

5 Krisen-Governance in Schweden

5.1 Politisch-Administratives System

Das schwedische Verwaltungsmodell ist durch die spezifische Kombination von unitarischer Staatsform und hochgradig dezentraler Verwaltungsstruktur gekennzeichnet (Wollmann, 2004; Kuhlmann & Wollmann, 2019). Innerhalb dieser Strukturprinzipien genießen die Kommunen einen außergewöhnlich hohen Grad an Autonomie, inklusive Steuerautonomie (etwa basierend auf einer kommunalen Einkommenssteuer), und an funktionaler Stärke, insbesondere was die Erbringung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen anbelangt, sodass auch vom lokalen Wohlfahrtsstaat gesprochen wird. Im Hinblick auf die Corona-Governance sind insbesondere die umfassenden Zuständigkeiten für öffentliche Gesundheit auf der oberen kommunalen Ebene (bei den 21 Regionen) sowie die Zuständigkeiten für Pflegeheime, Kitas, Schulen und andere wohlfahrtstaatliche Einrichtungen auf der unteren kommunalen Ebene (bei den 290 Gemeinden) zu nennen (Moreno & Madell, 2012). Dabei sind die Regionen nicht nur für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen zuständig, sondern auch für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung (Popescu, 2013). Die Gemeinden haben hingegen die Verantwortung für die Bereitstellung von Pflege- und Sozialdiensten, einschließlich der Pflege älterer Menschen und Menschen mit Behinderungen (Moreno & Madell, 2012).

Nordisches Verwaltungsmodell

Darüber hinaus ist der hohe Dekonzentrationsgrad der Staatsverwaltung charakteristisch für das schwedische Verwaltungssystem. Etwa 81 Prozent des Staatspersonals arbeiten in Agenturen/Oberbehörden (*ämbetsverk, myndigheter*), nachgeordneten Behörden in den 21 Regionen (*länsstyrelse*) und auf der lokalen Ebene in den 290 Kommunen. Im Gegensatz dazu sind nur ca. 19 Prozent der Staatsbediensteten in den Ministerien tätig (Kuhlmann & Wollmann, 2019: 129). Im Hinblick auf das schwedische Agenturmodell, das keine Erfindung des New Public Management ist, sondern eine historisch gewachsene, lange Tradition besitzt, ist hervorzuheben, dass die Agenturen/Oberbehörden einen bemerkenswert hohen Grad an Autonomie besitzen. Sie unterliegen beispielsweise keinem Weisungsrecht der Ministerien und haben in Fragen der inhaltlichen Politikgestaltung aufgrund ihrer Expertise, professionellen Reputation und der (darauf basierenden) Akzeptanz in der Bevölkerung eine außergewöhnliche starke und autonome Position, auch gegenüber den jeweiligen Ministern. Im schwedischen Agenturmodell ist insoweit die institutionelle Trennung von relativ unabhängig agierenden Experten einerseits und politischen Entscheidern andererseits vergleichsweise scharf umgesetzt, was wechselseitige Interventionen oder Rollendiffusionen

Autonomie der Agenturen

zumindes erschwert. In der Corona-Governance erwies sich diese besondere Stellung der Agenturen (speziell der öffentlichen Gesundheitsbehörde – *Folkhälsomyndigheten* – mit ihrem Chefepidemiologe Anders Tegnell) als entscheidend und prägend, da sie den Politikkurs wesentlich bestimmten, während die Regierung den Experten überwiegend folgte. Man kann daher im Vergleich zu anderen Ländern von einem weniger politikgetriebenen Krisenmanagement in Schweden sprechen (vgl. Kuhlmann et al., 2021b). Diese Besonderheit erklärt sich auch daraus, dass die schwedische Verwaltung traditionell durch eine hohe Professionalisierung und eine geringe Politisierung sowie ein ausgeprägtes Vertrauen der Bevölkerung in öffentliche Institutionen gekennzeichnet ist. Dies betrifft vor allem in die professionellen Apparate der Verwaltung, wie Agenturen und Oberbehörden, sowie die kommunale Selbstverwaltung (vgl. Kuhlmann & Wollmann, 2019).

5.2 Rechtsgrundlagen und Akteure des Pandemieregimes

Rechtsgrundlagen

Der schwedische
Sonderweg

Das schwedische Pandemieregime unterscheidet sich in seiner Herangehensweise an die Bewältigung der COVID-19-Pandemie von vielen anderen Ländern dadurch, dass es anstelle von Restriktionen, Sanktionen und rechtlich bindenden Handlungsanweisungen des Staates zur Pandemieeindämmung auf eine Kombination aus staatlichen Handlungsempfehlungen der Gesundheitsbehörden und Eigenverantwortung der Bürger setzte. So weist Schweden im Vergleich zu den anderen untersuchten Ländern im Verlauf der Pandemie meist die geringsten Werte des *COVID-19-Stringency Index* auf (siehe Abbildung 2). Die verfassungsrechtliche Ausgangslage zeigt, dass Schweden zu Beginn der Pandemie nur wenige Möglichkeiten hatte, von der Verfassung geschützten Rechte einzuschränken (vgl. Mattsson et al., 2021). Zwar wurden der Regierung Mitte/Ende März mit einer Verordnung und im April 2020 mit einer parlamentarischen Anpassung des Gesetzes über Infektionskrankheiten (*Smittskyddslag*) mehr Rechte eingeräumt (Schließen von kulturellen und sportlichen Einrichtungen, Limitierung von öffentlichen Versammlungen, Schließen von Geschäften), dennoch waren größere Freiheitsbeschränkungen, wie Lockdowns und Ausgangssperren, die in Deutschland, Frankreich und im Vereinigten Königreich zur Anwendung kamen, weiterhin rechtlich nicht möglich (Mattsson et al., 2021: 8-10). Zudem wurden diese exekutiven Optionen durch die schwedische Regierung im Frühjahr 2020 nur in seltenen Fällen genutzt, sodass sie zum 1. Juli 2020 wieder ausliefen. Somit blieben die Kompetenzen der Exekutive, fundamentale Freiheitsrechte einzuschränken, rechtlich weiterhin beschränkt. Erst durch das COVID-19 Gesetz, welches im

Januar 2021 vom Parlament verabschiedet wurde, war es der Exekutive rechtlich möglich, temporär Freiheitsrechte einzuschränken. Allerdings wurden unter Anleitung der öffentlichen Gesundheitsbehörde (siehe oben) nur „weiche“ Maßnahmen anvisiert und umgesetzt, sodass sich das Eindämmungsmanagement weiterhin im Wesentlichen auf nicht-bindende Empfehlungen und Handlungsleitlinien, welche die Regierung an die Öffentlichkeit und die Lokalverwaltung kommunizierte, beschränkte (ebd.: 59). Nur wenige der von der öffentlichen Gesundheitsbehörde veröffentlichten Empfehlungen (etwa zum öffentlichen Nahverkehr, zu Online-Unterricht, Abstandsregeln etc.) wurden im Zeitraum bis November 2020 durch das Parlament verabschiedet.

Der rechtliche Rahmen für das lokale Krisenmanagement in Schweden ist im Gesetz über Maßnahmen von Gemeinden und Regionen bei außergewöhnlichen Ereignissen in Friedenszeiten (2006) festgelegt. Dieses Gesetz verankert die Autonomie der Gemeinden bei der Umsetzung des lokalen Krisenmanagements (Sparf et al., 2022: 333). Die regulatorischen Leitlinien des Pandemiemanagements in Schweden ergeben sich grundlegend aus den Kernprinzipien der Krisenpreparedness, welche der dem Justizministerium unterstehende Ausschuss für Sicherheit und Schutz der Privatsphäre (*Säkerhets- och integritetsskyddsmyndigen*) 2001 eingeführt hat. Demnach folgt das Krisenmanagement drei Prinzipien, die im Krisenfall von staatlichen Institutionen beachtet werden sollen. Das „Verantwortlichkeitsprinzip“ betont die Kontinuität der täglichen Funktionen während Krisen. Das „Paritätsprinzip“ fördert Stabilität und Effizienz, indem es sicherstellt, dass Organisationen vertraute Strukturen und Abläufe beibehalten (Becker & Bynader, 2017: 7f.). Während der Pandemie wurde beispielsweise auf bewährte staatliche Strukturen und vorhandene Regulierungen gesetzt, um die Stabilität und Kontinuität des administrativen Systems zu gewährleisten. Diese Handlungsmaxime weicht markant vom deutschen Fall ab, wo sowohl Regularien als auch Institutionen und Steuerungsmethoden während der Pandemie vielfach „neu erfunden“ wurden, anstatt vorhandene und teils bereits erprobte Kriseninstitutionen/-mechanismen zu nutzen. Schließlich betont das „Näheprinzip“ die Bedeutung der lokalen Verankerung des Krisenmanagements, um schnelle und effektive Reaktionen sicherzustellen (Petridou, 2022: 215), was die Wichtigkeit der Kommunen und Regionen im schwedischen Krisenmanagement untermauert und in dieser Hinsicht eklatant vor allem von Frankreich und dem Vereinigten Königreich abweicht.

Im Unterschied etwa zu Deutschland ermöglichte auch das schwedische Gesetz über Infektionskrankheiten von 2004 (*Smittskyddslag*, 2004: 168) keine umfassenden Einschränkungen, wie Quarantäneanordnungen und Ausgangssperren. Neben den Anzeigepflichten von medizinischem Personal bei einer Infektion beschreibt das Gesetz vor allem die empfohlenen individu-

Lokales Krisenmanagement

Kaum rechtlicher Handlungsspielraum zu Pandemiebeginn

ellen Verhaltensweisen bei Infektionsausbrüchen, etwa Quarantänemaßnahmen, sieht aber bei Nicht-Einhaltung keine Sanktionen vor. Erst die temporäre parlamentarische Anpassung des Gesetzes im April 2020 und das COVID-19 Gesetz im Januar 2021, welche beide für eine von vornherein vorgesehene kurze Gültigkeitsdauer vom Parlament verabschiedet wurden, ermöglichten allgemeine exekutiv zu veranlassende Restriktionen, wie das Verbot von öffentlichen und privaten Zusammenkünften oder das Schließen von Parks, Sport- und Kultureinrichtungen (Mattsson et al., 2021: 63). Von diesen neuen rechtlichen Optionen ist allerdings in Schweden bislang praktisch nie Gebrauch gemacht worden. Das COVID-19 Gesetz von Anfang 2021 (also kurz vor Ende der Pandemie) räumte vor allem der öffentlichen Gesundheitsbehörde und der Regierung bis September 2021 mehr Kompetenzen ein, hatte aber kaum mehr eine praktische Bedeutung.

Akteure

Nationale Gesundheitsbehörde

Im großen Unterschied zu anderen europäischen Ländern war das Besondere am schwedischen Ansatz „[...] die Vorstellung, dass der Kampf gegen die Pandemie von den Behörden und nicht von der Regierung geführt werden sollte. Sie hatten die öffentliche Gesundheitsbehörde und deren Direktor, Tegnell, der jeden Tag im Fernsehen war und sprach und den Leuten Empfehlungen gab, Abstand zu halten“ (Interview 4). Die nationale Gesundheitsbehörde spielte somit eine wichtige koordinierende, professionelle und kommunikative Rolle und war zudem für wesentliche Beschaffungsfragen, etwa den Zugang zu medizinischen Produkten, verantwortlich. Die Dominanz der Gesundheitsbehörde in der Frage, welche Maßnahmen zur Pandemiebewältigung sinnvoll und wirksam seien, wurde allerdings auch von einigen als technokratischer Ansatz kritisiert. So ist ein hervorstechendes Merkmal des schwedischen Ansatzes – historisch-institutionell befördert durch das Agenturmodell und das Vertrauen in professionelle Apparate – darin zusehen, dass die Experten der staatlichen Gesundheitsverwaltung quasi den Kurs bestimmten. Dagegen stand die „Politik“, obgleich ihr durchaus gewisse indirekte Instrumente der Behördensteuerung zur Verfügung standen, tendenziell im Hintergrund, sodass von einigen auch eine stärkere politische Intervention gefordert wurde:

„Das hat dazu geführt, dass Politiker vielleicht zu vorsichtig sind, um auch nur anzudeuten, welche Richtung Behörden einschlagen sollten. Die Politik hat eigentlich ziemlich viel Macht. Natürlich könnten sie die Geschäftsführung ernennen. Sie könnten über das Budget entscheiden, Anweisungen geben und so weiter und so fort. Sie haben vielleicht mehr Möglichkeiten als früher. Es hat ziemlich lange gedauert, bis die Regierung irgendwelche Schritte unternahm, um die Behörde zu konsultieren.“ (Interview 4)

Das „Schwedische Experiment“ (vgl. Esaiasson et al., 2021) erregte in den ersten Monaten der Pandemie erhebliche Aufmerksamkeit aufgrund seiner überwiegend freiwilligen Richtlinien und minimalen Beschränkungsmaßnahmen (Winblad et al., 2022: 57), insbesondere weil es sich damit von den anderen nordischen Ländern im Umgang mit COVID-19 grundlegend unterschied. Zudem führte das Vertrauen der Regierung und (überwiegend) der Bevölkerung in einzelne Experten der staatlichen Gesundheitsverwaltung dazu, dass viele es als das „reinste Beispiel einer wissenschaftlich geführten Reaktion“ ansahen (Boin et al., 2021: 35). Anstatt die Eindämmung der Pandemie zentralisiert und restriktiv zu organisieren, verfolgte Schweden einen bemerkenswert dezentralen und vorwiegend auf Expertenurteile gestützten (technokratischen) Ansatz. Zwar gab die öffentliche Gesundheitsbehörde mit ihren Empfehlungen die strategische Ausrichtung des schwedischen Pandemiemanagements vor, was unter regulatorischen Gesichtspunkten einen Aspekt zentralisierter Steuerung darstellt. Allerdings wurden die Empfehlungen der Behörde von den Regionen und Kommunen, die auch im Krisenmanagement erhebliche Handlungsspielräume besitzen, weitgehend autonom umgesetzt und weder Bürgern noch Lokalverwaltungen rechtlich bindende Handlungsanweisungen mit Sanktionswirkung auferlegt. Insgesamt kann daher von einem dezentralen und diskretionären Ansatz gesprochen werden.

Das „Schwedische Experiment“

Neben der bereits erwähnten Gesundheitsbehörde kam außerdem der nationalen Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt (*Socialstyrelsen*) im Rahmen des Pandemiemanagements Bedeutung zu, da ihre Hauptfunktion darin besteht, in Gesundheitskrisen die Robustheit des Gesundheits- und Sozialsystems zu gewährleisten. Dieser Behörde oblag es, vor allem zu Beginn der Pandemie, die Kommunen und Regionen bei der Bewältigung des rasanten Anstiegs der Patientenzahlen zu unterstützen (Organisation von medizinischer Schutzausrüstung, Verteilung von COVID-19 Patienten) (Askim & Bergström, 2022: 12). Ferner verdient die Behörde für zivile Notfälle (*Myn-digheten för samhällsskydd och beredskap*, kurz MSB) Erwähnung, die alle nationalen und lokalen Behörden bei der Vorbereitung des Katastrophenschutzes, der öffentlichen Sicherheit, des Notfallmanagements und des Zivilschutzes unterstützt und auch während der Pandemie bei der Planung und Umsetzung des Pandemiemanagements aktiv war (Petridou et al., 2023: 260).

Weitere wichtige nationale Behörden

Institutionell betrachtet sind die nationalen Behörden im Bereich des schwedischen Krisenmanagements lediglich mit koordinierenden und strategischen Aufgaben betraut, die nicht über die Maßnahmenplanung und die Kommunikation von Handlungsempfehlungen hinausgehen. Dagegen sind die regionalen und lokalen Behörden im Rahmen ihrer Selbstverwaltungsaufonomie für die praktische Umsetzung des Krisenmanagements verantwortlich (vgl. Askim & Bergström, 2022: 298/299; Olofsson et al., 2022; Petridou,

Verband der lokalen Behörden und Regionen

2022: 215/216; siehe unten). Als weiterer wichtiger Akteur an der Schnittstelle zwischen lokaler, regionaler und nationaler Ebene ist zudem der schwedische Verband der lokalen Behörden und Regionen (*Sveriges Kommuner och Regioner*, kurz SKR) zu verorten. Dieser übernahm eine wichtige Rolle bei der intergouvernementalen Koordination und unterstützte die Regierung zum Beispiel bei der Impfstoffverteilung (vgl. Askim & Bergström, 2022). Anstatt sich mit allen 290 Kommunen und 21 Regionen einzeln zu koordinieren, übernahm der kommunale Spitzenverband im Pandemiemanagement eine Vermittlungsfunktion zwischen staatlicher und kommunaler Ebene. Da der Verband privatrechtlich organisiert ist, muss er allerdings nicht den für öffentliche Behörden geltenden Verfahrensstandards, etwa traditionell besonders wichtigen Transparenz- und Informationsfreiheitsregeln, gerecht werden, was als durchaus problematisch für das Pandemiemanagement angesehen wurde:

„Die Regeln, die beispielsweise für die Informationsfreiheit in der lokalen und regionalen Verwaltung gelten, gelten nicht bei SKR. Sie könnten alles geheim halten. Es gibt keine Transparenz und man kann ihre Handlungen nicht überstimmen. Als Bürger kann man nicht Beschwerde einlegen. [...] Das ist in gewisser Weise sehr praktisch. Aber aus demokratischer Sicht ist es vielleicht nicht ideal.“ (Interview 4)

5.3 Rolle der lokalen Gebietskörperschaften im Pandemiemanagement

Kommunen als Schlüsselakteure im operativen Pandemiemanagement

Es steht außer Frage, dass die kommunale Ebene einen wichtigen Beitrag zum Pandemiemanagement in Schweden geleistet hat. Dies ist wiederum darauf zurückzuführen, dass die Kommunen in Schweden traditionell eine bedeutende Rolle im Krisenmanagement und im Gesundheitswesen spielen (siehe oben). Zwar wurden die Richtlinien und Empfehlungen von der staatlichen Gesundheitsbehörde zentral festgesetzt. Allerdings waren die kommunalen und regionalen Behörden für die konkrete Umsetzung und individuelle Anpassung an ihre jeweiligen lokalen Gegebenheiten zuständig (Andersson & Aylott, 2023: 83f.). Deshalb kann grundsätzlich von einem dezentralen Ansatz des Pandemiemanagements die Rede sein, der im Verhältnis der Ebenen anfangs schwächer und später stärker koordiniert ausgestaltet war (siehe weiter unten).

Die oben geschilderten Kernprinzipien der Krisenpreparedness und das Gesetz über Infektionskrankheiten (2004) weisen den Kommunen (Regionen, Gemeinden) im Management von Krisensituationen eine Schlüsselrolle zu (vgl. Sparf et al., 2022). Sie sind verantwortlich für den gesamten Prozess des Krisenmanagements, von der Risikoprävention bis zur Nachkrisennor-

Lokaler Beitrag zum
Pandemie-
management

Kommunale
Krisenmanage-
mentausschüsse

malisierung (vgl. Becker & Bynader, 2017). Zudem spielen kommunale Krisenmanagementausschüsse (*Krisledningsnämnd*) zumindest theoretisch eine wichtige Rolle beim Management von außergewöhnlichen Ereignissen und sie wurden vor allem zu Beginn der Pandemie von einigen Kommunen auch tatsächlich aktiviert. Bei diesen kommunalen Ausschüssen handelt es sich um politische Entscheidungsgremien, die in Krisensituationen – der Theorie nach – mit umfangreichem Ermessensspielraum ausgestattet sein und alleinige Entscheidungsbefugnisse für Bereiche erhalten sollen, welche sonst von mehreren lokalen Behörden koordiniert werden (Sparf et al., 2022: 339). Die Ausschüsse ermöglichen eine zentralisierte und schnelle Entscheidungsfindung innerhalb der Kommune. Allerdings wurde im Rahmen der Pandemie nur selten auf diese Gremien des kommunalen Krisenmanagements zurückgegriffen. Eine Untersuchung legt nahe, dass lediglich 25 Prozent der untersuchten schwedischen Kommunen solche Ausschüsse aktiviert hatten. Zusätzlich sind lokale Krisenpläne kaum genutzt worden, da sie oft als wenig nützlich beschrieben wurden (ebd: 335f.). Ferner richteten nur sehr wenige Gemeinden spezifische lokale Mechanismen für das Pandemiemanagement ein, sondern sie verließen sich größtenteils auf die normalen Strukturen der kommunalen Selbstverwaltung, was wiederum dem oben genannten Handlungsprinzip von Stabilität und Kontinuität entspricht. Ähnlich wie auf nationaler Ebene wurde generell stärker auf das Fachwissen der Verwaltung und weniger auf die Intervention von Politikern Wert gelegt.

Rolle der Regionen

Den Regionen als oberer kommunaler Ebene (ehemals *Kreise/landsting kommuner*) fällt in Schweden, wie erwähnt, die Zuständigkeit für Gesundheit zu. Dies beinhaltete während der Pandemie vor allem die Organisation der Testung von medizinischem Personal und symptomatischen Patienten, sowie die Sicherstellung ausreichender Krankenhauskapazitäten und medizinischer Schutzausrüstung. Zudem ernennen die regionalen Behörden in Schweden Ärzte für übertragbare Krankheiten, die für die Planung, Organisation und Leitung regionaler Antworten auf eine Pandemie verantwortlich sind, basierend auf dem Mandat, das das Gesetz über Infektionskrankheiten (2004) vorsieht (Askim & Bergström, 2022: 10).

Aufgaben der Regionen im Pandemiemanagement

Da die Anschaffung der medizinischen Schutzausrüstung dem „Just-in-Time“ Prinzip unterlag, bei dem auf eine größere Lagerhaltung verzichtet wurde, waren die Regionen auf Kooperation und informelle Lösungen angewiesen (vgl. Pierre, 2020). Eine Mitarbeiterin einer schwedischen Region, die die Beschaffung der Schutzausrüstung für den öffentlichen Gesundheitsbereich verantwortete, beschrieb den Vorgang wie folgt:

„Just-in-Time“
Prinzip

„Und dann hatten wir einen Mann, der in der Finanzabteilung arbeitete, aber viel mit Einkauf zu tun hatte. Er hat tatsächlich viele Geschäfte zusammen mit der regionalen Einkaufsabteilung abgeschlossen und uns geholfen. [...] Er war eine Person mit einem großen Netzwerk von Ärzten. [...] Denn das war unser Problem, nachdem wir dem regionalen Büro sagten, dass wir diese Menge an Material brauchen, glaubten sie das nicht und handelten nicht. Ja, und wir hatten keine Zeit zu verlieren. Also haben wir angefangen, eigenständig zu handeln.“ (Interview 10)

Interregionale
Kooperationen

Teilweise gab es auch interregionale Kooperationen, bei denen sich mehrere Regionen bei der Beschaffung von Schutzausrüstung zusammenschlossen oder bei Aufnahme und Behandlung von COVID-19-Patienten koordinierten: „Aber wenn es um Patienten geht, vor allem für diejenigen, die Intensivpflege benötigten, dann gab es natürlich Austausch [...]. Wenn eine nahegelegene Region sagt, wir brauchen Hilfe, gab es Treffen, bei denen diskutiert wurde, wer genau dort helfen kann.“ (Interview 10) Eine Untersuchung weist darauf hin, dass der Austausch von Patienten und die informelle Kooperation zwischen den Regionen zur Beschaffung von Schutzausrüstung gelang, weil diese bereits zuvor vertrauensvoll zusammengearbeitet hatten und etablierte Kontakte zu Mitarbeitern und Politikern der jeweils anderen Region bestanden (Sparf et al., 2022: 38).

Rolle der Städte und Gemeinden

Kommunen im
Pandemie-
management

Im Hinblick auf die untere kommunale Ebene, die Städte und Gemeinden, ist im Rahmen des Pandemiemanagements vor allem die Zuständigkeit für Alten- und Pflegeheime, Schulen und Kindereinrichtungen sowie Sport- und kulturelle Einrichtungen relevant. Denn den Städten und Gemeinden oblag es, nach eigenem Ermessen und Rücksprache mit Gesundheitsexperten und der öffentlichen Gesundheitsbehörde diese temporär zu schließen. Auf der Grundlage des Gesetzes über Infektionskrankheiten (2004) und der oben erwähnten Verordnungen vom März 2020 konnten die Kommunen beispielsweise Schwimmbäder oder andere kommunale Einrichtungen schließen (nicht jedoch die Schulen und Kitas), wobei teilweise durch interkommunale Zusammenarbeit sichergestellt wurde, dass sich die entsprechenden Regulierungen in einer bestimmten Region nicht zu stark unterschieden. So koordinierten benachbarte Gemeinden z. B. die Öffnung ihrer Schwimmbäder (Sparf et al., 2022: 38). Durch das am 19. März 2020 von der Regierung verabschiedete temporäre Gesetz über die vorübergehende Schließung von Schulaktivitäten im Falle von außergewöhnlichen Ereignissen (2020) lag es meist im Ermessen der Schulleiter, die Schulen zu schließen (was praktisch nicht vorkam) bzw. den Unterricht auf Online-Formate zu verlagern. In Absprache mit Experten und der öffentlichen Gesundheitsbehörde wurden

Schulen individuell nach der aktuellen Lage bewertet und im Bedarfsfall auf Online-Unterricht umgestellt (in den meisten oberen Schulen war das Frühlingsemester ohnehin auf Online-Unterricht umgestellt). Allerdings war zum 15. Juni 2020 und während des Herbstsemesters der reguläre Präsenzunterricht in den Schulen in Schweden wieder der Regelfall (Mattsson et al., 2021: 72/73).

Bemerkenswert ist, dass einige Kommunen auch jenseits des rechtlich Zulässigen Restriktionen im Alleingang einführten. Vor allem zu Beginn der Pandemie, als es noch keine rechtliche Basis für strikte Eindämmungsmaßnahmen gab, führten einige Gemeinden angesichts der hohen COVID-19 Sterblichkeit in den Altenheimen Besuchsverbote ein, welche allerdings rechtswidrig waren und auch die Entscheidungskompetenzen der Kommunen überschritten. Die Überschreitung der lokalen Kompetenzen wurde teils damit begründet, dass die öffentliche Gesundheitsbehörde mit ihren Empfehlungen zu langsam reagiere (Askim & Bergström, 2022: 303). Erst mit der Einführung der Verordnungen im März 2020, der temporären Anpassung des Gesetzes über Infektionskrankheiten Ende März 2020 und des COVID-19 Gesetzes im Januar 2021 durch die Regierung wurde der rechtliche Rahmen für Restriktionen geschaffen und damit auf die lokalen Alleingänge reagiert. Besuchsverbote von Altenheimen waren rechtlich ab dem 1. April 2020 möglich, wurden aber immer wieder durch Kommunen angefochten, da die Restriktionen von einigen als zu stark und von anderen als nicht weit genug gehend empfunden wurden (Mattsson et al., 2021: 83 f.).

Alleingang einzelner Kommunen zu Pandemiebeginn

Zentral-lokale Koordination(sprobleme)

Während zu Beginn der Pandemie eine weitgehende Entkoppelung der Ebenen bestand, da es innerhalb des diskretionären schwedischen Modells kaum pandemiebezogene Vollzugsnotwendigkeiten gab, zeigten sich im weiteren Verlauf zunehmend Koordinationszwänge, die die Funktionalität der intergouvernementalen Beziehungen auf die Probe stellten.

Zum einen waren die Kommunen in gewisser Weise von der nationalen Gesundheitsbehörde abhängig, da sie deren Empfehlungen, etwa zu Abstandsregeln, zu Einschränkungen im Gastronomiebetrieb und bei Veranstaltungen, zum Online-Unterricht an Schulen, zu Testungen und Kontaktnachverfolgung im Krankheitsfall etc., vor Ort umzusetzen hatten (unbeschadet der weitgehend nicht vorhandenen rechtlichen Bindungswirkung).

Abhängigkeit der Kommunen

„Ich denke, wir waren von einer Art Anleitung der öffentlichen Gesundheitsbehörde abhängig. Wir verließen uns auf ihre Empfehlungen, was zu tun ist, zum Beispiel, wie man sich trifft und welchen Abstand man einhalten sollte. Diese Art von Anleitung war sehr hilfreich, weil wir dann nicht selbst entscheiden

mussten. Also haben sie uns geleitet. Aber das kam später. [...] Davor lag es an uns, es zu lösen.“ (Interview 10)

Probleme der vertikalen Koordination

Zum anderen ergaben sich Probleme vertikaler Kooperation und Koordination daraus, dass neben der staatlichen Gesundheitsbehörde und den zwei kommunalen Ebenen weitere nationale sowie subnationale Behörden am Pandemiemanagement beteiligt waren. Vielfach war den kommunalen Akteuren nicht klar, wer konkret welche Kompetenzen und Entscheidungsrechte im Krisenmanagement hatte, was rasches und effektives Handeln erschwerte:

„Und eines der Probleme der Beziehungen zwischen zentral, regional und lokal ist, dass es auf zentraler Ebene eine Reihe verschiedener Behörden gibt. Es gibt eben nicht nur die Gesundheitsbehörde. [...] Auf regionaler Ebene gibt es Kreisverwaltungen, die ebenfalls eine Rolle dabei spielen, eine Meinung zu haben und tatsächlich auch schwierige Situationen zu bewältigen. [...] Man könnte also sagen, dass eine der komplizierten Dinge tatsächlich war, herauszufinden wer was tun sollte.“ (Interview 4)

Intergouvernementale Koordination

In Fragen der intergouvernementalen und territorialen Koordination kam vor allem den 21 staatlichen Kreisverwaltungen (*länsstyrelse*) als verlängerter Arm der Zentralregierung auf regionaler Ebene eine wichtige Rolle insbesondere dahingehend zu, dass sie die Umsetzung nationaler Richtlinien und Gesetze überwachten, die Kooperation zwischen staatlichen Behörden, Kommunen und regionalen Akteuren förderten und als territoriales Bindeglied im Pandemiemanagement fungierten (Becker & Bynander, 2017: 17).

Kreiskoordinierungsstellen

Diese Rolle wurde durch die Reaktivierung der staatlichen Kreiskoordinierungsstelle (*länsstyrelsernas samordningskansli*) institutionell gestärkt, die bereits im Februar 2020 mit pandemiebezogenen Aufgaben betraut wurde. Die Kreiskoordinierungsstelle war als Reaktion auf frühere Krisen und Katastrophen, bspw. auf die Waldbrände von 2018, in einem Bottom-up-Prozess errichtet worden und kam nach der Pandemie auch bei Krisenbewältigung im Zusammenhang mit dem Ukraine-Krieg 2022 wieder zum Einsatz (Frykmer & Becker, 2024: 5f.). Im Kontext der Pandemie bestand die Aufgabe der Koordinierungsstelle darin, die relevanten Akteure auf der nationalen Ebene mit zusammengefassten Informationen aus den 21 Regionen zu versorgen und dieser ein übergreifendes Lagebild der Krisensituation auf der subnationalen Ebene bereitzustellen (Frykmer & Becker, 2024: 4). Neben dieser Weiterleitungsfunktion war die Kreiskoordinierungsstelle auch ein wichtiger Anlaufpunkt für die Kommunen, insbesondere die Regionen, aber auch für die relevanten nationalen Behörden, speziell die öffentliche Gesundheitsbehörde und die Behörde für zivile Notfälle, um Unterstützung und Beratung in Bezug auf „gute Praktiken“ des Krisenmanagements und der Krisenkommunikation sowie Hilfestellungen bei der Maßnahmenumsetzung zu erhalten.

Außerdem diente die Organisationseinheit der Vernetzung und dem internen Austausch der Regionen (Frykmer & Becker, 2024: 4) und übernahm somit auch horizontale Koordinationsaufgaben. Kritisch anzumerken ist allerdings, dass die Kreiskoordinierungsstelle gewisse funktionale Doppelungen mit der nationalen Behörde für zivile Notfälle aufweist, welche ähnliche intergouvernementale Koordinierungsaufgaben während der Pandemie übernommen hatte. Ferner blieb die Rolle der Kreiskoordinierungsstelle im Verhältnis zu den 21 Regionen unklar (ebd.). Insofern weist die vertikale Koordination im Pandemiemanagement auch einige Transparenzprobleme und funktionale Unklarheiten auf.

Eine zentral-lokale Koordination wurde auch bei den kommunalen Altenheimen implementiert, die sich nicht nur in Schweden im Pandemiemanagement als besonders problematischer Bereich erwiesen hatten. Als Reaktion auf die offensichtliche kommunale Überforderung und die Managementprobleme wurde bereits ab Mai 2020 ein zusätzliches Programm etabliert, welches die finanzielle Situation der Altenheime und die dortigen Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals verbessern sollte. Hierzu initiierte die schwedische Regierung in Kooperation mit dem Schwedischen Verband der lokalen Behörden und Regionen (SKR), den jeweiligen Sozialpartnern (teilweise mit den verantwortlichen Gemeinden) und einer Gewerkschaft ein Trainingsprogramm für Pfleger von Altenheimen (Greve et al., 2021: 306.). Der Verband SKR half allerdings nicht nur in der Altenpflege bei der Koordination; er brachte sich auch bei der Verteilung von Schutzausrüstung und der Impfdosen an die Regionen als wichtiger Kooperationspartner zwischen lokaler und nationaler Ebene mit ein. Insbesondere sollte angesichts unterschiedlicher Ressourcenausstattung und Kapazitäten in den verschiedenen Regionen und Gemeinden sichergestellt werden, dass die jeweiligen Bedarfe angemessen abgebildet und befriedigt werden konnten, wozu der SKR als Organisation zur Vermittlung zwischen den verschiedenen Ebenen zum Einsatz kam.

Kommunale
Altenheimen

“Die Ressourcen unterscheiden sich erheblich zwischen den verschiedenen lokalen Verwaltungen, da Stockholm z. B. eine lokale Verwaltung mit 900.000 Einwohnern oder so ähnlich hat. Und die kleinsten haben nur ein paar tausend Menschen im äußersten Norden des Landes. Also sind natürlich die verfügbaren Ressourcen sehr unterschiedlich verteilt. Dies gilt auch für die Regionen.“
(Interview 4)

Schließlich betrifft ein letzter Bereich intergouvernementaler Koordination in der Pandemie die finanzielle Kompensation kommunaler Mehrkosten durch den Staat. Die Kommunen sahen sich aufgrund des Mehrbedarfs an medizinischen Leistungen, Schutzausrüstungen und Sozialleistungen in der Altenpflege mit großen finanziellen Belastungen konfrontiert. Die Gesundheitsversorgung und die Altenpflege, für welche die Regionen und Gemeinden jeweils

Finanzielle Unterstützung der
lokalen Ebene

die Verantwortung tragen, werden im Normalmodus mit bis zu 75 Prozent durch regionale und lokale Steuern getragen (Greve et al., 2021: 305f.). Aufgrund der außergewöhnlichen Krisensituation erklärte sich die schwedische Regierung im April 2020 allerdings bereit, alle Gesundheitsleistungen und Leistungen der Sozialfürsorge, die mit COVID-19 in Verbindung standen, zu übernehmen (ebd.) und für eine finanzielle Entlastung der Regionen und Gemeinden zu sorgen. Da die Mittel nicht im strikten Sinne bedarfsgerecht verteilt wurden, haben die pandemiebegleitenden staatlichen Kompensationszahlungen aus kommunaler Perspektive für eine regelrechte Sanierung der kommunalen Haushalte gesorgt. Denn zur gleichen Zeit reduzierten sich viele lokale Ausgaben aufgrund der Schließung von Schwimmbädern oder sonstigen öffentlichen Einrichtungen: „Die Pandemiekosten wurden vom Staat finanziert. Deshalb sahen unsere Finanzen nie besser aus als während der Pandemie!“ (Interview 10)

5.4 Kontinuität und Wandel intergouvernementaler Steuerung im Pandemiemodus

In Schweden lässt sich die intergouvernementale Steuerung im Pandemiemodus in zwei Phasen einteilen:

(1) Dezentral-entkoppelte Governance und Abwesenheit intergouvernementaler Koordinationszwänge: In der ersten Phase von März bis November 2020 stützte sich das schwedische Pandemiemanagement fast ausschließlich auf nicht-bindende Empfehlungen der öffentlichen Gesundheitsbehörde und setzte damit auf die Eigenverantwortung der Bevölkerung unter Verzicht auf staatlich verfügte Freiheitsbeschränkungen und Sanktionen (Petridou et al., 2023: 260). Eine Ausnahme von diesem Muster stellt lediglich die Mitte März 2020 von der Regierung verabschiedete Verordnung dar, die bis auf weiteres alle Versammlungen mit mehr als 500 Personen verbot. Die zulässige Anzahl wurde am 29. März auf 50 Personen reduziert. Zudem wurde ab dem 12. März eine nationale Teststrategie, ausschließlich bezogen auf Ältere, Schwerkranke und medizinisches Personal, angewendet¹¹. Dagegen wurde sowohl auf das Testen von Symptomfreien wie auch auf Test- oder Immunitätsnachweise (Impfpass) als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen bewusst verzichtet, was wiederum – im Unterschied zu anderen Ländern – administrative Kontroll- und Vollzugsaufwände reduzierte.

11 Veranstaltungen mit bis zu 300 Teilnehmern wurden ab 1. November 2020 in den meisten Regionen wieder erlaubt, sofern das Publikum sitzend und zwischen den Gruppen mindestens ein Meter Abstand war.

Auch die offizielle Empfehlung, wegen nicht schwerwiegender Symptome zu Hause zu bleiben und keine Gesundheitszentren oder Krankenhäuser aufzusuchen, trug zur Entlastung der regionalen Krankenhauskapazitäten bei. Grundsätzlich bestanden also zunächst kaum administrative Vollzugs- und Kontrollnotwendigkeiten. Es gab auch keinen institutionalisierten Zwang zur intergouvernementalen Koordination, wie er in anderen Ländern aufgrund der dort eingeführten strikteren Einschränkungen (Schließungen, Lockdowns, Quarantäneregeln etc.) und der damit verbundenen Kontroll-, Monitoring- und Sanktionsbürokratie erforderlich war.

So wurden bis November 2020, abgesehen von den oben erwähnten Verordnungen und der temporären Anpassungen des Gesetzes über Infektionskrankheiten, lediglich Empfehlungen bezüglich des Online-Unterrichts an Schulen und Universitäten gegeben, der Zugang zu Altenheimen eingeschränkt und allgemeine Leitlinien zur Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs eingeführt (Sparf & Petridou, 2021). Obgleich diese Empfehlungen keine rechtliche Bindungswirkung entfalteten, war die Folgebereitschaft in vielen Bereichen groß, etwa was den Online-Unterricht an Universitäten und in Schulen ab Klassenstufe 9 anging, der in dieser Zeit flächendeckend durchgesetzt (aber bereits im Juni 2020 wieder aufgehoben) wurde.

Bei der Umsetzung der nationalen Empfehlungen wurde den Kommunen und Regionen viel Autonomie eingeräumt. Sie verfügten über erhebliche Handlungsspielräume und Freiheiten, die von der staatlichen Gesundheitsbehörde veröffentlichten Empfehlungen individuell auszulegen, ohne bei Nichtbeachtung Sanktionen befürchten zu müssen. Vor diesem Hintergrund war die erste Phase bis November 2020 durch einen weitgehend fehlenden Zwang zur intergouvernementalen Koordination und eine Entkoppelung der Verwaltungsebenen geprägt. Im weiteren Verlauf nahm jedoch der ebenenübergreifende Koordinationsbedarf, vor allem bei der Beschaffung und Verteilung von medizinischer Schutzausrüstung sowie im Impfmanagement, zu (Interview 10). Dies war mit entsprechenden Änderungen im Governance-Modus verbunden (siehe weiter unten) und brachte dem Verband der lokalen Behörden und Regionen (SKR) eine koordinierende Rolle ein.

**(2) Moderate zentralisierende Schritte und Übergang zum dezentral-koo-
dinierten Governance-Modus:** Angesichts steigender Patientenzahlen (Mathieu et al., 2023) und abnehmender Kapazitäten in den Krankenhäusern ging die schwedische Regierung ab Ende 2020 dazu über, restriktivere Maßnahmen einzuführen und stärker in das öffentliche Leben einzugreifen. Einen wesentlichen Meilenstein markiert hierbei das am 8. Januar 2021 vom schwedischen Parlament verabschiedete COVID-19 Gesetz, welches den Behörden, vor allem der öffentlichen Gesundheitsbehörde, weitreichendere Eingriffs-

und Kontrollrechte verlieh, Da die Beschränkungen in Schweden im Kontrast zu anderen Ländern dennoch deutlich moderater ausfielen (Mathieu et al., 2023), ergab sich insgesamt – mangels Vollzugsnotwendigkeiten – auch ein geringerer Koordinations- und Abstimmungsbedarf zwischen den Ebenen. Zwar markiert die neue gesetzliche Regelung einen Wandel von der ausschließlich dezentral-entkoppelten hin zu einer stärker top-down-orientierten Steuerungslogik im Pandemiemanagement. Angesichts des Umstandes, dass das Gesetz aber nur moderat zur Anwendung kam, blieben auch weiterhin erhebliche lokale Handlungsspielräume und Autonomierechte in der Krisenbewältigung bestehen. Diese gingen jedoch im weiteren Verlauf mit einem wachsenden ebenenübergreifender Koordinationsbedarf einher, welcher sich unter anderem daraus ergab, dass die Regionen für die Bereitstellung und Finanzierung der von Schutzausrüstung und den Aufbau von Testkapazitäten zuständig waren, die zentralstaatlich reguliert und auch 2021 finanziell kompensiert wurden. In diesem Kontext war es vor allem der schwedische Verband der Kommunen und Regionen (SKR), welcher bei den Verhandlungen zwischen lokaler und zentraler Ebene vermittelte (Petridou et al., 2023: 264).

Vor diesem Hintergrund kann man davon sprechen, dass die zweite Phase durch einen Übergang vom dezentral-entkoppelten zum dezentral-kordinierten Governance-Modus charakterisiert war.

5.5 Zwischenfazit

Im Vergleich zu den anderen untersuchten Ländern wird das schwedische Pandemiemanagement als „Swedish Exceptionalism“ bezeichnet (Andersson & Aylott, 2023), da sich der Ansatz vor allem wegen der diskretionären regulatorischen Ausgestaltung der Pandemiepolitik von den anderen Ländern unterscheidet. Generell ist die Schlüsselrolle der Kommunen im Krisenmanagement hervorzuheben, die auch in der Pandemie deutlich zum Tragen kam und sich aus der ausgeprägten kommunalen Handlungsautonomie und Selbstbestimmung speist. Der schwedische Governance-Modus in der Pandemie lässt sich daher als stark dezentral beschreiben, vor allem, was die operativen Aktivitäten angeht. Zwar wurden pandemiebezogene Empfehlungen zentral von der staatlichen Gesundheitsbehörde erteilt und spätere rechtlich bindende Regulierungen von der Regierung erlassen, sodass man in diesem Punkt von einer zentralisierenden Komponente sprechen kann. Allerdings oblagen die Konkretisierung, Auslegung und Umsetzung der Empfehlungen, wie auch die Zuständigkeit für wichtige öffentliche Dienstleistungen (Betrieb der Krankenhäuser, Altenpflege, Schulen, öffentliche Einrichtungen etc.) den

Regionen und Gemeinden. Diese hatten immense Spielräume in der konkreten Handhabung pandemiebezogener Regulierungen bis hin zu kommunalen Alleingängen jenseits des rechtlich Zulässigen. Während es zudem anfangs wenig ebenenübergreifende Koordination gab, weil die Eigenverantwortung der Bürger betont und auf nicht-bindende Empfehlungen gesetzt wurde, kam es im weiteren Verlauf zu stärkeren Koordinationszwängen, vertikalen Verflechtungen und horizontalen (interkommunalen) Kooperationsformen. Somit ist bezüglich der intergouvernementalen Steuerung ein Übergang von einem dezentral-entkoppelten zu einem dezentral-koordinierten Muster zu erkennen. Zwar markiert die Einführung des COVID-19 Gesetzes eine verstärkte zentralstaatliche Interventionsbereitschaft und eine restriktivere Grundorientierung. Gleichwohl ist hierin keine Kehrtwende in der schwedischen Pandemie-Governance zu erkennen, welche weiterhin – obzwar stärker koordiniert – einer dominierenden dezentralen Logik folgte und im Hinblick auf den Striktheitsgrad (siehe Abbildung 2) und die Reichweite von Einschränkungen teilweise hinter die anderen Vergleichsländer zurückfällt.

Schließlich sticht das schwedische Modell auch deshalb hervor, weil im Unterschied zu anderen Ländern die politische Einflussnahme besonders gering ausgeprägt und die Entscheidungsautonomie der Fachverwaltung (nationale Gesundheitsbehörde) besonders groß war, was auch (kritisch) als expertokratischer, technokratischer oder (positiv) am stärksten wissenschaftsbasierter Ansatz bezeichnet worden ist.

