

Rückmeldung zum Bericht Neuausrichtung KSD – Nationaler Verbund Katastrophenmedizin KATAMED

Datum:	06.03.2025
Amt / Organisation:	Kanton Basel-Stadt
Kontaktperson:	Stefan Blum, Ressortleiter Zentrale Dienste/Militär und Zivilschutz Martin Gabi, Leiter Sanität Basel Andreas Flück, Leiter Geschäftsstelle KKO BS Simon Fuchs, Kantonsarzt
Allgemeine Kommentare:	(Stefan Blum, Militär und Zivilschutz) Die Rettung Basel-Stadt begrüsst den Bericht zur Neuausrichtung KSD / KATAMED und hofft auf die rasche Umsetzung einer Lösung. Insbesondere für den Kanton Basel-Stadt mit dem Universitätsspital (Trauma-Level 1) ist eine rasche Klärung der weiteren Verwendung dringend angezeigt. (Martin Gabi, Sanität Basel) - (Andreas Flück, Kantonale Krisenorganisation BS) Wir unterstützen den vorliegenden Bericht und das Ansinnen, einen nationalen Verbund KATAMED aufzubauen. Der in Kapitel 5 beschriebene Endzustand macht für uns Sinn. Dazu sind die KATAMED-Regionen aufzubauen und zu etablieren. Die Szenarien im Kapitel 8 sind tauglich, um die Ausrichtung des Gesamtsystems zu bestimmen. Die grössten Herausforderungen sind beim zusätzlichen medizinischen Personal, bei der Transportkapazität für den strategischen Patiententransport und bei der Bereitstellung geschützter und sicherer Infrastruktur verortet. Der Aktionsplan scheint schlüssig und notwendig, um eine Grundlage für die künftige KATAMED zu erreichen. Simon Fuchs, Kantonsarzt: Bei mehreren Massnahmen bestehen Schnittstellen zu anderen schweizweiten Projekten im Bereich Bevölkerungsschutz (SKI, BCM usw.). Es wäre in Hinsicht auf die Vermeidung von Doppelpurigkeiten sinnvoll, diese Schnittstellen zu identifizieren und im Bericht entsprechend zu dokumentieren.

ID	Standortbestimmung und Neuausrichtung	Kommentar(e)
1	Glossar	Begriffsverwendung im Text schärfen resp. klären z.B. Krise, Ereignis, Katastrophe, ausserordentliche Lage (resp. ev. ebenfalls normale und besondere Lage nach EpG), Notlage <=> Klären mit Bezug zu "zivilen" kantonalen Gesundheitsorganisationen (insbes. Leistungserbringer selbst und kantonale Gesundheitsbehörden, ev. auch relevant auf Bundesebene z.B. Kompetenz BAG). Klären Begriff "KATAMED-Region" resp. "Gesundheitsregion": Klären, ob statisch (vordefiniert) oder am jeweiligen funktionalen Raum errichtet (dynamisch, z.B. je Szenarium) resp. darlegen, was jeweils gemeint ist. Vgl. dazu auch Massnahmen unter Ziff. 9 resp. Rückmeldung unter 10.2.
2	Zusammenfassung	Die Bestrebungen zur Neuausrichtung des KSD werden sehr begrüsst. Der vorliegenden Analyse und dem Bericht kann im Grundsatz zugestimmt werden. Aus Sicht des Kanton Basel-Stadt geht das in die richtige Richtung und es bleibt zu hoffen, dass eine rasche Umsetzung der Anpassungen erfolgen wird.
3	Standortbestimmung und Neuausrichtung	Die Kantone müssen in der Krise viel Kompetenz an den Bund abgeben, was vermutlich nicht bei allen auf Zustimmung stösst. Ein Krisenmanagement dieser Grössenordnung kann jedoch nur national gesteuert gut funktionieren.
4	Methodik	
5	Vision	(Martin Gabi, Sanität Basel) Dies ist der richtige Weg, den ich auch schon seit bald 20 Jahren vertrete. Hier ist nicht nur die neue Namensgebung eine grosse Chance, sondern auch die Vision, Katamed-Regionen zu schaffen und die Kompetenzen dort zu stärken wo sie vorhanden sind und gestärkt werden können. Damit wird Identifikation und Verbundenheit geschaffen. Die landesweite Koordination stärkt den Verbund, bündelt im Ereignisfall die Synergien nach Bedarf und Verfügbarkeit. Die Entscheidungsträger aus den Regionen müssen mit ihrer Verfügbarkeit und ihrem Netzwerk zwingend beim Aufbau verpflichtend eingebunden werden.
6	Handlungsfelder	Handlungsfeld 3 ist nicht nur auf die ausserordentliche Lage zu beschränken.
7	Angestrebter Endzustand der Neuausrichtung	
8	Weiteres Vorgehen für den Bericht	
9	1 Einleitung	
10	1.1 Historische Entwicklung KSD	
11	1.2 Ziele und Inhalt des Berichts	
12	1.3 Vorgehen und Methodik	
13	2 Vorarbeiten	
14	2.1 Erkenntnisse aus dem Gutachten «Zukünftiger Bedarf im Bereich Koordinierter Sanitätsdienst» zuhanden des VBS	
15	2.2 Erkenntnisse aus dem Bericht «Zukünftiger Bedarf im Bereich des Koordinierten Sanitätsdiensts» des Sicherheitsverbunds Schweiz	
16	2.3 Fazit aus den Vorarbeiten	
17	3 Rahmenbedingungen	
18	3.1 Rechtliche Grundlagen	
19	3.2 Wechsel KSD aus Gruppe V ins BABS	
20	3.3 Neue Krisenorganisation des Bundes	

ID	Standortbestimmung und Neuausrichtung	Kommentar(e)
21	4 Herausforderungen	Das Problem der Kostenfolgen ist erkannt, wird aber grosszügig an die Kantone delegiert. Insbesondere bezüglich der Schutzanlagen scheint die Umsetzung in finanzieller Hinsicht unrealistisch und könnte das Gesundheitssystem weiter verteuern.
22	4.1 Föderale Struktur der Schweiz	
23	4.2 Begrenzte Kapazitäten des Gesundheitswesens	
24	4.3 Unzureichende Fähigkeiten für die Bewältigung eines Ereignisses	
25	4.4 Betroffene Regierungs- und Verwaltungsbereiche Gesundheit und Sicherheit	Die im Bericht unterschiedliche Gefahreneinschätzung bzw. unterschiedliche Sensibilisierungsgrad im Hinblick auf Katastrophen zwischen Sicherheit und Gesundheit ist aus Sicht GD in dieser verallgemeinernden Form kaum zutreffend.
26	4.5 Eingeschränkte Ressourcen des KSD nach der Übernahme	<p>Es wird im Bericht festgehalten, dass im BABS keine Mittel für die Forschung und Bildung bereitstehen, obwohl diese Aufgaben rechtlich vom VBS ins BABS überführt wurden. Dieser Umstand ist dringend zu ändern. In Anlehnung an die verschiedenen Analysen zum KSD sollen die Aus-, Weiter- und Fortbildung ein Kernelement des KSD ausmachen und die entsprechenden Mittel seitens Bund zur Verfügung gestellt werden. Die im Handlungsfeld «Bildung» aufgeworfene Finanzierung der Bildungslandschaft für Katastrophenmedizin durch Bund, Kantone und Private gilt es im Kontext der gesamten Zuständigkeitsfragen und daraus abgeleiteten Finanzierungsquellen zu hinterfragen.</p> <p>Aufgrund der Tatsache, dass die militärische Katastrophenmedizin inhaltlich nur einen kleinen Teil der gesamten Katastrophenmedizin umfasst, und der zivile Teil der Rettungs- und Katastrophenmedizin viel häufiger und umfassender benötigt wird, sollte der Hauptteil der Finanzierung für die Katastrophenmedizin in den KSD am BABS überführt werden. Die Medizinische Fakultät der Universität Basel mit dem an die Universität Basel assoziierten Schweizerischen Zentrum für Rettungs-, Notfall- und Katastrophenmedizin plant die Lehre und Forschung in diesem Fachbereich mit einer Professur für Notfallmedizin zu stärken. Die Administration und Organisation sämtlicher Weiter- und Fortbildungsaktivitäten müsste allerdings über den KSD finanziert werden können.</p>
27	4.6 Vernachlässigung der medizinischen Schutzanlagen	
28	5 Neuausrichtung	
29	5.1 KATAMED-Verbund	Die Idee eines Verbundsystems ist sehr gut und zu begrüßen. Die Struktur der «Organe KATAMED» ist noch zu wenig geschärft, insbesondere beispielsweise die Verortung der KATAMED-Verantwortlichen. An mehreren Stellen des Berichts werden kantonale KATAMED-Verantwortliche erwähnt. Im Dokument sollte geklärt werden, wer die Zielgruppe für diese Funktion ist, respektive wer diese Funktion in den Kantonen wahrnehmen solle.
30	5.2 Vision	
31	5.3 Leitbild	
32	5.4 Governance	<p>Die Bildung von KATAMED-Regionen wäre wünschenswert, der Weg dahin dürfte schwierig sein und wird im Bericht nicht aufgezeigt. Ev. eignet es sich mehr, nach "MANV-Regionen" zu denken, bzw. je nach Thema/Szenario unterschiedliche Gebiete fasst (ABC versus Pandemie) - sollte anhand und entlang der bisherigen Rettungs- und Versorgungsstrukturen organisiert sein.</p> <p>"Organe" und ihre Aufgaben müssten vermutlich weiter ausgearbeitet und differenziert werden.</p> <p>Auch im Hinblick auf die Bewältigung eines Grossereignisses kommt die Zuständigkeit für Organisationsformen oder Zusammenschlüsse alleine den Kantonen zu. Insofern hat sich die strukturelle und organisatorische Ausgestaltung der KATAMED an den regulären Spitalstrukturen und -planungen der Kantone zu orientieren, die die verfassungsmässige Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung wahrnehmen. Zu klären wäre, auf welchem Weg die regulären und kantonalen Infrastruktur- und Planungsvorhaben mit dem KSD geteilt werden könnten, damit sich dieser nach der zivilen Versorgungsstruktur richten kann.</p> <p>Abb. 3: Bei den Katamed-Partnern fehlt in der Rubrik NBRC die KPABC als Organisation. In der KPABC sind die ABC-Koordinatoren der Kantone sowie Liechtenstein versammelt. Sie haben oftmals eine wichtige Funktion bei der Koordination und Sicherstellung der ABC-Vorsorge im Gesundheitswesen in ihren Kantonen.</p> <p>Abb. 4: In der Abbildung fehlen die KATAMED-Verantwortlichen. Nur ein starker KSD kann den Kantonen und übrigen Partnern einen echten Mehrwert liefern. Dazu ist dem unumgänglich, dass dem KSD die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen zukommen.</p>
33	5.5 Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung der Neuausrichtung	"Mittel können bereits in der normalen Lage Anwendung finden" steht im Widerspruch zur mehrmals erwähnten Ausrichtung auf die ausserordentliche Lage. Die Ausrichtung muss dringend alle Lagen umfassen bzw. lageunabhängig erfolgen. Entsprechend sollte es heissen "Mittel müssen bereits in der normalen Lage Anwendung finden". (Martin Gabi, Sanität Basel)
34	5.6 Angestrebter Endzustand der Neuausrichtung	<p>Katamed-Regionen in sämtlichen Bereichen zu schaffen ist der richtige Weg. Die sollten somit in den Fachdisziplinen ambulant, stationär, präklinisch, materiell und personell stattfinden.</p> <p>(Andreas Flück, Kantonale Krisenorganisation BS)</p> <p>Um diesen Endzustand zu erreichen, müssen die Regionen gewillt sein, die Aufgaben gemeinsam anzugehen.</p>

ID	Standortbestimmung und Neuausrichtung	Kommentar(e)
35	6 Das Gesundheitswesen in der ausserordentlichen Lage	Die Aussage, dass die Bandbreite der konkreten ABC-Ereignisse zu breit ist, um es als eigenständiges Szenario abzubilden wird nicht gestützt. Auch im ABC-Bereich besteht Nachholbedarf. Daher sollten ABC-Ereignisse den gleich hohen Stellenwert aufweisen wie die anderen vier Szenarien. Wir wünschen uns für ABC-Ereignisse ein Szenario analog der anderen Ereignisse, damit auch für diese die besonderen Anforderungen und prioritären Handlungsfelder ausgewiesen werden. Entsprechend sind für ABC-Ereignisse die Aussagen in "Analyse und Ergebnisse" nur rudimentär abgedeckt, insbesondere bei der Bildung und Infrastruktur. Gemäss Bericht kann das Gesundheitswesen MANV bis 24 PatientInnen unter Nutzung des IES selbstständig bewältigen. Als Szenarien werden Grossereignisse mit 1000 oder mehr Betroffenen aufgeführt. Häufiger sind Ereignisse mit bis zu 50 bis 200 PatientInnen. Die Bewältigung derartiger Ereignisse wird im Bericht vernachlässigt.
36	6.1 Besonderheiten im Gesundheitswesen in ausserordentlichen Lagen	Wichtig: Planung der Strukturen im KATAMED-Verbund muss an der Planung in den zivilen Strukturen ausgerichtet werden, bspw. Spitalplanung.
37	6.1.1 Direkte Wirkung	
38	6.1.2 Indirekte Wirkung	
39	6.1.3 Fehlende Ressourcen auf Grund der tiefen Eintretenswahrscheinlichkeit	
40	6.1.4 Änderung der Behandlungsqualität und -taktik	Pools für Personalzuwachs sind wichtig und gut Unklar ist, wer und in welchem Fall unter «politische Entscheidungsträger» im Zusammenhang mit Entscheiden hinsichtlich Anpassung der medizinischen Behandlungstaktik gemeint ist. Zudem erscheint in gewissen Szenarien aufgrund der Dringlichkeit in solchen Situationen unrealistisch, dass die Politik miteinbezogen wird. Die Praxis zeigt, dass die Politik nicht in allen Situationen/Lagen den Entscheid über den Wechsel in die Katastrophenmedizin übernehmen kann (Terror oder Flugzeugabsturz). Dieses Prinzip sollte überdacht werden. Wie kommt der gesellschaftliche Konsens zu den dargelegten Behandlungstaktiken zustande und wer entscheidet über einen Wechsel der Behandlungstaktik (vgl. auch Tab. 1, S. 35). Etwas breiter ausführen mit Hinweis auf den militärischen und zivil verwendeten Triagebegriff (ev. Glossar ergänzen; https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin/Intensivmedizin-Triage/FAQ-Triage-Richtlinien.html). Hier Tabelle nur für ausserordentliche Lage dargelegt. Die Behandlungstaktik (Versorgung resp. Triage gem. Tab. 1, S. 35) betrifft auch andere Ereignis-Szenarien und wird dort ebenfalls erwähnt (ev. dort Verweis).
41	6.1.5 Bedeutsamkeit der Vorbereitung	
42	6.2 Grundlagen im Gesundheitswesen für die Ereignisbewältigung	
43	6.2.1 Erstellung eines Notfall- und Katastrophenplans	
44	6.2.2 Auslösung des Notfall- und Katastrophenplans	vgl. Bemerkungen zu 6.1.4
45	7 Grossereignis am Beispiel Terroranschlag	
46	7.1 Abläufe in der Bewältigung	Klärung der Zuständigkeiten und Aufbau einer neuen Führungsstruktur für den Umgang mit Krisen (oder auch Grossveranstaltungen) von nationaler Tragweite mit Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Bildung von KATAMED-Regionen, in denen Prozesse überkantonal abgesprochen und erarbeitet werden und gegenseitige Hilfeleistung gewährleistet wird (das entspricht den Realitäten der Gesundheitsregionen, wie sie aktuell in der Vorbereitung für den ESC bestehen). Koordination von Ressourcen via nationale Plattform (NG-IES u.a.), so dass es auch Absprachen bei Vorhalteleistungen gibt (z.B. für Schutzmaterial, Medikamente); dadurch muss nicht mehr jeder Kanton allein wirtschaften. Geregelt wird nicht nur die Zuweisung von Patienten, sondern auch die Verlegung, der Patiententransporte (dies sind auch Fragen, welche aktuell für den ESC geklärt werden müssen). Das Raster mit den Handlungsfeldern erscheint logisch und hilfreich.
47	7.2 Handlungsfelder	Fokussierung auf vier realistische Szenarien (Erdbeben, Terror, ABC, Pandemie); das Konzept wird damit realitätsnah anhand von Szenarien durchdacht. ABC und Terror sind im Hinblick auf ESC und Euro hilfreich.
48	8 Ereignis-Szenarien	Mit den nationalen Richtlinien für den Umgang mit gängigen Szenarien (MANV, ABC-Vorfall) können künftig viele Fragen gelöst werden, welche zurzeit bei Vorbereitungen auf Grossveranstaltungen wiederholt auftauchen.
49	8.1 Szenario I «Konventioneller Anschlag»	
50	8.1.1 Ist-Zustand im Verbundsystem für das Szenario «Konventioneller Anschlag»	
51	8.1.2 Besondere Anforderungen im Szenario «Konventioneller Anschlag»	
52	8.2 Szenario II «Erdbeben»	
53	8.2.1 Ist-Zustand im Verbundsystem für das Szenario «Erdbeben»	
54	8.2.2 Besondere Anforderungen im Szenario «Erdbeben»	
55	8.3 Szenario III «Bewaffneter Konflikt»	
56	8.3.1 Ist-Zustand im Verbundsystem für das Szenario «Bewaffneter Konflikt»	
57	8.3.2 Besondere Anforderungen im Szenario «Bewaffneter Konflikt»	
58	8.4 Szenario IV «Virale Pandemie»	
59	8.4.1 Ist-Zustand im Verbundsystem für das Szenario «Virale Pandemie»	
60	8.4.2 Besondere Anforderungen im Szenario «Virale Pandemie»	
61	8.5 ABC-Ereignisse (atomar, biologisch, chemisch)	ABC-Ereignis fehlt in den regulären Szenarien und dadurch auch die entsprechende, notwendige Planung. Aktuell sind die Deko-Leistungen der Akut-Spitäler nicht in allen Fällen gewährleistet und wurden bisher auch nicht für alle Akutspitäler gefordert. Das im Text erwähnte Dekontaminations-Konzept benötigt daher eine Revision, bei der auch Zuständigkeiten und Anforderungen neu geregelt/überarbeitet werden. Dieses Projekt sollte rasch und mit hoher Priorität angegangen werden, da es auch alltägliche Ereignisse betreffen kann.
62	8.5.1 Szenarien	
63	9 Analyse und Ergebnisse	

ID	Standortbestimmung und Neuausrichtung	Kommentar(e)
64	9.1 Bildung	Das Bildungsangebot der KATAMED ist noch in Ausarbeitung. Es wäre sinnvoll dieses mit anderen Angeboten aus der Notfall-/Katastrophenmedizin abzugleichen und zusammenzuarbeiten. Das Schweizerische Zentrum für Notfall-, Rettungs- und Katastrophenmedizin (SZNRK) kann dabei weiterhin eine wichtige Rolle spielen. Sehr begrüsst wird, dass eine gesamtschweizerische Lösung angedacht wird. Die Steigerung der Resilienz der Bevölkerung durch Information und Bildung erachten wir generell als sehr wichtig. Das Handlungsfeld Bildung dient u.a. zur Stärkung der Resilienz der Bevölkerung bei «Schockmomenten»; eine Aus- resp. Weiterbildung zur Bewältigung der «Langzeitbelastung» für KATAMED (und KKO oder Verwaltung etc.) in Pandemien und bei Ereignissen mit langfristigen Auswirkungen fehlt.
65	9.1.1 Ist-Zustand	Der Kanton BS plant per 2029 einen Erdbebensimulator zum Zweck der Präventionsvermittlung (Verhalten und Vorsorge) zu bauen. In Sion besteht bereits ein ähnliches Angebot. Solche Angebote eignen sich ideal für Aus- und Weiterbildungen von Fachpersonen im Rettungs- und Gesundheitswesen und Synergien können entsprechend genutzt werden.
66	9.1.2 Soll-Zustand	
67	9.1.3 Massnahmen	
68	9.2 Führung und Training	Der Einbezug relevanter Akutspitäler in Übungen sollte hervorgehoben werden. Es sollen keine parallelen Strukturen zu den bereits vorgesehenen Gefässen gemäss Krisenverordnung des Bundes gebildet werden. Auch im Ereignisfall sollen grundsätzlich die definierten Zuständigkeiten der KATAMED-Partner bestehen. Die Verantwortung der Gesundheitsversorgung liegt bei den Kantonen. Allfällige Verschiebungen oder Übertragungen von Aufgaben können immer nur auf Initiative der Kantone an anderweitige Verbundpartner wechseln bzw. teilweise an diese delegiert werden. Bei der Erarbeitung von Planungs- und Vorbereitungs Konzepten sieht das GD eine zentrale Rolle beim KSD.
69	9.2.1 Ist-Zustand	
70	9.2.2 Soll-Zustand	
71	9.2.3 Massnahmen	
72	9.3 Ereignis und Notfallkonzepte	Das GD sieht ein grosses Potenzial für den KSD, mit Konzepten zu Massenansturm von Patientinnen und Patienten, ABC-Fragen, Dekontaminationen etc., die Katastrophenmedizin massgeblich unterstützen zu können. Dazu gehört auch die Implementierung des Informations- und Einsatzsystems (IES) bzw. IES New Generation.
73	9.3.1 Ist-Zustand	
74	9.3.2 Soll-Zustand	
75	9.3.3 Massnahmen	
76	9.4 Mittel zur Bewältigung – Personal	(Martin Gabi, Sanität Basel) Fachpersonal insbesondere Fachspezialistinnen und Fachspezialisten aus Rettungswesen, Notfall-, Intensiv- und Anästhesiepflege, welche den Beruf verlassen haben oder nur im Teilzeitbereich arbeiten, sollte mit finanziellen oder Ausbildungs-Anreizen verpflichtet werden, sich in den Katamed-Regionen zu verpflichten. Hier könnte zusätzlich hochqualifiziertes Personal gewonnen werden, welche die "normalen" Strukturen nicht schwächen. (Andreas Flück, Kantonale Krisenorganisation BS) Das zusätzliche Personal muss unbedingt ausserhalb des Gesundheitswesens aufgebaut werden. Die Armee und der Zivilschutz (wie auch der Zivildienst) sind dazu nur bedingt geeignet, da sich das Personal dafür meistens aus dem Tagesgeschäft des Gesundheitswesens rekrutiert.
77	9.4.1 Ist-Zustand	Die Erarbeitung von Konzepten für den Einsatz von Milizorganisationen und Freiwilligen erachten wir als unterstützenswerte Initiative.
78	9.4.2 Soll-Zustand	
79	9.4.3 Massnahmen	
80	9.5 Mittel zur Bewältigung – Logistik	Der Aufbau und die Organisation von dezentral an die Gesundheitsinstitutionen angegliederte, einheitliche Ressourcen für die Nutzung im Ereignisfall wird als erstrebenswertes Ziel beurteilt. Wie eine realistische Umsetzung inkl. Definition der Zuständigkeiten aufgezogen werden müsste, gilt es mit den involvierten Partnern näher zu definieren. Eine Abstimmung mit den Vorgaben des Pandemieplans ist dabei vorzunehmen.
81	9.5.1 Ist-Zustand	
82	9.5.2 Soll-Zustand	
83	9.5.3 Massnahmen	

ID	Standortbestimmung und Neuausrichtung	Kommentar(e)
84	9.6 Mittel zur Bewältigung – Transport	<p>(Martin Gabi, Sanität Basel)</p> <p>Hier sollten in den Katamed-Regionen zusätzliche Transportmittel lokal nach deren Standards vorgehalten und im täglichen Betrieb unterhalten werden. Damit würde ein hocheffizientes System geschaffen, welches bei einer ausserordentlichen Lage schnell mit Fachpersonal besetzt und in die verschiedenen Regionen entsandt werden könnte. Damit wäre die Wirtschaftlichkeit sichergestellt, das Material immer auf dem neuesten Stand und die Mittel auch effektiv einsetzbar. Die heute durch den Bund vorgehaltenen Rettungswagen entsprechen zum Teil nicht mehr den heutigen Bedürfnissen und die Ausrüstungen fehlen oder sind ungenügend. Dies zeigte der Einsatz in der COVID-19 Pandemie auf. Zudem sind diese Rettungswagen nur mit medizinischem Hilfspersonal und nicht mit Fachpersonal besetzt, was den Einsatz massiv einschränkt. Dieses System wird beispielsweise in Deutschland seit Jahren erfolgreich umgesetzt und schafft innerhalb kurzer Zeit die nötigen zusätzlichen Transportkapazitäten. Es wäre sicher auch zu überlegen, in den einzelnen Katamed-Regionen Grossraumrettungswagen vorzuhalten. Damit könnten innerhalb kürzester Zeit Triage-, Behandlungs- und Transportkapazitäten geschaffen werden. Zudem könnten personalschonend Mehrfachverlegungen zwischen den Spitälern sichergestellt werden.</p> <p>(Andreas Flück, Kantonale Krisenorganisation BS)</p> <p>Zusätzliche Transportmittel für die strategische Patientenverlegung müssen ausserhalb des Sanitätsbereichs aufgebaut werden. Es müssen zusätzliche Institutionen mit entsprechenden Fahrzeugen befähigt sein, diese Transporte durchzuführen. GD:</p>
85	9.6.1 Ist-Zustand	Im 1. Absatz sind die Sanitätsnotrufzentralen zu ergänzen: ...am Ereignis beteiligten, Sanitätsnotrufzentralen und Rettungsdienste koordiniert...
86	9.6.2 Soll-Zustand	
87	9.6.3 Massnahmen	
88	9.7 Mittel zur Bewältigung – Infrastruktur	<p>(Andreas Flück, Kantonale Krisenorganisation BS)</p> <p>Es muss gut überlegt sein, wie geschützte Behandlungsräumlichkeiten und Betten zur Verfügung gestellt werden und wie diese in den normalen Betriebsablauf integriert werden können. Eine reine Vorhalteleistung solcher Kapazitäten scheint unrealistisch. Dies zeigt der aktuelle Zustand der Infrastrukturen.</p>
89	9.7.1 Ist-Zustand	
90	9.7.2 Soll-Zustand	<p>(Stefan Blum, Militär und Zivilschutz)</p> <p>Grundsätzlich könnte eine durchschnittliche Verteilung von 0,2 Prozent über die Schweiz gesehen sinnvoll sein. Hochgerechnet auf 250'000 Einwohnerinnen und Einwohner müssten wir in Basel-Stadt eine Belegung von 500 Personen sicherstellen. Für unser Ballungsgebiet erscheint dies jedoch zu wenig, insbesondere unter der Annahme, dass Basel in Variante 2 als Trauma-Level-1-Spital fungiert und somit diese Kapazitäten für unseren dicht bebauten Kanton vermutlich unzureichend sind. Daher würden wir eine regionale (und nicht kantonale) Verteilung befürworten.</p>
91	9.7.3 Massnahmen	
92	10 Fazit	
93	10.1 Konsequenzen der Neuausrichtung KATAMED-Verbund	<p>Gemäss BABS sind die zur Verfügung stehenden Mittel des KSD auf Erfüllung der bestehenden Grundleistungen ausgelegt und belaufen sich auf 1.6 Mio im Jahr 2025. Im gesamten Bericht ist nicht ersichtlich, mit welchen finanziellen Mitteln der Bund die Neuausrichtung des KSD alimentieren kann. Es ist unumgänglich, dass nach dem Wechsel in das BABS dem KSD die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen zukommen. Die inhaltliche Neuausrichtung kann nicht losgelöst von den Finanzierungsquellen und -volumen diskutiert werden. Konkret gilt es für die zahlreichen Massnahmen aus dem Bericht einzeln den entsprechenden Finanzierungsbedarf, die Kostenträger und die Zahlungsmodalitäten zu definieren. Der im Bericht vorgeschlagene Ansatz zum Ausgleich unter den Kantonen für Leistungen zugunsten des Verbundsystems KATAMED wird seitens GD nicht per se ausgeschlossen, konkrete Finanzierungsmechanismen können jedoch erst nach einer Präzisierung des gesamten Aufgaben- und Finanzierungskonzepts näher ausgearbeitet werden.</p>
94	10.2 Weiteres Vorgehen für den Bericht Neuausrichtung KSD	
95	A Konzept «Medizinische Schutzanlagen»	<p>Die Variante 2 "Netzwerk Traumazentren" wird seitens GD klar bevorzugt und unterstützt. Die Anforderungen für die KATAMED-Hauptspitäler sind zu definieren und abzugrenzen vom IVHSM-Leistungsauftrag "Behandlung von Schwerverletzten". Der IVHSM-Leistungsauftrag wird nicht dauerhaft an ein Spital erteilt, sondern periodisch durch die HSM-Organen überprüft und neu zugeteilt. Eine Planungssicherheit kann auf dieser Basis im Hinblick auf Trauma Level 1-Spitäler nicht geboten werden. Es besteht Koordinationsbedarf mit den HSM-Organen resp. mit der GDK.</p> <p>Die so bezeichneten Spitäler sind zudem zu verknüpfen/abzugleichen mit dem Katalog der Kritischen Infrastrukturen. Die Kriterien resp. Anforderungen an Satellitenspitäler sind zu schärfen.</p> <p>Die Neuausrichtung soll zudem sicherstellen, dass die medizinischen Schutzanlagen in Krisenzeiten schnell und effektiv mobilisiert werden können. Mit dem neuen System wird angestrebt, dass das Gesundheitswesen bereits in der normalen Lage effizienter und koordinierter gestaltet werden kann, was ein grosser Mehrwert darstellt.</p>
96	A.1 Zusammenfassung	
97	A.2 Einleitung	

ID	Standortbestimmung und Neuausrichtung	Kommentar(e)
98	A.2.1 Ausgangslage	(Stefan Blum, Militär und Zivilschutz) Die Zusammenlegung der Begriffe Sanitätsdienstliche Schutzanlagen (Geschützte Spitäler und Geschützte Sanitätsstellen) zu Medizinische Schutzanlagen birgt Gefahren, da sich die Geschützten Spitäler und die Geschützten Sanitätsstellen sowohl baulich als auch im Unterhalt grundlegend unterscheiden. GD: Es ist unabhängig von der Variantenwahl darauf hinzuwirken, dass Einrichtungen zur Ereignisbewältigung die nötigen baulichen Anforderungen an die Erdbbensicherheit erfüllen. Akutspitäler müssen gemäss Norm SIA 261 die Anforderungen an die Bauwerksklasse III erfüllen und im Ereignisfall funktionstüchtig bleiben. Im Rahmen der Massnahmen gilt es zu prüfen, ob auch die weiteren medizinischen Schutzanlagen die erhöhten Anforderungen erfüllen, respektive erfüllen sollen.
99	A.2.2 Ziel des Konzepts «Medizinische Schutzbauten»	
100	A.2.3 Methodik	
101	A.2.4 Opportunitätskosten	
102	A.2.5 Involvierte Partner	
103	A.3 Ist-Zustand	
104	A.3.1 Ist-Zustand der Infrastruktur	
105	A.3.2 Rechtliche Grundlagen	(Stefan Blum, Militär und Zivilschutz) Zulassungsverfahren für prüfungspflichtige Komponenten: Bei den gesetzlichen Vorgaben sollte auch das Zulassungsverfahren für prüfungspflichtige Komponenten der Armee anerkannt werden. Dadurch könnten bei der Prüfung Synergien genutzt werden, was zu einer grösseren Auswahl und damit zu günstigeren Komponenten für die medizinischen Schutzanlagen führen würde.
106	A.3.3 Finanzierung	
107	A.3.4 Fazit	
108	A.4 Varianten	
109	A.4.1 Vorgehensbeschreibung	
110	A.4.2 Kriterien des Soll-Zustands	
111	A.4.3 Variante 1 – «Instandsetzung der aktiven und inaktiven Anlagen»	
112	A.4.4 Variante 2 – «Netzwerk Traumazentren»	(Stefan Blum, Militär und Zivilschutz) Punkt Kurzbeschreibung: Eine mobile Infrastruktur macht durchaus Sinn, bedeutet jedoch auch eine enorme Herausforderung bzgl. Lagerplatz und Bewirtschaftung. Um eine mobile Infrastruktur schweizweit einsetzen zu können, müssten klare und einheitliche Vorgaben geschaffen werden.
113	A.4.5 Kostenschätzung	
114	A.4.6 Variantenbewertung	
115	A.5 Vertiefung der vorgeschlagenen Variante 2	
116	A.5.1 Prämissen des Konzepts für Variante 2 – «Netzwerk Traumazentren» für die medizinischen Schutzanlagen	
117	A.5.2 Beschreibung des Soll-Zustands der Infrastruktur	
118	A.5.3 Konzept der KATAMED-Behandlungsverbunde zur geschützten Akutversorgung im Ereignisfall	(Stefan Blum, Militär und Zivilschutz) Für die KATAMED-Platten gilt grundsätzlich der gleiche Hinweis wie unter der ID 112 beschrieben. (Andreas Flück, Kantonale Krisenorganisation BS) Bei den Bereitschaftsgraden scheinen uns die Anteile von Infrastruktur und Betten, welche geschützt und sicher zur Verfügung stehen müssen, sehr hoch. Es ist nicht klar ersichtlich, was der Begriff "geschützt und sicher" bedeutet. GD: Gemäss Bericht ist zu prüfen, wie die pädiatrische Akutversorgung sichergestellt werden kann bzw. wie die KATAMED-Hauptspitäler ergänzt werden müssen, um die Akutversorgung von Kindern analog der Akutversorgung der Erwachsenen sicherzustellen. Wir erachten die Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung als wichtige Voraussetzung im Gesamtkonzept. Für eine einheitliche Bevorratung von Ressourcen wird von KATAMED-Paletten gesprochen. Im Bericht (S. 89) werden diese als gegebene Tatsache erwähnt. Es ist darauf hinzuweisen, dass dieses Instrument im Detail noch konzipiert werden muss und sowohl betreffend Planung als auch Umsetzung und Finanzierung noch diverse offene Fragen bestehen.
119	A.5.4 Geschützte medizinische Grund- und Normalversorgung im Ereignisfall	
120	A.5.5 Massnahmen	
121	A.5.6 Zusammenfassung	
122	A.6 Weiteres Vorgehen	
123	A.7 Anhang «Konzept Medizinische Schutzanlagen»	
124	B Liste der KATAMED-Partner	
125	C Zusammenstellung der KATAMED-Massnahmen mit Priorisierung	Die Massnahmen und ihre Priorisierung werden als noch nicht definitiv entschieden betrachtet. Die Priorisierung ist bei der Umsetzung der Massnahmen nochmals breit zu diskutieren bzw. in einen zeitlichen Ablauf zu bringen, da nicht alle diese Massnahmen zeitgleich und mit hoher Dringlichkeit umgesetzt werden können. Zudem sind für alle Massnahmen die entsprechenden Zuständigkeiten zu benennen. Wird dies gegebenenfalls im Rahmen des Nationalen Aktionsplans spezifiziert? Der Aktionsplan sollte gemeinsam mit den KSD-Partnern erstellt und vom Koordinationsausschuss zuhanden Politischer Plattform SVS+ verabschiedet werden. Im Weiteren ist nicht nachvollziehbar, wie die Priorisierung zustande kam. Es ist nicht nachvollziehbar, wie die Bewertung des Mehrwerts und der Umsetzungskomplexität zustande kamen. Der Quervergleich zwischen allen Massnahmen und den priorisierten Massnahmen ist kaum möglich (eine einheitliche Nummerierung wäre hilfreich).
126	D Übersicht aller Massnahmen	

Bitte senden Sie Ihre Stellungnahme zum Bericht bis zum **28. März 2025** an die Leiterin der Geschäftsstelle KSD, Frau Patricia Fuhrer (nazksd-info@babs.admin.ch).