragung. Bundesstellen: N=6 (KSD, SUVA, SEM, EDA, DEZA, ASTRA). GDK: N=1. Kantonsärzte: N=5. Spitäler: N=8. IO&NGO: N=2 (IKRK, MSF). Fragestellungen: „Wie beurteilen Sie bilanzierend die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und [der eigenen Organisation]?“; „Wie gut hat aus Ihrer Sicht das BAG ihre Koordinationsfunktion im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen insgesamt wahrgenommen?“.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung und den telefonischen Interviews zu den einzelnen Akteuren dargestellt.

3.11.2 Bundesstellen

Für die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren auf Bundesebene ergeben sich folgende Ergebnisse:

KSD Die Aufgaben des Koordinierten Sanitätsdiensts (KSD) im VBS sind in der Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst (VKSD; SR 501.31) geregelt und beinhalten „die stufengerechte Koordination des Einsatzes und der Nutzung der personellen, materiellen und einrichtungsmässigen Mittel der zivilen und militärischen Stellen, die mit der Planung, Vorbereitung und Durchführung von sanitätsdienstlichen Massnahmen beauftragt sind (KSD-Partner)“ (Art. 1 Abs. 1 VKSD). Gemäss dem Befragten des KSD sind die Aufgabenteilung und die Verteilung der Entscheidungsbefugnisse zwischen dem BAG und dem KSD klar und zweckmässig.

Der KSD leitete im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen Informationen an die Mitglieder des sanitätsdienstlichen Koordinationsgremiums (SANKO) weiter, in dem teilweise auch die Kantonsärzteschaft vertreten ist (Falldefinitionen und Lageberichte). Gemäss den Aussagen des Befragten beim KSD geschah dies in Absprache mit Vertretenden des BAG. Zudem erhob der KSD bei den Spitälern direkt die Kapazitäten für die Behandlung von Ebola-Fällen.

Der befragte Vertreter des KSD beurteilte die Zusammenarbeit mit den im BAG zuständigen Personen eher negativ. Der KSD hätte gemäss eigener Einschätzung in verschiedenen Bereichen zur Krisenbewältigung beitragen können (z.B. Fachkompetenz zum Krisenmanagement, personelle Ressourcen,

Lagebeurteilung, Fachwissen zu Biowaffen) und hätte das primär strategisch ausgerichtete BAG insbesondere in den Bereichen Transport, Labordiagnostik und Controlling operativ unterstützen können. In der Wahrnehmung des Befragten des KSD wären beim BAG zusätzliche Ressourcen zur Erarbeitung der Vorbereitungsmaßnahmen notwendig gewesen: Das BAG habe aufgrund zu geringer Ressourcen primär reagieren und kein vorausschauendes Krisenmanagement betreiben können. Der KSD habe dem BAG diesbezüglich verschiedentlich Unterstützung angeboten, die vom BAG allerdings abgelehnt worden sei.

Gemäss einer befragten Person des BAG besteht Skepsis gegenüber den effektiven Kapazitäten und Möglichkeiten des KSD. Ebenfalls fehle dem KSD aus Sicht des BAG bei verschiedenen Kantonen die Akzeptanz.

- EDA Gemäss dem Befragten des EDA verlief die Zusammenarbeit mit dem BAG sehr positiv und problemlos. Die Aufgabenteilung und die Entscheidungsbefugnisse bezüglich der Repatriierung (Übergabe der repatriierten Person, Kommunikation im Falle einer Repatriierung) seien klar und zweckmässig gewesen.
- DEZA Die befragte Person des DEZA beurteilt die Zusammenarbeit mit dem BAG als positiv. Die Verteilung der Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse sei klar und zweckmässig. Das BAG habe seine Koordinationsfunktion wahrgenommen und Führungsverantwortung gezeigt, was von der befragten Person als positiv eingeschätzt wird.
- SUVA Die Aufgabenteilung und die Verteilung der Entscheidungsbefugnisse sind aus Sicht des Befragten der SUVA klar und zweckmässig. Die Zusammenarbeit zwischen SUVA und BAG wurde zumindest vom BAG jedoch als schwierig bezeichnet (vgl. Abschnitt „Labordiagnostik“).
- ASTRA Die befragte Person des ASTRA beurteilt die Zusammenarbeit mit dem BAG insgesamt als positiv. Die Verteilung der Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse sei klar und zweckmässig gewesen. Das BAG habe seine Koordinationsfunktion grundsätzlich wahrgenommen. Kritisiert wurde jedoch, dass das ASTRA zu den Fragen des Transports von Abfällen und Laborproben erst spät kontaktiert wurde, nachdem der Patient am HUG bereits in Behandlung war.
- SEM Die befragte Person des SEM beurteilt die Zusammenarbeit mit dem BAG als positiv sowie die Verteilung der Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse als eher klar und zweckmässig. Aus Sicht der befragten Person müsste für die Zukunft klarer definiert werden, wer in vergleichbaren Situationen in medizinischen Fragen, die die EVZ betreffen, den Lead innehat - das BAG oder die Kantonsärzteschaft. Das SEM habe teilweise von kantonsärztlicher Seite wie auch vom BAG Weisungen zum Vorgehen erhalten, was zu Unklarheiten ge-

führt habe. Das BAG habe seine Koordinationsfunktion grundsätzlich wahrgenommen.

3.11.3 GDK

Die befragte Person der GDK beurteilt die Zusammenarbeit mit dem BAG insgesamt als positiv sowie die Verteilung der Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse als eher klar und eher zweckmässig. Das BAG habe seine Koordinationsfunktion grundsätzlich wahrgenommen. Die Schwierigkeiten lagen gemäss dem Vertreter der GDK darin, dass die rechtlichen Kompetenzen in folgenden Bereichen entweder auf verschiedene Akteure aufgeteilt oder nicht geklärt sind:

- Definition des Bedarfs an Diagnose- und Behandlungsstrukturen
- Labordiagnostik
- Bezeichnung von Abklärungs- und Behandlungszentren
- Koordination des Transports
- Finanzierung der Vorbereitungen und Behandlungen

3.11.4 Kantonsärzteschaft

Vier der fünf Befragten aus der Kantonsärzteschaft beurteilen die Aufgabenteilung und die Verteilung der Entscheidungsbefugnisse mit dem BAG als klar; eine Person beurteilte diese Aspekte als unklar und bezog sich dabei darauf, dass sich Kantone aufgrund eines unterschiedlichen Verständnisses der Zuständigkeiten des BAG in einem sehr unterschiedlichem Ausmass vorbereitet haben. Die Zweckmässigkeit wird von zwei Befragten negativ beurteilt: Das BAG müsste einen grösseren Handlungsspielraum in vergleichbaren Situationen haben; dieser Aspekt (vgl. unten) wurde auch in anderen Interviews mit Kantonsärztinnen und -ärzten aufgebracht. Die Zusammenarbeit mit dem BAG wird als eher gut beurteilt. Das BAG habe seine Koordinationsfunktion insgesamt eher gut wahrgenommen.

In den vertiefenden Interviews wurden die folgenden Aspekte aufgebracht:

- **Führungsfunktion:** Es wird in einer Situation wie bei Ebola gewünscht, dass das BAG den Lead übernimmt und den für den Vollzug zuständigen Kantonen Vorgaben oder Empfehlungen macht, bspw. hinsichtlich der Spitalkapazitäten und des Transports. Während von einem Teil der Befragten anerkannt wird, dass das BAG den Kantonen im Rahmen seiner aktuellen Kompetenzen keine Vorgaben machen kann, ist ein Teil dieser Befragten der Auffassung, dass Empfehlungen möglich gewesen wären.

Eine Schwierigkeit bestand für die Kantonsärzteschaft darin, dass die Verbindlichkeit der BAG-Kommunikation unterschiedlich aufgefasst wurde: Das BAG formulierte die Erwartung an die Universitätsspitäler, dass sie auf Ebola-Fälle vorbereitet sein müssen und an weitere Spitäler, dass sie sich zumindest auf Abklärungen in Verdachtsfällen vorbereiten müssen. Dies wurde von einigen Kantonen als Vorga-

be interpretiert und akzeptiert, die umzusetzen ist. Andere Kantone behandelten dies hingegen als unverbindliche Empfehlung und entschieden selbst, ob und inwiefern Vorbereitungen getroffen werden. Dies führte zur von einigen Kantonen kritisierten Situation, dass sich einige Kantone kaum vorbereitet haben und im Bedarfsfall auf die Infrastruktur derjenigen Kantone zurückgreifen würden, die sich vorbereitet haben (Trittbrettfahrerproblem).

- **Koordination auf Bundesebene:** Negativ beurteilt wurde in drei Interviews mit Vertretenden der Kantonsärzteschaft die Koordination auf Bundesebene, insbesondere zwischen dem KSD und dem BAG. Diese hätten den Kantonen teilweise parallel Informationen zukommen lassen. Als ungenügend wurde zudem die Koordination mit der SUVA (Spitallabor Diagnostik) und dem ASTRA (Entsorgung von Abfällen) beurteilt. Der Lead wird in diesen Bereichen beim BAG gesehen.
- **Telefonkonferenzen:** Die Telefonkonferenzen der Kantonsärzteschaft wurden als geeignetes und wichtiges Instrument für die Koordination Bund - Kantone (teilweise auch zwischen den Kantonen) eingeschätzt.

3.11.5 Spitäler

Die Zusammenarbeit mit dem BAG und die Wahrnehmung der Koordinationsfunktion durch das BAG wurden seitens der befragten Personen aus den Spitälern eher negativ beurteilt. Die Befragten aus den Universitätsspitälern schätzten dabei die Zusammenarbeit mit dem BAG etwas positiver ein als die Zentrums- und Regionalspitäler; allerdings beurteilten auch drei der vier Universitätsspitälern, zu denen Angaben aus der schriftlichen Befragung vorliegen, eher negativ. Die Wahrnehmung der Koordinationsfunktion durch das BAG beurteilen sowohl die Befragten der Universitätsspitäler als auch - in deutlicherem Ausmass - der Zentrums- und Regionalspitäler negativ.

Auf Basis der Informationen aus den vertiefenden Interviews lassen sich die negativen Einschätzungen vor allem dadurch erklären, dass aus Sicht der Befragten das BAG eine stärkere **Führungsfunktion** hätte übernehmen sollen. Gemäss den Interviews hätte eine solche Führungsfunktion insbesondere folgende zentralisiert erfolgende Entscheide und Vorgaben beinhaltet:

- Bestimmung der notwendigen Kapazitäten für Abklärung, Behandlung, Transport und Labor anhand der Risikoanalyse.
- Bezeichnung der für die Versorgung zuständigen Akteure (insbesondere Spitäler, die für die Abklärung von Verdachtsfällen und/oder die Behandlung von erkrankten Personen vorgesehen sind; Bezeichnung der Transportdienste).
- Koordination unter den Spitälern sicherstellen (z.B. Materialbeschaffung).
- Inhaltliche Weisungen/Richtlinien bezüglich der Vorbereitung (z.B. Spitallabor Diagnostik, notwendige Schutzmassnahmen, Schulung Personal, Entsorgung von Abfällen).

Einzelne Befragte beurteilten in diesem Zusammenhang die aktuellen gesetzlichen Grundlagen im EpG als nicht zweckmässig.

Aus Sicht der befragten Vertretungen aus den Spitälern stellt sich die Frage, wie die Schweiz mit Ebola und vergleichbaren Krankheiten in Zukunft umgehen will. Dazu müsste ein Konzept erarbeitet werden, das vom BAG zusammen mit den Expertinnen und Experten in den Kantonen und Spitälern erarbeitet wird. Verschiedentlich wurde angeregt, dass national zwei Zentren langfristig für die Behandlung von Ebola und anderen Infektionskrankheiten bestimmt und entsprechend ausgerüstet werden sollten. Es sei nicht realistisch, dass das während der Ebola-Vorbereitungen erworbene Wissen und die Schulung des Personals im notwendigen Umfang längerfristig aufrechterhalten werden kann.

Eine Lehre für die Zukunft sei, dass sich das BAG besser auf solche Ereignisse vorbereiten müsse, indem bereits vorgängig Konzepte erarbeitet werden. Findet die konzeptuelle Phase erst in der Krise statt, bedeute dies einen zu grossen Zeitverlust.

3.11.6 EU und NGOs

Die Vertretenden der EU und der befragten NGOs schätzten die Zusammenarbeit mit dem BAG durchwegs sehr positiv ein. Auch habe das BAG seine Koordinationsfunktion eher gut oder gut wahrgenommen.

In den vertiefenden Interviews wurden die folgenden Aspekte aufgebracht:

- Auf europäischer Ebene verfügt das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) über ein Informationssystem – das Early Warning and Response System (EWRS) – über das die EU-Mitgliedstaaten und wichtige Partner Informationen zu Gesundheitsgefahren austauschen und Massnahmen koordinieren. Die übergeordnete Koordination auf EU-Ebene und die übrige internationale Koordination im Gesundheitsbereich erfolgt durch das Health Security Committee (HSC). Infolge eines „Gentlemen’s Agreement“ war die Schweiz für das Management der Ebola-Krise in dieses europäische System eingebunden. Grundsätzlich wurde diese Zusammenarbeit aber im Nachgang an die Abstimmung zur „Masseneinwanderungsinitiative“ sistiert. Im Rahmen des EWRS wurden Repatriierungen europaweit koordiniert; der Patient, der am HUG behandelt wurde, war der erste Fall, der so einem Behandlungsspital zugeordnet wurde. Das Engagement der Schweiz in diesem Fall wurde von der EU sehr geschätzt.
- Für MSF war es nicht klar, ob das BAG das zuständige koordinierende Gremium bezüglich zurückkehrenden Mitarbeitenden, die einem erheblichen Expositionsrisko ausgesetzt waren, darstellt. Gemäss den Interviewaussagen musste MSF in solchen Fällen den Kantonsarzt, das Spital und das BAG informieren, was als kompliziert erachtet wird; zudem hätte so die Möglichkeit bestanden, dass widersprüchliche Entscheide getroffen worden wären (was aber in der Praxis nicht der Fall war).

4 Synthese

In diesem Kapitel werden auf Grundlage der Evaluationsergebnisse die Schlussfolgerungen des Evaluationsteams gezogen und Empfehlungen formuliert. Die Struktur des Kapitels orientiert sich an den Forschungsfragen, die einleitend jeweils wiederholt werden.

Die Evaluation soll insbesondere dazu dienen, Lehren im Hinblick auf künftige vergleichbare Situationen zu ziehen: Darunter werden in diesem Bericht Situationen verstanden, die sich 1.) durch tiefe erwartete Fallzahlen (Verdachtsfälle, Patientinnen und Patienten) und 2.) durch hohe Anforderungen an die medizinische Versorgung (organisatorischer Aufwand und Schutz des Personals) auszeichnen.

4.1 BAG-interne Zusammenarbeit

Ist die BAG-interne Organisation zur Vorbereitung auf Ebola zweckmässig?

Das BAG beobachtete die Lage vor Ort laufend und war in der Lage, als der Druck zunahm, rasch den Entscheid für den Aufbau einer Task Force zu fällen. Dieser erfolgte noch bevor die WHO den internationalen Gesundheitsnotfall ausgerufen hatte. Aus unserer Sicht erfolgte damit der Aufbau der Task Force rechtzeitig. Ebenfalls kann bilanziert werden, dass der Aufbau rasch erfolgte. Die interne Organisation der Task Force mit verschiedenen Arbeitsgruppen erachten wir ebenso wie die Zusammensetzung der Task Force als zweckmässig.

Eher nicht zweckmässig ist aus unserer Sicht dagegen die Ansiedlung der Task Force auf Stufe Abteilung:

- Durch die Organisation auf der Stufe Abteilung ergaben sich formell mehrere Hierarchiestufen innerhalb des BAG, denen die Task Force unterstellt war. Dies erscheint uns für eine Situation wie bei den Ebola-Vorbereitungen, die kurze Entscheidungswege erfordert, nicht zweckmässig. In der Praxis wurden diese Hierarchien denn auch nicht eingehalten: Der Abteilungsleiter als Gesamtverantwortlicher der Task Force engagierte sich stark operativ; es etablierte sich ein direkter Austausch zwischen der Task Force-Leitung und dem BAG-Direktor, in den die Direktionsbereichsleiterin als Vorgesetzte nicht genügend einbezogen war. Dies ist aus unserer Sicht insofern problematisch, als auf diese Weise Verantwortlichkeiten ungenügend wahrgenommen werden können.
- Eine Task Force auf Stufe Abteilung war ausserdem im Krisenhandbuch des BAG nicht vorgesehen. Die Leitung der Task Force konnte somit keine vorgegebene Organisation implementieren. Dieser Aspekt fiel in der Praxis aus unserer Sicht nicht stark ins Gewicht, da der Leiter und der Gesamtverantwortliche der Task Force grosse Erfahrung im Krisenmanagement aufweisen und ihre Führungsverantwortung wahrgenommen haben. Ein Risiko ist jedoch die starke Personenabhängigkeit,

wenn in einer künftigen, vergleichbaren Situation Personen mit einer geringeren Erfahrung verantwortlich sind.

- Das Argument, dass mit der Ansiedlung auf Abteilungsstufe eine tiefere Visibilität gegenüber der Öffentlichkeit einhergeht und dadurch die Bevölkerung weniger beunruhigt wird, scheint uns wenig plausibel.

Aufgrund dieser Überlegungen kommen wir zu folgender Empfehlung:

Empfehlung 1: Eine Krisenorganisation in vergleichbaren Situationen ist grundsätzlich immer beim Direktor BAG angesiedelt. Sie kann jedoch je nach Umfang und Komplexität der zu bearbeitenden Fragen unterschiedlich gross sein. Die Organisation ist im Krisenhandbuch festgelegt, damit organisatorische und prozedurale Aspekte im Bedarfsfall bereits definiert sind (z.B. Kommunikationswege, Verantwortlichkeiten, aber auch Einbezug von Personal verschiedener Sektionen/Abteilungen; vgl. Abschnitt zum Ressourceneinsatz).

Ist der Ressourceneinsatz im BAG adäquat?

Es ist nicht zu verhindern, dass in Situationen wie den Ebola-Vorbereitungen Mehrbelastungen und Stresssituationen für die Mitarbeitenden auftreten, da zusätzlich Aufgaben bei gleichem Personalbestand anfallen. Vor diesem Hintergrund ist aus unserer Sicht der Ressourceneinsatz im BAG insofern angemessen, als dass sich keine über einen längeren Zeitraum andauernde, deutlich zu hohe Mehrbelastung von Mitarbeitenden ergab.

Dennoch sehen wir Verbesserungspotenzial bezüglich des Ressourceneinsatzes:

- Verschiedene Mitglieder der Task Force hatten in der Anfangsphase innerhalb ihrer Sektionen nicht genügend Rückhalt. Dadurch war für diese Personen ungenügend geklärt, was mit ihrem Tagesgeschäft geschieht. Dies muss aus unserer Sicht in Zukunft klarer geregelt werden.
- Es konnte in der Evaluation nicht vollständig geklärt werden, ob die Weiterführung des Tagesgeschäfts der Abteilungsleitung genügend gewährleistet werden konnte (Abteilungsleiter und sein Stellvertreter waren stark in der Task Force engagiert).
- Die Erweiterung der Task Force Ende November 2014 war angesichts der Arbeitsbelastung richtig, erfolgte aber aus unserer Sicht zu spät. Die Arbeiten der Task Force waren bereits so weit fortgeschritten, dass es für die neuen Mitglieder schwierig war, sich rasch zu integrieren (hoher Einarbeitungsaufwand). Bereits in der Evaluation der BAG-internen Organisation und Prozesse bei der Pandemischen Grippe H1N1 war in dieser Hinsicht Verbesserungspotenzial festgestellt worden (Ernst&Young 2010).

Aufgrund dieser Überlegungen kommen wir zu folgenden Empfehlungen:

Empfehlung 2: Die Vorgesetzten der Mitglieder einer Task Force müssen von Beginn an in die Verantwortung genommen werden, damit ggf. Arbeiten delegiert oder aufgeschoben werden können oder eine Verzichtplanung stattfinden kann.

Empfehlung 3: Ein unter Umständen notwendige Erweiterung einer Task Force kann antizipiert werden, indem Mitarbeitende von Beginn an in „passiver“ Funktion in die Task Force einbezogen werden (z.B. Sitzungsteilnahme, aber keine aktive Mitarbeit in Arbeitsgruppen). Dies ermöglicht im Bedarfsfall eine raschere Einarbeitung und eine flexiblere Erweiterung nach Bedarf in den einzelnen Massnahmenbereichen.

Haben sich die Arbeitsabläufe bewährt?

Die Informationsflüsse zwischen der Task Force und dem Direktor BAG haben aus unserer Sicht gut funktioniert. Die Information erfolgte zeitnah und direkt, so dass diejenigen Entscheidungen, welche die Zustimmung des Direktors BAG erforderten, rasch getroffen werden konnten. Dies erscheint uns zweckmässig, auch wenn die Abläufe nicht den formell vorgesehenen Entscheidungswegen entsprochen haben (vgl. weiter oben).

Soweit dies auf Basis der vorliegenden Informationen beurteilt werden kann, haben sich die Abläufe auf Ebene der Task Force bewährt (zeitnahe Informationsflüsse). Die Sitzungshäufigkeit der Task Force wurde flexibel gehandhabt und war dementsprechend gut auf den Bedarf der verschiedenen Phasen der Ebola-Vorbereitungen abgestimmt.

Wie gut ist die Zusammenarbeit innerhalb des BAG aus Sicht der Beteiligten?

Die Zusammenarbeit innerhalb des BAG wird von den Beteiligten insgesamt positiv beurteilt.

4.2 Massnahmenbereiche

Sind alle vom BAG getätigten Massnahmen geeignet die Ziele zu erreichen? Welche Massnahmen sind besonders wirkungsvoll und haben sich folglich bewährt?

Die Ausgangslage war für das BAG insofern schwierig, als ein Ebola-Ausbruch in diesem Umfang als unwahrscheinlich erachtet wurde. Es waren entsprechend im BAG für zahlreiche Fragen (z.B. einreisende Mitarbeitende von internationalen Organisationen und NGOs) keine Konzepte vorhanden. Zu bestimmten Fragen (z.B. Abfallentsorgung) wurde die Task Force erst infolge von Anfragen der Kantone und Spitäler reaktiv und spät tätig. Unseres Erachtens fehlte zu Beginn der Arbeit der Task Force (August 2014) eine Auslegeteilung, in welchen Bereichen Massnahmen getroffen werden müssen.

Für verschiedene Massnahmenbereiche fällt die Bilanz aus unserer Sicht bezüglich der verschiedenen Beurteilungskriterien (Notwendigkeit, Eignung, Effizienz, Rechtzeitigkeit, Wirksamkeit) insgesamt positiv aus. Dies betrifft die Massnahmen bezüglich der in die Schweiz einreisenden Mitarbeitenden von internationalen Organisationen und NGOs, die Information und Kommunikation durch das BAG, die Repatriierung sowie Massnahmen im Asylwesen und bezüglich Flughäfen und Grenzen.

Wir kommen demgegenüber bezüglich der medizinischen Versorgung (Massnahmenbereiche Spitalkapazitäten, Transport und Labordiagnostik) zu einer negativeren Bilanz. Folgende Aspekte sind für diese Beurteilung relevant:

- Die Bereitstellung von Abklärungs-, Behandlungs- und Transportkapazitäten war über eine lange Zeit nicht sicher gewährleistet, da einerseits mit den ungeklärten Fragen zur Labordiagnostik ein wichtiger Bereich blockiert war und andererseits die Vorbereitungsmaßnahmen viel Zeit in Anspruch genommen haben. Folgende Gründe können für die nicht rechtzeitige Bereitstellung der Massnahmen aufgeführt werden: Erstens war lange unklar, welche Voraussetzungen an die Infrastruktur, Prozesse, Schutzmassnahmen, etc. in Spitälern und bei Transportdiensten bestehen müssen. Zweitens bestanden die notwendigen Voraussetzungen in den Spitälern und bei den Transportsystemen zum Teil nicht und mussten erst aufgebaut werden. Drittens gab es keine koordinierende Stelle, die diese Akteure dabei mit konkreten Empfehlungen unterstützen konnte. Beim einzigen in der Schweiz behandelten Patienten haben die Abläufe gut funktioniert; zu beachten ist jedoch, dass es sich dabei um ein Spital mit guten Voraussetzungen gehandelt hat.
- In den genannten Bereichen der medizinischen Versorgung entstand auf gesamtschweizerischer Ebene eine ineffiziente Situation: Praktisch sämtliche Kantone erarbeiteten Konzepte für den Transport; neben den Universitätsspitälern bereiteten sich verschiedene Zentrums- und Regionalspitäler auf Abklärungen vor, was angesichts der Risikoeinschätzung für die Schweiz, welche von Einzelfällen ausging, nicht sinnvoll erscheint. Dazu kommt, dass gewisse Kantone sich stark engagierten, während sich andere nicht vorbereiteten, ohne dass es diesbezügliche Vereinbarungen zwischen den Kantonen gab (Trittbrettfahrerproblem).

Es kann damit insgesamt im Bereich der medizinischen Versorgung, für den die Kantone zuständig sind, eine ungenügende Koordination der Massnahmen festgestellt werden. Situationen wie bei Ebola, in denen von wenigen Fällen ausgegangen wird und die hohe Anforderungen an Behandlungszentren und Transportdienste stellen, legen aus unserer Sicht eine zentralisierte bzw. unter den Kantonen koordinierte Lösung nahe, gemäss der sich ausgewählte Spitäler und Transportunternehmen vorbereiten und die Versorgung für die ganze Schweiz sicherstellen sollten.

Die ungenügende Koordination hängt unseres Erachtens primär mit den aktuellen Zuständigkeiten zusammen, da diese Bereiche in kantonaler Kompetenz liegen. Unseres Erachtens hätten aber auch Handlungsspielräume auf übergeordneter Ebene durch BAG und

GDK weiter genutzt werden können: Die Task Force entwickelte gewisse konzeptionelle Ansätze (Universitätsspitäler müssen Behandlung durchführen können); auch die Übertragung der Kompetenz zur Patientenzuteilung von den Kantonen an das BAG ist in diesem Zusammenhang positiv zu erwähnen. Darüber hinaus gehende koordinierende Massnahmen durch BAG und GDK sind jedoch nicht festzustellen (z.B. Festlegung notwendiger Abklärungskapazitäten und deren regionale Zuteilung; notwendige Transportkapazitäten).

Unseres Erachtens ist das BAG der geeignete Akteur, um mit Unterstützung der GDK eine verstärkte Koordination in vergleichbaren Situationen, in der kantonale Einzellösungen nicht zweckmässig sind, zu ermöglichen. Das neue Epidemien-gesetz sieht mit dem Koordinationsorgan (Art. 54 neues EpG) ein Gremium vor, das die Koordination verbessern sollte.

Empfehlung 4: Das BAG nimmt zusammen mit der GDK künftig in vergleichbaren Situationen eine stärkere Koordinationsfunktion hinsichtlich der medizinischen Versorgung wahr.

Folgende Massnahmen, die im Hinblick auf die Umsetzung des neuen EpG (vgl. Abschnitt 4.4) von den beteiligten Akteuren zu konkretisieren sind, sind aus unserer Sicht geeignet, verstärkte Koordination zu ermöglichen:

- Festlegung der notwendigen Kapazitäten und Massnahmen aufgrund der Risikoanalyse (Anforderung an die Behandlung, Bestimmung der Spitalkapazitäten und Transportkapazitäten)
- Bezeichnung der Spitäler, die Abklärungen und/oder Behandlungen durchführen; Bezeichnung der Transportdienste (entsprechend der notwendigen Kapazitäten)
- Koordination von externen Spezialisten (insbesondere der Leistungserbringer), die Empfehlungen, Konzepte etc. für die Praxis erarbeiten
- Zuteilung der Patienten (analog den Ebola-Vorbereitungen)

Empfehlung 5: In zukünftigen Krisen, zu deren Bewältigung noch keine Konzepte vorhanden sind, soll vom BAG in Zusammenarbeit mit den Partnern möglichst rasch eine Auslegeordnung (zu behandelnde Massnahmenbereiche) und ein Fahrplan (Terminierung von Konzepten o.ä.) erstellt werden. Diese werden den Partnern frühzeitig kommuniziert (damit Massnahmen der Partner darauf abgestimmt werden können) und laufend aktualisiert.

Angesichts der aktuell bestehenden Ausgangslage, dass vier Universitätsspitäler für Behandlungen vorbereitet sind und verschiedene weitere Akteure Vorbereitungs-massnahmen ergriffen und aufrechterhalten haben, drängt sich aus unserer Sicht zudem eine Klärung der aktuellen Situation auf:

Empfehlung 6: Das BAG und die GDK arbeiten ein nationales Konzept für den Umgang mit Ebola und Infektionskrankheiten mit ähnlichen Voraussetzungen aus.

Bestandteile dieses Konzepts sind:

- Bezeichnung der Spitäler für Abklärungen und Behandlungen
- Klärung des Transports
- Umgang mit rückkehrenden Personen
- Finanzierung (vgl. Empfehlung 13)

Mit diesen Spitälern werden Verträge abgeschlossen, die ein Controlling und Inspektionen beinhalten.

4.3 Zusammenarbeit und Koordination BAG – Partner

Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen dem BAG und seinen Partnern klar geregelt?

Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen dem BAG und seinen Partnern sind aus Sicht der Befragten mehrheitlich klar geregelt. Die Evaluationsergebnisse zeigen aber auch, dass es in einzelnen Bereichen noch Klärungsbedarf gibt:

- Unklarheit besteht zwischen dem BAG und dem KSD: Die Rolle des KSD ist nicht genügend geklärt. Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt auch der Bericht über die Sicherheitsverbandsübung des Bundes (Projektorganisation SVU 14: 2015).
- Aus Sicht des Evaluationsteams war die Verteilung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen dem BAG und der SUVA nicht genügend zweckmässig: Die Erarbeitung der Konzepte durch die Spitäler für die Arbeitnehmersicherheit gemäss SAMV war zeitaufwändig; die Konzepte waren schlussendlich nicht rechtzeitig bereit. Aus unserer Sicht hätte es hier eine stärkere Unterstützung (Empfehlungen/Beratung zuhanden der Spitäler, provisorische Übergangsregelung) durch eine übergeordnete Stelle (SUVA, Fachkreise) gebraucht.
- Im Asylbereich gibt es an der Schnittstelle zwischen dem BAG und der Kantonsärzteschaft Klärungsbedarf, auch wenn aus unserer Sicht die Zuständigkeiten in diesem Bereich grundsätzlich geklärt sind. Bei den Ebola-Vorbereitungen etablierten sich unterschiedliche Vorgehensweisen in den Kantonen.

Es werden die folgenden Empfehlungen formuliert:

Empfehlung 7: Die Zuständigkeiten zwischen BAG und KSD werden klarer definiert und von beiden Seiten akzeptiert. Es wird geklärt, in welchen Bereichen der KSD das BAG unterstützen kann.

Empfehlung 8: Das BAG und die SUVA legen für die Zukunft fest, wie die Zusammenarbeit in Krisensituationen organisiert wird, damit rechtzeitig umsetzbare Massnahmen getroffen und die Spitäler unterstützt werden können.

Empfehlung 9: BAG, SEM und Kantonsärztinnen/-ärzte der Standortkantone der Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ) des Bundes für Asylsuchende sprechen sich in einer künftigen vergleichbaren Situation ab, wie vorgegangen wird (Massnahmen in den EVZ, Schnittstelle EVZ – Kanton), damit das Vorgehen in jedem dieser Kantone einheitlich ist.

Hat sich die Zusammenarbeit zwischen BAG und seinen Partnern aus Sicht der Beteiligten bewährt?

Die Zusammenarbeit hat insbesondere zwischen dem BAG und verschiedenen Behörden auf Bundesebene und den internationalen NGOs gut funktioniert. Mit der Kantonsärzteschaft gestaltete sich die Zusammenarbeit aufgrund unterschiedlicher kantonaler Interessen teilweise schwierig; die Telefonkonferenzen haben sich aus unserer Sicht aber als sinnvolles Koordinationsinstrument erwiesen.

Sehr gut funktionierte die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene. Eine Herausforderung für künftige, vergleichbare Situationen besteht allerdings im nicht mehr institutionalisierten Zugang des BAG zur Koordination auf europäischer Ebene (HSC, EWRS). Im Rahmen der Ebola-Epidemie wurde dem BAG der Zugang zu diesen Institutionen nur aufgrund der ausserordentlichen Situation ermöglicht.

Schwierig gestaltete sich die Zusammenarbeit mit folgenden Akteuren:

- SUVA im Bereich der Spitallabordiagnostik (vgl. oben).
- Die befragten Zentrums- und Regionalspitäler äusserten sich negativ zur Zusammenarbeit mit dem BAG; die Universitätsspitäler beurteilten die Zusammenarbeit positiver, aber insgesamt ebenfalls leicht negativ. Hierbei ist zu beachten, dass im Prinzip keine direkte Schnittstelle zwischen dem BAG und den Spitälern besteht – die Kantonsärztinnen und -ärzte nehmen diese Rolle wahr (auch wenn es im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen verschiedene Kontakte zwischen dem BAG und einzelnen Spitälern gab).

Vor diesem Hintergrund formulieren wir die folgenden Empfehlungen:

Empfehlung 10: Das BAG sieht für künftige, vergleichbare Situationen einen systematischen Dialog (in Absprache mit der Kantonsärzteschaft) mit den Spitälern vor.

Empfehlung 11: Eine dauerhafte Einbindung des BAG in die europäischen Koordinationsstrukturen (HSC, EWRS) ist anzustreben.

Wie gut nimmt die Task Force des BAG aus Sicht der Partner des BAG ihre Koordinationsfunktion im Gesundheitsbereich in der Vorbereitung auf Ebola wahr?

Auf Bundesebene hat das BAG die Koordinationsfunktion mehrheitlich gut wahrgenommen. Ein positives Fazit ziehen wir ebenfalls zur Koordination mit der EU und den NGOs. Aus unterschiedlichen Gründen funktionierte mit einzelnen Akteuren die Koordination ungenügend (vgl. oben).

Das BAG hat in denjenigen Bereichen, in denen die gesetzlichen Zuständigkeiten primär bei den Kantonen liegen (v.a. Spitäler, Transporte), koordiniert, indem es Informationsaustausch ermöglicht hat und Konzepte zugänglich gemacht hat. Die Partner hätten zu einem grossen Teil (v.a. Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitäler, Kantonsärzteschaft) jedoch eine stärkere Führungsrolle des BAG in diesen Fragen gewünscht. Wir haben diesen Punkt in Abschnitt 4.2 bereits aufgenommen.

Festzuhalten ist aus unserer Sicht, dass im Laufe der Ebola-Vorbereitungen von den Partnern zum Teil sehr hohe Erwartungen an das BAG gerichtet wurden: Dies bezieht sich einerseits darauf, dass vom BAG inhaltliche Vorgaben zu unterschiedlichen Bereichen erwartet wurden, in denen das BAG selber keine fachlichen Kompetenzen hat. Andererseits wurde eine Führungsfunktion vom BAG erwartet, die mit der aktuellen Zuständigkeitsordnung im Gesundheitswesen nicht ohne Weiteres vereinbar scheint. Unseres Erachtens gilt es in der Nachbearbeitung der Ebola-Vorbereitungen diesbezüglich eine Klärung herbeizuführen, damit in künftigen Krisensituationen - mit dem neuen EpG - mehr Erwartungssicherheit über die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen des BAG zur Koordination und Führung besteht. Dieser Aspekt wird in verschiedenen Empfehlungen aufgenommen (vgl. insbesondere Abschnitte 4.2 und 4.4).

Das BAG ist in der Bewältigung von vergleichbaren Situationen auf die Mitarbeit und Unterstützung von anderen Akteuren angewiesen: Erstens liegen die gesetzlich geregelten Zuständigkeiten in verschiedenen Bereichen nicht oder nicht ausschliesslich beim BAG (andere Bundesstellen, Kantone). Zweitens ist das BAG, wenn es wie gefordert auch fachliche Unterstützung (Empfehlungen) für die Vollzugsakteure bereitstellen soll, auf die Unterstützung von Expertinnen und Experten der Leistungserbringer sowie aus den Kantonen und Fachgesellschaften angewiesen, die Fachwissen und zeitliche Ressourcen zur Verfügung stellen müssen.

Empfehlung 12: Externe Expertinnen und Experten, namentlich der Leistungserbringer sowie aus den Kantonen und Fachgesellschaften, stellen dem BAG in vergleichbaren Situationen für die Erarbeitung von Massnahmen/Empfehlungen Fachwissen und zeitliche Ressourcen zur Verfügung.

Sind insbesondere Finanzierung und Abgeltung von Investitions- und Behandlungskosten in Bezug auf Aufbau und Unterhalt der Infrastrukturen und die Behandlung/Therapie von Ebola-Fällen geregelt?

Zum Zeitpunkt der Evaluation war in den Kantonen mehrheitlich nicht klar geregelt, wer die Investitionskosten übernimmt. Sie werden aktuell von den Spitälern getragen. Teilweise beteiligt sich der Kanton an der Finanzierung der entstandenen Kosten; einige Spitäler führen oder planen Verhandlungen mit dem Kanton. Die Höhe der Investitionskosten unterscheidet sich deutlich zwischen den Kantonen (Universitätsspitäler: im tiefen einstelligen Millionenbereich).

In der Schweiz wurde ein Ebola-Fall behandelt. In diesem Fall war die Finanzierung klar (durch WHO), allerdings nicht kostendeckend: Erstens waren die Investitionskosten (insbesondere Schulung des Personals) damit nicht gedeckt; zweitens ergaben sich für die Behandlung weitere Kosten in bedeutendem Umfang (für die Sicherheit und Kommunikation), die nicht in Rechnung gestellt werden konnten.

Wir sind der Ansicht, dass Bund und Kantone Referenzspitäler für Abklärungen und Behandlungen bezeichnen sollten (vgl. Empfehlung 6). Eine Finanzierung der Investitions- und Behandlungskosten durch die Standortkantone dieser Referenzspitäler ist aus unserer Sicht nicht gerechtfertigt, da die Kantone bei einer solchen zentralisierten Lösung ungleichmässige Lasten für Vorbereitungen und Behandlungen zu tragen haben. Es braucht daher ein gesamtschweizerisches Finanzierungsmodell.

Für die Finanzierung der **Investitionskosten** können folgende Varianten vorgebracht werden; wir verzichten darauf, eine Empfehlung abzugeben:

- Der Bund finanziert die Aufbau- und Vorhalteleistungen¹⁹.
- Die Finanzierung der Aufbau- und Vorhalteleistungen wird durch die Kantone (z.B. entsprechend der Bevölkerungsgrösse) sichergestellt.
- Bund und Kantone tragen die Aufbau- und Vorhalteleistungen gemeinsam.

Bezüglich der **Behandlungskosten** muss geklärt werden, inwiefern die Behandlung über das DRG-System abgegolten werden kann. Allenfalls können Extremkosten-/Defizitfälle durch die Tarifpartner und die Kantone im Rahmen der SwissDRG angegangen werden (Ausschuss „Extremkostenfälle/defizitäre Hochkostenfälle“). Alternativ wäre denkbar, dass für die Behandlung von Krankheiten wie Ebola die Kantone und die Krankenversicherer einen Fonds bilden, mit dem solche Hochkostenfälle finanziert werden.

Empfehlung 13: Für eine künftige, vergleichbare Situation wird zwischen Bund und Kantonen eine zentralisierte Lösung (wenige Standorte für Abklärung und Behandlung) mit einem gesamtschweizerischen Finanzierungsmodell ausgearbeitet.

¹⁹ Investitionen in oder Dienstleistungen für eine Bereitschaft, die nicht notwendigerweise durch einen Einsatz amortisiert werden können.

4.4 Gesetzliche Grundlagen

Sind aus Sicht des BAG und seiner Partner die aktuellen und künftigen gesetzlichen Grundlagen (aktuelles EpG und EpG ab 2016) ausreichend und zweckmässig um vergleichbare Situationen, wie jene von Ebola, zu bewältigen?

Aus unserer Sicht sind die Grundlagen im aktuellen EpG eher nicht zweckmässig für Situationen wie bei Ebola: Diese erfordern eine stärkere Führung durch den Bund. Die aktuellen gesetzlichen Grundlagen erlauben es nicht, dass das BAG eine solche Führungsfunktion übernimmt. Diese Situation bestand bereits bei früheren Krisen (z.B. SARS; Bundesrat 2010).

Mit dem 2016 in Kraft tretenden neuen EpG werden die Rolle des Bundes und die Koordination mit den Kantonen in der Bewältigung von Krisensituationen gestärkt.²⁰ Das neue EpG schafft in verschiedenen Bereichen, in denen von der Evaluation Schwierigkeiten festgestellt worden sind, bessere Voraussetzungen (Vorbereitung auf eine Krise, Definition der besonderen Lage mit erweiterten Kompetenzen für den Bund, Schaffung des Koordinationsorgan von Bund und Kantonen). Ob diese gesetzlichen Grundlagen für die Bewältigung einer künftigen Krisensituation ausreichend sind, kann heute aus unserer Sicht nicht zuverlässig beurteilt werden.

Gemäss den Evaluationsergebnissen bestehen sehr unterschiedliche Vorstellungen von der Rolle des BAG in solchen Situationen: V.a. die Spitäler, aber auch die Kantonsärzteschaft und Bundesstellen erwarten, dass das BAG mit dem neuen EpG eine klare Führungsrolle einnimmt. Das BAG selber verweist auf fehlende fachliche Kompetenzen zu bestimmten Fragen und auch darauf, dass im Bereich der medizinischen Versorgung das neue EpG dem BAG keine stärkere Rolle zuspricht.

Diese Situation – neue gesetzliche Grundlagen, unterschiedliche Erwartungen der Partner an die Rolle des BAG – bedarf der Klärung. Wir kommen zum Schluss, dass aufgrund der Erfahrungen im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen eine stärkere übergeordnete Steuerung durch das BAG in vergleichbaren Situationen sinnvoll ist. Deshalb wird folgende Empfehlung formuliert:

²⁰ Das Gesetz regelt, wann eine besondere Lage vorliegt, die den Bundesrat zur Anordnung von spezifischen Massnahmen berechtigt (Art. 6 EpG). Gemäss Art. 8 des neuen EpG kann das BAG die Kantone anweisen, im Hinblick auf eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit bestimmte Massnahmen zu treffen. Zur Förderung der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen ist ein Koordinationsorgan vorgesehen (Art. 54 EpG). Die Kompetenzen des Bundes bezüglich Aufsicht und Koordination der Vollzugs-massnahmen der Kantone werden im neuen EpG verstärkt (Art. 77 EpG). Der Bund verfügt über verschiedene Instrumente, die ihm zur Ausübung der Aufsicht zur Verfügung stehen.

Empfehlung 14: Im Hinblick auf die Umsetzung des neuen EpG klären Bund, Kantone und Leistungserbringer im Rahmen des Koordinationsorgans (Art. 54 des neuen Epidemiengesetzes) 1.) die gegenseitigen Erwartungen sowie 2.) wie und in welchen Bereichen eine stärkere übergeordnete Koordination (BAG, GDK) in künftigen, vergleichbaren Situationen konkret sichergestellt werden kann. Zu diesem Zweck müssen Entscheidungswege (wie und unter welchen Bedingungen z.B. dem BAG bestimmte Aufgaben übertragen werden können), vorgängig klar definiert werden – analog Patientenzuweisung im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen.

Literatur- und Dokumentenverzeichnis

Literatur, öffentliche Quellen:

BAG (2015a): Verdacht auf Ebola-Virus-Erkrankungen: Kriterien und Falldefinition (Stand: Mai 2015). Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2015b): Ebola: Informationen für die Ärzteschaft (Stand: Mai 2015). Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG/GDK (2015): Pflichtenheft Evaluation der Ebola-Vorbereitungen in der Schweiz im Bereich Gesundheit.

Bundesrat (2010): Botschaft zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Epidemiengesetz, EpG) vom 3. Dezember 2010.

Ernst&Young (2010). Pandemische Grippe H1N1: Evaluation der BAG-internen Organisation und Prozesse. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Projektorganisation SVU 14 (2015): Schlussbericht Sicherheitsverbandsübung 2014 (SVU 14). 16. April 2015

WHO (2014). Ebola Response Roadmap (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131596/1/EbolaResponseRoadmap.pdf?ua=1>; abgerufen am: 20.07.2015).

WHO (2015a). Ebola Situation Report - 8 July 2015. (<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-8-july-2015>; abgerufen am: 14.07.2015).

WHO (2015b). Report of the Ebola Interim Assessment Panel (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/en/>; abgerufen am: 30.07.2015).

Nicht veröffentlichte Dokumente (auf die im Bericht Bezug genommen wird):

- Kapitel 1
- BAG: Notice d'information: Epidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'ouest. 5.8.2014.
 - BAG: Einreisende aus einem EVD-Gebiet in die Schweiz. Stand: 23.6.15.

- Kapitel 2
- BAG: Organisation Task Force (November 2014).
 - BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
 - BAG: Ebola-Viruserkrankung: Kontaktmanagement. Stand: 14.1.15.
 - SEM/BAG: Ablauf bezüglich Ebola in den Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes für Asylsuchende. 27.8.15.
 - BAG: Von Mensch zu Mensch übertragbare Virale Hämorrhagische Fieber (VHF): Empfehlungen für den Umgang mit Verstorbenen bei vermuteter oder bestätigter Ebola-Viruserkrankung. Stand: 23.1.15.
 - Flughafen Zürich: Protokoll zur Sitzung zur Vorbereitung des Entry Screenings während dem WEF. 30.12.14.

- Direction générale de la santé, République et Canton de Genève : Ebola - Logement des collaborateurs des ONG rapatriés pour suspicion de maladie Ebola. 9.10.14.
 - BAG: Ebola - Transport von symptomatischen Personen (mögliche und bestätigte Fälle). 26.1.15.
- Abschnitt 3.1.1
- BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
 - BAG: Protokolle Telefonkonferenzen mit den Kantonsärztinnen und Kantonsärzten (diverse)
 - BAG Protokoll Telefonkonferenz Kantonsärzteschaft vom 14. November 2014.
 - BAG: Ebola: Kapazitäten der Spitäler für Abklärung und Behandlung. Brief des BAG Direktors an die kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. 18.11.14.
- Abschnitt 3.3.1
- BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
 - BAG: Protokoll Sitzung BAG-SUVA vom 12.8.14.
 - EFBS: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung vom 1.9.14.
 - BAG: Protokoll Sitzung BAG-SUVA vom 15.9.14.
 - BAG: Protokoll Sitzung Plattform BAG-SUVA-Spitäler „Ebola Labordiagnostik“ vom 13.10.14
- Abschnitt 3.4.1
- BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
 - BAG: Protokolle Telefonkonferenzen mit den Kantonsärztinnen und Kantonsärzten (diverse)
 - BAG: Ebola - Transport von symptomatischen Personen (mögliche und bestätigte Fälle). 26.1.15.
 - BAG: Zusammenfassung Transportkapazitäten.
- Abschnitt 3.5.1
- BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
 - BAG: Protokolle zur Telefonkonferenz mit den Hilfswerken vom 19.8.14.
 - Direction générale de la santé, République et Canton de Genève : Ebola - Logement des collaborateurs des ONG rapatriés pour suspicion de maladie Ebola. 9.10.14.
 - DEZA: Ebola crisis - exchange with CH NGOs active in West Africa. 6.10.14.
- Abschnitt 3.6.1
- BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
 - BAG: Protokolle Telefonkonferenzen mit den Kantonsärztinnen und Kantonsärzten (diverse)
 - SEM/BAG: Ablauf bezüglich Ebola in den Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes für Asylsuchende. 27.8.15.
 - SEM: Mail vom 30.9.14 an die kantonalen Asylkoordinatorinnen und -koordinatoren („Zuweisung von Asylsuchenden aus den Ebola-Risikoländern“).
- Abschnitt 3.7.1
- BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
 - Medgate: Zahlen der BAG-Hotline Ebola-Infoline 2014-2015.
 - BAG/SEM: Informationen für Personen, die einen Besuch bei Fa-

milie und Freunden in von der Ebola-Virus-Erkrankung betroffenen Ländern in Betracht ziehen oder die einen Besuch von Familienmitgliedern oder Freunden aus einem solchen Land erhalten. 29.8.14

- Abschnitt 3.8.1 - BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
- Eidgenössisches Departement des Innern: Note d'information aux membres du Conseil fédéral. 18.9.14
- Abschnitt 3.9.1 - BAG: Protokolle Task Force Ebola (diverse)
- Flughafen Zürich: Protokoll zur Sitzung zur Vorbereitung des Entry Screenings während dem WEF. 30.12.14.

Anhang 1: Befragte Personen

Stelle/Organisation	Interviewpartnerin/Interviewpartner
Bundesbehörden	
BAG	Pascal Strupler, Direktor Daniel Koch, Leiter Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesamtverantwortung Task Force Patrick Mathys, Leiter Sektion Krisenbewältigung und internationale Zusammenarbeit und Stv. Leiter Abteilung Übertragbare Krankheiten, Leitung Task Force
ASTRA	David Manuel Gilabert, Leiter Fachbereich Gefahrgut
DEZA	Thomas Frey, Stellvertretender Abteilungsleiter Afrika
EDA	Nikolai Fischer, Wissenschaftlicher Mitarbeiter KMZ
KSD	Andreas Stettbacher, Leiter KSD
SEM	David Keller, Leiter EVZ
SUVA	Edgar Käslin, Abteilung Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
GDK	
GDK	Michael Jordi, Zentralsekretär GDK
Kantonsärzteschaft	
Genf	Jacques-André Romand, Kantonsarzt
Tessin	Giorgio Merlani, Kantonsarzt
Waadt	Eric Masserey, stv. Kantonsarzt
Zug	Rudolf Hauri, Kantonsarzt
Zürich	Bettina Bally, stv. Kantonsärztin
Spitäler	
Inselspital Bern	Elia Lo Priore, Spitalhygiene
HUG	Pierre Brennenstuhl, Sicherheitsdelegierter
CHUV	Giorgio Zanetti, Präventivmedizin
Universitätsspital Basel	Sarah Tschudin Sutter, Spitalhygiene
Universitätsspital Zürich	Hugo Sax, Spitalhygiene
Kantonsspital Aarau	Christoph Fux, Infektiologie und Spitalhygiene
Kantonsspital Luzern	Marco Rossi, Infektiologie und Spitalhygiene
Kantonsspital St. Gallen	Pietro Vernazza, Infektiologie und Spitalhygiene
Regionalspital St-Loup	Philippe Rieder, Innere Medizin
Weitere Akteure	
EU	Franz Karcher, Unit Health Threats, European Commission
MSF	Ainhoa Salvador, Staff Health Coordinator, und François Delfosse, Security Advisor
IKRK	Ann Meeussen, Staff Health & Wellbeing Centre of Expertise

Teilnehmende Rating-Konferenz Task Force BAG:

Helga Abgottspon, Michael Bel, Thomas Binz, Catherine Bourquin, Deborah Gaspoz, Simone Graf, Marianne Jost, Daniel Koch, Marcel Marti, Patrick Mathys, Mona Neidhart, Muriel Peneveyre, Laurence Perroud.

Anhang 2: Fragebogen Rating Konferenz

Frage	Antwortkategorien
Erfolgte der Aufbau der Task Force zum richtigen Zeitpunkt?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
War die Task Force schnell genug handlungsfähig?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wo sollte in einer vergleichbaren Situation die Task Force aus Ihrer Sicht organisatorisch angesiedelt sein, um ein effizientes Krisenmanagement ausüben zu können (kurze Wege, rasche Entscheide möglich)?	Leitung Übertragbare Krankheiten, Leitung Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, Leitung BAG, Generalsekretariat EDI, Bundesstab ABCN, Andere: ____
Waren die Entscheidungsbefugnisse der Task Force ausreichend?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wurden Sie im Rahmen Ihrer regulären Tätigkeit genügend auf Ihre Aufgaben in der Task Force vorbereitet?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Konnten Sie das Krisenhandbuch BAG für Ihre Aufgaben bei den Ebola-Vorbereitungen nutzen?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Waren die Aufgaben, die Sie im Rahmen der Task Force übernahmen, auf Ihre fachlichen Kompetenzen zugeschnitten?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Waren die erforderlichen Fachkompetenzen in der Task Force vertreten?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Waren die für die verschiedenen Massnahmenbereiche verantwortlichen Personen der Task Force im Bedarfsfall rasch erreichbar?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wie beurteilen Sie die insgesamt innerhalb des BAG für die Ebola-Vorbereitungen zur Verfügung gestellten personellen Ressourcen?	zu tief, angemessen, zu hoch, keine Beurteilung möglich
Wie beurteilen Sie insgesamt die Arbeitsbelastung, die durch die Ebola-Vorbereitungen für Sie entstanden ist?	zu hoch, eher zu hoch, vertretbar, keine Zusatzbelastung entstanden, keine Beurteilung möglich
War klar geregelt, was mit dem Tagesgeschäft der Mitglieder der Task Force geschieht?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Entsprach der Sitzungsrhythmus der Task Force jeweils dem Bedarf in den verschiedenen Phasen der Ebola-Vorbereitungen?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
War der Sitzungsablauf aus Ihrer Sicht effizient gestaltet?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Sind innerhalb der Task Force die nötigen Informationen rechtzeitig an die richtigen Personen gelangt?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Ist/war Ihre Stellvertretung bei Abwesenheit von Ihnen innerhalb der Task Force geregelt?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich

Waren die Informationswege zu BAG-internen Entscheidungsträgerinnen und -trägern genügend kurz?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Konnten innerhalb des BAG Entscheide im Zusammenhang mit den Ebola-Vorbereitungen rasch getroffen werden?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wie beurteilen Sie bilanzierend die Zusammenarbeit innerhalb des BAG im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen?	sehr gut, gut, eher gut, eher schlecht, schlecht, sehr schlecht, keine Beurteilung möglich
Ist die Aufgabenteilung zwischen dem BAG und den externen Partnern/Stellen im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen klar?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Ist die Aufgabenteilung zwischen dem BAG und den externen Partnern/Stellen so ausgestaltet, dass der Schutz der Bevölkerung vor Ebola optimal sichergestellt werden kann?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Sind die Entscheidungsbefugnisse zwischen dem BAG und den externen Partnern/Stellen klar geregelt?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Ist die Verteilung der Entscheidungsbefugnisse zwischen dem BAG und den externen Partnern/Stellen so ausgestaltet, dass der Schutz der Bevölkerung vor Ebola optimal sichergestellt werden kann?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Waren die Informationsflüsse in Bezug auf die Ebola-Vorbereitungen zwischen dem BAG und den externen Partnern/Stellen adäquat (Sind die nötigen Informationen rechtzeitig an die richtigen Personen gelangt)?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wie beurteilen Sie bilanzierend die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und den externen Partnern/Stellen?	sehr gut, gut, eher gut, eher schlecht, schlecht, sehr schlecht, keine Beurteilung möglich

Anhang 3: Fragebogen schriftliche Befragung

Frage	Antwortkategorien
Gesamtheit der Massnahmen	
Als wie wichtig erachten Sie Massnahmen in den verschiedenen Bereichen, um die Bevölkerung (resp. das Gesundheitspersonal/Einzelpersonen) möglichst gut vor Ebola zu schützen? <ul style="list-style-type: none"> - Spitallabor Diagnostik - Spitalkapazitäten Behandlung - Spitalkapazitäten Abklärung - Transport von Verdachtsfällen resp. erkrankten Personen - Massnahmen bezüglich Mitarbeitenden von internationalen Organisationen und NGOs, die in die Schweiz zurückkehren - Massnahmen im Asylwesen - Information und Kommunikation - Repatriierung / medizinische Evakuation - Massnahmen an Flughafen und Grenzen 	wichtig, eher wichtig, eher nicht wichtig, nicht wichtig, keine Beurteilung möglich
Wären aus Ihrer Sicht im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen Massnahmen in weiteren Bereichen notwendig gewesen?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wurden die verschiedenen Massnahmenbereiche gemäss Ihrer Einschätzung aufeinander abgestimmt (keine Widersprüche zwischen den Massnahmenbereichen)?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Koordination und Zusammenarbeit mit dem BAG	
Ist die Aufgabenteilung zwischen dem BAG und [Partner] im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen klar?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Ist die Aufgabenteilung zwischen dem BAG und [Partner] so ausgestaltet, dass der Schutz der Bevölkerung vor Ebola optimal sichergestellt werden kann?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Sind die Entscheidungsbefugnisse zwischen dem BAG und [Partner] klar geregelt?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Ist die Verteilung der Entscheidungsbefugnisse zwischen dem BAG und [Partner] so ausgestaltet, dass der Schutz der Bevölkerung vor Ebola optimal sichergestellt werden kann?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Waren die Informationsflüsse in Bezug auf die Ebola-Vorbereitungen zwischen dem BAG und [Partner] adäquat (Sind die nötigen Informationen rechtzeitig an die richtigen Personen gelangt)?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Welche Schwierigkeiten bestanden aus Ihrer Sicht bei der Zusammenarbeit zwischen dem BAG und [Partner] im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen?	(offene Frage)

Wie beurteilen Sie bilanzierend die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und [Partner]?	sehr gut, gut, eher gut, eher schlecht, schlecht, sehr schlecht, keine Beurteilung möglich
Wie gut hat aus Ihrer Sicht das BAG ihre Koordinationsfunktion im Rahmen der Ebola-Vorbereitungen insgesamt wahrgenommen?	sehr gut, gut, eher gut, eher schlecht, schlecht, sehr schlecht, keine Beurteilung möglich
Fragen der Finanzierung und Abgeltung	
Wie hoch waren die in Ihrem Spital im Zusammenhang mit den Ebola-Vorbereitungen getätigten Investitionskosten (z.B. bauliche Massnahmen, Anschaffung von Material, Schulung des Personals)?	(offene Frage)
Ist geregelt, wer die Investitionskosten übernimmt?	ja, nein, keine Beurteilung möglich
Falls ja: Wer übernimmt die Investitionskosten? Falls nein: Wer hat die Investitionskosten übernommen?	(offene Frage)
Ist diese Regelung/Praxis Ihrer Meinung nach zweckmässig?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wie viele Personen wurden in Ihrem Spital abgeklärt resp. behandelt?	Anzahl Abklärungen, Anzahl Behandlungen
Wie hoch waren die in Ihrem Spital im Zusammenhang mit den Ebola-Vorbereitungen getätigten Abklärungs- und Behandlungskosten pro Fall?	(offene Frage)
Ist geregelt, wer die Abklärungs- und Behandlungskosten übernimmt?	ja, nein, keine Beurteilung möglich
Falls ja: Wer übernimmt die Abklärungs- und Behandlungskosten? Falls nein: Wer hat die Abklärungs- und Behandlungskosten übernommen?	(offene Frage)
Ist diese Regelung/Praxis Ihrer Meinung nach zweckmässig?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Detailfragen zu einzelnen Massnahmenbereichen	
Massnahmenbereiche:	
<ul style="list-style-type: none"> - Spitallabordiagnostik - Spitalkapazitäten Behandlung - Spitalkapazitäten Abklärung - Transport von Verdachtsfällen resp. erkrankten Personen - Massnahmen bezüglich Mitarbeitenden von internationalen Organisationen und NGOs, die in die Schweiz zurückkehren - Massnahmen im Asylwesen - Information und Kommunikation - Repatriierung / medizinische Evakuation - Massnahmen an Flughafen und Grenzen 	
Sind die Massnahmen im Bereich „[Nennung des Bereichs]“ aus Ihrer Sicht notwendig, um die Bevölkerung (resp. das Gesundheitspersonal/Einzelpersonen)	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich

möglichst gut vor Ebola zu schützen?	
Sind diese Massnahmen geeignet, um die Bevölkerung (resp. das Gesundheitspersonal/Einzelpersonen) möglichst gut vor Ebola zu schützen?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Gäbe es andere Massnahmen, die gleich gut geeignet wären, aber einen geringeren Eingriff (für die Betroffenen oder die Umsetzungsakteure) darstellen würden?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Ist das Verhältnis von Aufwand und erwartetem Nutzen bei diesen Massnahmen ausgewogen?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wurden diese Massnahmen rechtzeitig bereitgestellt?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Sind diese Massnahmen gemäss Ihrer Einschätzung so ausgestaltet, dass sie einen sicheren Umgang mit Einzelfällen (Verdachtsfälle, bestätigte Fälle) ermöglichen resp. die Ausbreitung der Krankheit verhindern würden?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich
Wären aus Ihrer Sicht in diesem Bereich weitere Massnahmen notwendig gewesen?	ja, eher ja, eher nein, nein, keine Beurteilung möglich