



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

August 2025

## **Ergebnisbericht der Vernehmlassung (29. November 2023 bis 22. März 2024)**

Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG; SR 818.101)

## Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	3
2	Ausgangslage .....	5
3	Durchführung des Vernehmlassungsverfahrens.....	6
3.1	Allgemeine Informationen.....	6
3.2	Eingegangene Stellungnahmen .....	6
3.3	Auswertung und Darstellung der Ergebnisse .....	7
4	Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens .....	8
4.1	Gesamtbeurteilung der Vorlage.....	8
4.2	Zentrale inhaltliche Anliegen der Akteursgruppen.....	8
4.2.1	Kantone und kantonale Direktorenkonferenzen .....	8
4.2.2	In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien .....	9
4.2.3	Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden und Städte / der Wirtschaft....	10
4.2.4	Akteure der Wirtschaft.....	11
4.2.5	Akteure des Gesundheitswesens .....	11
4.2.6	Weitere Akteure .....	11
4.2.7	Privatpersonen.....	11
4.3	Beurteilung Artikel VE-EpG .....	12
4.3.1	Ersatz von Ausdrücken, Art. 2-3 (Zweck, Begriffe) .....	12
4.3.2	Art. 5a-8 (besondere Gefährdung, besondere Lage, Vorbereitungsmassnahmen) .....	18
4.3.3	Art. 11-17 (Überwachungssysteme, Meldungen, Laboratorien).....	34
4.3.4	Art. 19-19a (Verhütung in Einrichtungen, Verhütung Antibiotika-Resistenzen) .....	55
4.3.5	Art. 20-24a (Impfungen, Durchimpfungsmonitoring) .....	62
4.3.6	Art. 33-43 (Massnahmen gegenüber Personen, im Personenverkehr) .....	68
4.3.7	Art. 44-44d (Versorgung mit wichtigen med. Gütern, Gesundheitsversorgung) .....	80
4.3.8	Art. 47-49b (Sonstige Massnahmen im Bereich Bekämpfung) .....	91
4.3.9	Art. 50-52 (Finanzhilfen, Beiträge, Entschädigung).....	94
4.3.10	Art. 53-55 (Organe Kantone und Bund).....	101
4.3.11	Art. 58-69 (Datenbearbeitung, nationale Informationssysteme).....	106
4.3.12	Art. 70a-70f (Finanzhilfen an Unternehmen aufgrund von Massnahmen nach Art. 6c oder 7) 121	
4.3.13	Art. 74-74h (Kostenübernahme für wichtige medizinische Güter) .....	127
4.3.14	Art. 75-81b (Vollzug durch Bund, Kantone, Armee; Zusammenarbeit) .....	135
4.3.15	Art. 82-84a (Strafbestimmungen).....	138
4.4	Beurteilung Artikel weiterer Erlasse .....	141
4.4.1	Ordnungsbussengesetz vom 18. März 2016.....	141
4.4.2	Militärgesetz vom 3. Februar 1995 .....	141
4.4.3	Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000 .....	142
4.5	Beurteilung einer gesetzlichen Grundlage für digitale Contact-Tracing Apps .....	143
4.6	Weitere Anmerkungen zum VE-EpG .....	146
5	Anhänge .....	151
5.1	Liste der Vernehmlassungsadressaten bzw. -teilnehmenden .....	151
5.2	Abkürzungen .....	178

## 1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die zahlreichen Rückmeldungen zur Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG) zeigen mehrheitlich eine grundsätzliche Zustimmung zu den vorgeschlagenen Änderungen, jedoch auch wesentliche Vorbehalte und Änderungsbegehren. Insgesamt reichten 253 Organisationen sowie mehr als 1500 Privatpersonen oftmals sehr umfangreiche Stellungnahmen ein. Insbesondere zwischen den Organisationen zeigen sich sehr grosse Unterschiede in der Bewertung der einzelnen Inhalte. Auch Stellungnehmende, die der Vorlage im Grundsatz zustimmen (ca. 65% der Organisationen), äusserten sich mit spezifischen Hinweisen, Wünschen und Forderungen zu vielen Artikeln. Rund 20% der Organisationen stehen der Vorlage in der aktuellen Form kritisch gegenüber und verlangen umfassende und grundlegende Anpassungen. Weitere rund 15% der Organisationen lehnen den Vorentwurf des EpG für die Vernehmlassung (VE-EpG) vollumfänglich ab. Breit abgelehnt wird die Vorlage auch von den Privatpersonen (inkl. einiger Inhaberinnen und Inhaber kleiner Unternehmen wie Arztpraxen, sowie Vertreterinnen und Vertreter sehr kleiner Vereine), die oftmals identisch lautende Stellungnahmen einreichten.

Eine Mehrheit der **Kantone und kantonalen Direktorenkonferenzen** begrüsst die Vorlage im Grundsatz, wenn auch vielerorts Anpassungsbedarf gesehen wird. Insbesondere müsse der Bundesrat die Rolle einer strategischen Gesamtführung deutlicher wahrnehmen und Unklarheiten oder Missverständnisse in der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen beseitigen. Außerdem müssten eine bessere Einbindung der Kantonsregierungen bei der Festlegung und Umsetzung von Massnahmen sichergestellt und die fiskalische Äquivalenz gebührend berücksichtigt werden. Während die Präzisierungen und die verbesserte Normierung der Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Dritten im VE-EpG begrüsst werden, müssten verschiedene Aspekte noch klarer geregelt und definiert werden.

Die sechs stellungnehmenden und in der Bundesversammlung vertretenen **politischen Parteien** äussern sich unterschiedlich zur Teilrevision des EpG. Die Mitte und FDP begrüssen die Revision grundsätzlich, sehen jedoch Anpassungsbedarf beispielsweise bezüglich der Klärung von Kompetenzen und der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die SVP und EDU lehnen die Revision aus mehreren Gründen ab und bemängeln insbesondere, dass vorgängig keine Aufarbeitung der Covid-19-Epidemie stattgefunden habe. Die GRÜNEN und SP unterstützen die Revision grundsätzlich, fordern jedoch weitergehende Massnahmen, u.a. zur Stärkung der Grundrechte und zur Berücksichtigung der psychischen Gesundheit.

Während eine Mehrheit der **Akteure der Wirtschaft** den VE-EpG im Grundsatz begrüsst, sehen insbesondere Organisationen der Gastro-, Detailhandels- und Veranstaltungsbranche den vorliegenden Entwurf kritisch. Von allen Wirtschaftsakteuren wird vielerorts Anpassungs- oder Präzisierungsbedarf gesehen, insbesondere Finanzierungsfragen müssten genauer geklärt werden.

Die Hinweise und Forderungen der **Akteure des Gesundheitswesens** gestalten sich sehr heterogen. Der VE-EpG wird von einer Mehrheit dieser Akteure grundsätzlich begrüsst, auch wenn bei vielen Regelungen Anpassungsbedarf gesehen wird. Während gewisse Aspekte zu präzisieren seien, kritisieren andererseits gewisse Stellungnehmende den (zu) hohen Detaillierungsgrad im VE-EpG.

Eine beschränkte Anzahl an **Organisationen** sowie beinahe alle der zahlreichen stellungnehmenden Privatpersonen lehnen den VE-EpG vollumfänglich ab. Der grundsätzliche Nutzen des EpG und der darin vorgesehenen Regelungen wird in Frage gestellt und zentrale Prinzipien wie Rechtstaatlichkeit, Verhältnismässigkeit, Föderalismus und körperliche Unversehrtheit werden als bedroht angesehen. Auch werden ein Verlust der nationalen Souveränität, insbesondere gegenüber der Weltgesundheitsorganisation (WHO), und eine übermässige Konzentration von Kompetenzen beim Bundesrat kritisiert.

Neben den zentralen Anliegen und Einschätzungen der Akteursgruppen wurden verschiedene inhaltliche Themen von unterschiedlichen Stellungnehmenden ausführlich kommentiert und oftmals auch unterschiedlich bis widersprüchlich eingeschätzt.

Eine grosse Mehrheit der Stellungnehmenden spricht sich für die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die **Gewährung von Finanzhilfen an Unternehmen** aufgrund von Massnahmen in einer besonderen oder ausserordentlichen Lage (vgl. Art. 70a-70f VE-EpG) aus, wobei gleichzeitig insbesondere Akteure der Wirtschaft die vorgeschlagene Regelung im VE-EpG als ungenügend erachten. Die Schaffung einer solchen gesetzlichen Grundlage im EpG lehnen unter anderem eine grosse Mehrheit der Kantone (22) sowie Die Mitte und SVP ab, wobei insbesondere Bedenken betreffend Fehl- oder Überregulierung sowie allfälliger nachteiliger Anreizwirkungen eingebracht werden. Ebenfalls eine grosse Mehrheit der Stellungnehmenden spricht sich für eine gesetzliche Grundlage für digitale **Contact-Tracing Apps** aus, wobei die wenigen ablehnenden Stellungnehmenden insbesondere Datenschutzbedenken und Befürchtungen bezüglich der Sicherstellung der Privatsphäre formulieren.

Als zentrale Grundsatzfrage in der gesamten Vorlage erachtet eine Vielzahl an Stellungnehmenden die **Rollenklärung** zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden und Privaten. Obwohl eine solche Rollenklärung im VE-EpG vielerorts stattgefunden habe, wird von unterschiedlichen Stellungnehmenden weiterer Präzisierungsbedarf gesehen. In der gesamten Vorlage werden ebenfalls wiederholt die Klärung von **Finanzierungsfragen** und die Einhaltung der fiskalischen Äquivalenz von unterschiedlichen Stellungnehmenden in unterschiedlichen Themenbereichen gefordert (Aufwandsentschädigung bei Massnahmen, Lagerung und Kostenübernahme wichtiger medizinischer Güter, Aufbau Infrastruktur etc.). Grundsätzlich begrüßt wird das Festhalten am **Dreilagenmodell**, wobei verschiedene Aspekte je nach Stellungnahme genauer zu definieren oder anzupassen seien.

Uneins sind sich die Stellungnehmenden bezüglich dem Thema **Impfungen**, wobei die Spannbreite von Zustimmung zu den vorgesehenen Anpassungen, über Bedenken bezüglich der Umsetzbarkeit und Wirksamkeit bis zu klarer Ablehnung und der Befürchtung der Verletzung von Menschenrechten geht. Entlang ähnlicher Linien verlaufen die Einschätzungen zu den vorgesehenen Regelungen bezüglich **Massnahmen** gegenüber Personen und Unternehmen sowie sonstiger Massnahmen im Bereich Bekämpfung, wobei verschiedentlich die Wichtigkeit des Einbezugs der direkt betroffenen Akteure betont wird. Von einer Mehrheit begrüßt und von einer Minderheit klar abgelehnt wird die stärkere Orientierung des VE-EpG am **One-Health**-Gedanken. Diesbezüglich wünschen verschiedene Stellungnehmende eine weitergehende Klärung und Präzisierung der Schnittstellen zu den Bereichen Tiergesundheit, Umwelt und Lebensmittelsicherheit. Ein Grossteil der Stellungnehmenden begrüßt, dass die Revision Massnahmen gegen **Antibiotikaresistenzen** vorsieht, ein Teil stellt jedoch die Behandlung dieses Themas im EpG grundsätzlich in Frage. Die vorgesehenen Anpassungen im Bereich der **Datenerfassung, -bearbeitung und -übermittlung** und namentlich die vorgesehene Vereinheitlichung werden mehrheitlich begrüßt. Dabei werden jedoch verschiedentlich Bedenken bezüglich **Datensicherheit** und Schnittstellen sowie eine Vielzahl an Anpassungs- oder Präzisierungsbegehren geäussert.

Neben umfangreichen Rückmeldungen zu spezifischen Artikeln nahmen viele Stellungnehmende auf die Erfahrungen während der **Covid-19-Epidemie** Bezug. Während ein Teil begrüßt, dass die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Covid-19-Epidemie in den VE-EpG eingeflossen seien, bemängeln andere, dass eine solche Aufarbeitung nicht oder nur ungenügend stattgefunden habe, und verlangen, dass der VE-EpG gerade auch aus diesem Grund abzulehnen sei.

## 2 Ausgangslage

Das Bundesgesetz vom 28. September 2012 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) trat am 1. Januar 2016 in Kraft, nachdem es im Nachgang der Erfahrungen mit der Lungenkrankheit SARS und der H1N1-Pandemie einer Totalrevision unterzogen worden war. Mehrere Jahre Vollzug des Gesetzes, inkl. zwei Jahre Covid-19-Epidemie, haben erneut einen Revisionsbedarf aufgezeigt. Am 19. Juni 2020 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, bis spätestens Ende November 2023 eine Vernehmlassungsvorlage auszuarbeiten.

Um die konkreten Revisionsinhalte zu ermitteln, wurde ein mehrgleisiges Vorgehen gewählt: Einerseits wurden diverse Studien, Evaluationen und politische Vorstösse zur Covid-19-Bewältigung und zum Vollzug des Gesetzes vor der Covid-19-Epidemie ausgewertet. Andererseits wurde der Anpassungsbedarf 2021 in Form einer Stakeholder-Befragung eruiert und wurden im Frühjahr 2022 an mehreren Workshops mit über 150 Akteuren die grossen zukünftigen Herausforderungen sowie die zentralen Revisionsanliegen identifiziert. Insgesamt wurden über 800 Revisionsanliegen ermittelt, auf ihre EpG-Relevanz geprüft, nach Themenbereichen gruppiert und zusammengefasst.

Die im November 2023 unterbreitete Vernehmlassungsvorlage zur Teilrevision des EpG legt neben der Aufarbeitung der Covid-19-Epidemie einen besonderen Fokus auf grosse gesundheitliche Herausforderungen der Zukunft, darunter insbesondere die Antibiotikaresistenzproblematik. Diese wird u.a. von der WHO als grösstes Risiko für die öffentliche Gesundheit der Zukunft gesehen. Die Vorlage sieht außerdem eine Vielzahl an kleineren Verbesserungen vor. Sie umfasst daher Erweiterungen und Präzisierungen bestehender Artikel, Elemente des Covid-19-Gesetzes, sofern diese für die Bewältigung einer zukünftigen Epidemie/Pandemie von Relevanz sind, ebenso wie vollständig neue Regelungsinhalte. Insgesamt soll das revidierte EpG Bund und Kantonen noch besser als bisher ermöglichen, in enger Zusammenarbeit die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung vor zukünftigen Bedrohungen durch übertragbare Krankheiten zu schützen und die dafür notwendigen Vorsorgemaßnahmen rechtzeitig zu ergreifen.

### 3 Durchführung des Vernehmlassungsverfahrens

#### 3.1 Allgemeine Informationen

Gestützt auf Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b des Bundesgesetzes vom 18. März 2005 über das Vernehmlassungsverfahren (Vernehmlassungsgesetz, VIG) wurde ein ordentliches Vernehmlassungsverfahren durchgeführt. Die Vernehmlassung dauerte vom 29. November 2023 bis am 22. März 2024, womit die Mindestfrist von 3.5 Monaten eingehalten wurde (Art. 7 Abs. 3 VIG). Die Vernehmlassungsadressaten wurden eingeladen, optional ihre Rückmeldungen in einem dafür vorgesehenen Antwortformular einzutragen.

#### 3.2 Eingegangene Stellungnahmen

Zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren wurden die Regierungen der 26 Kantone sowie des Fürstentums Liechtenstein, die Konferenz der Kantonsregierungen, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren, 11 politische Parteien, 3 gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete, 8 gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft als ständige Vernehmlassungsadressaten sowie 221 weitere Organisationen eingeladen.

Von den eingeladenen Akteuren reichten alle 26 Kantone, 6 politische Parteien<sup>1</sup>, 2 gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden / Städte / Berggebiete<sup>2</sup> sowie 7 gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft<sup>3</sup> eine Stellungnahme ein. 4 zur Vernehmlassung eingeladene Akteure verzichteten explizit auf eine Stellungnahme<sup>4</sup>. Zusätzlich reichten 134 nicht zur Stellungnahme begrüsste Organisationen sowie mehr als 1500 Privatpersonen (inkl. einiger Inhaberinnen und Inhaber kleiner Unternehmen wie Arztpraxen, sowie Vertreterinnen und Vertreter sehr kleiner Vereine) eine Stellungnahme ein. Die Auflistung aller begrüssten sowie teilnehmenden Organisationen findet sich in Anhang 5.1. Für die Privatpersonen wird auf die Publikation der Stellungnahmen auf der Webseite der Bundeskanzlei verwiesen – unter [Abgeschlossene Vernehmlassungen - 2023 | Fedlex](#).

Kategorie	Total begrüsst	Antworten Begrüsste	Antworten nicht Begrüsste	Total Antworten
Kantone, kantonale Direktorenkonferenzen, Fürstentum Liechtenstein	29	27	-	27
In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien	11	6	-	6
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden / Städte / Berggebiete	3	2	-	2
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	8	7	-	7
Weitere Akteure der Wirtschaft	221	5	37	42
Akteure des Gesundheitswesens		55	57	112
Eidgenössische Kommissionen		7	-	7
Weitere Organisationen		10	40	50
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>119</b>	<b>134</b>	<b>253</b>

Tabelle 1: Übersicht über die stellungnehmenden Organisationen

<sup>1</sup> EDU, FDP, GRÜNE, Die Mitte, SP, SVP

<sup>2</sup> SGV, SSV

<sup>3</sup> Economiesuisse, SGV USAM, SAV, SBV, SBVg, SGB, Travail.Suisse

<sup>4</sup> Agricura, ASPS, CuraFutura, SNF

### **3.3 Auswertung und Darstellung der Ergebnisse**

Für ein möglichst umfassendes Gesamtbild werden die zahlreichen und inhaltlich vielfältigen Stellungnahmen zum VE-EpG im vorliegenden Bericht zusammengefasst in Kapitel 4 wiedergegeben. Nach einer Übersicht über die Gesamtbeurteilung der Vorlage folgt eine Zusammenstellung zentraler inhaltlicher Anliegen der unterschiedlichen Akteursgruppen. Ab Kapitel 4.3 finden sich dann die umfangreichen Äusserungen und Änderungsbegehren der einzelnen Akteure zu den Artikeln bzw. zu spezifischen Aspekten des VE-EpG in zusammengefasster Form.

Die Stellungnehmenden werden im gesamten Kapitel 4 ausschliesslich mit den jeweils zugewiesenen Abkürzungen und in der Einzahl benannt. Die Auflistung aller Abkürzungen findet sich in Anhang 5.1.

Alle eingegangenen Stellungnahmen können auf der Webseite der Bundeskanzlei in voller Länge eingesehen werden – unter [Abgeschlossene Vernehmlassungen - 2023 | Fedlex](#).

## 4 Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens

### 4.1 Gesamtbeurteilung der Vorlage

Im Rahmen des zur Strukturierung der Rückmeldungen empfohlenen Antwortformulars bestand die Möglichkeit, eine Gesamtbewertung der Vorlage über alle Artikel hinweg vorzunehmen. Eine solche Bewertung wurde von 181 der insgesamt 253 Stellungnehmenden selbst vorgenommen. Für die restlichen Organisationen wurde die Bewertung auf Basis des Gesamteindrucks der jeweiligen Rückmeldungen durch das Projektteam Revision EpG vorgenommen.

Kategorie	Vollständig einverstanden	Mehrheitlich einverstanden	Teilweise einverstanden	Nicht einverstanden
Kantone, kantonale Direktorenkonferenzen, Fürstentum Liechtenstein	-	25	2	-
In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien	-	4	-	2
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden / Städte / Berggebiete	-	2	-	-
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	-	4	2	1
Weitere Akteure der Wirtschaft		17	13	12
Akteure des Gesundheitswesens	4	62	42	4
Eidgenössische Kommissionen	-	6	1	-
Weitere Organisationen	3	16	8	23
<b>Total: 253</b>	<b>7</b>	<b>136</b>	<b>68</b>	<b>42</b>

Tabelle 2: Übersicht Gesamtbeurteilung VE-EpG

### 4.2 Zentrale inhaltliche Anliegen der Akteursgruppen

Nachfolgend finden sich in zusammengefasster Form zentrale Anliegen der unterschiedlichen Akteursgruppen. Die sehr zahlreichen Rückmeldungen der vielen Stellungnehmenden zum VE-EpG gestalteten sich äusserst heterogen und detailliert, weshalb für eine detailliertere Auflistung der eingebrochenen Rückmeldungen auf die nachfolgenden Kapitel sowie auf die publizierten Originalstellungen verwiesen wird.

#### 4.2.1 Kantone und kantonale Direktorenkonferenzen

Die Rückmeldungen der Kantone und kantonalen Direktorenkonferenzen zur Teilrevision des EpG zeigen eine breite grundsätzliche Zustimmung zu den vorgeschlagenen Änderungen<sup>5</sup>, jedoch auch einige wesentliche Vorbehalte und Anpassungsvorschläge. Eine grosse Anzahl Kantone begrüsst die Präzisierungen und die verbesserte Normierung der Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Dritten, insbesondere hinsichtlich der besonderen Lage und der Vorbereitungsmassnahmen. Verschiedentlich begrüsst wird zudem explizit, dass die Vorlage dem One-Health-Gedanken Rechnung trage.

In den Stellungnahmen wird wiederholt betont, dass die Kantsregierungen bei der Festlegung und Umsetzung von Massnahmen stärker einbezogen werden sollten, um eine konsistente und

<sup>5</sup> Explizit von **GDK, AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG, ZH und VKS**

effiziente Zusammenarbeit sicherzustellen. Auch die Klärung oder präzisere Regelung der finanziellen Verantwortung und der praktischen Umsetzung bestimmter Massnahmen sind häufig genannte Anliegen. Den Prinzipien der fiskalischen Äquivalenz und Subsidiarität müssten über die gesamte Vorlage zwingend Rechnung getragen und entsprechend verschiedentlich Anpassungen vorgenommen werden. Zudem wünschen die Kantone und kantonalen Direktorenkonferenzen eine klare Regelung verschiedener Finanzierungsfragen, wie beispielsweise die Finanzierung von Zertifikatssystemen und die Kostenübernahme für diagnostische Analysen, die nicht von Versicherungen abgedeckt sind.

Im Bereich der Impfungen und des Durchimpfungsmonitorings fordern eine Mehrheit der Kantone die Bereitstellung einer einheitlichen Informatiklösung durch den Bund. Diese Lösung soll die Anmeldung, Registratur, Terminfindung und Impfdokumentation erleichtern und, nach Ansicht verschiedener Kantone, mit dem elektronischen Patientendossier sowie dem Meldesystem für übertragbare Krankheiten verbunden sein.

Die Massnahmen im Personenverkehr werden mehrheitlich begrüßt, jedoch wird auf die Notwendigkeit klarer Regelungen und Zuständigkeiten hingewiesen; die Personenfreizügigkeit soll zudem nur soweit nötig eingeschränkt werden. Hinsichtlich der Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern wird betont, dass die Kantone weiterhin die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung tragen, während der Bund nur bei Versorgungsgängen eingreifen soll.

Eine grosse Mehrheit der Kantone begrüßt die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für digitale Contact-Tracing Apps, wobei betont wird, dass die Verantwortung für den Vollzug des Contact-Tracings in der Zuständigkeit der Kantone liegt. Ebenfalls eine grosse Mehrheit der Kantone ist zudem der Ansicht, dass auf eine allgemeine Regelung für Finanzhilfen an Unternehmen (vgl. Art. 70a-70f) verzichtet werden sollte und stattdessen flexible, krisenangepasste Lösungen zu entwickeln seien.

Zusammengefasst zeigen die Rückmeldungen, dass die vorgeschlagenen Änderungen des EpG grundsätzlich positiv aufgenommen werden, jedoch mit wesentlichen Anpassungsvorschlägen und Forderungen nach klareren Definitionen, einer stärkeren Einbindung der Kantone und einer klaren Regelung der finanziellen Verantwortlichkeiten.

#### 4.2.2 In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

**Die Mitte** begrüßt im Grundsatz die Revisionsvorlage, wobei verschiedentlich Anpassungen vorzunehmen seien. Wichtig seien insbesondere Verbesserungen betreffend die Klärung von Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen, die Verbesserung der Datengrundlage sowie Massnahmen im Bereich der Versorgungssicherheit.

**EDU** und **SVP** kritisieren, dass vor der Lancierung des Gesetzgebungsprojekts keine unabhängige und kritische Aufarbeitung des staatlichen Krisenmanagements während der Covid-19-Epidemie vorgenommen wurde. Deshalb erachten sie die weitreichenden Revisionsvorschläge des VE-EpG als verfrüht und weisen sie kategorisch ab. Die **EDU** kritisiert unter anderem, dass durch den VE-EpG dem Bundesrat in Zukunft eine noch grösere Palette von Massnahmen zur Verfügung stehe, um in die physischen, psychischen und in die ökonomischen Rechte der Bürgerinnen und Bürger einzutreten. Auch würden die Revisionsvorschläge keine Bestimmungen beinhalten, welche die Bürgerinnen und Bürger gegenüber einem übereifrigen Staat wirksam schützen. Die Kernforderung der **SVP** besteht darin, dass auch im VE-EpG die Balance zwischen Gesundheitspolitik, gesellschaftlichem Zusammenleben und wirtschaftlichen Interessen in verschiedenen Lagen gewahrt bleibt. Gerade in schwierigen Zeiten oder Krisenzeiten sei die Einhaltung des Rechtsstaates absolut notwendig. Auch dürfe die Schweiz nicht einseitig an die WHO gebunden werden. Abgelehnt wird der VE-EpG aus unterschiedlichen Gründen, u.a. auch aufgrund des Fehlens von Schutzmassnahmen gegen die Diskriminierung von ungeimpften Personen oder Personen ohne Impfausweis.

Die **FDP** begrüßt, dass der Bundesrat die Lehren aus der Covid-19-Epidemie zieht und eine Revision des EpG vorschlägt. Es sei richtig, möglichst viel im ordentlichen Recht zu regeln, damit im

Epidemiefall möglichst wenig auf das Notrecht zurückgegriffen werden muss (z.B. geeignete Strukturen). Bei der weiteren Überarbeitung der Revision als wichtig zu beachten seien u.a. die frühzeitige Einbindung relevanter Akteure, das Vorantreiben der Digitalisierung unter Wahrung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes und geeignete Massnahmen zum Schutz der Bevölkerung und zur Entschärfung von Unternehmen im Krisenfall.

Die **GRÜNEN** begrüssen grundsätzlich die vorgeschlagene Teilrevision des EpG, namentlich, dass auch die Lehren aus der Bewältigung der Covid-19-Epidemie in die Gesetzesrevision miteinfließen. Anpassungsbedarf wird bei der Stärkung der Grundrechte sowie bei den vom Bundesrat zur Disposition gestellten wirtschaftlichen Unterstützungsmaßnahmen für die Unternehmen und die Bevölkerung gesehen. Zudem sei verpasst worden, die Gesundheitsförderung, die Prävention sowie die Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung grundsätzlich zu stärken. Auch eine besondere Berücksichtigung von Menschen mit Behinderungen sowie eine Berücksichtigung der Folgen von gesundheitspolitischen Maßnahmen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung wird in der Revisionsvorlage vermisst.

Die **SP** begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen des EpG im Grundsatz. Generell gingen die Änderungsvorschläge jedoch deutlich zu wenig weit und seien zu wenig verbindlich ausgestaltet. Es wird deshalb generell angeregt, die Teilrevision mit weitergehenden Maßnahmen auszustalten, respektive die vorgeschlagenen Maßnahmen zu präzisieren und die dazugehörigen, notwendigen Ressourcen dafür zu sprechen. Auch werden im Änderungserlass strategische Grundsätze zur Frage, wie Gefährdungen bekämpft und eingedämmt werden können sowie zur zukunftsgerichteten Pandemiebewältigung generell vermisst. Ebenfalls fehlt ein klarer und proaktiver Einbezug verschiedener relevanter Akteursgruppen in die zukünftige Pandemiebekämpfung sowie ein Konzept zur Krisenkommunikation grundsätzlich. Schliesslich werde auch der Schutz sensibler Personendaten noch zu wenig berücksichtigt.

#### 4.2.3 Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden und Städte / der Wirtschaft

**SBVg, SGB und Travail.Suisse** beschränken sich auf Aussagen, die die Arbeitswelt betreffen, und begrüssen eine Ex-ante-Regelung von Finanzhilfen an Unternehmen (vgl. Art. 70a-70f) im VE-EpG grundsätzlich, wenn diese auch aus Sicht **Travail.Suisse** in der vorliegenden Version zu wenig ausgereift sei. **SGB** bedauert zudem, dass keine dauerhafte formalgesetzliche Grundlage für bestimmte Maßnahmen im Rahmen des VE-EpG geschaffen wurde (Erwerbsausfallentschädigungen und Leistungen in Abweichung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG)) und dass die Anhörungspflicht der Sozialpartner in der Teilrevision nicht systematisch aufgenommen worden ist. Auch **Travail.Suisse** kritisiert die fehlende Berücksichtigung der Sozialpartner im VE-EpG.

**SGV** und **SSV** begrüssen grundsätzlich die Überarbeitung des EpG. Im Hinblick auf Artikel 50 der Bundesverfassung (BV) sei jedoch ein systematischer Einbezug der Städte und Gemeinden bei der Bewältigung von Epidemien im VE-EpG vorzusehen.

**Economiesuisse** und **SVV** sind der Ansicht, dass der VE-EpG insgesamt in die richtige Richtung geht, wenn auch verschiedentlich Präzisierungs- oder Anpassungsbedarf bestehe. Als zentral erachtet wird unter anderem, dass möglichst viel über das ordentliche Recht geregelt wird, das nationale Krisenmanagement angepasst wird, das Potenzial des Föderalismus besser genutzt werden kann und Finanzierungsfragen unter Einhaltung der fiskalischen Äquivalenz klar geregelt werden. Dies betrifft auch die grundsätzlich zu begrüssenden Regelungen für Finanzhilfen an Unternehmen (vgl. Art. 70a-70f).

**SAV** wünscht, dass an gewissen Stellen im VE-EpG eine Präzisierung vorgenommen wird, insbesondere auch, damit für die Unternehmen eine gewisse Verlässlichkeit und Planbarkeit entsteht, wobei nachvollziehbar sei, dass die hohen Anforderungen an die Normenstufe und die Normendichte mit dem unvorhersehbaren und dynamischen Charakter einer Krise kollidieren.

**SBV** begrüßt den VE-EpG im Grundsatz, insbesondere den besseren Einbezug von Parlament und Kantone. Zudem müssten aber auch die Sozialpartner und die betroffenen Branchen bei der Erarbeitung von Massnahmen, die ihren Bereich betreffen, frühzeitig miteinbezogen werden.

#### **4.2.4 Akteure der Wirtschaft**

49 Verbände und Organisationen der Wirtschaft reichten eine Stellungnahme ein. Während eine Mehrheit dieser Akteure den VE-EpG im Grundsatz begrüßt, beurteilen insbesondere Organisationen der Gastro-, Detailhandel- und Veranstaltungsbranche den vorliegenden Entwurf kritisch. Von allen Akteuren wird vielerorts Anpassungs- oder Präzisierungsbedarf gesehen. Insbesondere Finanzierungsfragen müssten genauer geklärt und das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz eingehalten werden. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für Finanzhilfen an Unternehmen (vgl. Art. 70a-70f) wird zwar grundsätzlich begrüßt, die vorgeschlagene Regelung im VE-EpG sei jedoch ungenügend und müsse umfassend angepasst werden. Nach Ansicht verschiedener Wirtschaftsakteure sei zudem im gesamten Gesetz die Wirtschaft angemessen zu berücksichtigen und grundsätzlich ein Einbezug der von Massnahmen betroffenen Branchen und Sozialpartner vorzusehen.

#### **4.2.5 Akteure des Gesundheitswesens**

112 Akteure des Gesundheitswesens reichten eine Stellungnahme ein. Die Hinweise und Forderungen gestalten sich dabei sehr heterogen und teilweise auch sehr detailliert. Der VE-EpG wird von einer Mehrheit dieser Akteure grundsätzlich begrüßt, wenn auch bei vielen Regelungen Anpassungsbedarf gesehen wird. Während gewisse Aspekte zu präzisieren seien, kritisieren andererseits gewisse Akteure den (zu) hohen Detaillierungsgrad im VE-EpG. Inhaltlich wird von einem Teil der Akteure in Frage gestellt, ob das Thema der Antibiotikaresistenzen im EpG zu regeln sei und insbesondere auch die Fortbildungspflicht für Ärztinnen und Ärzte in diesem Bereich wird breit abgelehnt. Ferner wird von vielen Akteuren die Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern als wichtiger Aspekt angesehen. Diesbezüglich, aber auch im gesamten VE-EpG, müsse die kostendeckende Entschädigung der Aufwände sichergestellt werden. Auch seien grundsätzlich die Zusatzaufwände für das Gesundheitswesen so klein wie möglich zu halten. Von einem Teil der Akteure wird im VE-EpG die fehlende Berücksichtigung der Komplementärmedizin bemängelt, von anderen die fehlende Berücksichtigung der ambulanten Grundversorgung. Grundsätzlich müsse zudem ein adäquater Mitbezug der betroffenen Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens sichergestellt werden.

#### **4.2.6 Weitere Akteure**

51 weitere Akteure haben eine Stellungnahme eingereicht. Neben 7 (Eidgenössischen) Kommissionen<sup>6</sup> und 6 Fachkonferenzen<sup>7</sup> umfasst dies auch weitere Organisationen, die nicht klar einer der vorgängigen Kategorien zugeordnet werden konnten (Universitäten, religiöse und karitative Organisationen, kantonale Parteien etc.). Die Rückmeldungen dieser Akteure sind äusserst divers und abhängig vom jeweiligen Zweck oder Fokus der Organisation. Zusätzlich reichten rund 20 Akteure sehr kritische Stellungnahmen ein, die inhaltlich viele Parallelen zu den Stellungnahmen von Privatpersonen aufweisen (siehe Kapitel 4.2.7).

#### **4.2.7 Privatpersonen**

Im Rahmen der Vernehmlassung der Revision des EpG wurden Stellungnahmen von mehr als 1500 Privatpersonen eingereicht. Diese Stellungnahmen von Einzelpersonen (inkl. einiger Inhaberinnen und Inhaber kleiner Unternehmen wie Arztpraxen, sowie Vertreterinnen und Vertreter sehr kleiner Vereine) standen mit wenigen Ausnahmen der Vernehmlassungsvorlage **kritisch bis sehr kritisch** gegenüber und lehnten die Vorlage in ihrer Gesamtheit ab. Eine grosse Mehrheit der Stellungnahmen bediente sich dabei einer von mehreren Textvorlagen, die online zum Herunterladen zur Verfügung

<sup>6</sup> EKK, KomABC, NEK, EKIF, KMU-Forum, EKSI und EFBS

<sup>7</sup> KAV, Privatim, SSK, VKCS, VKS und VSKT

gestellt wurden. Nachfolgend werden einige der am häufigsten genannten Kritikpunkte und Gründe für die Ablehnung wiedergegeben.

Die Stellungnehmenden kritisieren, dass mit dem revidierten EpG noch mehr Kompetenzen und Vorrrechte auf Bundesebene konzentriert und die Bürokratie ausgebaut werden. Dies geschehe auf Kosten der Bürgerinnen und Bürger, der Kantone sowie der im Gesundheitswesen tätigen Personen und Institutionen. Auch werde mit dieser Vorlage der Regierung die Möglichkeit gegeben, Notstandrecht in ordentliches Recht umzuwandeln, was Tür und Tor für willkürliches Handeln und die Verfolgung von partikularinteressen öffne. Die unklar definierten Lagen(übergänge) würden dies zusätzlich verstärken.

Die Vorlage sei auch abzulehnen, weil das Vorgehen in der Covid-19-Epidemie bislang nicht systematisch und von unabhängiger Seite aufgearbeitet wurde. Entsprechend seien die Lehren aus dieser Zeit bei der Erarbeitung der Vorlage nicht (genügend) berücksichtigt worden. Auffällig seien zudem die stark befehlende und autoritäre Sprache, eine kriegerische Terminologie und eine Fokussierung auf invasive Massnahmen in der Vorlage.

Mit dem neuen EpG sei die Übernahme von international gültigen Normen und Vorschriften vorgesehen, namentlich resultierend aus dem WHO-Pandemievertrag und den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV). Die damit einhergehende Abgabe von Souveränität sei nicht akzeptabel und die Macht der WHO auf keinen Fall auszuweiten. Abgelehnt wird zudem der Fokus auf den One-Health-Ansatz, der eine Gleichstellung von Mensch und Tier propagiere und stark mit der WHO und dem Thema Impfen in Verbindung gebracht wird.

Die Impfung als zentrale Säule der Strategie des Bundes wird aus gesundheitlicher (unbekannte Nebenwirkungen, gesundheitsschädigende Inhaltsstoffe/Vektoren, Aushebelung der regulären Prüfmechanismen), finanzieller (hohe Kosten für Steuerzahlerinnen und Steuerzahler) aber auch aus gesellschaftlicher und ethischer Sicht (Impfzwang, gesellschaftliche Ächtung, Zu widerhandeln des eigenen Gewissens für Gesundheitsfachpersonen) stark kritisiert. Zugleich würden Aspekte der psychischen Gesundheit und der Komplementärmedizin ausser Acht gelassen und es fänden sich keine Ausführungen zu Prävention und Gesundheitsförderung durch natürliche, nicht-pharmakologische Mittel. Grundsätzlich fehle eine Definition des Begriffs «Impfung».

Kritisiert wird auch ein wahrgenommener Paradigmenwechsel von der Überwachung und Meldung von Krankheiten hin zur Überwachung und Meldung von Personen. So müssten Menschen durch willkürliche unwissenschaftliche und administrative Art und Weise ihre Gesundheit beweisen. Zudem werden verschiedentlich Bedenken bezüglich einer Verletzung von Daten- und Persönlichkeitsschutz sowie der persönlichen Freiheitsrechte geäussert.

Schliesslich werden die gemäss der Vorlage vorgesehenen Massnahmen gegenüber Privatpersonen, Unternehmen und Institutionen als fehlgeleitet, nicht wirksam und/oder schädlich betrachtet. Diesbezüglich, aber auch generell, würden die in der Vorlage genannten Grundsätze der Subsidiarität, der Wirksamkeit und der Verhältnismässigkeit nicht oder nur ungenügend berücksichtigt.

## 4.3 Beurteilung Artikel VE-EpG

### 4.3.1 Ersatz von Ausdrücken, Art. 2-3 (Zweck, Begriffe)

#### Allgemeine Rückmeldungen Art. 2-3

**GF CH, PH CH** und **pro-salute ch** empfehlen, den One-Health-Ansatz als Art. 3a gleich nach Zweck und Begriffsbestimmungen ins Gesetz aufzunehmen.

**BE** und **NE** schlagen einen neuen Art. 3<sup>bis</sup> betreffend die zuständigen Behörden vor. Dieser soll festhalten, dass die Kantone eine Kantonsärztin oder einen Kantonsarzt bezeichnen, welche beziehungsweise welcher die zuständige Behörde für die Umsetzung der geplanten Massnahmen ist.

**LU** verlangt, dass auch der Begriff «öffentliche und private Institutionen des Gesundheitswesens» klar definiert wird respektive alle Betriebe, die Heilmittel anwenden und abgeben, gleichgestellt werden.

**ARTISET<sup>8</sup>** fordert, bei diversen Abschnitten des Kapitels 5 «Bekämpfung» (Artikel 30-49) im EpG die Kernelemente Chancengleichheit beim Zugang und der Erarbeitung von Massnahmen, Auswirkungen auf die betroffenen Personen, die Gesellschaft und Wirtschaft, sowie die Wirksamkeit und Verhältnismässigkeit bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen als Maxime nochmals explizit zu betonen.

**IMM** weist darauf hin, dass angesichts strengerer regulatorischer Vorgaben, insbesondere durch die IVDR (In-vitro-Diagnostika-Verordnung), das Risiko einer Versorgungslücke in der Diagnostik besteht. Diese Entwicklung könnte die Verfügbarkeit kritischer diagnostischer Ressourcen gefährden und erfordert daher besondere Aufmerksamkeit bei der Formulierung des Gesetzestextes.

### **Rückmeldungen zum Ersatz von Ausdrücken**

#### Ersatz von Ausdrücken

Im ganzen Erlass wird «Heilmittel» durch «wichtige medizinische Güter» ersetzt, mit den nötigen grammatischen Anpassungen.

**ASO, avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, SDV, SFF, Sphf und SVPPh** begrüssen den Ersatz des Begriffs «Heilmittel» mit dem Begriff «wichtige medizinische Güter».

**TI** sowie **ABBV, Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, Interpharma, SAV scin, SVDI und SVV** fordern, dass der Begriff «medizinische Güter» präziser definiert wird. **TI** sowie **GRIP** und **Interpharma** sind der Ansicht, dass grundsätzlich die Änderungen in die richtige Richtung gehen, jedoch noch Präzisierungen nötig sind. **SAMW** und **Swiss TPH** begrüssen die Ausweitung des Gesetzes auf wichtige medizinische Güter, da einer Pandemie nicht allein mit Impfstoffen und Arzneimitteln begegnet werden kann. **SFF** begrüsst die Anpassung des Begriffs Heilmittel durch medizinische Güter.

**FPTH, LB** und **KMUfamilie** stimmen der Ersetzung nicht zu.

**VS** und **ZH** wünschen, dass in allen Passagen des Gesetzes, die eine Zuständigkeit der Kantonsärztin oder des Kantonsarztes festlegen, dies auch so benannt werden und nicht allgemein von «zuständiger kantonaler Behörde» gesprochen werden sollte.

**FBS** kritisiert, dass im Entwurf viele Begriffe («Subsidiarität», «Wirksamkeit» und «Verhältnismässigkeit») verwendet werden, ohne dass diese klar definiert werden. Ebenso wenig fände sich im Entwurf eine Auseinandersetzung zwischen diesen Prinzipien und beispielsweise einer Kosten-Nutzen-Betrachtung.

**H+** regt eine Vereinheitlichung des Begriffs «Heilmittel», auch mit dem Landesversorgungsgesetz (LVG) und dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) an.

**PZ** ist der Ansicht, dass die Sprache noch etwas allgemeinverständlicher und barrierefreier sein könnte.

### **Art. 2 Abs. 2 Bst. e und f sowie 3**

<sup>2</sup> Mit den Massnahmen nach diesem Gesetz sollen:

- e. der chancengleiche Zugang zu Einrichtungen und Mitteln für den Schutz vor Übertragungen gesichert werden;
- f. die Auswirkungen von übertragbaren Krankheiten auf die betroffenen Personen, die Gesellschaft und die Wirtschaft reduziert werden.

<sup>3</sup> Bei der Planung und Umsetzung der Massnahmen ist Folgendes zu berücksichtigen:

- a. die Grundsätze der Subsidiarität, der Wirksamkeit und der Verhältnismässigkeit;

<sup>8</sup> Gemäss Begleit-E-Mail dieses Akteurs schliessen sich die Branchenverbände CURAVIVA, INSOS und YOVITA der Stellungnahme von ARTISET an.

- b. die Auswirkungen auf Volkswirtschaft und Gesellschaft;
- c. die Auswirkungen auf die gegenseitigen Abhängigkeiten von Mensch, Tier und Umwelt.

**GDK, AI, BE, BL, FR, GE, GL, GR, JU, NW, OW, SG, SH, TG, VD** sowie **IDS NE, SGTP** und **Swiss TPH** merken an, dass die stärkere Gewichtung des One-Health-Ansatzes im gesamten Gesetzesentwurf positiv hervorzuheben sei. Für **AI, BE, FR, GL, NW** und **VD** sei richtig, dass das EpG im Sinne eines gesetzlichen Rahmens diesen wichtigen Ansatz in Bezug auf die Zusammenarbeit von Akteuren, aber auch von Systemen und Abläufen aufnimmt. **GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, NW, OW, SG, SH, TG** und **VD** machen darauf aufmerksam, dass die Schnittstellen zwischen dem EpG und dem Tierseuchengesetz (TSG) noch besser geklärt werden müssen. **BE, FR, GL** und **NW** begrüßen ausdrücklich die Absicht, durch Lebensmittel übertragbare Krankheiten im EpG besser zu verankern. **SAMW** und **WiBeG** begrüßen explizit die Aufnahme der Grundsätze von One-Health in das EpG und die Unterscheidung zwischen Gesellschaft und Wirtschaft in Abs. 3 Bst. b. **BFS** verlangt, dass, sofern keine eng geführte Definition des Begriffs «Umwelt» vorgelegt wird, der Begriff aus dem Gesetzestext zu streichen ist. **SGTP** begrüßt die Schaffung der gesetzlichen Grundlage für eine Umsetzung von One-Health in der Prävention, Überwachung und Bewältigung von Epidemien sehr.

**AR, GE, NW, EKSI, NEK** sowie **ABBV, AHS, DVSP, GRIP, IDS NE, Interpharma, NFP 80, SAMW, SBK, SGBE, Spitex, SVBG** und **Uni GE** gehen auf die Aspekte Chancengleichheit und Gleichstellung ein, die stärker thematisiert werden sollen. **AR** fordert, anstelle des neu eingefügten Begriffs «chancengleich» (Art. 2 Abs. 2 Bst. e) solle der Begriff «chancengerecht» verwendet werden. **NW** hinterfragt, was als chancengleich definiert wird. **GE** weist in Bezug auf die garantierter Gleichstellung darauf hin, dass in Art. 2 Abs. 2 Bst. e. der Begriff der Triage in Situationen mit begrenzten Ressourcen fehlt. **NEK** sowie **DVSP, IDS NE, SAMW, Senesuisse, SGBE, Uni GE** und **WiBeG** betonen, dass die Auswirkungen einer Epidemie und die Auswirkungen von Massnahmen zu deren Bekämpfung sehr ungleiche Auswirkungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen haben. Die Chancengleichheit erfordert die Berücksichtigung dieser Phänomene. **AZ, FS, KMUfamilie, MFR** und **Réinfo Santé** hinterfragen, ob die Formulierung «gleiche Zugangschancen» realistisch ist, da während der Covid-19-Epidemie festzustellen war, dass viele nicht geimpfte Personen keinen Zugang zu medizinischer Versorgung hatten. Zudem kritisieren die Akteure die Tatsache, dass der Bund vorschlägt, seine Kompetenzen zu erweitern, was im Widerspruch zum Subsidiaritätsprinzip stehe. **AHS, PINK CROSS** und **SGCH** fordern insbesondere einen stärkeren Einbezug zivilgesellschaftlicher Akteure, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden. **BFS** und **MV** verlangen die Streichung des Begriffs «chancengleich», da dieser nicht klar definiert ist und somit Tür und Tor für willkürliche Interpretationen und Ansprüchen öffnet. Auch **NEK** weist auf die Bedeutung der Grundrechte hin, die nur in Ausnahmefällen und so kurz wie möglich eingeschränkt werden dürfen. **EKSI** sieht als unabdingbar an, dass das Thema Chancengleichheit in alle Bereiche und in alle Phasen der verschiedenen Prozesse eingebracht werde. Dies geschehe auch durch die Beteiligung der verschiedenen Zielgruppen und ihrer Vertreterinnen und Vertreter an den Prozessen. Für **ABBV, GRIP**, und **Interpharma** müsse beim «chancengleichen Zugang» klar sein, dass vulnerable Personen, insbesondere immungeschwächte Personen, ebenfalls Zugang zu schützenden Heilmitteln wie passiven Immunisierungen erhalten. **SBK** fordert, dass «chancengleicher Zugang» mit «gleichberechtigtem Zugang» im Sinne von Gleichgerechtigkeit ersetzt werden soll. **SVBG** begrüßt insbesondere die Ergänzung des Begriffs «chancengleicher Zugang». **SBK** und **SVBG** unterstreichen, dass ein guter Zugang zu Informationen, Präventionsmaßnahmen und Versorgung für vulnerable Gruppen von zentraler Bedeutung sei. Dies würde unter anderem bedeuten, Informationen in verschiedenen Sprachen und auch in «einfacher Sprache» zur Verfügung zu stellen. **NFP 80** begrüßt die Ergänzung des Begriffs Chancengleichheit, er sollte jedoch in Artikel 3 genauer definiert werden, damit klar werde, wie die Chancengleichheit gewährleistet werden kann. **CER-VD** wünscht eine Präzisierung und Beschreibung der Bedingungen für die Gewährleistung der «Chancengleichheit». Der Akteur betont zudem, dass der vorliegende Text nicht auf andere notwendige Mittel zur Verhinderung der Ausbreitung der Krankheit eingeht, die für die am wenigsten begünstigte Mitglieder der Gesellschaft belastend sein können. **ISPM BE** hinterfragt, wie der

chancengleiche Zugang in den Überwachungssystemen und Massnahmen umgesetzt wird. Sie schlagen vor, dafür die SAGER-Richtlinien (Sex and Gender Equity in Research) zu berücksichtigen. **MCID** begrüßt die Nennung des chancengleichen Zugangs als Zweck der gesetzlichen Massnahmen explizit. **Spitex** verlangt, dass die Auswirkungen auf die vulnerablen Gruppen zusätzlich erwähnt werden sollten.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, SBCK, SCA, SCRHG und SFGV** befürworten die Ergänzung in Art. 2 Abs. 2 Bst. f und den neuen Art. 2 Abs. 3 Bst. b. Jedoch sollte im Art. 2 Abs. 2 Bst. f präzisiert werden, dass das Gesetz auch die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen der Massnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten reduzieren soll. Wer durch behördliche Massnahmen während einer Epidemie bzw. Pandemie wirtschaftlich massgeblich betroffen ist, soll nicht unverschuldet in eine schwere wirtschaftliche Not geraten und soll entschädigt werden. Dies gilt es in der vorliegenden Teilrevision des Epidemiengesetzes ebenfalls zu berücksichtigen. **Economiesuisse, SAV, STV und SVV** fordern, dass auch die Auswirkungen von übertragbaren Krankheiten auf die Wirtschaft bei der Planung und dem Erlass von Massnahmen zwingend berücksichtigt und möglichst klein gehalten werden müssen. **Economiesuisse** und **SVV** fordern zudem, dass die nationalen Sozialpartnerinnen und Sozialpartner einer Branche zu konsultieren seien, sollten kantonale Massnahmen getroffen werden. **FDP** sowie **HotellerieSuisse** begrüßen, dass die Auswirkungen auf die Wirtschaft bei der Planung und dem Erlass von Massnahmen mitberücksichtigt und möglichst klein gehalten werden müssen. **NFP 80** hält es für falsch, die Wirtschaft als einzigen Bestandteil der Gesellschaft explizit zu nennen und damit gesondert hervorzuheben. Zudem gelte es klarzumachen, dass zwischen direkten Auswirkungen für Betroffene (Ansteckung, gesundheitliche Folgen) und ebenfalls schädlichen, indirekten Auswirkungen für die Gesellschaft zu unterscheiden sei.

**AI, AR, LU, NE, KAV** sowie **SBK, Spitex, STV** und **SVBG** begrüßen die Präzisierungen des Zweckartikels.

**ABUK, ALETHEIA, AZ, FS, LIBERTÉ, MFR, MV** und **Réinfo Santé** fordern die Streichung von Abs. 3 Bst. c. **LV** sieht Abs. 3 Bst. c kritisch an.

**GF CH, PH CH** und **pro-salute ch** betonen, dass bei der Bekämpfung der direkten und indirekten Auswirkungen von Epidemien insbesondere die Minimierung von ungünstigen Folgen für die psychische, somatische und soziale Gesundheit grosse Bedeutung haben. Sie seien deshalb u.a. in Art. 2 Bst. f explizit anzusprechen. **GF CH** und **PH CH** wünschen zudem den Zusatz «...um Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und im Schutz vor Krankheiten zu verhindern;» bei Art. 2 Bst. e. **SAMW** merkt an, dass auch die breiten gesundheitlichen Auswirkungen im Auge behalten werden müssen.

**Economiesuisse, FZH** und **SVV** möchten die explizite Nennung der Anbindung der Schweiz an die Welt in Abs. 3 Bst. b anregen, da diese für das Funktionieren der Schweizer Gesellschaft und Wirtschaft, zumindest auf Verordnungsstufe, eine adäquate Präzisierung dieses Artikels zu sein scheint. **SWISS** weist ebenfalls darauf hin, dass die Covid-19-Epidemie die Bedeutung der Anbindung über den Luftverkehr deutlich gemacht hat. Das sollte reflektiert werden. **Aerosuisse** fordert, dass der Bundesrat darauf hinwirken soll, dass die Luftfahrt ihre Rolle für die Anbindung der Schweiz mit der Welt auch im Falle einer Pandemie erfüllen kann.

**SG** sowie **FZH** und **SRF** begrüßen explizit die genannten Grundsätze der Subsidiarität, der Wirksamkeit und der Verhältnismässigkeit. **FZH** und **SRF** begrüßen zusätzlich insbesondere die Auswirkungen auf Volkswirtschaft und Gesellschaft. **SRF** fügt an, dass der Grundsatz der Evidenzbasierung bei den Grundsätzen der Subsidiarität, der Wirksamkeit und der Verhältnismässigkeit mitaufgenommen werden sollte.

**ARTISET** und **Senesuisse** begrüßen, dass der in einer Pandemie zusätzlichen psychischen und emotionalen Belastung mit einer Anpassung der Zweckartikel Rechnung getragen werden soll. Allerdings

sollten die Änderungen affirmativer formuliert sein, damit ihre Bedeutung eine klare Betonung erhält.

**GF CH** und **PH CH** heben positiv hervor, dass im EpG sowohl die Chancengleichheit im Zugang zu Gesundheitsmassnahmen als auch die Verringerung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen von Epidemien explizit angesprochen werden. Der Einbezug der Grundsätze der Subsidiarität, Wirksamkeit und Verhältnismässigkeit garantiere zudem eine ausgewogene Herangehensweise.

**ISPM BE** weist darauf hin, dass die Volks(wirtschaft) auch als Teil der Gesellschaft betrachtet werden kann. Auch **IFF** wünscht eine Vereinheitlichung der Begriffskombinationen in Art. 2 Abs. 2 Bst. f, Art. 2 Abs. 3 Bst. b und Art. 6 Bst. a Ziff 2.

**OdA AM** bedauert, dass bei den neu zu berücksichtigenden Aspekten in Art. 2 Abs. 3 weiterhin ein grosser Interpretationsspielraum gegeben ist, welcher entsprechende Kontroversen in der Gesellschaft nicht verhindern wird. **NVS** ist der Ansicht, dass Art. 2 Abs. 2 weiterhin einen zu grossen Interpretationsspielraum lässt, was weiterhin zu kontroversen Diskussionen in der Gesellschaft führen könnte.

**SBK** und **SVBG** weisen darauf hin, dass bei Abs. 2 Bst. f Gesundheitsfachpersonen explizit zu nennen sind.

**GL** verlangt die Streichung von Bst. a.

**NE** schlägt vor, in Abs. 3 einen Bst. d hinzuzufügen: «Risiken einer Verzögerung oder Nichtbehandlung von nicht epidemiebedingten Erkrankungen».

**SZ** fordert, dass in Abs. 3 auch die Aufrechterhaltung der systemrelevanten Strukturen sowie die Gewährleistung der Ausübung der politischen Rechte als Leitplanken Erwähnung finden sollen.

**TI** fordert die Streichung von Abs. 3 Bst. a, da die genannten Grundsätze bereits auf der Ebene der Verfassung und mehrerer anderer Gesetze formuliert sind.

**VD** merkt an, dass in der Aufzählung der Grundsätze die persönlichen Freiheiten fehlen. Entsprechend soll «de l'impact sur les libertés personnelles et individuelles» ergänzt werden.

**ZH** fordert, dass in Abs. 3 Bst. b zusätzlich zu «Volkswirtschaft und Gesellschaft» auch noch die Demokratie erwähnt werden, da die Auswirkungen auf die Demokratie bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen ebenfalls berücksichtigt werden müssten.

**SVP** fordert, dass in Art. 2 klar festzulegen ist, dass das Gesetz auch auf seine Auswirkungen auf die Volkswirtschaft und auf die Gesellschaft zu achten hat. **LV** fordert bei Abs. 3 Bst. b, dass zusätzlich eine Abwägung der öffentlichen Interessen vorgenommen werden muss.

**ARTISET** verlangt eine explizite Verankerung des Verfassungsgebots der Grundsätze der Verhältnismässigkeit, Subsidiarität und Wirksamkeit, die der Bundesrat und die Kantone bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen zu berücksichtigen haben. Auch **HelvEthica TI** fordert, dass neben dem Verhältnismässigkeitsprinzip Massnahmen grundsätzlich auch evidenzbasiert sein und aufgrund einer Kosten-Nutzen-Analyse getroffen werden müssten. **SSO** fordert ebenfalls, dass die Subsidiarität klarer zu umschreiben ist. Der Eingriff in die verfassungsmässigen Rechte soll geringstmöglich sein.

**ASS-l'addition** fordert die Ergänzung bei Abs. 3 Bst. d «der Kosten für Entschädigungen (Verhältnis von Wirksamkeit und Kosten)».

**FPTH** unterstreicht, dass der chancengleiche Zugang für alle Mitbürgerinnen und Mitbürger gesichert sein und bleiben muss.

**LIBERTÉ** wünscht unter Abs. 3 das Hinzufügen der Auswirkungen auf die zwischenmenschlichen Beziehungen.

**LV** betont, dass die Chancengleichheit wichtig ist, aber bereits durch die Art. 8 und 35 BV geschützt wird. Das Ziel des EpG müsse weiterhin darin bestehen, den Zugang zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten zu gewährleisten. Indem der neue Text die Modalitäten dieses Zugangs präzisieren will, beseitige er die Garantie dafür. Weiter unterstreicht der Akteur, dass dieses Gesetz auf Art. 118 BV «Schutz der Gesundheit» basiert, jedoch die in Abs. 2 Bst. f gewählte Formulierung den Schutz der Wirtschaft auf die gleiche Stufe wie den Schutz der Gesundheit und der Gesellschaft stellt, was dem verfassungsrechtlichen Gesetzgebungsauftrag nicht gerecht wird. Die ursprüngliche Formulierung soll beibehalten werden.

**N.I.E.** fordert, dass auch unabhängige Studien/Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beim Ausrufen einer Pandemie hinzugezogen werden müssen. Auch dürften die Grundrechte nicht zum Schutze von Minderheiten ausgehebelt werden, sondern die Minderheiten müssten besser geschützt werden. Der Akteur bemängelt, dass der Bund in vielen Bereichen eine Ausweitung seiner Kompetenzen vorschlägt, was im Widerspruch zum erwähnten Subsidiaritätsprinzip steht.

**PTK** bemängelt, dass Abs. 2 Bst. f nur die Reduktion der Auswirkungen von übertragbaren Krankheiten auf die betroffenen Personen erwähnt, nicht aber die Reduktion der Ausbreitung bzw. der Übertragungen selbst. Auch erwähne Abs. 2 Bst. f (bereits bekannte) Langzeit- und Spätfolgen nicht und bei Abs. 3 fehlen grundlegende Prinzipien der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Außerdem sei die Wirksamkeit von Schutzmassnahmen auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz zu beurteilen.

**PZ** fordert, die Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Planung und Umsetzung der Massnahmen in den Gesetzesartikel zu ergänzen.

### **Art. 3 Bst. e**

In diesem Gesetz gelten als:

- e. wichtige medizinische Güter: Heilmittel, Schutzausrüstungen und weitere für die Gesundheitsversorgung notwendige medizinische Produkte.

**GDK, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD** und **KAV** sind einverstanden, dass in diesem Gesetz neu Heilmittel (Arzneimittel und Medizinprodukte) und Schutzausrüstungen als «wichtige medizinische Güter» umschrieben werden. Gemäss **GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, VKS** und **KAV** sei jedoch unklar, was unter «weitere für die Gesundheitsversorgung notwendige medizinische Produkte» verstanden werde, womit auch die allfälligen regulatorischen Auswirkungen dieser Bestimmung unklar seien.

**BS, GE, NE, VD** und **KAV** fordern die Streichung von «weitere für die Gesundheitsversorgung notwendige medizinische Produkte». **AR, FR, GE, NE, TI, VD** und **KAV** schlagen vor, dass eine detaillierte Liste spezifizieren soll, was unter «weitere medizinische Produkte» zu verstehen sei. Gemäss **NE** und **KAV** sei in jedem Fall das Gesundheitspersonal von anderen medizinischen Gütern auszuschliessen. **IFIK** begrüßt den Ersatz des Begriffes «wichtige medizinische Güter» worunter auch Schutzausrüstungen sowie weitere Verbrauchsmaterialen fallen.

**EKSI** sowie **ABBV, AHS, EFBS, H-CH, IFIG, ISPM BE, MCID, PD** und **PINK CROSS** fordern, dass Diagnostika und diagnostische Tests / Analysen ebenfalls als wichtige medizinische Güter betrachtet werden. **IMM** fordert, dass auch diagnostische Kits und zugehörige Verbrauchsmaterialien explizit unter den erweiterten Begriff «wichtige medizinische Güter» fallen. Gemäss **EKSI** müsse zudem sichergestellt werden, dass bei Bedarf auch alternative Probenentnahmen und Probenverarbeitungen ermöglicht werden. **PTK** ergänzt, dass auch technische Ausrüstungen und Hilfsmittel definiert werden sollten.

**AG, BS, LU, TG, ZH** und **VKCS** weisen darauf hin, dass der zentrale Begriff der «Epidemie» zu definieren ist. Gemäss **AG, BS, LU** und **VKCS** sei auch der Begriff der «Pandemie» zu definieren.

**SBK** und **SVBG** weisen darauf hin, dass unter «notwendige medizinische Produkte» Geräte und allgemein die medizinische Logistik besonders zu erwähnen sind.

**NEK** weist darauf hin, dass das verwendete Vokabular «besondere Lage» und «ausserordentliche Lage» nicht sehr klar ist und in Art. 3 präzisiert werden könnte.

**CER-VD** fordert den Zusatz eines Bst. f im Art. 3, der im Zusammenhang mit Art. 33 eine Person, die im Verdacht steht, eine übertragbare Krankheit zu haben, definieren soll.

**GST** fordert, dass Tierarzneimittel ebenfalls unter dem Begriff «wichtige medizinische Güter» fallen müssen.

**LB** ist der Ansicht, dass diese Änderung überflüssig ist und wünscht, dass sie nicht aufgenommen wird.

**NFP 80** ist der Ansicht, dass die Chancengleichheit im Art. 3 definiert werden sollte. Chancengleichheit bedeute, dass alle Personen den gleichen Zugang zu Angeboten haben, welche vor direkten oder indirekten Auswirkungen schützen, diese abmildern oder kompensieren. Dabei sei insbesondere auf die Gleichbehandlung nach sozioökonomischem Status, familiärer und beruflicher Situation, Wohnort, Herkunft und Glaube zu achten.

**Uni GE** weist darauf hin, dass die Erwähnung von Impfstoffen fehle.

#### 4.3.2 Art. 5a-8 (besondere Gefährdung, besondere Lage, Vorbereitungsmassnahmen)

##### Allgemeine Rückmeldungen Art. 5a-8

**Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, SDV, SFV, SGS, SMGP, SVHA, TVS, UNION** und **VRMS** fordern einen neuen Absatz in Artikel 5 zur Stärkung der körpereigenen Abwehr- und Heilungskräfte durch schul- und komplementärmedizinische Präventions- und Therapieinstrumente sowie durch wissenschaftlich erhärtete gesundheitsfördernde Vorbeuge- und Therapiebegleitinstrumente. **Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, SFV, SGS, SMGP, SVHA, TVS, UNION** und **VRMS** verlangen, dass in Artikel 9 ebenfalls ein Absatz ergänzt werden soll, der besagt, dass die Empfehlungen gemäss Absatz 3 auch die Stärkung der körpereigenen Abwehr- und Heilungskräfte durch schul- und komplementärmedizinische Präventions- und Therapieinstrumente sowie wissenschaftlich erhärtete gesundheitsfördernde Vorbeuge- und Therapiebegleitinstrumente betreffen können.

**GDK, BE, BL, FR, GR, JU, LU, NW, OW, SG** und **TG** zeigen sich damit einverstanden, dass auf die Definition von Schwellenwerten für eine besondere oder ausserordentliche Lage im Gesetz verzichtet wird, weil je nach Erreger unterschiedliche Szenarien denkbar sind, die eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit hervorrufen können.

**GDK, BE, BL, FR, GL, GR, JU, OW, SG, SH, SZ, TG** und **UR** fordern, dass bei der Festlegung von Notrecht (ausserordentliche Lage) eine Konsultation der Kantonsregierungen und der vom Vorhaben in erheblichem Masse betroffenen Kreise durchzuführen ist, darunter sind auch die zuständigen Fachkonferenzen zu verstehen.

Nach Ansicht von **AG, AI, BE, FR, GL, LU, NW, SG, SO** und **TI** hat sich das Lagemodell im Grundsatz bewährt. Auch **FDP, GRÜNE** und **Die Mitte** erachten die Beibehaltung des dreistufigen Lagemodells als richtig. **Economiesuisse, HotellerieSuisse** und **SVV** befürworten, am Eskalationsmodell mit den drei Lagen festzuhalten. Es sei dabei insbesondere richtig zu präzisieren, dass in der besonderen Lage die Kantone weiterhin in der Verantwortung sind. Gleichzeitig sei es wichtig, dass der Bundesrat sie übersteuern kann, falls die Kantone sich nicht auf ein kohärentes Vorgehen einigen können. **Swiss TPH** erachtet die Gliederung von Phasen in der besonderen Lage als sinnvoll und zielführend.

**AI, BS, FR, NE, NW, UR** und **VD** stellen fest, dass die Revisionsvorlage keine Anpassung des geltenden Art. 7 EpG vorsieht und fordern, dass, wenn es eine ausserordentliche Lage erfordert, der Bundesrat für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen anordnen kann. **AR, LU, SG** und **TI** sind ebenfalls der Ansicht, dass die ausserordentliche Lage analog zur

besonderen Lage geregelt werden sollte. **ZH** ist der Ansicht, dass eine Vorabinformation an die Kantone vor Einberufung der ausserordentlichen Lage stattfinden muss.

**SGBE, Uni GE** und **WiBeG** fordern, dass Artikel 7 erwähnen sollte, dass die Kantone während der ausserordentlichen Lage weiterhin Massnahmen analog zu Art. 6d Abs. 1 beschliessen können. **CH++** und **ISPM BE** weisen darauf hin, dass in Art. 7 weiterhin die Kriterien für eine ausserordentliche Lage fehlen. **MCID** stellt fest, dass Art. 7 über die ausserordentliche Lage unverändert bleibt. Falls eine ausserordentliche Lage beibehalten werde, müssen im Gesetz analog zur besonderen Lage die Kriterien für das Eintreten einer ausserordentlichen Lage und einen Mechanismus zur Bestimmung der Lage festgehalten werden.

**EKSI** sowie **ABBV** und **H-CH** fordern, dass es in Art. 5 Abs. 1 Bst. c «HIV, Hepatitis B-, Hepatitis C-Virus und sexuell übertragene Infektionen» heissen müsse, um dem nationalen Programm: Stopp HIV, Hepatitis B-, Hepatitis C-Virus und übertragene Infektionen (NAPS) die korrekte Grundlage zu geben.

**KMUfamilie** erachtet das Dreilagmodell als Willkürgesetz. Es bleibe unklar, wann der Bundesrat eine «besondere Lage» definieren oder ausrufen könne. Auch kritisiert der Akteur, dass die WHO jederzeit intervenieren könne, sowie dass die Kompetenzen des Bundesrates durch die Revision massiv ausgeweitet werden. **MV** kritisiert, dass im Entwurf mit keinem Wort geregelt wird, welche Voraussetzungen und welches Verfahren zur Ausrufung der ausserordentlichen Lage notwendig sind. Gemäss **VB** führen diese Artikel zum Verlust der medizinischen Souveränität und widersprechen der Schweizerischen Bundesverfassung.

**IFF** und **NFP 80** erachten das Lagemodell als geeignet, denn es sei wichtig, die Übergänge der Lagen (Eskalation und Deeskalation) sowohl materiell- als auch verfahrensrechtlich mit der notwendigen Präzision zu definieren. Jedoch müsse die besondere Gefährdungslage als eigenständige Lage im Gesetz definiert werden. Auch würde im Übergang von der besonderen zur ausserordentlichen Lage (und zurück) die Teilrevision keine Klärung bringen. Zu regeln wären zudem die besonderen Kompetenzen oder die (Rest-)Zuständigkeiten der Kantone bei der Feststellung der ausserordentlichen Lage.

**ISPM BE** und **MCID** empfehlen die gesetzliche Verankerung einer weiteren eidgenössischen Kommission, welche das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und den Bundesrat in der Beurteilung der epidemiologischen Lage berät.

**BE** stellt fest, dass wenn der Bundesrat im Sinne des EpG eine besondere Lage feststellt, er dies in Bezug auf die öffentliche Gesundheit tut, beispielsweise aber nicht in Bezug auf die öffentliche oder militärische Sicherheit. Hier sei eine Präzisierung nötig.

**TI** ist der Ansicht, dass präzisiert werden soll, dass die Kantone die Möglichkeit, auf ihrem Gebiet zusätzliche Massnahmen zu den vom Bund in der besonderen Situation angeordneten Massnahmen je nach ihrer spezifischen epidemiologischen Situation anzurufen, auch in ausserordentlichen Situationen gewährleistet sein sollten.

**Die Mitte** weist auf die Unklarheiten in Bezug auf die Zuständigkeiten und Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen in den verschiedenen Lagen hin. Der Akteur begrüßt, dass der Übergang von der normalen in die besondere Lage sowie der Rechtsbegriff der «besonderen Lage» präzisiert werden. Ebenfalls unterstützt wird, dass der Bund den Einbezug der Wissenschaft mittels ad-hoc aufgestellter wissenschaftlicher Netzwerke vorsieht.

**GRÜNE** bedauert, dass das Parlament es bisher nicht für notwendig erachtet hat, die Kompetenzen des Parlaments in besonderen oder ausserordentlichen Lagen genügend auszubauen. Außerdem sollte spätestens ab der Ausrufung der besonderen Lage der Bundesrat verpflichtet werden die Wissenschaft in die Krisenbewältigung miteinzubeziehen.

**SVP** verlangt die Anpassung der Definition der normalen Lage, die zu keinen Einschränkungen der Freiheit führen darf. Auch in der besonderen Lage müssen die getroffenen Massnahmen und Einschränkungen klar begründet und zumindest nachträglich legitimiert werden.

**EKIF** benötigt zusätzliche Ressourcen in einer besonderen Lage, z.B. um einen Krisenausschuss zu bilden.

**EKK** bedauert, dass der Bundesrat beschlossen hat, die Revision von Art. 9a des Heilmittelgesetzes (HMG) in die vorliegende Revisionsvorlage zu integrieren, die parallel zur Revision des HMG erfolgt. Die Aufnahme der Änderung von Art. 9a HMG in den Anhang des VE-EpG wird als nicht angemessen beurteilt.

**ABUK** fordert die Streichung der Artikel 6a-6d.

**EDU SG** lehnt den VE-EpG ab, weil die Bedingungen für die Feststellung der «Besonderen Lage» (u.a. Art. 5 bis 8 inklusive Erläuterungen) schwammig formuliert seien.

**HIA** wünscht in Art. 5 eine Berücksichtigung aerogener Krankheitserregern.

**N.I.E.** weist darauf hin, dass die Kantone eigene Kompetenzen brauchen, dies gelte für Artikel 8, 5 und 7.

**SAMW** betont, dass der Föderalismus eine Herausforderung in der Umsetzung dieser Artikel darstellt.

**SBNet** plädiert dafür, dass auch im Bereich der angewandten Biosicherheitsforschung sowie in der praktischen Biosicherheitsausbildung nationale Programme gem. Art. 5 EpG umgesetzt werden.

**SGV** fordert bei der Feststellung der besonderen Lage (6b), wie auch bei der Anordnung von Massnahmen (6c), dass angesichts der institutionell tragenden Rolle der Gemeinden im Hinblick auf eine erfolgreiche Krisenbewältigung und Krisenkommunikation, auch die kommunalen Behörden im Sinne von Art. 50 Abs. 2 und 3 BV anzuhören und in die Entscheidungsprozesse angemessen einzubeziehen sind.

**Swissgrid** merkt an, dass das teilrevidierte EpG sicherzustellen hat, dass Mitarbeitende von Swissgrid in Schlüsselfunktionen sowohl in besonderen als auch in ausserordentlichen Lagen (Art. 6 und 7) im Stande sind, den gesetzlichen Versorgungsauftrag von Swissgrid (Art. 20 Stromversorgungsgesetz (StromVG)) zu erfüllen.

**VRMS** wünscht in einem teilrevidierten Epidemiegesetz zur Impfung ebenbürtige Ausführungen zur Prävention und zu gesundheitsfördernden Massnahmen durch natürliche, nicht pharmakologische Mittel.

**WiBeG** fügt an, dass Art. 9 Abs. 1 (Information) mit «basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft» ergänzt werden sollte.

## **Art. 5a      Besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit**

<sup>1</sup> Bei der Beurteilung, ob eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit vorliegt, wird namentlich Folgendes berücksichtigt:

- a. Die Gefahr der Ansteckung durch einen Krankheitserreger oder die Gefahr der Ausbreitung eines Krankheitserregers ist erhöht.
  - b. Die Häufigkeit und Schwere von Krankheitsfällen, die durch einen bestimmten Krankheitserreger verursacht werden, in bestimmten Bevölkerungsgruppen sind erhöht.
  - c. Die Sterblichkeit aufgrund eines bestimmten Krankheitserregers ist erhöht.

<sup>2</sup> Zusätzlich kann die Gefahr der Überlastung der Gesundheitsversorgung in die Beurteilung einbezogen werden.

Gestützt auf die Covid-19-Erfahrungen erachten **AG, AI, AR, BE, BS, FR, GL, LU, NW, TI** und **VD** sowie **SVBG** die mögliche Überlastung der Gesundheitsversorgung gemäss Art. 5a Abs. 2 als wichtigen Aspekt, wenn es darum geht, eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit zu beurteilen. **BE, BS, GE, GL, LU, NE, SO, TI, VD, VKS** sowie **ISPM BE** und **MCID** beantragen allerdings Abs. 2 zu

streichen und in Abs. 1 als Bst. d einzufügen, da dieser gleichberechtigt zu den Bestimmungen gemäss Abs. 1 zu berücksichtigen ist. **SG, ZH** sowie **SBK** und **SVBG** fordern, dass in Abs. 2 die kann-Formulierung gestrichen wird. **ARTISET** und **IFF** fordern, dass die Umschreibung einer Überlastung der Gesundheitsversorgung explizit ausformuliert werden sollte.

**AG, AI, BE, BS, FR, GL, LU, NE, NW** und **VD** betonen, dass der neue Art. 5a eine wichtige Voraussetzung für die Präzisierung des sogenannten «Lagmodells», hauptsächlich für die Feststellung der besonderen Lage (vgl. Art. 6 ff.) ist. **GDK, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG** und **VD** sowie **ARTISET** und **IFF** unterstützen, dass auf die Definition von Schwellenwerten auf Gesetzesstufe verzichtet wird. **AI** ist mit den vorgeschlagenen Beurteilungsfaktoren einverstanden.

**ABBV, BK-SBK, Hotelleriesuisse, Intergenerika, IMM, ISPM BE, MCID, SAV** und **scin** und **SVDI** fordern Präzisierungen und erachten insbesondere eine Definition des Begriffes «erhöht» als wichtig. **BK-SBK** und **ISPM BE** schlagen vor, in Abs. 1 Bst. a, b und c nur die Kriterien bzw. einen Zahlenwert aufzulisten und den Begriff «ist erhöht» zu streichen. **ABBV, GRIP** und **Interpharma** fordern klare Definitionen/Schwellenwerte für die verschiedenen Begriffe.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrouisse, SBCK, SCA, SFGV** und **STV** begrüssen zwar, dass die besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit definiert wird, gleichzeitig wird jedoch die vorliegende Definition als nichtssagend erachtet und zwingend eine Präzisierung gefordert, welche auf Verordnungsebene erfolgen müsse. **Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrouisse, SBCK, SCA** und **SFGV** streichen die Bedeutung einer seriösen Erfassung der Daten hervor und weisen auf das Fehlen von nationalen Statistiken zu den Ansteckungsorten hin.

**BL, LU, NE, GRÜNE, KAV, SGV** sowie **MCID** und **IFF** begrüssen die Definition der besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit. **BL, FR, LU, NE, ZH, GRÜNE, KAV** sowie **IFF** sind der Ansicht, dass definiert werden soll, wer diese Beurteilung wahrnehmen wird. **FR, LU, NE** und **KAV** fordern, dass Swissmedic und die Kantone neben dem BAG unbedingt in diese Beurteilung miteinbezogen werden sollten. **BL** betont, dass in Bezug auf Krisensituationen im EpG explizit eine Anhörung der Kantonsregierungen verankert werden soll. **VB** ist der Ansicht, dass es unklar ist, wer eine gesundheitliche Notlage beurteilt und mit welchen Methoden.

**Economiesuisse, SRF** und **SVV** erachten Art. 5a als zu vage formuliert und einer Präzisierung bedürftig. **ISPM BE, MCID** und **PD** fordern eine präzisere Definition des Begriffs «Sterblichkeit». **ISPM BE** und **PS** sind der Ansicht, dass der Begriff «Infektionssterblichkeit» geeignet wäre. **ALETHEIA** und **LB** fordern, dass klar überprüfbare Schwellenwerte festgelegt werden. **SVP** fordert, dass quantifiziert wird, wann eine Gefährdung der öffentlichen Sicherheit vorliegt, beispielsweise mit dem Wort «deutlich». **EKSI** befürchtet, dass hinsichtlich der Feststellung einer «besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit» ein neuer unbestimmter Rechtsbegriff eingeführt wurde, insbesondere da keine Schwellenwerte für Indikatoren festgelegt oder Instanz genannt wurde, welche darüber entscheidet. Auch **BK-SBK** betont, dass viele Begriffe keine objektive Beurteilung zulassen, ob die Kriterien erfüllt sind oder nicht, um eine Situation als «besonderes Risiko für die öffentliche Gesundheit» zu bezeichnen. **SCRHG** begrüßt, dass der Begriff «spezifisches» Risiko definiert wird. Der aktuelle Vorschlag sei jedoch nicht klar genug und es müsse in der Verordnung definiert werden, was unter «signifikant erhöht» zu verstehen ist. **VIPS** und **GRIP** fordern eine präzisere Definition von Begriffen wie beispielsweise der «besonderen Gefährdung» und generell eine klare Festlegung von Grenzwerten, entweder im Gesetz oder in der Verordnung.

**ABUK, AZ, FPTH, MFR, MV, Pro Schweiz** und **Réinfo Santé** lehnen den Artikel in der jetzigen Fassung ab. **AS** kritisiert insbesondere die Verwendung des Begriffes «Erreger» und die Berücksichtigung der Spitälerkapazität. Beide sollen gestrichen werden. **BFS** will eine neue Kommission des Ständerates eingesetzt sehen, welche die Beurteilung durch den Bundesrat einschränkt. **LIBERTÉ** wünscht, dass die elektromagnetische Verschmutzung ebenfalls beachtet wird. **MV** fordert eine ersatzlose Streichung des Artikels 5a. Sollte der Artikel dennoch aufgenommen werden, müsse die frühere WHO-Pandemiedefinition sinngemäss in Art. 6 aufgenommen werden. **N.I.E.** fordert, dass

jeder Mensch zusammen mit seiner Hausärztin oder seinem Hausarzt oder anderen Vertrauenspersonen selbst entscheiden kann, ob seine Gesundheit gefährdet ist.

**AHS, PINK CROSS** und **SGCH** fordern, dass die Indikatoren in Abs. 1 alternativ und nicht kumulativ anzuwenden sind, um eine rasche und flexible Reaktion zu ermöglichen.

**IFF, ISPM BE** und **MCID** wünschen, dass in Bst. b auch die «gesamte Bevölkerung» erwähnt werden sollte.

**PH CH, pro-salute ch** und **SBK** weisen darauf hin, dass in Abschnitt 2 eine klare und einfach nachvollziehbare Struktur für die Koordination und Kommunikation, sowie eine eindeutig definierte Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Fachleuten fehlt.

**SGBE, Uni GE** und **WiBeG** erachten die Erwähnung der verschiedenen Nenner in den Absätzen b und c als einschränkend. Manchmal gehe es um die Morbidität in der Allgemeinbevölkerung, manchmal um die Mortalität in bestimmten Gruppen.

**SZ** stellt die Frage, ob die Feststellung einer besonderen Lage immer nur gesamtschweizerisch festgestellt wird, nicht aber für einzelne Regionen oder Kantone.

**EDU** erachtet die Definitionen «besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit» als schwammig und ist der Ansicht, dass diese umfangreiche Überwachungsmassnahmen, einschliesslich Abwassertests ermöglicht. Diese Massnahmen können als Vorwand für weitreichende Notrechtsentscheidungen dienen, ohne unabhängige Überprüfung.

**SP** bedauert, dass in der vorliegenden Vernehmlassungsvorlage keine zusätzlichen nationalen Programme zur Pandemievorbereitung enthalten sind. **SP** regt deshalb an, in Art. 5 einen entsprechenden Absatz zu ergänzen und ein nationales Surveillance-Programm einzuführen. Ebenfalls soll ein Programm zugunsten der Innenluftqualität gesetzlich verankert werden.

**NEK** will Abs. 2 dahingehend ergänzt sehen, dass alle Sektoren und Altersgruppen zur Beurteilung miteinbezogen werden können.

**CER-VD** fordert, dass auch die psycho-soziale Perspektive miteinbezogen wird.

**H+** fordert, die im Erläuternden Bericht (S. 38) aufgeführten Situationen, die zu den Gefahren einer Überlastung des Gesundheitswesens in der Schweiz zählen, im Gesetzestext explizit aufzuführen. Als weitere Gefahr müsse zudem die «Überlastung des Personals» aufgeführt werden. Die im Erläuternden Bericht aufgeführte Einschränkung, wonach «nicht jedes Rückstellen von nicht dringlichen Eingriffen als Überlastung des Gesundheitswesens gelten müsse» sei hingegen ersatzlos zu streichen.

**IFF** fordert, dass in Abs. 1 «namentlich» durch «hauptsächlich» ersetzt wird.

**MCID** ist der Ansicht, dass alle Kriterien in Abs. 1 sich auf die Gefahr/Drohung selbst beziehen sollten und nicht auf deren Anwesenheit, da sonst nur verspätet gehandelt werden kann.

**PTK** weist darauf hin, dass die Gefahr durch Reinfektion und die damit verbundenen erhöhten Risiken von Langzeit- oder Spätfolgen nicht zum Ausdruck kommen.

**SAMW** würde begrüssen, wenn einer stark verfrühten Sterblichkeit besondere Beachtung geschenkt werden würde.

**SRF** betont, dass die Hürde für eine besondere Lage nicht zu tief angesetzt werden darf, um einen möglichen Übernahmearmatismus der WHO-Verordnungen zu vermeiden.

**Swissnoso** begrüsst die Formulierung von Faktoren zur Beurteilung des Vorliegens von besonderen Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit im Einzelfall.

**Uni GE** fordert, dass in Bst. b nach «bestimmten Bevölkerungsgruppen» «mit hohem Risiko» oder «gefährdet» eingefügt wird.

**VASOS** stellt fest, dass im Rahmen der Vorsorge Massnahmen zur Vermeidung einer möglichen Überbelastung der Gesundheitsversorgung präventiv vorzusehen sind, dies insbesondere mit Blick auf die Chancengleichheit in der Versorgung von vulnerablen und älteren Menschen in einer Krise.

Eine besondere Lage liegt vor, wenn:

- a. der Ausbruch und die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit durch die ordentlichen Vollzugsorgane nicht genügend verhütet und bekämpft werden können und:
    1. eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit besteht, oder
    2. schwerwiegende Auswirkungen auf die Wirtschaft oder auf andere Lebensbereiche bestehen;
  - b. die Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgestellt hat, dass eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite besteht und durch diese in der Schweiz eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit droht.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, TI** sowie **ARTISET, Economesuisse, IFF, SAV** und **SVV** begrüßen die Umformulierung in Abs. 1 explizit.

**GDK, AG, BE, BL, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG** und **TI** erwarten, dass der Bundesrat die Rolle einer strategischen Gesamtführung in einer künftigen besonderen Lage deutlicher wahrnehmen wird.

**ABBV, ARTISET, BK-SBK, Economiesuisse, GRIP, IFF, Interpharma, PH CH, pro-salute ch, SFF, SVDI und SVV** fordern die Präzisierung einzelner Begriffe in diesem Artikel (z.B. «nicht genügend», «schwerwiegend»).

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, GastroSuisse, SBCK, SCA und SFGV** lehnen die Änderungen in Abs. 1 Bst. a ab, da der Entscheid, ob eine besondere Lage vorliegt, im Sinne der in Art. 2 Abs. 3 Bst. a festgehaltenen Subsidiarität weiterhin von den Möglichkeiten und Fähigkeiten der ordentlichen Vollzugsorgane abhängig gemacht werden sollte, einen Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, und nicht vom Vorgehen der ordentlichen Vollzugsorgane. Auch **SCRHG** lehnen die Anpassungen in Abs. 1 Bst. a ab.

**ALETHEIA, AZ, BFS, FPTH, HelvEthica, KWSSS, LV, MFR, NVS, Oda AM** und **Réinfo Santé** lehnen aus Sicht der schweizerischen Souveränität die Koppelung der Definition der besonderen Lage an eine WHO-Feststellung (Abs 1 Bst. b) ab. Auch **EDU SG, N.I.E., SSO** und **vbfm** merken an, dass das EpG abgelehnt werden muss, weil es die Schweiz den Weisungen einer ausländischen nicht legitimierten Instanz (WHO) unterstellen kann und entsprechend die Souveränität der Schweiz angreift. **NEK, SGBE** und **Uni GE** sehen keine Verbesserung in der angepassten Formulierung von Abs. 1 Bst. b und fordern dessen Streichung. **LIBERTÉ** favorisieren die ursprüngliche Variante von Abs. 1 Bst. b.. **SRF** betont, dass ein WHO-Übernahmearmatismus vermieden werden müsse.

**ABUK, AS, LB** und **MV** fordern die Streichung von Abs. 1 Bst. b aufgrund der mangelhaften Pandemie-Definition.

**AS** und **LB** fordern klar überprüfbare Schwellenwerte.

**LV** fordert die Streichung von Abs 1. Bst. a. al. 2.

**MV** fordert die Streichung von Art. 6.

**H+** wünschen eine klarere bzw. krisentauglichere Zuordnung von Kompetenzen zum Bund.

<sup>1</sup> Droht der Eintritt einer besonderen Lage, so treffen Bund und Kantone in gegenseitiger Absprache die erforderlichen Vorbereitungen, insbesondere bezüglich:

- a. des Einsatzes der Krisenorganisationen;
  - b. der epidemiologischen Überwachung und Risikobewertung;
  - c. der Koordination der Krisenkommunikation;

- d. der Information der Bevölkerung über Risiken;
- e. der Zusammenarbeit;
- f. der Bereitstellung der notwendigen Kapazitäten und Ressourcen.

<sup>2</sup> Bund und Kantone berücksichtigen die Besonderheiten der Gesundheitsgefährdung und beziehen die Vorbereitungs- und Bewältigungspläne (Art. 8 Abs. 1) mit ein.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR und VD** beantragen, dass im erläuternden Bericht präzisiert werden soll, dass primär dem Bund die Koordination der Krisenkommunikation und die übergeordnete Information der Bevölkerung zukommen. Gemäss **AR** wäre es zielführend, für die Kommunikation ein Konzept für die Krise unter dem Lead der Bundeskanzlei zu haben.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD und VS** beantragen, dass im erläuternden Bericht zu Art. 6a Abs. 1 Bst. a und e die Rolle der von der Krise meistbetroffenen Fachdirektorenkonferenz als Vermittlungs- und Koordinationsfunktion zwischen Bund und Kantonen sowie zwischen übrigen Fachdirektorenkonferenzen ergänzt wird.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SCRHG, SFGV und STV** fordern eine Ergänzung dahingehend, dass sich Bund und Kantone bei einer bevorstehenden besonderen Lage frühzeitig mit den finanziellen Entschädigungen von Unternehmen und Selbständigerwerbenden auseinandersetzen sollten. Auch **Swissnoso** sieht die Finanzierung der Massnahmen als unklar an und wünscht eine frühzeitige Regelung.

**AG, BE, FR, GL, GR, LU, NW, VD und VKS** stellen fest, dass dem Zeitfaktor bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten eine entscheidende Rolle zukommt und die in Art. 6a Abs. 1 Bst. a bis f dargelegten Vorbereitungsschritte deshalb zügig abzuhandeln sind.

**FDP** sowie **Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, SAV, scin, STV, SVV** und **VIPS** fordern, dass die Art und Weise der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen im Grundsatz im EpG oder auf Verordnungsstufe geklärt werden sollen und nicht erst bei der Vorbereitung der besonderen Lage. **AR** stellt aufgrund der föderalen Strukturen in Frage, wie der Einsatz der Krisenorganisation in gegenseitiger Absprache zwischen Bund und Kantonen erfolgen soll. Auch **SO** wünscht eine Klärung der Bedeutung von «in gegenseitiger Absprache».

**ARTISET, GSASA, H+, SBK, Senesuisse, SSO** und **SVBG** wünschen die explizite Erwähnung der Information an die Gesundheitsfachpersonen in Abs. 1. **ARTISET, Senesuisse, PZ** und **Spitex** vermissen die Konsultation weiterer zur Krisenbewältigung notwendiger Akteure. **ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** wünschen die explizite Erwähnung eines frühzeitigen Einbeugs von Expertinnen und Experten. **ZH** sowie **FG TRM** wünschen den bindenden Einbezug eines wissenschaftlichen Gremiums.

**NEK, SGBE, Uni GE** und **WiBeG** kritisieren, dass die Kommunikation zu den Risiken unidirektional sei. Eine wirksame Kommunikation sollte jedoch gemeinschaftsorientiert und bidirektional sein. Auch **AR** sowie **MV** fordern die höhere Gewichtung der Information an die Bevölkerung in Art. 6a.

**AG, GL, GR, TI** und **VKS** beantragen, dass im erläuternden Bericht festzuhalten sei, dass in Bezug auf Art. 6a Abs. 1 Bst. f, zur Bereitstellung der notwendigen Kapazitäten und Ressourcen auch die Finanzierung derselben gehört.

**SO** sowie **CH++, IFF, ISPM BE** und **MCID** regen die Prüfung einer zusätzlichen Phase dem dreistufigen Modell an (Vorbereitungsphase).

**CH++, MCID, IFF** und **ISPM BE** vermissen Klarheit darüber, nach welchen Kriterien eine «Drohung» des Eintritts in die besondere Lage erfolgt, und wer diesen Zustand feststellt.

**NEK, SGBE** und **Uni GE** wünschen präzisiert zu sehen, dass auch die Kommunikation mit der WHO wichtig ist. Auch sei die Unterscheidung zwischen kurzfristiger und langfristiger Vorbereitung unklar.

**GR** betont, dass die Aufgabe der epidemiologischen Überwachung und Risikobewertung ausschliesslich beim Bund (BAG) liege.

**ZH** fordert die Streichung von Abs. 2.

**KAV** wünscht eine Präzisierung des Begriffs «Zusammenarbeit» (Abs. 1 Bst. e)

**NFP 80** wünscht die Ergänzung von «der direkten und indirekten Auswirkungen der Pandemie.» in Abs. 1 Bst. b.

**SDV** fordert die frühzeitige Abstimmung mit den Nachbarländern betreffend Grenzgängerinnen und Grenzgänger, Flüchtlingen etc. bei der Vorbereitung der besonderen Lage.

**SGV** fordert, dass die entsprechenden Daten und Informationen zur epidemiologischen Lage zeitgleich auch den Gemeindebehörden zur Verfügung stehen. Eine Präsentation der Lage auf nationaler Ebene müsse zeitverzugslos auch auf Stufe der kommunalen und regionalen Krisenorganisationen verfügbar gemacht werden.

**SSV** kritisiert, dass bei der Vorbereitung auf eine besondere Lage das Zusammenspiel von Bund und Kantonen mit den Städten und Gemeinden im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht gebührend berücksichtigt wird.

## **Art. 6b      Besondere Lage: Feststellung der Lage**

<sup>1</sup> Der Bundesrat stellt die besondere Lage fest.

<sup>2</sup> Er definiert die Ziele und Grundsätze der Strategie zur Bekämpfung der Gefährdung sowie die Form der Zusammenarbeit mit den Kantonen.

<sup>3</sup> Er entscheidet über den Einsatz der Krisenorganisation des Bundes.

<sup>4</sup> Er hört die Kantone und die zuständigen parlamentarischen Kommissionen an.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZH** und **VKS** fordern, Abs. 2 so zu ergänzen, dass die Definition der Ziele und Strategien zur Bekämpfung einer Gesundheitsgefährdung «in Absprache mit den Kantonen» erfolgen solle. **GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD** und **VKS** betonen, dass die in Art. 6b Abs. 2 genannten Ziele und Grundsätze der Strategie zur Bekämpfung der Gefährdung sowie die Form der Zusammenarbeit mit den Kantonen zwischen Bund und Kantonen gemeinsam zu definieren und den Kantonen nicht erst im Rahmen einer Anhörung vorzulegen sind. **GDK, AI, AR, BE, BL, FR, GR, JU, OW, SG, SH, SZ, TG** und **UR** merken an, dass es sich bei der Feststellung der besonderen Lage um ein Vorhaben von grosser Tragweite im Sinne von Art. 3 Abs. 1 Bst. d bzw. Bst. e des VIG handelt. Die Regel in Absatz 4 von Art. 6b E-EpG sei daher ein Anwendungsfall der allgemeinen Grundsätze des VIG. Aus diesem Grund seien in diesem Fall die Kantonsregierungen anzuhören (Art. 4 Abs. 2 Bst. a VIG). Auch **AR** und **GRÜNE** betonen, dass eine vorgängige Anhörung der Kantone vorgesehen werden soll. Gemäss **GRÜNE** betrifft dies auch die zuständigen Kommissionen. **ZH** fordert ebenfalls, dass die parlamentarischen Kommissionen ad-hoc angehört werden können sollten und dass sie jederzeit erreichbar und beschlussfähig sein müssten. **ZG** verlangt, dass in Abs. 4 statt «Kantone» der Begriff «Kantonsregierungen» verwendet werden soll. **Die Mitte** ist einverstanden, dass der Bundesrat unter Anhörung der Kantone und zuständigen parlamentarischen Kommissionen die Ziele und die Form der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen während einer besonderen und ausserordentlichen Lage festlegt. Auch **N.I.E.** fordert ein Mitspracherecht der Kantone.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, TI, UR, VD, ZH** sowie **IDS NE, IFF** und **VKS** verlangen, dass auch die Aufhebung der besonderen Lage explizit im Gesetzestext festzuhalten ist. **AI, BS, GL, NW, SZ** und **VD** beantragen, dass der Bundesrat im Rahmen der Aufhebung der besonderen Lage die verschiedenen Aspekte und Beweggründe den Kantonen darlegen soll. Die Anhörung zur Aufhebung der besonderen Lage hat ebenfalls unter Anwendbarkeit der allgemeinen Grundsätze des VIG zu erfolgen. **AG, BE** und **SO** führen aus, dass der

Bundesrat seine Beweggründe zur Feststellung wie auch zur Beendigung der besonderen Lage zusammen mit weiteren Aspekten darlegen soll. **AG** fordert eine konkretere Regelung für die Voraussetzung und Feststellung des Eintritts der besonderen Lage und auch des Rückgangs aus der besonderen in die normale Lage.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrouisse SBCK, SCA und SFGV** befürworten explizit Art. 6b, da wichtig sei, dass das Parlament und die Kantone vor der Feststellung der Lage angehört und auch danach gut eingebunden bleiben.

**Hotelleriesuisse, STV** und **Travail.Suisse** wünschen, dass auch die Sozialpartnerinnen und Sozialpartner gemäss Abs. 4 angehört werden. **Hotelleriesuisse** und **STV** wünschen ebenfalls den Einbezug der Branchen. **SBK** und **SVBG** wünschen in Abs. 4 die Ergänzung der Fachkreise und die Gesundheitsfachpersonen. **avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** fordern die Ergänzung der Verbände der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. **GE** sowie **SGI** verlangt die Klärung der Rolle bzw. den Einbezug des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD). **SGV USAM** verlangt die Einrichtung eines breit zusammengesetzten Führungsstabs (vor allem inkl. Sozialpartner). Der Bundesrat bedürfe außerdem für die Ausrufung einer besonderen oder ausserordentlichen Lage der Zustimmung der parlamentarischen Delegation.

**FDP** sowie **ABBV, GRIP** und **Interpharma** fordern, dass der frühzeitige Einbezug von Expertinnen und Experten in Art. 6b explizit erwähnt wird. **GRIP, Intergenerika, scin, SGV USAM** und **VIPS** erachten den gleichberechtigten Einbezug von externen Fachexpertinnen und Fachexperten als zwingend.

Gemäss **Economiesuisse, Hotelleriesuisse** und **SVV** wäre die Schweiz bereits in einer besonderen Lage im Krisenmodus. Daher seien dann die Krisenorganisationen zwingend zu aktivieren und Abs. 3 entsprechend anzupassen.

**SO** betont, dass zur Vermeidung von Verzögerungen die Kommissionen – wie die Kantone – auch bei kurzen Fristen termingerecht ihre Stellungnahme abgeben müssen. Auf der anderen Seite sei auf Gesetzesstufe festzuhalten, dass den Kantonen und den zuständigen parlamentarischen Kommissionen nach Möglichkeit angemessene Fristen angesetzt werden. **SGV USAM** fordert, dass in einer besonderen Lage Verordnungen des Bundesrates / der Departemente ein abgekürztes Vernehmlassungsverfahren inklusive einer abgekürzten Berichterstattung durchmachen. Der Kreis, der zur Stellungnahme Eingeladenen könne eingeschränkt werden, wobei Kantone und Sozialpartnerinnen sowie Sozialpartner zwingend einzuladen seien.

**ABUK** lehnt den Artikel aufgrund der Erweiterung der Kompetenzen des Bundesrats ab. **ALETHEIA** lehnt den Artikel ebenfalls ab, da der Bundesrat keine medizinische Kompetenz für die Feststellungen habe.

**LIBERTÉ** fordert, dass auf Basis einer wissenschaftlichen Debatte eine Entscheidung durch die parlamentarischen Kammern über die Feststellung (oder Nicht-Erklärung) einer besonderen Situation getroffen werden muss. **MV** verlangt, dass Parlament und Kantone bereits vor Ausrufung in die Entscheidfindung einbezogen werden müssen. Zudem habe das Parlament zwingend und umgehend die Ausrufung der besonderen Lage zu überprüfen.

**SGV** und **SSV** fordern die Ergänzung von «..., die Gemeinden...» in Abs. 4, da nicht nur die Kantone, sondern auch die Städte und Gemeinden für die Umsetzung der Massnahmen in ihren Zuständigkeitsbereichen verantwortlich sind.

**SZ** fügt an, dass wenn Massnahmen gemäss Art. 6c Abs. 2 auf bestimmte Regionen oder einzelne Kantone beschränkt werden können, dies auch für die Feststellung der besonderen Lage gelten müsste.

**SVP** fordert, dass vor der Ausrufung und im Umgang mit der epidemiologischen Lage ein Bundesratsausschuss gebildet wird. Der Bundesrat bedürfe für die Ausrufung einer besonderen oder ausserordentlichen Lage der Zustimmung einer zu bildenden parlamentarischen Delegation. Die

Ausrufung der ausserordentlichen Lage müsse dem Gesamtparlament spätestens nach drei Monaten erstmals zur Genehmigung unterbreitet werden; nur das Gesamtparlament soll diese Lage verlängern können. Abschliessend müssen auch in den besonderen und ausserordentlichen Lagen Vernehmlassungen durchgeführt werden, diese dürfen aber auch zeitlich verkürzt werden.

**BFS** fordert, dass in Abs. 1 und Abs. 2 der folgende Zusatz ergänzt wird: «Das Ständemehr ist ausschlaggebend».

**Ga-NE** sieht den Entscheid der Feststellung der besonderen Lage durch den Bundesrat als nicht vereinbar mit dem Grundsatz der Gewaltenteilung. Dies sollte der Legislative obliegen.

**IFF** regt an zu überlegen, ob es nicht sinnvoll wäre, den Bundesrat beim Ausbruch einer Epidemie zu verpflichten, den Eintritt der besonderen Lage sowie weitere allgemeine Anordnungen in einer Verordnung zu regeln.

**KWSSS** verlangt die Statuierung einer Beweispflicht des Bundesrates bei der Feststellung der besonderen oder ausserordentlichen Lage.

**LB** fordert klar definierte Schwellenwerte. Sollte es keine solchen geben, sei der Artikel abzulehnen.

**LV** verlangt einen neuen Absatz, der bestimmt, dass bei Uneinigkeit zwischen dem Bundesrat und den Kantonen über die Einstufung der Situation, die Kantone nach sechs Monaten mit Mehrheit beschliessen können, die besondere Situation aufzuheben.

**SFF** weist darauf hin, dass verschiedene Ausführungen gemäss den Erläuterungen im Gesetzestext nicht zum Ausdruck kommen.

**SGV USAM** verlangt, dass beim Ausrufen einer besonderen oder ausserordentlichen Lage ein Bundesratsausschuss zu konstituieren sei. Die besondere wie auch die ausserordentliche Lage könnten dabei maximal auf 3 Monate befristet ausgerufen und qgf. verlängert werden.

### ***Art. 6c Besondere Lage: Anordnung von Massnahmen***

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann nach Anhörung der Kantone und der zuständigen parlamentarischen Kommissionen:

- a. Massnahmen anordnen gegenüber einzelnen Personen (Art. 30–39) oder gegenüber der Bevölkerung und bestimmten Personengruppen (Art. 40);
  - b. Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker und weitere Gesundheitsfachpersonen sowie öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens verpflichten, Impfungen durchzuführen sowie bei weiteren Massnahmen der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken;
  - c. Impfungen von gefährdeten Bevölkerungsgruppen, besonders exponierten Personen und Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, für obligatorisch erklären.

<sup>2</sup> Er kann die Massnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a schweizweit oder für einzelne Regionen oder Kantone anordnen.

**Hinweis:** In den Rückmeldungen zu diesem Artikel wurden die Begriffe Impfpflicht, Impfzwang und Impfobligatorium teils als gleichwertig verwendet, bzw. keine offensichtliche Unterscheidung der Begriffe vorgenommen. Die Aussagen wurden soweit möglich gemäss der verwendeten Terminologie gruppiert.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SMVS, SNM, SGP, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** sind der Ansicht, dass eine besondere Lage in keiner Weise rechtfertigt, dass Fachpersonen gezwungen werden sollten, Impfungen durchzuführen. Vielmehr sollen die Gesundheitsfachpersonen in ihren Bemühungen unterstützt werden, möglichst viele Menschen zu impfen. In Abs. 1 Bst. b sollte deshalb «verpflichten» durch «unterstützen» ersetzt werden. **politbeobachter** lehnt ebenfalls ab, dass Personal sowie Institutionen des Gesundheitswesens zur Durchführung von Impfungen gezwungen werden.

**Cranio Suisse, Dakomed, SMGP, SVHA, OdA KT, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, SFV, SGS, TVS, UNION und VRMS** unterstützen den Vorschlag, dass ein Impfobligatorium nur in besonderen oder

ausserordentlichen Lagen auszusprechen ist und dass es vorgängig eine Anhörung der Kantone und der zuständigen Kommissionen braucht. Ein Impfzwang wird aber grundsätzlich und jederzeit deziert abgelehnt. **AÄV** und **MV** lehnen einen Impfzwang ebenfalls ab. **FG TRM** hält es für angemessen, ein Obligatorium einzuführen.

**TI, FDP** sowie **Economiesuisse, DVF CH, GRIP, Intergenerika, scin, SVV, VB, vbfn** und **VIPS** lehnen eine Impflicht ab. **TI** sieht den Sinn der Aufnahme einer Impflicht nicht, insbesondere da dies eine Volksabstimmung wahrscheinlicher macht. **BK-SBK** ist der Ansicht, dass ein umstrittenes und heikles Thema wie die Impfpflicht, nicht ohne weitere Hervorhebung inmitten vieler anderer Änderungen erscheinen kann. Aus Gründen der Transparenz, soll der Artikel deshalb gestrichen werden. **VB** ist der Ansicht, dass eine Impflicht gegen die Schweizerische Bundesverfassung verstößt.

**SZ** sowie **ALETHEIA, LB, N.I.E., NVS, Oda AM** und **PVS** lehnen ein Impfobligatorium ab. **SZ** fordert Bst. a entsprechend zu präzisieren, so dass weitgehende Massnahmen, wie beispielsweise ein Impfobligatorium, nicht zulässig sind.

**SGSH, SSI, USB** und **USZ** erachten ein Mandat zur Impfung von gefährdeten Bevölkerungsgruppen als kaum durchsetzbar. **SGSH, USB** und **USZ** erachten es als sinnvoll, ein Anreizsystem zur Umsetzung einer Impfstrategie in Erwägung zu ziehen. **DVSP** ist nicht einverstanden, dass Menschen gegen ihren Willen geimpft werden. **SSI** fordert, Anreize für gefährdete Personengruppen zu schaffen, damit diese sich selbst schützen.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SFGV** und **STV** befürworten, dass neu vor dem Beschluss von Massnahmen eine Anhörung der zuständigen parlamentarischen Kommissionen erfolgen muss (Art. 6c Abs. 1). Allerdings sollen die Sozialpartnerinnen und Sozialpartner sowie Branchen einbezogen werden, wo sie massgeblich betroffen sind. **SCRHG** fordert ebenfalls, dass die Sozialpartnerinnen und Sozialpartner sowie Branchen miteinbezogen werden. **SBVg** und **SRF** würden begrüßen, wenn die betroffenen Branchen/Branchenverbände miteingebunden werden. **CP** und **EXPO** wünschen insbesondere auch die Anhörung der betroffenen Wirtschaftsverbände. **H+** und **GSASA** fordern, dass in einem Abs. 1 Bst. d zusätzlich insbesondere die Verbände der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer angehört werden. **SAV** stellt fest, dass die Sozialpartnerinnen und Sozialpartner frühzeitig anzuhören sind. **VSAO** schlägt vor, die betroffenen Berufsverbände ebenfalls miteinzubeziehen.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, VD** und **VS** unterstützen ausdrücklich die Ergänzung von Art. 6c Abs. 2, womit ermöglicht wird, dass Massnahmen nur für besonders betroffene Regionen oder Kantone angeordnet werden können.

**AR, BE, FR, GL, LU, NW, UR** und **VD** beantragen die Ergänzung, dass der Bundesrat vor der Anordnung von Massnahmen deren Um- und Durchsetzbarkeit durch die Kantone zu berücksichtigen hat und dazu vorgängig die betroffenen kantonalen Stellen konsultiert. Nicht um- und durchsetzbare Massnahmen sind als Empfehlungen anzuordnen. **BE, FR, LU, NW, UR** und **VD** unterstützen ausserdem die Haltung der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD), dass in Art. 6c explizit ergänzt wird, dass der Bundesrat vor dem Inkrafttreten von angeordneten Massnahmen den Kantonen genügend Zeit für die Vorbereitungen von deren Umsetzung und Vollzug lassen muss. **AG, BE, LU** und **NW** sind der Ansicht, dass ein zeitlich realistischer Einbezug aller involvierten Stellen, insbesondere auch der Polizeibehörden, trotz des hohen Zeitdrucks garantiert werden muss. **BE** hält zusätzlich fest, dass Empfehlungen entsprechend ihrer Natur nicht in Form eines Rechtserlasses erfolgen sollten. **BS** hält es für unumgänglich, dass für eine zeitnahe Umsetzung und den Vollzug der Massnahmen nach Abs. 1 Bst. a die betroffenen kantonalen Stellen vorgängig konsultiert werden.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** fordern, dass die Gesundheitsfachpersonen sowie die öffentlichen oder privaten Institutionen des Gesundheitswesens für den Aufwand der weiteren Massnahmen kostendeckend entschädigt werden. **AÄV** fordert, dass Bst. b

weggelassen werden sollte. Eine Verpflichtung sei nur akzeptabel, wenn auch gleichzeitig die Vergütung stimmt.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** fordern, dass die mögliche Verpflichtung für Gesundheitsfachpersonen sowie öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens auf Stufe des Gesetzes klarer definiert werden sollte, anstelle einer Blanko-Delegation an die Verordnung.

**NEK** sowie **DVSP, IDS NE, SAMW, SGBE, Uni GE** und **WiBeG** sind betreffend Abs. 1 Bst. b der Ansicht, dass sich die Mobilisierung der Ressourcen des Gesundheitssystems nicht auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beschränken darf, sondern auch die Reaktion auf die erhöhten Gesundheitsbedürfnisse im Zusammenhang mit der Epidemie umfassen sollte.

**ABUK** lehnt Zwangsmassnahmen, sowie eine Erweiterung der Bundeskompetenzen ab. **AS** fordert den Artikel ersatzlos zu streichen. Massnahmen sollen lediglich empfohlen werden. **LIBERTÉ** fordert, dass Massnahmen lediglich vorgeschlagen werden können und lehnt Verpflichtungen ab. **VB** kritisiert, dass eine Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte die Bevölkerung unter Druck setzen könnte.

**SGBE, Uni GE** und **WiBeG** halten fest, dass das Gesundheitspersonal, welches durch Long Covid arbeitsunfähig wurde, bezüglich Arbeitsunfähigkeit so behandelt wurde, wie es bei jeder anderen Krankheit der Fall gewesen wäre. Es wurde nicht berücksichtigt, dass das Personal dem Risiko im Rahmen beruflicher Tätigkeit und manchmal mit unzureichenden Schutzmassnahmen ausgesetzt war. Auch Angehörige anderer Berufsgruppen waren von dieser Situation betroffen. Die Krankheit soll deshalb als Berufskrankheit anerkannt werden.

**AIG, Economiesuisse** und **SVV** fordern, dass versorgungsrelevante Infrastrukturen von nationaler Bedeutung auch in Krisenzeiten vom Bund reguliert werden und nicht durch kantonale Spezialregelungen übersteuert werden. **SO** ist der Ansicht, dass Abs. 2 nicht als «Kann-Vorschrift» ausgestaltet sein sollte. **IFF** ist der Ansicht, dass die «Kann-Formulierung» verschleiert, dass der Bundesrat in der besonderen Lage nicht nur Kompetenzen, sondern auch Verantwortung übernimmt. **SDV** erachtet es als wichtig, dass der Bundesrat auf schweizweit einheitliche Massnahmen hinwirken soll.

**AR, FR** und **TG** fordern, dass die Formulierung «Kantone» in «Kantonsregierung» abgeändert wird. Auch **AG** ist der Ansicht, dass der Einbezug der Kantone über die Regierungsräinnen und Regierungsräte und nicht über die Fachdirektorenkonferenzen erfolgen soll. **GR** wünscht, dass die Anhörung der Kantone nach Möglichkeit über die Kantonsregierungen erfolgen soll. **ZG** fordert ein Anhörungsrecht der Kantonsregierungen.

**SBK** und **SVBG** sind der Ansicht, dass Pflegefachfrauen namentlich erwähnt werden sollen. **NEK** bemängelt, dass neben dem Gesundheitspersonal Fachkräfte aus anderen Berufszweigen im Artikel nicht erwähnt werden. **SDV** fordert, dass Drogistinnen und Drogisten zu erwähnen sind.

**NEK** sowie **SGBE** und **Uni GE** stellen die Frage, ob ein Mechanismus für die zentrale Verwaltung oder den Austausch von Informationen über begrenzte Ressourcen vorgesehen ist.

**FS, HelvEthica** und **VRMS** kritisieren, dass die Komplementärmedizin nicht berücksichtigt wird.

**AG** erachtet es als wichtig, dass der Bundesrat in der besonderen Lage verstärkt den Lead und die Koordination übernimmt und entsprechende Massnahmen unter Einbezug der Kantone und der zuständigen parlamentarischen Kommissionen anordnen kann. **ARTISET** betont, dass die Kapazitäten und Personalressourcen der Gesundheitsversorgung in einer epidemischen oder pandemischen Situation landesweit und einheitlich zu betrachten sind.

**GL** und **SG** fordern, dass sich der Bund in Abs. 2 vorerst auf die Anordnung schweizweiter Massnahmen beschränken soll.

**ZG** und **ZH** sind der Ansicht, dass die Tierärzteschaft fehlt, welche in Bst. b ebenfalls verpflichtet werden können sollte.

**NEK** fordert, dass ausserparlamentarische Kommissionen auch angehört werden sollten. **MCID** begrüßt den Einbezug parlamentarischer Kommissionen.

**Economiesuisse** und **SVV** begrüßen Abs. 1 Bst. a und b.

**SAMW** befürchtet eine Stigmatisierung/Diskriminierung von bestimmten Bevölkerungsgruppen inklusive Gesundheitspersonal durch behördliche Anordnungen. Wenn immer möglich, sollte kein Unterschied zwischen der allgemeinen Bevölkerung und z.B. dem Gesundheitspersonal gemacht werden. **SGI** ist der Ansicht, dass die Einführung einer Impfpflicht in aussergewöhnlichen Situationen das Risiko der Stigmatisierung und Diskriminierung von Pflegepersonal birgt.

**SFF** und **SVBG** betonen, dass die Verhältnismässigkeit zwingend zu wahren ist.

**AR** fordert, dass Abs. 1 Bst. b auch sozial-medizinische Institutionen mitumfassen muss.

**BL** kritisiert, dass in Art. 6c die Sicherstellung der Grundversorgung und ein Verbot elektiver Behandlungen auf Bundesebene nicht aufgenommen wurden und an die Kantone, bzw. Betriebe delegiert werden. **BL** fordert, das Thema der fiskalischen Äquivalenz konsequent zu regeln.

**SVP** lehnt Lockdowns im Grundsatz ab. Die Wirtschaftsfreiheit darf nie im Kern ausgeschaltet werden.

**EKSI** schlägt vor zu prüfen, ob einige der Massnahmen auch bei «besonderer Gefährdung der öffentlichen Gesundheit» zur Anwendung kommen sollten. **EKSI** stellt fest, dass die erlassenen Massnahmen je nach Gesundheitseinrichtungen nicht immer vollumfänglich umgesetzt werden können; eine individuelle Anpassung sollte möglich sein.

**ARTISET** erachtet die Wiederholung der verfassungsmässigen Grundsätze aus Art. 2 Abs. 3 Bst. a als sinnvoll und schlägt deshalb eine Anpassung vor in Abs. 1 Bst. a.

Gemäss **IFF** stellt sich die Frage, ob Abs. 2 überarbeitet werden sollte. Bei Massnahmen in einem einzelnen Kanton ist fraglich, ob ein Bundesinterventionsrecht gerechtfertigt ist und ob dem Kanton nicht mindestens besondere Anhörungsrechte zustehen sollten.

**SGV** fordert, dass die Gemeinden ergänzt werden.

**SMPA** empfindet die vorgeschlagenen Finanzhilfen als zu restriktiv.

**SSO** ist der Ansicht, dass auch vor der Anordnung von Massnahmen die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen und in der Landesversorgung anzuhören sind.

#### **Art. 6d      Besondere Lage: Zuständigkeiten**

<sup>1</sup> Soweit der Bundesrat nichts anderes bestimmt, behalten die Kantone in einer besonderen Lage ihre Zuständigkeiten nach diesem Gesetz. Sie bleiben für die Anordnung von Massnahmen nach den Artikeln 30–40 zuständig, es sei denn, der Bundesrat hat nach Artikel 6c Absatz 1 entsprechende Massnahmen angeordnet.

<sup>2</sup> Die Kantone ordnen zusätzlich zu den vom Bundesrat nach Artikel 6c Absatz 1 angeordneten Massnahmen weitergehende Massnahmen nach den Artikeln 30–40 an, wenn die epidemiologische Lage im Kanton dies erfordert.

<sup>3</sup> Sie koordinieren ihre Massnahmen untereinander.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH** sowie **SGV** und **SSV** begrüßen den neuen Art. 6d Abs. 2 ausdrücklich, da neu besonders stark betroffene Kantone bei Bedarf weiterführende Massnahmen ergreifen können. Damit wird eine weitere wichtige Regelungslücke für die Kantone geschlossen. **ZG** ergänzt, dass die entsprechende Zuständigkeit deshalb auch im nachfolgenden Art. 7 EpG vorzusehen sei. **AG** ist der Ansicht, die Kantone sollen für die Anordnung von (untereinander koordinierten) Massnahmen zuständig bleiben, wenn und soweit der Bundesrat von seinen erweiterten Kompetenzen keinen Gebrauch mache. Aus Sicht des **SSV** soll der Bundesrat nicht erst in der ausserordentlichen, sondern schon in der besonderen Lage eine Führungsrolle wahrnehmen und die Gesamtstrategie definieren.

**SGV** sowie **Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse SBCK, SCA, SCRHG, SFGV** und **STV** wünschen die Ergänzung von «können anordnen» in Art. 6d Abs. 2, damit die Regelung nicht als Pflicht verstanden wird.

**GDK, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR** und **VD** begrüssen, dass die Kantone, wenn es die epidemiologische Lage im Kanton erfordert, weitergehende Massnahmen nach den Artikeln 30-40 anordnen können.

**GDK, AR, BE, BL, BS, FR, GR, JU, LU, GL, NE, NW, OW, SG, TG, TI** und **VD** weisen in Bezug auf Art. 6d Abs. 3 darauf hin, dass hauptsächlich eine regionale Koordination zwischen den Kantonen anzustreben ist. **GDK, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, TG, TI** und **VD** ergänzen, dass dieser Koordination in der Realität Grenzen gesetzt sind, weil sich Entscheide von Gesamtregierungen nicht an allfällige Absprachen von regionalen oder nationalen Fachkonferenzen halten müssen. Dieser Umstand könnte mit dem EpG nicht aufgehoben werden. **SG** fügt an, dass die Koordinationspflicht der kantonalen Massnahmen näher definiert werden muss. **PH CH** und **pro-salute ch** betonen, dass die Kantone dafür sorgen müssen, dass die Massnahmen in benachbarten Kantonen möglichst harmonisiert sind. **H+** und **GSASA** ergänzen, dass zusätzlich zur Koordination der Kantone untereinander, die Kantone auch Zugriff auf die Informationssysteme des Bundes haben und ein eigenes Koordinationsorgan einsetzen sollen.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin, SVV** und **VIPS** sind der Ansicht, dass hier der Einbezug von Expertinnen und Experten explizit erwähnt werden sollte. **GRIP, Intergenerika, scin** und **VIPS** betonen, dass zwingend ein Gesamtbild über die Auswirkungen der Massnahmen geschaffen werden soll.

**ABUK** und **AS** fordern ebenfalls die ersatzlose Streichung des Artikels. **AS** mit der Begründung, dass der Bundesrat die kantonalen Rechte nicht auszuhebeln habe. **ABUK** mit dem Hinweis, dass die Kompetenzen für den Bundesrat erweitert werden.

**SBK** und **SVBG** kritisieren, dass in diesem Artikel unklar bleibt, wer nun tatsächlich den Lead hat im Falle einer besonderen/ausserordentlichen Lage. Der Bund müsse die Vorgehensweise in der besonderen Lage zentral regeln.

**BFS** fordert, dass die Zuständigkeit der Kantone ohne Einschränkung durch den Bundesrat gemäss Art. 6d Abs. 1 zu definieren ist.

**IFF** weist darauf hin, dass Koordination nicht Harmonisierung heißen kann, denn für den Erlass gesamtschweizerisch abgestimmter Massnahmen fehlt es in einer Epidemie an der nötigen Zeit. Hier könnte sich eine Präzisierung in der Botschaft aufdrängen.

**LIBERTÉ** wünscht folgende Ergänzung: «und sie bewerten fortlaufend, ob diese Massnahmen beibehalten werden müssen oder nicht.»

**N.I.E.** fordert, dass unabhängige Kommissionen angehört werden müssen und betont, dass die Kantone immer ein Mitspracherecht haben.

**SFF** merkt an, dass sich in Abs. 1 Abgrenzungsfragen ergeben können, die nur über die Grundsätze der derogatorischen Kraft des Bundesrechts beantwortet werden können. Ein pragmatischer und zeitsparender Ansatz wäre sicherlich zielführender.

## **Art. 8 Vorbereitungsmassnahmen**

<sup>1</sup> Bund und Kantone treffen Vorbereitungsmassnahmen, um Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit zu verhindern und frühzeitig zu begrenzen. Sie erarbeiten zu diesem Zweck Vorbereitungs- und Bewältigungspläne.

<sup>2</sup> Sie veröffentlichen die Pläne in geeigneter Form.

<sup>3</sup> Sie überprüfen die Pläne regelmässig und aktualisieren sie.

<sup>4</sup> Sie führen gemeinsam Übungen durch, um zu gewährleisten, dass die Pläne bei einem Ereignis umsetzbar sind.

<sup>5</sup> Die Kantone richten sich bei der Erarbeitung ihrer Pläne nach den Plänen des Bundes. Sie koordinieren ihre Pläne mit ihren Nachbarkantonen und soweit möglich mit dem grenznahen Ausland.

<sup>6</sup> Der Bundesrat legt die zu berücksichtigenden Risiken und die minimalen inhaltlichen Anforderungen an die Pläne fest.

<sup>7</sup> Der Bund überprüft das Vorliegen der kantonalen Pläne und ihre Kohärenz mit den Plänen des Bundes.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, VD** sowie **BK-SBK, Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, IFF, SCA, SBCK, SCRHG, SFGV, Uni GE** und **VASOS** begrüssen Art. 8 explizit. **AG, AR, BE, FR, GE, SZ, VD, ZH** sowie **VKS** betonen jedoch, dass von der Verpflichtung der Kantone zur Veröffentlichung ihrer Pläne abzusehen sei (Art. 8 Abs. 2). Der Entscheid zur Veröffentlichung der Pläne müsse den einzelnen Kantonen zu kommen. **VD** fügt an, dass ausserdem nirgends ein Referenzsystem oder eine Beschreibung bezüglich der geeigneten Form erwähnt. **GDK, AG, AI, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SO, TG, VD, ZH** sowie **VKS** weisen bezgl. Art. 8 Abs. 5 darauf hin, dass die Koordination mit dem grenznahen Ausland seitens Kantone nur sehr eingeschränkt wahrgenommen werden kann; die internationale Koordination sei grundsätzlich Aufgabe des Bundes. Auch **TI** sowie **SGSH, SSI, USB** und **USZ** verlangen, dass die Koordination der Pläne mit dem grenznahen Ausland nicht Aufgabe der Kantone, sondern des Bundes sein sollte. **Uni GE** fragt nach der Definition von «Nachbarkantone».

**SP** sowie **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PD, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** weisen zu Abs. 1 darauf hin, dass in der Vergangenheit Pandemieszenarien nicht explizit in den Plänen und Übungen berücksichtigt wurden; dies sei zu präzisieren.

**SP** sowie **AeG BL, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PD, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** fordern, in Abs. 4 einen Mindest-Zyklus für Übungen alle drei Jahre zu ergänzen. **ISPM** **BE** verlangt ebenfalls einen Mindestzyklus (mindestens alle fünf Jahren) für die Überprüfung der Pläne und Übungen. **SO** wünscht eine Präzisierung betreffend zeitlichem Rahmen, Periodizität und Inhalten für die Übungen. **ZH** wünscht, dass in Abs. 4 ergänzt wird, wer die Übungen initiiert und im Lead ist. **SFF** fordert, dass in Abs. 3 die Regelmässigkeit der Überprüfung der Pläne quantifiziert werden sollte. **GRÜNE, NEK** sowie **IDS NE, SAMW** und **SGBE** begrüssen explizit die regelmässige Überprüfung von Pandemieplänen und Übungen zu deren Umsetzung.

**AeG BL, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PD, PIGS, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** merken an, dass die Präzisierung der Vorbereitungsmassnahmen gemäss Art. 8 begrüssenswert sei, die Erkenntnisse der Evaluationen bzgl. Krisenmanagement jedoch zu wenig umsetze. Unter anderem sei die Umsetzung mehrjähriger, wiederkehrende Übungsprogramme mind. alle drei Jahre sicherzustellen und gesetzlich zu verankern. **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGED, SGDV, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** ergänzen, dass zu berücksichtigen sei, dass Pläne und insbesondere deren Umsetzung Vorhalteleistungen bei den Akteuren beinhalten, die zu finanzieren sind. Auch solle deshalb auf kantonaler Ebene der medizinische Sektor / kantonale Ärztegesellschaften in allfällige Übungs-Szenarien oder entsprechende Gremien mit einbezogen werden.

**ARTISET, avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, SBK, SDV, Senesuisse, Sphf, Spitex, SSO, SVBG** und **SVPh** fordern, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen und in der Landesversorgung in die Vorbereitungshandlungen zu integrieren, da sie im Fall einer besonderen Lage direkt betroffen sind. Gemäss **AHS, ARTISET, PINK CROSS, PZ, Senesuisse, SGCH, SPHD** und **SSPH+** sollen auch Akteure der Zivilgesellschaft eingebunden werden. **SP** fordert, dass sichergestellt sein muss, dass alle politischen Ebenen, insbesondere alle Kantone, bei den Übungen miteinbezogen werden. Zudem fehle hier der Einbezug der Wissenschaft. **EKSI** betont die Notwendigkeit der Beteiligung der Zielgruppen und ihrer Vertreterinnen und Vertreter an den verschiedenen Prozessen und Schritten. Auch **NEK** fordert, die Adressaten dieser Vorbereitungen zu präzisieren, bzw. nicht nur die amtlichen Stellen zu nennen, sondern auch die Bevölkerung und ihre unterschiedlichen Informationsbedürfnisse zu berücksichtigen. **N.I.E.** betont, dass das BAG und

medizinische Expertinnen und Experten unterschiedlicher Couleur bei der Überprüfung einbezogen werden müssten.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin, SVV und VIPS** fordern, dass eine Expertinnen- oder Expertengruppe innerhalb und ausserhalb der Verwaltung die Pläne überprüfen sollte. **Economiesuisse** und **SVV** fordern, dass auch der Bund die Pläne regelmässig überprüft und aktualisiert, im Text im erläuternden Bericht sei aber aktuell nur von den Kantonen die Rede. **H+** und **GSASA** verlangen, dass die Aufgaben der für die Überprüfung zuständigen Institutionen auf Gesetzesstufe oder zumindest auf Verordnungsstufe verankert werden müssen. **IMM** legt grossen Wert darauf, dass bei den Durchführungen von Übungen die Zusammenarbeit und Schnittstellen mit relevanten Partnerinnen und Partner einer genauen Prüfung unterzogen werden.

**BE, FR, NE** und **KA** empfehlen, dass in einer Mangellage der Bund die Verteilung der Heilmittel koordiniere, da die bisherige Bestimmung (Art. 8 Abs. 2 Bst. d EpG), wonach das BAG die Kantone anweisen kann, im Hinblick auf eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit Massnahmen zur Verteilung von Heilmitteln zu treffen, mit dem VE-EpG wegfallen.

**AG, AR** sowie **VSKT** sind der Ansicht, dass unklar ist, welche Bereiche sich vorbereiten müssen. Es soll geklärt werden, ob sich nur das Gesundheitswesen oder auch Bereiche des Veterinärwesens und der Lebensmittelsicherheit vorbereiten müssen. Auch **PTK** betont, dass für ein besseres Verständnis präzisiert werden sollte, auf welche Bereiche sich die Vorbereitungsmassnahmen des Bundes und der Kantone beziehen können.

**NE** wünscht, dass eine gesetzliche Grundlage für die Schaffung einer permanenten wissenschaftlichen Task Force geschaffen wird. **PH CH** und **pro-salute ch** fordern die Betreibung eines nationalen epidemiologischen Frühwarnzentrums durch den Bund, das eng mit Hochschulinstituten und entsprechenden Frühwarnzentren anderer Länder sowie mit dem BAG, dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz (BABS) und dem Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) zusammenarbeitet. **IMM** erachtet die Integration von Diagnostiklaboratorien, sowie von Kompetenzzentren und Netzwerken als unerlässlich.

**SP** wünscht eine Präzisierung, auf Basis welcher strategischen Grundsätze die Vorbereitungs- und Bewältigungspläne erstellt werden sollen. Deshalb regen sie an, Art. 8 um einen Absatz zu ergänzen, der die Schaffung einer eidgenössischen Kommission für Pandemiebekämpfung und Infektionsschutz vorsieht. **PTK** weist ebenfalls darauf hin, dass die Vorbereitungsmassnahmen des Bundes wichtige und allgemeingültige, auf dem wissenschaftlichen Konsens beruhende und daher strategische Grundsätze berücksichtigen sollten, deren Erlassung mittels Top-Down-Ansatz in Art. 8 genannt werden sollten.

**CER-VD** und **KomABC** wünschen die Ergänzung des Koordinationsaspektes zwischen den Kantonen.

**SGV** und **SSV** weisen darauf hin, dass sowohl bei der Erarbeitung ihrer Vorbereitungs- und Bewältigungspläne als auch bei der Durchführung gemeinsamer Übungen der Bund und die Kantone die Städte und Gemeinden aktiv miteinbeziehen müssten. Dieser Einbezug soll über den SSV und SGV sichergestellt werden.

**ALETHEIA** ist der Ansicht, dass die alte Version klarer und effektiver war. **LIBERTÉ** äussert sich gegen gemeinsame Übungen.

**SBK** und **SVBG** erachten die Überprüfung der Vorbereitungs- und Bewältigungspläne als notwendig (Art. 8.3). Gemäss **SVBG** soll es eine regelmässige Überprüfung sein.

**SPHD** und **SSPH+** fordern, dass sich vorbereitende Massnahmen auf die Menschenrechte abstützen.

**AG** betont, es sei wichtig, dass die optimierte Krisenorganisation im Rahmen von regelmässigen Übungen mit den betroffenen Partnerinnen und Partner auch dem «Praxistest» unterzogen wird.

**BL** merkt an, dass die Vorbereitungs- und Bewältigungspläne der Kantone grundlegend überarbeitet werden müssen und entsprechend mehrheitlich erst in Planung sind.

**BL** fordert bezüglich Abs. 2 gegenüber der Öffentlichkeit eine mandantengerechte Kommunikation.

**BFS** betont, dass den Kantonen im Ständerat ein generelles Rekursrecht gegen Pläne des Bundes zu gewähren ist.

**CER-VD** betont, dass die soziale Dimension der Pandemie teilweise ausgeklammert wird, und dass in dieser Hinsicht auch gemeindenähe Gesundheitsansätze und Massnahmen für den Dialog mit der Bevölkerung vorgesehen werden sollten.

**IFIK** erachtet den Einbezug der bei einer Pandemie involvierten Institutionen (z.B. Diagnostiklaboratorien) sowie Kompetenzzentren und Netzwerke als essenziell. Auch müssen zwingend bei Übungen die Schnittstellen zu relevanten Partnerinnen und Partner überprüft werden.

**IMM** fordert, dass die Qualitätsanforderungen für Sequenzierungen definiert werden sollten.

**LV** weist darauf hin, dass das Kriterium der Notwendigkeit der Massnahmen nicht überall im Gesetz einheitlich geregelt wird.

**NFP 80** ist der Ansicht, dass bei den Vorbereitungsmassnahmen der gemeinsamen Vorbereitung der Kantone und des Bundes in Art. 8 die Dimension der Entwicklung einer Strategie zur Bewältigung einer Infodemie fehlt. Zudem wünscht der Akteur die Aufnahme der Chancengleichheit in Art. 8.

**SDV** fordert eine Präzisierung bezüglich der Entschädigung der Vorbereitungsmassnahmen. Zudem sollen die Nachbarländer bei Vorbereitungsmassnahmen und deren Abwicklung berücksichtigt werden.

**SGAS** fordert die Bereitstellung eines Leitfadens für die Erstellung eines Pandemieplans.

**SGV USAM** fordert, dass sich das oberste Kader, inklusive den Amtsvorstehenden und Generalsekretariatsleitenden der Departemente, zwingend an den Krisenübungen zu beteiligen haben und Erkenntnisse aus diesen Krisenübungen nachgewiesener Massen umgesetzt werden müssen.

**Spitex** fordert, dass die entsprechenden Akteure zwingend bei den Vorbereitungsmassnahmen gemäss Art. 8 einbezogen werden.

#### **4.3.3 Art. 11-17 (Überwachungssysteme, Meldungen, Laboratorien)**

##### **Allgemeine Rückmeldungen zu Art. 11-17**

Gemäss **GDK, AG, AI, BL, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, VD** und **VSKT** sind die Abgrenzung und der Einbezug der Früherkennung und Überwachung gemäss Tierseuchengesetzgebung nicht klar.

**GDK, AR, AI, BE, BL, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, TG, VD** und **VSKT** bemängeln den unklaren Einbezug der Bereiche Umwelt und Tiergesundheit im Sinne von One-Health.

**AG, BS, TG, ZG** und **VKCS** erachten die periodische Prüfung der Daten auf Übereinstimmungen durch die Bundesstellen als wichtig.

**IG DHS** und **Migros** fragt, wie die Meldepflicht im Vergleich zum Art. 54 LGV geregelt werde. Die Umsetzung in Bezug auf die pathogenen Keime sei nicht klar.

**BS** wünschen eine gesetzlich verankerte Pflicht des Bundes, eine Informationsplattform zur Verfügung zu stellen mit Richtlinien zum Umgang mit Fällen von meldepflichtigen Erkrankungen.

**FDP** fordert, dass Synergien mit übergeordneten Digitalisierungsprojekte konsequent genutzt werden.

**EKK** bemängelt, dass mehrere im Erlass enthaltene Rechtsgrundlagen nicht über die notwendige normative Dichte verfügen, um eine gültige Delegationsklausel zugunsten des Bundesrates oder anderer Vollzugsbehörden zu bilden.

### **Art. 11 Überwachungssysteme**

- <sup>1</sup> Das BAG sorgt für die Überwachung, einschliesslich der Früherkennung von übertragbaren Krankheiten.
- <sup>2</sup> Es betreibt in Zusammenarbeit mit weiteren Bundesstellen und den zuständigen kantonalen Stellen Systeme zur Überwachung von übertragbaren Krankheiten und des Verbrauchs antimikrobieller Substanzen. Es sorgt für die Gewährleistung der Koordination mit internationalen Systemen.
- <sup>3</sup> Der Bundesrat kann Betreiber von Abwasserreinigungsanlagen, Spitäler und andere öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens, Tierhaltungs- und Schlachtbetriebe, Flughafenhalter und Unternehmen, die im Flugverkehr grenzüberschreitend Personen befördern, verpflichten, bei der Überwachung des Abwassers mitzuwirken.
- <sup>4</sup> Er kann weitere Einrichtungen verpflichten, bei der Überwachung bestimmter Krankheitserreger mitzuwirken, wenn dies unbedingt erforderlich ist.

**GL, SG, TI, VD, ZG, ZH, FDP, SP, EFBS, IFIG** sowie **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, DVSP, Economiesuisse, FMCH, FMH, GRIP, IDS NE, Intergenerika, Interpharma, ISPM BE, MCID, MedGes BS, MFÄF, MFE, NEK, PD, PIGS, PTK, SAMW, SBK, scin, SGAIM, SGDV, SGEB, SGED, SGN, SGP, SGSH, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SSI, SSO, SVBG, SVDI, SVHA, SVV, Swiss TPH, Uni GE, UNION, USB, USZ, VBSAE, VSAO** und **WiBeG** sind der Ansicht, dass in Abs. 3 die Überwachung des Abwassers zu eng gefasst sei. Es sei eine andere, (technologie)offenere Formulierung zu wählen, die beispielsweise auch allfällige zukünftige Technologien einschliesse, die über die Überwachung des Abwassers hinausgehe. **IDS NE, SPHD** und **SSPH+** sind betreffend Abs. 3 der Ansicht, dass Flughäfen, Gesundheitszentren, landwirtschaftliche Betriebe und Transportunternehmen nicht nur zur Abwasserüberwachung beitragen sollten, sondern möglicherweise auch zu anderen Formen der Epidemie-Überwachung. **GE** schlägt vor, Bestattungsdienste in die Liste der Institutionen aufzunehmen, die zur Teilnahme an der Überwachung verpflichtet werden können. **Die Mitte** teilt die Ansicht, dass neue technische und medizinische Errungenschaften bei der Erkennung und Überwachung von übertragbaren Krankheiten eingesetzt werden können. Es wäre ihrer Ansicht nach besser, das Gesetz weniger spezifisch zu formulieren, da sich auch andere Überwachungsmethoden in Zukunft als nützlich erweisen könnten. Gemäss **AIG** müsse die Beteiligung von Flughäfen an der Überwachung von Abwasser in der Verordnung näher ausgeführt werden. **FZH** wünscht, dass in Abs. 3 die Transportunternehmen bzw. Verkehrsinfrastrukturen auf Strasse und Schiene zu inkludieren seien.

**SP** sowie **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MCID, MedGes BS, MFÄF, PD, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** fordern im Abs. 2 Überwachungssysteme mit «klinisch und umweltbasiert» zu ergänzen. **SMVS** fordert, dass die Sentinel-Überwachungssysteme verbessert wird.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, Senesuisse, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SSO, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** sind der Ansicht, dass der Verbrauch antimikrobieller Substanzen keinen Zusammenhang mit epidemischen Vorgängen habe und entsprechend in diesem Gesetz falsch verortet sei.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PD, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** fordern zusätzliche Absätze in diesem Artikel, um künftig pathogen-agnostische Ansätze explizit zu fördern und um die Transparenz bzgl. der epidemiologischen Lage weiter zu fördern.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SO, TG** und **VD** sowie **VKS** befürworten, dass dem Bund die Hauptverantwortung für die entsprechenden Systeme zukommt, damit Bund und Kantone jeweils rechtzeitig und umfassend über die notwendigen Daten verfügen. Da

gemäss **GE, SO, TG, VD** sowie **VKS** die Kantone die Überwachung von übertragbaren Krankheiten auf ihrem Zuständigkeitsgebiet ebenfalls wahrnehmen, sollte in Abs. 1 präzisiert werden, dass der Bund für die Überwachungssysteme besorgt ist, die Bund und Kantonen zur Verfügung stehen.

**BE, BS, FR, GE, GR, LU, NE, SO, TI, VD** und **VKS** wünschen in Abs. 4 die Ergänzung, dass auch die Kantone in ihrem Zuständigkeitsbereich Einrichtungen verpflichten können, bei der Überwachung bestimmter Krankheitserreger mitzuwirken. **BE, BS, FR, GE, GR, LU, NE, TI, ZH** sowie **VKS** fordern in Abs. 4 die Streichung des Wortes «unbedingt», um Unklarheiten bzw. Diskussionen bezüglich Dringlichkeitsgrad zu verhindern. **BS, ZH** und **LV** weisen darauf hin, dass die Forderung der Notwendigkeit Teil des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit sei. **IFIK, IMM** und **SGSH** unterstreichen, dass die Formulierung «wenn dies unbedingt erforderlich ist» unklar und vage erscheint, entsprechend soll diese umformuliert oder ersatzlos gestrichen werden.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG** und **VD** merken an, dass der Überwachung von übertragbaren Krankheiten eine hohe Bedeutung zu kommt, um bei Bedarf rechtzeitig neue oder mutierende Krankheitserreger zu erkennen. Dazu seien umfassende und aktuelle Datengrundlagen notwendig.

**EKIF** sowie **IDS NE, SGSH, SPHD, SSI, Swiss TPH** und **SSPH+** fordern, dass die Überwachung der Durchimpfung auf Bevölkerungsebene erwähnt werden sollte. **EKIF** fügt zusätzlich hinzu, dass auch die Durchimpfung von Risikopersonen und aller hospitalisierten Personen erwähnt werden sollte.

**EAWAG, Economiesuisse, GRIP, Interpharma, ISPM BE, MCID, PD, SVV** und **WiBeG** fordern, in Abs. 2 die Überwachung der Resistenzen (Prävalenz) aufzunehmen.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** fordern, dass die von der Umsetzung betroffenen Akteure frühzeitig einzubeziehen sind und eine kostendeckende Entschädigung der Aufwände sicherzustellen ist. Auch soll das Überwachungssystem basierend auf Qualitätskriterien bewertet werden, hierzu seien die Aufsicht und die Verantwortlichkeiten für die Bewertung und die Qualität des Überwachungssystems zu definieren. Entsprechend sollen zwei neue Artikel, welche diese beiden Punkte regeln, ergänzt werden.

Gemäss **AG, AR, BS, ZH** und **VSKT** könne die Untersuchung von Tieren oder tierischen Stoffen bei gewissen Krankheiten ebenfalls sinnvoll und wichtig sein. **AG, BS** und **VSKT** hinterfragen, ob es ausreichend ist, die Schlachtbetriebe und Tierhaltungen «nur» zur Mitwirkung bei der Untersuchung von Abwasser zu verpflichten (vgl. Abs. 3). **AG, AR, LU** und **VSKT** betonen, dass durch den Ausdruck Tierhaltungsbetriebe in Abs. 3 Heimtierhaltungen ausgeschlossen werden, ebenso durch den Ausdruck «weitere Einrichtungen» in Abs. 4. **ZH** ist der Ansicht, dass Schlachtbetriebe und Tierhaltungen zur Mitwirkung verpflichtet werden können sollten.

**H+, Swissnoso** und **USB** betonen, dass die Finanzierung der Entwicklung, des Unterhalts und der Nutzung der Überwachungssysteme vom Staat übernommen und explizit geregelt werden muss. **GRIP, SDV** und **VIPS** fordern, dass allfälliger Aufwand der durch die Umsetzung von Abs. 3 und Abs. 4 entsteht, zu entschädigen ist. **BL** betont, dass direkte und indirekte Kosten für die Kantone im Rahmen der Entwicklung und Einführung neuer IT-Systeme, die der Bund zur Verfügung stellen soll, zu erwarten sind. Entsprechend gilt es, Kantone und Interessengruppen vertieft mit einzubeziehen, Verantwortlichkeiten für Spezifikation und Kosten zu klären. **GRÜNE** weist den Bundesrat darauf hin, dass auch die notwendigen finanziellen Mittel für diese Überwachungsmassnahmen einzustellen sind. **AIG** ist der Ansicht, dass wenn der Bund die Zusammenarbeit einer kritischen Infrastruktur für eine bestimmte Aufgabe anordne, die Gesetzgebung die Übernahme der durch solche Massnahmen verursachten Kosten vorsehen müsse. Eine solche Zusammenarbeit falle nicht unter die Konzession des Bundes, die den einzelnen Landesflughäfen erteilt wird. **Aerosuisse** wünscht, dass im Zusammenhang mit der Mitwirkungspflicht der Flughäfen bei der Überwachung des Abwassers geklärt wird, wer die Kosten einer solchen Mitwirkung trägt. **BK-SBK** fordert, dass die technischen Mittel, die zur Überwachung eingesetzt werden, sowie die Finanzierungsquelle für diese Mittel genannt werden müssen. Gemäss **Economiesuisse** und **SVV** sei sicherzustellen, dass die aus Art. 11

entstehenden Kosten den betroffenen Unternehmen bezahlt werden. **SGSH** wünscht, dass in Abs. 4 die Finanzierung dieser Überwachungssysteme explizit erwähnt werden sollte. **FAMH** fordert in Abs. 4 den Nachsatz «...erforderlich ist und legt die Vergütung des Aufwandes sachgerecht und in Anlehnung an bestehende Tarife fest.».

**ALETHEIA, FPTH, LIBERTÉ** und **N.I.E.** sind mit dem Artikel nicht einverstanden, **FPTH** aus dem Grund, dass dieser gegen die Staatsen souveränität verstösse. **LIBERTÉ** begründet dies dadurch, dass das BAG die Analyse und nicht die Überwachung der Ausbreitung übertragbarer Krankheiten sicherstelle. Für **ALETHEIA** gehört die Überwachung antimikrobieller Substanzen ins Heilmittelgesetz. **KMUfamilie** hinterfragt das Abwassermanagement und dessen Finanzierung kritisch. **LB** fordert die Streichung des Artikels. **MV** fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung. **Pro Schweiz** kritisiert, dass die Basis für die Deklaration von Notrecht ins völlig Beliebige erweitert werde und der Bundesrat die Kompetenz einer permanenten Überwachung von Abwasserreinigungsanlagen wolle.

**Die Mitte** sowie **GSASA, H+, Swissnoso** und **USB** erachten die Verbesserungen der Systeme zur Überwachung und Früherkennung von übertragbaren Krankheiten sowie zur Überwachung des Verbrauchs antimikrobieller Substanzen grundsätzlich als begrüßenswert. Gemäss **GSASA, H+, Swissnoso** und **USB** sollen dabei jedoch bestehende Datenquellen und die Möglichkeit der Digitalisierung, insbesondere bezüglich Standardisierung und Automatisierung möglichst gut genutzt werden. **VD** gibt an, dass die Formulierung in Abs. 2 keine Auskunft darüber gäbe, in welchem Rahmen dieser Informationsaustausch stattfinden soll und welche Art von Daten übermittelt werden. **ZG** wünscht betreffend Abs. 1 ein Algorithmus zur Interpretation der Daten geschaffen werden, welcher auch die Alarmierung enthält. Ziel müsste ein technisches Frühwarnsystem sein, welches Daten unabhängig von Einzelmeinungen und Meinungen von Expertinnen und Experten analysiere. **IMM** merkt an, dass in Abs. 2 eine Anbindung an wichtige Datenbanken der ECDC und der EFSA wichtig wäre. Statt spezifischer Nennungen wäre eine allgemeinere Formulierung vorzuziehen. Zudem werde die essenzielle Bedeutung der molekularen Überwachung von Antibiotikaresistenzen nicht adressiert.

**SGSH, SSI, USB** und **USZ** wünschen, dass bei den Überwachungssystemen nicht nur übertragbare Krankheiten, sondern auch explizit Krankheitserreger spezifisch genannt werden sollten.

**EFBS** sowie **IFIK, SGSH** und **SSI** wünschen, dass die Überwachung der Antibiotikaresistenz spezifisch genannt werden. Auch für **KomABC** geht das Monitoring der Antibiotikaresistenzen in der aktuellen Version der RevEpG grösstenteils vergessen. **IFIK** und **SGSH** kritisieren, dass in Abs. 2 nur die Zusammenarbeit mit weiteren Bundes- und kantonalen Stellen angesprochen wird, nicht aber die in anderen Bereichen erwähnten Referenzlabor und Kompetenzzentren.

**Swiss TPH** unterstreicht, dass alle relevanten Daten- und Überwachungssysteme interoperabel und in einer zweiten Phase integriert werden müssen, wobei das Prinzip der einmaligen Meldung (Once-Only-Prinzip) sehr wichtig sei. **SAMW** erachtete ebenfalls als wichtig, dass die Überwachungssysteme mit allgemeinen Datensystemen interoperabel sind. Zudem sollen kontinuierliche Überwachungssysteme auch ausserhalb der besonderen Lage regelmässig gesundheitliche Symptome erheben, die als Frühwarnung auf neue Erreger hinweisen. Für **ISPM BE** und **MCID** ist die Erstellung von Statistiken und Analysen in Zusammenarbeit mit Forschungsinstitutionen ein zentraler Teil der Überwachung von Krankheitserregern und sollte deshalb explizit erwähnt werden. **Die Mitte** begrüßt ebenfalls den Einbezug von weiteren öffentlichen und privaten Organisationen wie Laboratorien mit einer relevanten Expertise in der Bekämpfung einer Gefährdungslage.

**Intergenerika, scin** und **SVDI** wünschen eine Präzisierung des Begriffs «weitere Einrichtungen» in Abs. 4, es sei nicht klar, was darunter zu verstehen sei.

**BE** und **SSK** wünschen eine Präzisierung, ob die Daten der Überwachungssysteme für die Strafverfolgungsbehörden über Amtshilfebegehren (Art. 43 ff. StPO, Art. 194 StPO, Art. 195 StPO) grundsätzlich im Rahmen von Strafverfahren erhältlich seien.

**TI** kritisiert, dass Abs. 1 irreführend sei. Nicht (nur) das BAG sei für die Überwachung von Infektionskrankheiten zuständig, sondern (auch) die Kantonsärztinnen und Kantonsärzte. Im Titel des Artikels

sei von Überwachungssystemen die Rede, deren Umsetzung in der Tat in der Verantwortung des Bundes liege.

**ARTISET** und **Senesuisse** fordern eine Spezifizierung des Abs. 4 betreffend der Form der Überwachung, der Einrichtungen und der Krankheitserreger, die aktuell zu unklar und ungenau definiert sind.

**BL** fordert, dass Informationen zeitverzugslos mit den Kantonen geteilt werden sollten.

**SZ** merkt an, dass Abs. 3 die Mitwirkungspflicht von Betreiberinnen und Betreiber von Abwasseranlagen, Spitätern, anderen Institutionen des Gesundheitswesens, Tierhalter- und Schlachtbetriebe sowie des Flugverkehrs, bei der Überwachung des Abwassers betreffe. Diese seien aber nicht mitgemeint, wenn in Abs. 4 weitere Einrichtungen zur Mitwirkung bei der Überwachung bestimmter Krankheitserreger angehalten werden können.

**FDP** betont, dass die Überwachung von Pandemien und Epidemien eine länderübergreifende Herausforderung ist. Instrumente zur internationalen Koordination sollen vorgesehen werden, wenn dies im Interesse der Schweiz sei.

Gemäss **ARTISET** benötigt die in Abs. 3 beschriebene verpflichtende Mitwirkung bei der Überwachung des Abwassers eine etwas spezifischere Umschreibung, was unter Mitwirkung zu verstehen ist. Ebenfalls sorgt die Begrifflichkeit «öffentliche und private Institutionen des Gesundheitswesens» für Unklarheiten und bedarf einer genaueren Definition.

**EAWAG** hebt hervor, dass eine Überwachung gemäss Abs. 3 auch ausserhalb einer Epidemielage möglich ist, was sie als Basis für den Ausbau einer abwasserbasierten epidemiologischen Überwachung als wesentlich empfinden. Es bleibe allerdings unklar, wo und wie diese Verpflichtungen zur Mitwirkung geregelt werden.

**FG TRM** wünscht die Ergänzung von Asylunterkünfte des Bundes und der Kantone in der Liste der «Institutionen des Gesundheitswesens» in Abs. 4, da auch ihr Abwasser zum Monitoring geschickt werden sollte.

**GF CH** empfiehlt, Abs. 1 mit einem Monitoring der psychischen Gesundheit resp. der psychischen Belastung der Bevölkerung während einer Epidemie zu ergänzen.

**GST** fordert Abs. 1 am Anfang um «Das BAG sorgt in Zusammenarbeit mit dem BLV...» zu ergänzen.

**IFIK** kritisiert, dass Abs. 1 zu allgemein und umfassend sei.

**IMM** fordert, dass in Abs. 3 eine Verknüpfung der Daten mit Lebensmitteln mitberücksichtigt werden müsste. Der Akteur merkt zudem an, dass Abs. 1 präziser und spezifischer gestaltet sein könnte, um die genauen Aufgaben und Ziele dieser Überwachung deutlicher herauszustellen.

**LV** erachtet Abs. 4 als zu weit formuliert, da der Begriff «Einrichtungen» nicht gesetzlich definiert ist.

**PTK** merkt an, dass die Überwachung von übertragbaren Krankheiten und die Überwachung des Verbrauchs von Medikamenten nicht 100% zusammenpasst; es gehe darum, das Problem resistenter Keime zu erforschen und zu überwachen.

**SDV** merkt an, dass die Umsetzung von Abs. 3 und Abs. 4, sowie wer zu was verpflichtet werden kann, aktuell unklar ist.

**SFF** betont, dass die Pflicht zur Mitwirkung von privaten Unternehmen bei der Überwachung sich explizit auf die Gewährung des Zugangs zur Probeentnahme zu beziehen habe. Eine Pflicht zur Probenahme selber bzw. zu einer allfälligen Kostenbeteiligung würde der Akteur klar ablehnen.

**SGTP** wünscht eine Präzisierung des Begriffs «in Zusammenarbeit» in Abs. 2. Es gälte zu klären, ob der in der Gesetzesvorlage verwendete Begriff «in Zusammenarbeit» die gesetzliche Grundlage für ein integriertes One-Health-Überwachungssystem schafft. Es sei auf jeden Fall zu gewährleisten, dass diese Überwachungssysteme mit den vom BLV erhobene Daten zu Zoonosen (Diagnosen bei

Tieren, Herden, Schlachtung, etc.) und zum Antibiotikaverbrauch in der Tierzucht und Veterinärmedizin verknüpft sind.

**VASOS** betont, dass der Überwachung von übertragbaren Krankheiten eine hohe Bedeutung zu kommt, wobei sich auch diese vermehrt nach dem One-Health-Grundsatz orientieren sollte.

Gemäss **WiBeG** müssten auch die Kantone über eine eigene Aufsichtskompetenz verfügen, insbesondere wenn sich die Einführung des Bundesdispositivs verzögert, um spezifische Problematiken zu bewältigen oder um die Wirkung der auf kantonaler Ebene getroffenen Massnahmen zu evaluieren. Dies soll in Abs. 1 ergänzt werden.

## **Art. 12 Meldepflichtige Personen und Stellen**

<sup>1</sup> Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und andere öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens melden ihre Beobachtungen mit folgenden Angaben:

- a. Angaben zur Identifizierung von kranken, krankheitsverdächtigen, angesteckten, ansteckungsverdächtigen und Krankheitserreger ausscheidenden Personen;
- b. Angaben zur Feststellung des Übertragungswegs;
- c. Angaben zur epidemiologischen Beurteilung, namentlich soziodemografische und verhaltensbezogene Daten, einschliesslich Daten zur Intimsphäre;
- d. die AHV-Nummer nach Artikel 50c des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946<sup>9</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) zur eindeutigen Identifizierung der betroffenen Personen sowie zur Aktualisierung der Meldungen.

<sup>2</sup> Laboratorien melden laboranalytische Befunde zu übertragbaren Krankheiten mit folgenden Angaben:

- a. Angaben zur Identifizierung von erkrankten oder infizierten Personen;
- b. die AHV-Nummer nach Artikel 50c AHVG zur eindeutigen Identifizierung der betroffenen Personen sowie zur Aktualisierung der Meldungen.

<sup>3</sup> Macht eine zuständige Behörde des Bundes oder eines Kantons eine Beobachtung, die auf eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit hinweist, so meldet sie diese mit den Angaben, die zur Identifizierung des Ursprungs der übertragbaren Krankheit notwendig sind; dies gilt insbesondere für Behörden in den Bereichen Lebensmittel, Gebräuchsgegenstände, Umwelt oder Veterinärmedizin sowie für Führerinnen und Führer von Schiffen oder Luftfahrzeugen.

<sup>4</sup> Der Bundesrat kann Personen oder Stellen nach den Absätzen 1–3 verpflichten, Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen sowie deren Wirkung zu melden und Proben und Untersuchungsergebnisse an die von den zuständigen Behörden bestimmten Laboratorien zu senden.

<sup>5</sup> Zu melden sind Beobachtungen:

- a. die Epidemien verursachen können;
- b. die schwerwiegende Auswirkungen zur Folge haben können;
- c. die neuartig oder unerwartet sind;
- d. deren Überwachung international vereinbart ist.

**AG, BS, FR, GE, LU, TG, TI, VKCS** sowie **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** bemängeln die uneinheitlichen Definitionen und Voraussetzungen, wodurch sich Widersprüchlichkeiten der Adressatinnen und Adressaten der Meldungen und unklare Abläufe ergäben. **GE** erachtet es als wichtig, dass die meldepflichtigen Personen und Stellen ihre Daten bei Infektionen oder Krankheiten, die die Umsetzung von Massnahmen erfordern, vorrangig dem Kanton melden. Die Kantone seien für die Vollständigkeit der Daten und das sofortige Handeln verantwortlich. **TI** präzisiert, dass dort, wo es klar ist, immer die durch das EpG definierte Zuständigkeit angegeben werden sollte (Kantonsärztin und Kantonsarzt, Kantonstierärztin und Kantonstierarzt, Kantonschemikerin und Kantonschemiker usw.), um Unklarheiten zu vermeiden.

**ARTISET, Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KMUfamilie, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, SBK, Senesuisse, SFV, SGS, SMGP, SVBG, SVHA, TVS, UNION, VB** und **VRMS** lehnen die

vorgeschlagene Ausweitung der Personenangaben (soziodemographische Daten, inkl. Daten zur Intimsphäre) ab, da diese für die epidemiologische Beurteilung nicht notwendig seien. Gemäss **SBK** und **SVBG** seien damit Sexualpraktiken gemeint und diese Formulierung gehöre nicht ins Gesetz. **ARTISET, KMUfamilie, Senesuisse, SSO** und **VB** unterstreichen, dass die in Abs. 1 Bst. c zu meldenden Daten unnötig weit in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen eingreifen und den Prinzipien des Datenschutzes widersprechen. **SSO** fordert aus denselben Gründen ebenfalls die Streichung des Abs. 2 Bst. b.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, UR, VD, VS** und **VKS** merken an, dass Art. 12 in Verbindung mit Art. 12a und Art. 60a zu beurteilen ist, da diese die zentralen Grundlagen für das obligatorische Meldesystem von übertragbaren Krankheiten darstellen. Es sei entscheidend, dass die meldepflichtigen Personen und Institutionen gemäss Art. 12 Abs. 1 ihre Daten primär dem Kanton melden, da die Kantone für den Vollzug von Massnahmen zuständig sind. Das Informationssystem stelle ein zentrales Arbeitsinstrument für die Kantone (und Meldepflichtigen) dar, weshalb die Funktionsfähigkeit und Entwicklungsmöglichkeiten des Systems gewährleistet sein müssen, was auch bedeutet, dass die notwendigen Ressourcen seitens Bund bereitgestellt werden müssen. **GDK, AG, BL, FR, GL, GR, JU, OW, SG, SH, SO, TG, NE, NW, UR, VD, VS** und **VKS** sind damit einverstanden, dass ein einziges Meldesystem gemäss Art. 60 vom Bund zur Verfügung gestellt wird. Auch **AR** ist der Ansicht, dass die Entwicklung des nationalen Informationssystems «Meldungen von übertragbaren Krankheiten» in enger Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen weiterzuführen ist. **VD** betont, dass es sich bei den zu meldenden Daten um besonders schützenswerte Personendaten handelt, deren Bekanntgabe das Risiko einer Verletzung der Grund- und Persönlichkeitsrechte birgt.

Gemäss **GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TI, TG, UR, VD, VS** und **VKS** ist es vorstellbar, dass künftig auch andere Professionen als Ärztinnen und Ärzte Beobachtungen diagnostizieren können, weshalb sie eine entsprechende Ergänzung in Art. 12. Abs. 1 beantragen. Weiter gelte es zu definieren, welche Einrichtungen als «Institutionen des Gesundheitswesens» gelten. Aus den Erfahrungen der Covid-19-Epidemie sei wichtig, dass auch sozial-medizinische Einrichtungen darunterfallen. **avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, SDV, Sphf, SVPh** und **Uni GE** fordern, dass in Abs. 1 auch Drogerien, Apotheken und Labore als meldepflichtige Stellen ergänzt werden sollen, da auch sie während der letzten Pandemie von der Meldepflicht betroffen waren.

**GKD, AG, BE, BL, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, UR, VD, VS** und **VKS** beantragen, in Art. 12 Abs. 3 auch das Asylwesen und die Bildung zu erwähnen. **GL** fordert zudem, dass die Meldepflicht nicht bloss für Führerinnen und Führer von Schiffen und Flugzeugen gelten sollte, sondern auch für andere Verkehrsmittel wie Reisebusse oder Züge. Auch **TI** fordert, dass in Art. 12 Abs. 3 und Art. 12a Abs. 2 «Fernreisebusse» hinzugefügt werden.

**AG, AR, BS, GE, LU, SO, ZH** und **VSKT** fordern, dass «Veterinärmedizin» durch «Veterinärwesen» ersetzt wird.

**GDK, AI, BE, BL, FR, GL, GR, JU, OW, SG, SH, TG** und **LU** bitten die von der VSKT bei Art. 60 eingebrachte Frage zu klären, wie das nationale Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten» zum System «InfoSm» des BLV steht.

**EKSI** sowie **AHS, SBK, SGCH, SGTP** und **SVBG** lehnen insbesondere aus Gründen der Datensicherheit bzw. der Wahrung der Anonymität betroffener Personen die Aufnahme der Alters- und Hinterlassenenversicherung-Nummer (AHV-Nummer) in den Gesetzesartikel ab. **AR** und **NE** begrüssen die Integration der AHV-Nummer in die Meldepflicht, um alle Meldungen zu einer betroffenen Person sicher zusammenführen zu können. **NEK** und **Uni GE** betonen, dass die AHV-Nummer nicht ausreichend ist, um alle Beobachtungen zu erfassen, da viele Kinder und Jugendliche keine AHV-Nummer besässen, weshalb hier zumindest erwähnt werden müsste, dass noch andere Konzepte nötig sind (z.B. SwissID). **FAMH** weist darauf hin, dass den Laboratorien aktuell die AHV-Nummer in der Regel bei Eingang des Untersuchungsauftrages nicht vorliegt. Wenn diese aber mit Blick auf die Meldung

nachgefordert werden, entstehe den Laboratorien ein erheblicher administrativer Aufwand. Daher sollte für die Laboratorien die Grundlage geschaffen werden, die auftraggebenden Ärztinnen und Ärzte zu verpflichten, die AHV-Nummer zumindest bei der Erteilung von mikrobiologischen Untersuchungsaufträge zusammen mit den übrigen Patientendaten anzugeben. **H+** und **GSASA** sind der Ansicht, dass die Verwendung der AHV-Nummer als eindeutigen Personenidentifikator im Rahmen des Förderprogramms DigiSanté und bei der Beratung über die elektronische Identität (E-ID) zu regeln ist. **PINK CROSS** erachtet die flächendeckende Meldung der AHV-Nummer und dadurch die eindeutige Identifizierung der betroffenen Personen in vielen Fällen als höchst problematisch. Es sollten hauptsächlich anonymisierte Daten verwendet werden und nur in bestimmten Situationen die Daten zur Identifizierung von Personen gemeldet werden. **Privatim** weist darauf hin, dass der Zugang zu den Datenbanken, welche die AHV-Nummer enthalten, durch technische und organisatorische Massnahmen nach Art. 153d des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) gesichert werden muss. **Swiss TPH** zweifelt daran, ob der Gebrauch von AHV-Nummern der beste Ansatz darstellt, um einen einmaligen Identifikationscode einzuführen. Der Akteur empfiehlt, dass ein anonymisierter persönlicher Identifikationscode zur eindeutigen Identifizierung von betroffenen Personen im Zuge eines verbesserten und integrierten Meldesystems entwickelt werden sollte.

**SGSH, SSI, USB** und **USZ** wünschen die Ergänzung, dass der Bund und die Kantone in der Pflicht stehen, möglichst effiziente Systeme zur Durchführung der Meldungen zu erstellen und die Institutionen bei der Durchführung/Umsetzung der Meldungen in Phasen der Überlastung personell zu unterstützen. **USB** fügt an, dass eventuell auch klargestellt werden solle, dass die Meldepflichtigen von ihren jeweiligen Geheimnispflichten (insbesondere Berufs- und Amtsgeheimnis) entbunden sind.

**ALETHEIA** lehnt den Artikel ab, da mit dem Begriff «ansteckungsverdächtig» alle überwacht und identifiziert werden können. **FPTH** ist mit dem Artikel aufgrund des Verlusts der Privatsphäre, sowie der menschlichen, physischen und psychischen, sowie juristischen Integrität des Menschen, nicht einverstanden. **LIBERTÉ** lehnt den Artikel ab, da dieser gegen den Schutz der Privatsphäre verstößt und da die Schweiz ihre Unabhängigkeit und Souveränität behalten und keine internationalen Abkommen unterzeichnen sollte. **AZ, MFR** und **Réinfo Santé** lehnen Art. 12 unter allen Umständen ab, da der Fokus auf der Identifizierung von Personen und nicht mehr von Krankheiten sowie dem Zugang zur Intimsphäre liege. **BFS** und **LB** fordern die Streichung der Begriffe «krankheitsverdächtig» und «ansteckungsverdächtig» aus dem gesamten EpG. **vbfm** kritisiert die Überwachung in Art. 12, da gemäss dem Akteur mit dieser Anpassung im EpG für alles Mögliche Tür und Tor geöffnet werde.

**SG** fordert bei Art. 12 und 12a die Spezifizierung, dass Meldungen zeitgleich an kantonale Behörden und an das BAG erfolgen sollen und Bund und Kanton sich anschliessend bei Bedarf koordinieren. **GRÜNE** unterstreicht die Wichtigkeit, dass die Gesundheitsbehörden sehr früh über die notwendigen Daten verfügen, um Krankheitsausbrüche lokalisieren zu können und Ansteckungen bereits auf lokaler Ebene zu begrenzen und so eine grossflächige Ausbreitung zu verhindern. **EKIF** ergänzt, dass diese Überwachungsdaten rasch ausgewertet werden und so rasch als möglich in geeigneter Form zur Verfügung stehen sollten, insbesondere auch für die EKIF und das BAG, um aktuelle Impfempfehlungen zu erstellen bzw. bei Lageänderung zeitnah anzupassen. **AHS** führt aus, dass eine verbesserte Datenlage den Gesundheitsbehörden ermögliche, schnell und präzise auf sich verändernde Trends zu reagieren, was in der Bekämpfung von Epidemien von grosser Bedeutung ist.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** betonen, dass für die Umsetzung von DigiSanté diese Massnahmen sinnvoll erscheinen. Der Einbezug der Stakeholderinnen und Stakeholder, sowie die Gewährleistung der Interoperabilität der Systeme und Datenstandards sei zentral für eine funktionierende Umsetzung. **SGTP** schliesst sich dem an und betont, dass das Prinzip der einmaligen Meldung (Once-Only-Prinzip) sehr wichtig sei.

**Aerosuisse, Economiesuisse** und **SVV** fordern die ersatzlose Streichung des Zusatzes «...sowie für Führerinnen und Führer von Schiffen oder Luftfahrzeugen.» in Abs. 3, da hier Personen zu Aufgaben verpflichtet werden, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Qualifikation nicht erfüllen können. **Aerosuisse** fügt hinzu, dass deshalb auch die Meldepflicht an den Flughafenhalterinnen und Flughafenhalter zu entfallen sei. **TG** fordert, dass in Abs. 3 Flughafenhalterinnen und Flughafenhalter als meldepflichtige Stellen aufgeführt werden.

**NEK** sowie SGBE und **Uni GE** fordern, dass Abs. 5 (ehemaliger Abs. 6) unverändert bleibt.

**Intergenerika, scin** und **SVDI** weisen darauf hin, dass das Meldesystem digital sein und in DigiSanté integriert werden muss.

**GE** sowie **AIG** scheinen die Art. 12 und 12a unvollständig zu sein, da der zweite Artikel die Führerinnen und Führer von Luftfahrzeugen verpflichtet, ihre Beobachtungen dem zuständigen Flughafenhalterin oder Flughafenhalter zu melden. Art. 12 erwähnt jedoch keine Verpflichtung der Betreiberin oder des Betreibers, die Informationen weiterzuleiten. **AIG** erscheint der Text des aktuellen Art. 12 Abs. 5 angemessener, da er die Meldung von Beobachtungen einschränkt, wenn diese «(...) un danger pour la santé publique» anzeigen. Im Übrigen solle das Verfahren zur Weiterleitung von Informationen an die zuständigen Behörden präzisiert werden.

**SPHD** und **SSPH+** sind der Ansicht, dass das Gesetz auch dazu beitragen sollte, Informationen über negative Analyseergebnisse zu sammeln. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, in Art. 12. Bst. c. auch die Möglichkeit zur Verwendung von räumlichen Daten zur Überwachung der lokalen Ausbreitung der Krankheit vorzusehen; dies unter Berücksichtigung des Schutzes der Privatsphäre und des Datenminimierungs-Ansatzes. **PTK** schliesst sich dem an, dass die Meldepflicht für positive und negative Tests spezifisch für Testzentren und andere zertifizierte Teststellen schon im Abs. 1 spezifiziert werden sollte. In Abs. 2 solle dann die notwendige Koordination der Datenerhebung zwischen Laboratorium und Teststelle hervorgehoben werden.

**ISPM BE** und **MCID** fordern, dass Daten über die Intimsphäre nur von kranken oder angesteckten Personen oder Personen, welche Krankheitserreger ausscheiden, gesammelt werden dürfen, jedoch nicht bei krankheitsverdächtigen oder ansteckungsverdächtigen Personen. Der Absatz solle zwischen den beiden Personengruppen unterscheiden und entsprechend angepasst werden.

**SBK** und **SVBG** fordern, dass in Abs. 5 der Begriff «Beobachtungen» genau zu definieren sei, da unklar ist, was damit gemeint ist. Diese Begriffspräzisierung brauche es auch in den folgenden Artikeln.

**BL** betont, dass lediglich Daten erhoben werden dürfen, wenn dies zur epidemiologischen Beurteilung notwendig sei. Zudem sollen Personalbedarf, Fristen und Zusatzkosten quantifiziert werden.

**NE** bemerkt, dass Art. 12 die Dimension One-Health und die Fachleute, die die für Zoonosen verantwortlichen Keime melden müssten, nicht miteinschliesst.

**Aerosuisse** verlangt die Streichung von Art. 12 Abs. 2.

**EAWAG** ist der Ansicht, dass in Art. 12, Art. 15a und Art. 60 wichtig zu klären sei, inwieweit mitwirkende Laboratorien von der Meldepflicht betroffen sind und wie diese organisiert werden kann. Für ein solches Berichtswesen sei es notwendig, die Forschenden darüber zu informieren, «welche Krankheitserreger in welchem Umfang und auf welche antimikrobiellen Resistzenzen hin genetisch sequenziert werden» sollen. Ohne dieses Wissen könne die Verantwortlichkeit zur Meldung von Untersuchungsergebnissen nicht bei den Laboratorien liegen.

**IMM** hinterfragt bei Abs. 1 Bst. c, ob eine derart weitreichende Erfassung und Übermittlung von Daten bei allen meldepflichtigen Infektionskrankheiten/Infektionen gerechtfertigt sei. Hier solle eine Risikobeurteilung basierend auf dem jeweiligen Pathogen erfolgen.

**LV** erachtet die Streichung des Begriffs «übertragbare Krankheiten» im Einleitungssatz des Abs. 1 wie auch des Abs. 5 als nicht gerechtfertigt an, denn dies erweiterte den Geltungsbereich des Gesetzes in unzulässiger Weise.

**SAMW** befürwortet, dass in diesem Zusammenhang nicht der Datenschutz in den Vordergrund gestellt werde, sondern auch Daten zu Wohnort (falls nicht via AHV-Nummer eruierbar) oder zu Komorbiditäten/Immundefizienz für die Feststellung von besonderen Empfindlichkeiten bedeutsam seien.

**SGTP** betont, dass Abs. 3 nicht definiert, wie diese Meldung erfolgen soll, jedoch sei der automatische Datenaustausch der verschiedenen Meldesysteme entscheidend (Stichwort «Interoperabilität»).

**SSO** weist darauf hin, dass die Spitäler, Ärztinnen und Ärzte und Institutionen des Gesundheitswesens im Falle einer Pandemie nicht zusätzlich mit einer Meldepflicht belastet werden sollen. Die Meldepflicht soll freiwillig bleiben. Auch sind Abs. 3, 4 und 5 nicht verpflichtend zu formulieren.

**MV** fordert den Ersatz der bisherigen Regelung betreffend Meldepflicht durch eine Regelung betreffend freiwilliges Meldewesen unter Regelung der Zuständigkeiten.

### **Art. 12a Adressaten der Meldungen**

<sup>1</sup> Die Meldungen nach Artikel 12 erfolgen:

- a. an das nationale Informationssystem «Meldung von übertragbaren Krankheiten» (Art. 60);
- b. bei bestimmten Erregern oder Beobachtungen direkt an die zuständige kantonale Behörde und das BAG.

<sup>2</sup> Die Führerinnen und Führer von Schiffen oder Luftfahrzeugen melden ihre Beobachtungen dem zuständigen Betreiber der Hafenanlage beziehungsweise dem zuständigen Flughafenthalter.

**FR, GE, NE, SO, TG, ZH** und **VKS** fordern, in Abs. 1 Bst. b nicht von der «zuständigen kantonalen Behörde» zu sprechen, sondern die Kantonsärztin beziehungsweise den Kantonsarzt zu nennen.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** führen aus, dass die Ausführungsbestimmungen zum Epidemiengesetz im Sinne der Datensparsamkeit konkretisiert werden müssen. Das nationale Informationssystem nach Art. 60 solle den Bedürfnissen der Kantone besser dienen und sie verfügen demnach über eine Datenschnittstelle. Insofern sei nicht klar, warum die Meldepflichtigen dem BAG und den Kantonen melden müssen. Wenn die Meldewege vereinfacht werden sollen, werde ein «single point of contact» (SPOC) benötigt, in dem die weiteren Meldewege bestimmt werden. Gleichermaßen gelte auch für das Informationssystem «Genom-Analysen».

**LU** weist darauf hin, dass es unklar ist, was die zuständigen Betreiberinnen und Betreiber der Hafenanlage beziehungsweise die zuständigen Flughafenthalterinnen und Flughafenthalter in Abs. 2 mit der Meldung machen und an wen sie diese Meldung weiterleiten. Auch **SO** führt aus, dass zur Wahrung der Privatsphäre vertrauliche Gesundheitsinformationen weiterhin an Ärztinnen und Ärzte gesendet werden müssen und nicht an «die Behörde» und damit im schlimmsten Fall an unqualifizierte Personen. **FZH** fordert eine Anpassung der Formulierung in Abs. 2, dass die Führerinnen und Führer von Schiffen oder Luftfahrzeugen ihre Beobachtungen der zuständigen Grenzärztin oder Grenzarzt beziehungsweise dem BAG melden. **SWISS** wünscht ebenfalls, dass in Abs. 2 klarer definieren sollte, an wen die Meldung zu erfolgen hat. Ihres Erachtens sollte die Meldung an die Grenzärztin oder den Grenzarzt oder die lokale Vertretung der Gesundheitsbehörden vor Ort erfolgen.

**Economiesuisse** und **SVV** fordern die ersatzlose Streichung von Art. 12a Abs. 2, da hier Personen zu Aufgaben verpflichtet werden, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Qualifikation nicht erfüllen können.

**LIBERTÉ** und **MV** fordern die Streichung von Art. 12a. **ALETHEIA** merkt an, dass der Artikel gegen die Menschenrechte verstösse.

**BL** ist der Ansicht, dass für die kantonalen Behörden eine einfache Schnittstelle zu den Systemen des Bundes vorzusehen sei, mit Erstzugriff für die Kantone.

**GL** fordert, dass die Meldepflicht nicht bloss für Führerinnen und Führer von Schiffen und Flugzeugen gelten sollte, sondern auch für andere Verkehrsmittel wie Reisebusse oder Züge. **TI** fordert ebenfalls die Inklusion von Fernreisebussen.

**EKSI** fordert die Streichung von Abs. 1 Bst. b, da ein zentrales Informationssystem alle Informationen sammeln und eine effiziente und schnelle Übermittlung und Bereitstellung von Daten ermöglichen solle.

**LV** bemerkt bezüglich Abs. 2, dass nicht so scheint, als ob das vorliegende Gesetz den Hafen- und Flughafenbetreibern und Betreiberinnen wirklich eine Verpflichtung auferlege.

**SGTP** merkt an, dass Art. 12a keine gesetzliche Grundlage für ein integriertes Überwachungssystem schaffe, da die im Vernehmlassungsvorschlag enthaltene Formulierung am bestehenden Überwachungssystem für übertragbare Krankheiten festhalte.

### **Art. 13 Abs. 1**

<sup>1</sup> Der Bundesrat legt Folgendes fest:

- a. welche Beobachtungen welcher Krankheiten gemeldet werden müssen;
- b. die Meldewege;
- c. die Meldekriterien;
- d. die Meldefristen;
- e. die Zuständigkeit bei der Überprüfung der Meldeinhalte.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** erachten es als sinnvoll, wenn bei der Festlegung dieser Punkte bereits etablierte Systeme oder Standards berücksichtigt und bevorzugt werden.

**ALETHEIA** erachtet es als die Aufgabe von Gesundheitsorganisationen und nicht des BR, Meldeorte, Meldewege, Meldefristen oder Meldekriterien festzulegen. **FPTH** befürchtet einen Verlust der Freiheit und der Staatensovranität, die Rolle der WHO wird kritisch beurteilt. **LIBERTÉ** schlägt vor im Entwurf «der Bundesrat» durch «das BAG» zu ersetzen.

**GE** stellt fest, dass trotz der erwähnten gesetzlichen Meldefristen und der vorgesehenen Bussgelder eine Verzögerung bei der Übermittlung der Meldungen zu beobachten ist, was wiederum Verzögerungen bei der Einleitung von Untersuchungen und Massnahmen zur Folge hat. Der Kanton fragt sich, ob deshalb zusätzliche Regelungen notwendig sind.

**GR** ist der Ansicht, dass die Standardisierung von Schnittstellen zur Datenübermittlung aus den Fachanwendungen vermehrt in den Fokus rücken sollte, damit verteilte Systeme einheitlicher und sicher die benötigten Informationen austauschen können. Entsprechend könnte Abs. 1 ergänzt werden.

**SG** betont, dass die kantonalen Behörden als ausführende Organe mit der Umsetzung der Massnahmen betraut sind und die entsprechende Expertise haben. Die Festlegung der unter Buchstabe a-e genannten Punkte sollen daher in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen erarbeitet und beschlossen werden müssen, und nicht vom Bundesrat diktiert werden.

**EKIF** fordert, dass der Artikel klarer spezifiziert, ob für die Erhebung dieser Informationen ein neues Informationssystem aufgebaut wird.

**FG TRM** ist der Ansicht, dass ohne bindende Bestrafung alle Kriterien und Definitionen lediglich gute Absichten widerspiegeln, aber nicht durchgesetzt werden können.

Gemäss **LV** ist die Streichung des Wortes übertragbar in Abs. 1 Bst. a nicht gerechtfertigt.

**PTK** sieht Abs. 1 als kritisch und problematisch an. Die Bestimmung könnte bedeuten, dass eine bestimmte Krankheit einfach ignoriert wird, selbst wenn sie aufgrund ihrer Häufigkeit und wegen Langzeitfolgen eine hohe Morbidität hat.

### **Art. 13a Meldung des Verbrauchs antimikrobieller Substanzen**

- <sup>1</sup> Die Spitäler melden den Verbrauch antimikrobieller Substanzen.
- <sup>2</sup> Die Krankenversicherer melden die Angaben zum Verbrauch antimikrobieller Substanzen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen.
- <sup>3</sup> Der Bundesrat kann Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen, verpflichten, die Verschreibung oder Abgabe antimikrobieller Substanzen oder Substanzklassen mit Angaben zur Indikation, zum Alter und zum Geschlecht der betroffenen Person zu melden, wenn:
  - a. Substanzen neu oder erneut auf den Markt kommen;
  - b. Reserveantibiotika verwendet werden;
  - c. die Einhaltung von Auflagen nach Artikel 19a Absatz 4 Buchstabe c überprüft werden muss.
- <sup>4</sup> Er legt die meldepflichtigen Angaben zum Verbrauch und zur Verschreibung, den Kreis der Meldepflichtigen, die Adressaten der Meldung, die Meldewege, die Melde fristen und die Meldefrequenz fest.
- <sup>5</sup> Das BAG informiert die Ärztinnen und Ärzte nach Absatz 3 regelmässig über ihren nach Absatz 2 gemeldeten Verbrauch; es veröffentlicht die erhobenen Daten in anonymisierter Form.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** fordern den ganzen Artikel zu streichen und sind der Ansicht, dass dieser sachfremd ist, und der Verbrauch von antimikrobiellen Substanzen nichts mit einer Epidemie zu tun hat und die Bekämpfung einer Epidemie nicht beeinflusst. Die Aufgaben in Abs. 1 könnten auf eine andere Art organisiert werden, z.B. durch Anresis.ch/Swissnoso. **MFE** fordert ebenfalls die Streichung des ganzen Artikels 13a. und merkt an, dass Abs. 1 (Meldungen des Verbrauchs antimikrobieller Substanzen durch die Spitäler) im HMG festgehalten werden könnte. Alternativ könnte gemäss **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes, MFÄF, MFE, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** im EpG festgehalten werden, dass der Bundesrat die Versorgung der Bevölkerung mit antimikrobiellen Substanzen sicherstellt, in Zusammenarbeit mit den Kantonen und der pharmazeutischen Industrie.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** stellen fest, dass undifferenzierte Kontrollen gemäss Abs. 2 generell abzulehnen sind. Auch die Meldung über die Krankenversicherinnen und Krankenversicherer kommt in jedem Fall zu spät, da sie erst über die Abrechnung von der Verwendung solcher Substanzen erfahren, meist Monate nach der Abgabe. **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** weisen ausserdem im Zusammenhang mit Abs. 3 darauf hin, dass neue Substanzen und Reserveantibiotika in der ambulanten Praxis nicht verwendet werden. Die Einschränkung der Abgabe geschieht hier sinnvollerweise über eine Limitation in der Spezialitätenliste und nicht in einem Artikel, der administrativen Zusatzaufwand ohne Nutzen generiert. **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** finden Abs. 4 unnötig, da eine solche Erhebung keinen Effekt habe. Auch in Abs. 5 handelt es sich um eine undifferenzierte Erhebung, die ausser administrativen Aufwänden und falschen Interpretationen nichts bringen wird. **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SNM, SRO, SMVS, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** weisen darauf hin, dass seit mehreren Jahren dieser Aufwand schon von allen Sentinel-Ärztinnen und Ärzte (Erfassung aller abgegebenen Antibiotika mit Indikation) geleistet wird.

**AI, BE, BS, FR, GE, GL, LU, NE, NW, VD** und **EKK** begrüssen im Grundsatz die in Art. 13a und Art. 19a ausgeführten Bestimmungen, die zu einer weiteren Verringerung von vermeidbaren Antibiotikaresistenzen beitragen sollen.

**Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, OdA KT, SFV, SGS, TVS** und **VRMS** merken an, dass die sachgemäss Verschreibung von antimikrobiellen Substanzen sinnvoll ist – in der Tiermedizin konnte so der Antibiotikaverbrauch wesentlich gesenkt werden. **Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, OdA KT, SFV, SGS, TVS** und **VRMS** sehen Klärungsbedarf in Abs. 3. Es stellt sich die Frage, wie die Aufwände entschädigt werden. Da die Tarifpartnerschaft schlecht funktioniere, wird vorgeschlagen, dass der Bundesrat subsidiär eine Lösung in Kraft setzen muss, falls sich die Tarifpartnerinnen und Tarifpartner nicht einigen können.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** betonen, dass neben Ärztinnen und Ärzten auch Apothekerinnen und Apotheker antimikrobielle Substanzen in begründeten Fällen abgeben können und deshalb sollten auch diese Daten erfasst werden. Entsprechend müssten die Apotheken in Abs. 2 ebenfalls explizit genannt werden. **IFIK** und **SGSH** weisen bezüglich Abs. 2 darauf hin, dass Apothekerinnen und Apotheker, die Antibiotika ohne Rezept abgeben, derzeit nicht verpflichtet sind, dies zu melden. Auch Verbrauchsdaten von Zahnärztinnen sowie Zahnärzte und Pflegeheimen seien sehr schwierig zu erfassen. **AG** empfiehlt die Apotheken in die Verbrauchsmeldungen zu integrieren. **GE** schlägt vor, die Überwachung durch andere Datenquellen wie die Abgabe durch Apothekerinnen und Apotheker oder die Überwachung im Abwasser zu ergänzen.

**VD** und **Privatim** betonen, dass gemäss dem Grundsatz der Zweckbindung die durch die Meldung erhaltenen Personendaten nur zu dem in Art. 13a EpG genannten Zweck verwendet, werden dürfen. Dies muss durch geeignete technische und organisatorische Massnahmen sichergestellt werden. **Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** begrüssen ausdrücklich die in den Erläuterungen vorgesehene Möglichkeit zur weiterführenden Nutzung der erhobenen Daten. Die Verwendung der Daten muss jedoch spezifiziert werden, ausserdem muss die Datensicherheit zu jedem Zeitpunkt gesichert sein.

**ALETHEIA** und **N.I.E.** erachten den Artikel als überflüssig und sind der Ansicht, dass dieser nicht ins Gesetz gehört. **VB** fordert ein Gremium, welches Spitäler überwacht. **LIBERTÉ** fordert den Artikel zu streichen. **MV** lehnt neue zwingende Überwachungsmassnahmen jeglicher Art strikt ab.

**FR, LU, NE** und **KA** fordern, dass Apothekerinnen und Apotheker in Abs. 3 auch aufgeführt werden.

**AG, AR, LU** und **VSKT** nehmen erstaunt zu Kenntnis, dass das Thema der Verwendung, bzw. deren Meldung und Aufzeichnung von Antibiotika in der Veterinär- und Humanmedizin in zwei verschiedenen Gesetzgebungen geregelt werden und bitten das BAG, dieses Konzept nochmals zu überdenken.

**SGSH, SSI, USB** und **USZ** fordern die Ergänzung um die Pflicht zur Meldung von Antibiotikaresistenzen.

**GL** und **GR** wünschen, dass in Abs. 3 Bst. b berücksichtigt wird, dass Reserveantibiotika vom BAG mit den relevanten Fachgesellschaften zeitlich flexibel festgelegt werden können.

**EAWAG** und **WiBeG** sind der Ansicht, dass insbesondere die Formulierung, ob Präparate erfasst werden, die von Ärztinnen und Ärzten ambulant verschrieben, aber in der Apotheke bezogen werden, nicht eindeutig sei. Eine sinnvolle Erfassung müsste möglichst lückenlos sein.

**IFIK** und **SGSH** fragen sich, ob gemäss Abs. 1 alle Spitäler den Verbrauch melden oder nur Allgemeinspitäler. Dieselbe Frage stellt sich bei den Spezialkliniken und Rehabilitationszentren. Die Akteure stellen fest, dass die Krankenkassen nur über Daten zu Antibiotikaverschreibungen verfügen, die über die Krankenkassen abgerechnet werden. Allenfalls kann durch Aussetzen des Selbstbehaltes für Antibiotika, der Anteil selbst bezahlter Antibiotika reduziert werden. Die Akteure schlagen weiter vor, in Abs. 5 festzuhalten, dass das BAG die Kantone regelmässig über die Antibiotika Abgabe der Ärztinnen und Ärzte informiert.

**NVS** und **OdA AM** begrüssen eine landesweite Erfassung des Antibiotikaeinsatzes.

**AG** schlägt vor zu erwägen, ob Ärztinnen und Ärzte zumindest für gewisse Zeitperioden auch die Behandlungsindikation beim Verschreiben von «Routine-Antibiotika» melden sollten, um verlässliche Daten hierzu zu bekommen. Der Kanton stellt ausserdem bezüglich Abs. 5 fest, dass ein Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen, welche in der gleichen Fachrichtung arbeiten, einen noch grösseren Einfluss habe.

**BL** fordert Personalbedarf, Fristen und Zusatzkosten zu quantifizieren.

**GL** findet unklar, was in Abs. 2 «einzelnen» in diesem Zusammenhang bedeutet.

**NE** fordert die Massnahmen im Artikel zu ergänzen, die im Bereich Tiergesundheit zu treffen sind.

**VS** befürwortet Programme zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, die eine gezielte Antwort auf aktuelle Gesundheitsgefahren liefern und somit eine gewisse Garantie dafür bieten, dass Medikamente ihre Wirksamkeit gegen schwere Krankheiten wie Lungenentzündung oder Meningitis nicht verlieren.

**Die Mitte** begrüsst die Verbesserung der Datengrundlage in diesem Bereich durch eine verstärkte Überwachung des Verbrauchs und Einsatzes antimikrobieller Substanzen. Insbesondere die Verhinderung von Resistenzen gegen Antibiotika ist für Sie ein wichtiges Anliegen. Der Akteur befürwortet die Förderung der Entwicklung neuer Antibiotika durch den Bund.

Es ist gemäss **SGV** unbestritten, dass in Bezug auf die Antibiotikaresistenzen Handlungsbedarf besteht. Die vorgeschlagenen Bestimmungen und Verpflichtungen gehen aus Sicht des Akteurs aber zu weit und gehören nicht ins EpG. Bestimmungen zum Umgang mit Antibiotikaresistenzen sind alternativ im Heilmittelgesetz zu regeln.

**SSV** fordert, dass geregelt wird, welcher Versorgergruppe die Heimärztinnen- und Heimärzteschaft zugeordnet wird.

**EFBS** ist der Ansicht, dass man noch prüfen sollte, ob der Begriff «Spitäler» in Abs. 1 noch präzisiert werden soll, da es unklar ist ob z.B. Spezialkliniken und Rehabilitationszentren mit gemeint sind.

**EKK** ist der Ansicht, dass sich die Bekämpfung der Resistenz gegen antimikrobielle Mittel nicht primär auf das Monitoring und die Methoden der Verschreibung von Antibiotika konzentrieren sollte.

**ÄÄV** erachtet Abs. 2 als problematisch, da sehr aufwändig und nicht zielführend. Der Akteur ist ferner der Ansicht, dass die Meldepflichten in Abs. 3 einen hohen administrativen Aufwand verursachen. Fortbildungen wären deshalb zielführender.

**AHS** stellt fest, dass gemäss Abs. 3 die Meldung des Verbrauchs antimikrobieller Substanzen von den im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten über die Krankenkassenabrechnungen erfolgen. Dies funktioniert jedoch nicht bei Selbstzahlerinnen und Selbstbezahler, die es insbesondere in VCT-Stellen öfters gibt.

**GST** begrüsst diese Massnahmen. Allerdings sei es unverständlich, wieso Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich nicht im selben Umfang Informationen an den Bund liefern müssen wie Tierärztinnen und Tierärzte.

**H+** geht davon aus, dass diese Pflichtmeldungen für den stationären, wie für den ambulanten Bereich weitestgehend standardisiert und automatisiert erfolgen können. Die Finanzierung dieser neuen Meldepflicht muss zudem vom Staat vollumfänglich übernommen und explizit geregelt werden.

**PH CH** empfiehlt nachdrücklich bei der praktischen Umsetzung durch Vereinheitlichung und Nutzung bestehender Datenquellen den Aufwand für die Praxis möglichst zu minimieren.

**pro-salute ch** hat gewisse Bedenken, ob es zweckdienlich ist, wenn Meldungen über den Verbrauch antimikrobieller Substanzen auf zwei verschiedene Arten erfolgen. Wenn die Absätze 1 und 2 getrennt bleiben, müssten bei Abs. 2 die Apotheken ergänzt werden.

**SAMW** schlägt vor, dass die Spitäler keine Daten extra sammeln und aufbereiten müssen, sondern dass man das Ganze aus dem Spitaldatensatz zieht. Der Akteur ist der Ansicht, dass in Abs. 4 das Prinzip der einmaligen Meldung (Once-Only-Prinzip) verankert werden sollte.

**Santésuisse** betont, dass den Krankenversicherinnen und Krankenversicherten im EpG keine Rolle und keine gesetzlichen Aufgaben zukommen. Der Akteur schlägt weiter vor, dass die entsprechenden Daten bei den Ärztinnen und Ärzten erhoben werden.

**SBK** stellt fest, dass Pflegefachpersonen auch Medikamente verordnen. Sie müssen deshalb ergänzt werden und eine entsprechende finanzielle Abgeltung muss sichtbar sein.

**SSPH+** ist der Meinung, dass der Artikel klarer spezifizieren sollte, ob für die Erhebung dieser Informationen ein neues Informationssystem aufgebaut wird.

**SVBG** betont, dass Pflegefachpersonen auch Medikamente verordnen und sie deshalb ergänzt werden müssen. Eine entsprechende finanzielle Abgeltung muss sichtbar sein.

**Swissnoso** begrüßt die umfassendere Überwachung des Verbrauchs antimikrobieller Substanzen. Der Akteur geht dabei davon aus, dass diese Pflichtmeldungen für den stationären, wie für den ambulanten Bereich weitestgehend standardisiert und automatisiert erfolgen können. Die Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich gemäss Abs. 3 soll nur angewendet werden, wenn dies zum Schutz der öffentlichen Gesundheit verhältnismässig erscheint. Die zusätzliche Belastung der Grundversorgung mit unverhältnismässigen administrativen Anforderungen ist zu vermeiden.

### **Art. 15 Abs. 2-5**

<sup>2</sup> Das BAG gewährt den kantonalen Behörden in Zusammenarbeit mit anderen Bundesbehörden bei den Abklärungen fachliche Unterstützung.

<sup>3</sup> Es kann in Absprache mit den Kantonen selber Abklärungen durchführen, insbesondere wenn mehrere Kantone betroffen sind.

<sup>4</sup> Es kann auf Ersuchen eines betroffenen Kantons selber Abklärungen durchführen.

<sup>5</sup> Es kann eine Kantonsärztin oder einen Kantonsarzt mit einer Abklärung beauftragen, wenn im betreffenden Kanton eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit besteht.

**AG, FR, GE, NE, SO, TG, VD** und **VKS** fordern, dass die Kantonsärztinnen und Kantonsärzte explizit als zuständige Behörden zu nennen sind und die Zuständigkeit der Kantone für epidemiologische Abklärungen zu wahren ist.

**AG, BS, FR, LU, TG, VD, ZH, VKCS** und **VSKT** sehen die in Abs. 1 vorgesehene Informationspflicht der kantonalen Behörden gegenüber dem BAG bei den durch Tiere und Lebensmittel übertragenen Erkrankungen als nicht sinnvoll an, da gemäss Art. 16 der LMVV und Art. 86 der Tierseuchenverordnung (TSV) bereits eine vergleichbare Informationspflicht gegenüber dem BLV besteht (allenfalls könnte eine Informationspflicht des BLV gegenüber dem BAG erwogen werden).

**AG, AR, BS, FR, LU, TG, VD, ZH, VKCS** und **VSKT** erachten es nicht als sinnvoll, dass gemäss Abs. 5 im Falle eines Krankheitsausbruchs in Zusammenhang mit Lebensmitteln oder bei Tieren der Kantonsarzt oder die Kantonsärztin mit den Abklärungen beauftragt wird.

**AG, BE, BS, LU, NE, SO** und **VKS** fordern, dass in Abs. 5 präzisiert wird, dass die Zuständigkeit für epidemiologische Abklärungen bei den kantonalen Funktionsträgerinnen und Funktionsträger liegt bzw. dass sie vom BAG um Abklärungen ersucht werden, und nicht beauftragt werden können.

**ALETHEIA** und **MV** sehen die ursprüngliche Version dieses Artikels als ausreichend an. Gemäss **MV** ist auf eine Ausweitung des Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichs des BAG zu verzichten.

**BFS** fordert, dass eine Kantonsärztin oder ein Kantonsarzt nicht gezwungen werden kann, Aufträge des Bundes auszuführen. Der kantonalen Gesundheitsdirektion soll ein Rekursrecht gegenüber der Weisung des Bundesrates eingeräumt werden, im Streitfall entscheidet der Ständerat.

**EFBS** regt an, eine Präzisierung von Abs. 3 bezüglich der Zusammenarbeit auf Bundesstufe und eine namentliche Erwähnung des bei Bedarf rechtzeitigen Einbezugs von zusätzlichen Fachexpertinnen und Fachexperten zu prüfen.

### **Art. 15a      Genetische Sequenzierung im Bereich Mensch, Tier und Umwelt**

<sup>1</sup> Die zuständigen Bundesbehörden sorgen zur Erkennung und Überwachung übertragbarer Krankheiten und antimikrobieller Resistenzen im Bereich Mensch, Tier und Umwelt für die genetische Sequenzierung bestimmter Krankheitserreger, die eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen können.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt, welche Krankheitserreger in welchem Umfang und auf welche antimikrobiellen Resistenzen hin genetisch sequenziert werden.

<sup>3</sup> Der Bund trägt die Kosten für die genetischen Sequenzierungen.

<sup>4</sup> Die zuständigen Bundesbehörden bezeichnen die Laboratorien, die genetische Sequenzierungen durchführen. Diese melden die Untersuchungsresultate an das nationale Informationssystem «Genom-Analysen» (Art. 60c).

**SP** sowie **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, AHS, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SRO, SNM, SMGP, SMVS, SSAI, SSAPM, SVHA, PD, PINK CROSS, UNION, VBSAE und VSAO** schlagen vor, in Abs. 1 «kontinuierlich» zu ergänzen, um die Grundlage für das routinemässige Sequenzieren von Erregern mit grösserem Ausbruchspotential zu gewährleisten.

**AG, BE, FR, GR, LU, SO, NE, VD** und **VKS** fordern, dass der Bund in Absprache mit den Kantonen entscheiden soll, welche Erreger sequenziert werden.

**AG, BS, FR, LU, TG, ZH** und **VKCS** betonen, dass je nach Definition, welche Krankheitskeime in welchem Umfang sequenziert werden müssten, im Bereich der Lebensmittel- und Gebrauchsgegenstände eine grosse Anzahl Proben anfallen könnte.

**AG, BS, ZH** und **VKCS** stellen fest, dass in der Vergangenheit die Quelle von Ausbrüchen auch allein über Sequenzierungen von Keimen aus Umgebungsproben eruiert wurden.

**BE, VD, ZH** und **Privatim** fordern, dass der Bundesrat im Rahmen einer Verordnung ergänzt, inwiefern die genetische Sequenzierung unter das Bundesgesetz über die genetische Untersuchung beim Menschen (GUMG) fällt und ob deshalb für diese Art der Datenbearbeitung die Zustimmung der betroffenen Person erforderlich ist.

**FIALI, IG DHS, Migros** und **STL** stellen fest, dass nicht geklärt ist, was mit «welchem Umfang» in Abs. 2 genau gemeint ist. **FIALI** und **STL** sind der Ansicht, dass in Abs. 2 geregelt sein muss, welcher Erreger wann in welchem Umfang untersucht werden muss und wenn anwendbar, auf welche mikrobiellen Resistenzen. **SVDI** unterstützt im Grundsatz den Artikel, sieht aber ebenfalls Klärungsbedarf. So sei unklar was in Abs. 1 mit «genetischer Sequenzierung» und in Abs. 2 mit «in welchem Umfang» gemeint ist. **IMM** erscheint der Begriff «genetische Sequenzierung» ebenfalls unscharf und schlägt vor, diesen mit «Gesamtgenomsequenzierung» zu ersetzen.

**FIALI, IG DHS, Migros** und **STL** sind der Ansicht, dass es möglich sein muss, die Sequenzierungen durch kommerzielle Laboratorien durchzuführen. Statt die Laboratorien zu bezeichnen, wäre es sinnvoller, Bedingungen zu definieren, die ein Labor erfüllen muss, um diese Sequenzierungen durchzuführen. **FIALI, STL** und **VB** schlagen vor, dass die Labore mittels Ausschreibungen auswählt werden. **IG DHS** und **Migros** erachten es als unklar, wie genau das nationale Informationssystem «Genom Analysen» funktioniert und fragen sich, wer Zugriff auf die Daten hat und wann diese konsultiert werden dürfen. **IG DHS** und **Migros** stellen zudem fest, dass es keine ausreichend beschriebenen Standards und Anforderungen an die Selbstkontrolle hinsichtlich der Untersuchungsfrequenz und den Umfang eines Umgebungsmonitorings gibt und befürchten eine Marktverzerrung.

**ALETHEIA** ist der Ansicht, dass Tier und Umwelt nicht ins EpG gehören und lehnt genetische Sequenzierungen ab. Antimikrobielle Substanzen seien im HMG zu regeln. **BFS** fordert die Streichung des Begriffs Umwelt, sofern er nicht eng definiert wird. Gemäss **LIBERTÉ** verstösst die Gensequenzierung im Humanbereich gegen die von der Schweiz unterzeichnete Oviedo-Konvention und missachtet die freie und informierte Zustimmung und den Schutz der Privatsphäre. **MV** fordert die Streichung des Artikels. **Pro Schweiz** lehnt den Artikel ab, da befürchtet wird, dass durch die Methode der genetischen Sequenzierung eher das Notrecht ausgerufen wird, da man im Abwasser schnell Erreger finden könnte.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** fordern, dass ein Einbezug von externen Expertinnen und Experten explizit erwähnt werden sollte.

**BS, TG** und **ZH** fordern eine klare und sinnhafte Bestimmung.

**FIALI, SFF** und **STL** erscheint die Festlegung der Methodik auf die genetische Sequenzierung als zu eng bzw. werde so die Nutzung von allenfalls neuen technologischen Möglichkeiten verhindert. In der EU-Gesetzgebung scheint dieser Spielraum mit der Begrifflichkeit der «genetischen Daten» bereits geschaffen zu sein.

**SGSH, USB** und **USZ** erachten es als wichtig, dass die zu konsultierenden Expertinnen und Expertengruppen ergänzt werden. **SGSH** beurteilt den Artikel als äusserst wichtig und fügt an, dass alternativ der Bund oder die Kantone Expertinnen oder Expertengruppen beauftragen könnten, diese Abklärungen durchzuführen.

**TG** und **VKCS** sind der Ansicht, dass für die Feststellung einer epidemiologischen Entwicklung nicht entscheidend sein darf, ob die rechtlich festgelegten Höchstwerte überschritten sind. Im Zusammenhang mit epidemiologischen Abklärungen sind gemäss **TG** und **VKCS** zudem auch Umgebungsproben einzubeziehen.

**FIALI** und **STL** empfehlen, dass der Ausdruck «auf welche mikrobiellen Resistenzen» vorgängig mit «soweit anwendbar» ergänzt werden sollte. **FIALI** und **STL** fordern, dass bei Abs. 3 dem Bund noch mehr Spielraum in der Regelung der sehr hohen Kosten gelassen werden soll. Der zweite Satz von Absatz 4 sollte gemäss **FIALI** und **STL** gestrichen werden, da die Daten weiterhin den Unternehmen gehören.

**AG** empfiehlt, dass neben den zuständigen Bundesbehörden auch die Kantone Sequenzierungen zur Erkennung und Überwachung von übertragbaren Krankheiten anordnen lassen können.

**BL** kritisiert, dass aus der VE-EpG nicht eindeutig hervor geht, ob die Sequenzierung genetisches Material von Personen mitumfassen kann.

**BS** betont, dass zu beachten sei, ob sie die Vorgaben nur auf Lebensmittel oder auch auf Umgebungsproben beziehen.

**GE** bedauert, dass die Veröffentlichung der Sequenzierungsergebnissen nicht explizit erwähnt wird.

**LU** begrüsst explizit den Einbezug von Tier und Umwelt.

**EAWAG** regt an, dass Entscheidungen über die Verwendung und Prioritätensetzung beim BAG liegen sollten, während es dem BR obliegt, die Ressourcen zur Verfügung zu stellen und bei Pandemiebedingungen zusätzliche Beobachtungsmassnahmen anzuordnen.

**EFBS** fordert, dass Lebensmittel sowohl im Titel als auch im Absatz 1 erwähnt werden, denn sie können die Quelle von übertragbaren Krankheiten sein.

**H+** begrüsst, dass der Bund die Kosten für die genetischen Sequenzierungen tragen soll.

**IMM** fordert, dass die Nationalen Referenzzentren erwähnt und zusammen mit den in Artikel 15a erwähnten Laboren mit der Entwicklung eines entsprechenden Überwachungssystems beauftragt werden. Der Akteur ist der Ansicht, dass nicht nur Abwasserproben gemacht werden sollten. Es sei essenziell, dass einzelne Isolate von Bakterien, Viren und Pilzen in einem Transmission Netzwerk

analysiert werden (inkl. Lebensmittelisolate). Der Akteur begrüsst die Zusammenführung in einer gemeinsamen Datenbank.

**NZM** ist der Ansicht, dass man die prospektive Erhebung von Gesamtgenomdaten und/oder die antibiotische Empfindlichkeitstestung von Erregern mit besonderem Gefährdungspotential, sowie Pathogenen, welche in den Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDG) als Verursacher spezifischer Epidemien explizit genannt sind, ins Auge fassen sollte.

**SSI** begrüsst den Artikel explizit.

**Swiss TPH** betont die Wichtigkeit von genetischen Daten und begrüsst, dass der genetische Ansatz in die Gesetzesrevision eingeflossen ist.

### **Art. 15b Pflicht zur Weiterleitung**

<sup>1</sup> Stellt die für die Selbstkontrolle nach Artikel 26 des Lebensmittelgesetzes vom 20. Juni 2014<sup>10</sup> verantwortliche Person Krankheitserreger fest, die nach Artikel 15a Absatz 2 sequenziert werden müssen, so sorgt sie dafür, dass diese mit den Angaben, die zur Feststellung einer Ansteckungsquelle oder eines epidemiologischen Zusammenhangs notwendig sind, an die nach Artikel 15a Absatz 4 bezeichneten Laboratorien geschickt werden.

<sup>2</sup> Die folgenden Laboratorien müssen Proben mit Krankheitserregern, die nach Artikel 15a Absatz 2 sequenziert werden müssen, an die nach Artikel 15a Absatz 4 bezeichneten Laboratorien schicken

- a. Laboratorien nach Artikel 12 Absatz 2;
- b. kantonale Laboratorien, die gestützt auf die Lebensmittelgesetzgebung amtliche Proben untersuchen;
- c. Laboratorien, die gestützt auf die Tierseuchengesetzgebung Proben untersuchen;
- d. Laboratorien, die gestützt auf die Umweltschutzgesetzgebung Proben untersuchen.

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt die Aufbewahrung der Proben.

**AG, BS, FR, TG, ZH und VKCS** weisen darauf hin, dass die gesetzliche Pflicht der verantwortlichen Person nach Art. 26 Lebensmittelgesetz (LMG) zur Weiterleitung der Daten hier aus einem Gesetz erwächst, das die betroffenen Betriebe oder Betriebsverantwortlichen aufgrund ihrer üblichen Tätigkeiten kaum konsultieren. Die Betriebe seien auf Ihre Pflichten zu sensibilisieren.

**FIALI** und **STL** erachten eine Weiterleitungspflicht der Laboratorien gemäss Abs. 1 als nicht wünschenswert, die Meldung sollte dem Akteur obliegen, um dessen Daten es sich handelt. **FIALI** und **STL** wünscht zusätzlich eine Anpassung des Abs. 2. Die verantwortliche Person nach Art. 26 LMG muss die Meldung machen, nicht die Laboratorien. Insgesamt sollte die Verantwortung für die Weiterleitung aus Datenschutzgründen beim LM-Unternehmer verbleiben.

**IG DHS** und **Migros** betonen, dass die Pflicht sich auf die Weiterleitung der Resultate der Sequenzierung beziehen sollten. Ebenfalls soll präzisiert werden, was weitergeleitet werden muss (Proben, Isolate oder Ergebnisse der Sequenzierung).

**LIBERTÉ** und **MV** fordern die Streichung des Artikels.

**SSPH+** und **SPHD** schlagen vor, Abs. 3 dahingehend zu ergänzen, dass sich der Bundesrat nicht nur mit der Aufbewahrung von Bioproben, sondern auch mit dem Informationssystem zur Nutzung dieses Materials befasst.

**FAMH** wünscht eine Ergänzung dahingehend, dass der Bundesrat die Vergütung und die Aufbewahrung der Proben regelt.

**SFF** fordert, dass nach der Pflicht der Untersuchung auch die Verantwortung für die Weiterleitung der relevanten Untersuchungsergebnisse beim jeweiligen Lebensmittelbetrieb verbleibt. Dieser kann das ausführende Labor mit der Weiterleitung der Untersuchungsergebnisse an das nationale Informationssystem «Genom-Analysen» betrauen.

### **Art. 16 Abs. 2 Bst. e-g sowie 3-5**

<sup>2</sup> Der Bundesrat nimmt folgende Aufgaben wahr:

- e. Er regelt, welche mikrobiologischen Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten zum Zweck der patientennahen Diagnostik von anderen Gesundheitseinrichtungen unter Aufsicht der Laboratorien nach Absatz 1 durchgeführt werden dürfen. Er legt die Voraussetzungen dazu und die Aufsicht durch die Laboratorien fest.
- f. Er legt die Vorgaben fest für Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten, die Laboratorien nach Absatz 1 ohne ärztliche Anordnung anbieten oder durchführen dürfen.
- g. Er kann Untersuchungen zur Erkennung bestimmter übertragbarer Krankheiten ohne ärztliche Anordnung verbieten, wenn ein ärztlicher Einbezug erforderlich ist, um eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit zu verhindern.

<sup>3</sup> Praxislaboratorien von Ärztinnen und Ärzten, Spitällaboratorien und die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin, die Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>11</sup> über die Krankenversicherung (KVG) durchführen, sind von der Bewilligungspflicht ausgenommen.

<sup>4</sup> Der Bundesrat kann bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit Ausnahmen von der Bewilligungspflicht vorsehen, um zu gewährleisten, dass die erforderlichen Untersuchungen durchgeführt werden können.

<sup>5</sup> Er legt die Anforderungen an die Einrichtungen, die von der Bewilligungspflicht ausgenommen sind, und an die einzusetzenden Analysesysteme fest. Er regelt die Aufsicht.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** weisen darauf hin, dass mit dem 2016 in Kraft getretenen EpG alle Laboratorien, die im Humanbereich mikrobiologische Untersuchungen zur Erkennung von übertragbaren Krankheiten – sei dies zu diagnostischen oder zu epidemiologischen Zwecken – durchführen, einer obligatorischen Bewilligungspflicht durch das Schweizerische Heilmittelinstitut (Swissmedic) sowie deren Aufsicht unterstellt wurden (vgl. Abs. 1).

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf und SVPh** sind der Ansicht, dass der Bundesrat sich an der bestehenden Praxis orientieren soll bei der Festlegung der Anforderungen an die Einrichtungen, die von der Bewilligungspflicht ausgenommen sind und bei den einzusetzenden Analysesystemen.

**AG, LU, NE, SO, VD und VKS** wünschen einen Verweis in diesem Artikel auf die Meldepflicht nach Art. 12 Abs. 1 und 2, um klarzustellen, dass Laboratorien, die ohne Bewilligung oder ohne ärztliche Anordnung Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durchführen dürfen, trotzdem der Meldepflicht unterstehen. Auch **SG** ist der Ansicht, dass die genannten Gesundheitseinrichtungen der Bewilligungspflicht und der Aufsicht durch die kantonalen Behörden unterstellt sein müssen.

Während **Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin, SVDI und SVV** diesen Artikel grundsätzlich unterstützen, bräuchte es eine klare Regelung, dass bereits CE Zertifizierte Analysesysteme die Anforderungen automatisch erfüllen, sofern die Untersuchung innerhalb der Zweckbestimmung erfolgt.

**FR, LU, NE, VD und KAV** wünschen die Ersetzung von «unter Aufsicht der Laboratorien» mit «unter Aufsicht der Kantone».

Während **AHS** und **SGCH** die Erweiterung der Ausnahmen von der Bewilligungspflicht begrüßen, sei diese zu eng gefasst. Gemäss **ABBV, AHS** und **SGCH** sollten Probenentnahmen unter bestimmten Voraussetzungen auch durch nicht-medizinisches Personal möglich sein und neben der patientennahen Diagnostik sollte auch die Eigenanwendung, das so genannte Home Sampling, in diese Regelung einbezogen werden.

<sup>11</sup> SR 832.10

**BE, SG und SSK** erachten als wichtig, dass auch bei Ausnahmen von der Bewilligungspflicht (nach Abs. 4) von der Betreiberin oder dem Betreiber eine natürliche Person zu bezeichnen ist, welche für einen Betrieb (z.B. «Testcenter») verantwortlich ist.

**LIBERTÉ** fordert die Streichung des Artikels. **MV** fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung. **N.I.E.** fordert die Streichung von Abs. 2 Bst. g sowie Abs. 4.

**GRIP** und **VIPS** sind einverstanden und gleichzeitig der Ansicht, dass externe Expertinnen sowie Experten und Organisationen, die ebenfalls vergütet werden sollen, gleichberechtigt einbezogen werden sollen.

**H-CH** und **PINK CROSS** fordern, dass der Bundesrat bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit sowie im Rahmen von nationalen Programmen mit dem Ziel einer Kontrolle oder Elimination von übertragbaren Krankheiten Ausnahmen von der Bewilligungspflicht vorsehen kann. **H-CH** ist der Ansicht, dass im Rahmen von nationalen Programmen zur Kontrolle oder Elimination von übertragbaren Infektionskrankheiten Point-of-Care-Tests (POCT) zur patientennahen Diagnostik zugelassen werden sollen.

**FAMH** fordert die Streichung von Abs. 3, da der Akteur es als notwendig ansieht, die Tätigkeiten durch Praxislaboratorien einzuschränken bzw. die gleichen, für spezialisierte Laboratorien vorgeschriebenen Qualifikationen und Sicherheitsmassnahmen vorzuschreiben. Auch **IMM** warnt davor, dass die Zulassung von Organisationen ohne die notwendige Fachkompetenz zur Durchführung solcher Tests unter Aufsicht problematisch sein könnte. Auch sei eine präzise Definition von «Gesundheitseinrichtung» notwendig.

**SGBE** und **Uni GE** stellen fest, dass die Durchführung von Schnelltests in Pflegeheimen ebenfalls vorgesehen werden sollte.

**GR** fordert, dass Laboratorien, die ohne Bewilligung oder ohne ärztliche Anordnung Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten vornehmen, trotzdem der Meldepflicht unterstehen müssen. Es ist ein entsprechender Querverweis anzufügen.

**NE** erachtet Abs. 2 Bst. g als schlecht formuliert und unverständlich.

**EKSI** fordert eine explizite Definition des Begriffs «patientennahe Diagnostik» so wie zurzeit nur im erläuternden Bericht vorgesehen. Die «patientennahe Diagnostik» zeichne sich zudem geradezu dadurch aus, dass sie nicht unter Aufsicht eines Labors erfolgen kann und soll. Ferner müsse der Bundesrat auch im Fall von nationalem Interesse anderer Art, namentlich im Rahmen von nationalen Programmen gemäss Art. 5 EpG, Ausnahmen von der Bewilligungspflicht für mikrobiologische Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten vorsehen können, selbst wenn keine «besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit» vorliegt.

Die **VKS** ist der Ansicht, dass Erleichterungen der Zulassung für Selbsttests gemäss Art. 16 auf point-of-care Bereiche (Notfallstationen, Polikliniken, Arztpraxen, Apotheken, Zentren und Institutionen zwecks Erreichung spezifischer Populationen) erweitert werden sollten – mit den notwendigen Regulierungen und Qualitätskontrollen.

**FMCH** erachtet es als sinnvoll, die ärztliche Expertise in einem partizipativen Verfahren unbedingt miteinzubeziehen.

**Santésuisse** unterstützt die Anpassungen von Art. 16 Abs. 2 Bst. e-g sowie 3-5. Besonders hervorheben möchte Santésuisse dabei die Möglichkeit für den Einsatz patientennaher Sofortdiagnostik auch ausserhalb einer besonderen bzw. ausserordentlichen Lage.

**SDV** fordert, dass sich Abs. 3 nicht auf KVG-Leistungen beschränkt. Des Weiteren sollen Drogerien auch mit Krankenkassen abrechnen können.

**SVBG** möchte den Begriff «Spitallaboratorien» durch «Laboratorien» ersetzt sehen.

**VB** befürchtet, dass wenn Ausnahmen von der Bewilligungspflicht vorgenommen werden, dies Betrug ermöglichen könnte.

**WiBeG** möchte, dass die Durchführung von Schnelltests in Pflegeheimen in Abs. 3 ebenfalls vorgesehen wird.

### **Art. 17 Nationale Referenzzentren, Bestätigungs laboratorien und nationale Kompetenzzentren**

<sup>1</sup> Das BAG kann einzelne Laboratorien nach Artikel 16 Absatz 1 als nationale Referenzzentren oder als Bestätigungs laboratorien bezeichnen und diese mit besonderen Untersuchungen und weiteren Sonderaufgaben beauftragen.

<sup>2</sup> Es kann öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens sowie Forschungsinstitutionen als nationale Kompetenzzentren bezeichnen und diesen besondere Aufgaben im Bereich der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten übertragen.

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt die Aufsicht über die beauftragten Institutionen.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, TI, VD** sowie **AHS, Economiesuisse, NBR, SBNet, SGCH und SVV** begrüssen, dass der Bund neu öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens sowie Forschungsinstitutionen als nationale Kompetenzzentren bezeichnen und entsprechende Aufgaben im Bereich der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten abgelten kann. **PD** begrüsst, dass der Bund bei der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten mit spezialisierten Institutionen zusammenarbeiten und diese als Kompetenzzentren stärken wird. **SBNet** würde begrüßen, wenn dies auch für den Bereich der biologischen Sicherheit und der Biosecurity umgesetzt würde.

**EKIF** sowie **PIGS, SGP, SGSH, SPHD, SSI** und **SSPH+** sehen es als wichtig an, dass das BAG-Expertinnen und Experten der Durchführung von Überwachungsmassnahmen beauftragen kann, insbesondere bei bevölkerungsbezogenen Erhebungen.

Gemäss **Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** dürfe privatwirtschaftliche Effizienz nicht durch eine verwaltungsähnliche Bürokratie ersetzt werden.

Nach **AG, LU** und **VSKT** sollte spezifiziert werden, dass auch das BLV Referenzlaboratorien nach Art. 16 Abs. 1 ernennen kann.

**FIALI, IG DHS** und **Migros** sind der Ansicht, dass zu klären ist, unter welchen Bedingungen das BAG diese Kompetenz wahrnimmt und ob es dazu eine Pandemie braucht. Ebenfalls stellt sich die Frage, ob private Laboratorien auch im Normalfall Aufgaben übernehmen oder ob das nur im Ausnahmefall gilt.

Für **AHS** und **SGCH** ist wichtig, dass bei der Auswahl und Beauftragung dieser Zentren ein starker Fokus auf Interdisziplinarität gelegt wird.

**LIBERTÉ** fordert die Streichung des Artikels. **MV** fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung.

**MCID** stellt fest, dass die Koordination dieser Institutionen mit den Referenzlaboratorien auf Bundesebene von zentraler Bedeutung ist, damit Doppelprüfungen vermieden und Synergien optimal genutzt werden können. **SAMW** betont, dass Synergien geklärt und Doppelprüfungen zwischen den Referenzzentren beseitigt werden. Die Kompetenzen und Infrastrukturen von Referenzzentren müssen nachhaltig gefördert und erhalten werden. Es macht keinen Sinn, die Anzahl von Referenzzentren stark auszuweiten und damit die Nutzung bestehender Expertise zu verwässern.

Für **SAMW** und **Swiss TPH** ist es von grosser Bedeutung, dass Kompetenzzentren und ihre Infrastrukturen und Expertise nachhaltig und ausreichend finanziert werden, auch ausserhalb einer bedrohlichen Lage, damit diese bei Eintritt einer Epidemie auch verfügbar sind.

**ZG** ist der Ansicht, dass geprüft werden sollte, ob eine gesetzliche Grundlage für die Gründung eines führenden Laboratoriums geschaffen werden soll.

**FDP** fordert, dass Kompetenzzentren auch auf Firmenarealen eingerichtet werden können. Eine Gesundheitsfachperson ist dabei vorzusehen.

**H+** fordert eine datenbasierte Vergütung.

**MCID** erachtet die Erweiterung des Artikels, öffentliche und private Institutionen des Gesundheitswesens mit der Erkennung, Überwachung, Verhütung sowie der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zu betrauen als sinnvoll.

**NFP 80** schlägt eine Ergänzung von Art. 17 vor. Der Bund soll nicht nur die Bestimmung von Kompetenzzentren im biomedizinischen Bereich vorsehen, sondern auch in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, die sich im Kontext der Covid-19-Epidemie und der diesbezüglichen Forschung im NFP80 als relevant erwiesen haben. Konkret wird vorgeschlagen zu ergänzen, dass diesen Stellen besondere Aufgaben in den Bereichen Erkennung, Überwachung, Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten und ihren direkten und indirekten Auswirkungen übertragen werden sollen.

**PH CH** und **pro-salute ch** sehen die «kann»-Formulierung als zu zurückhaltend an.

**SPSP** schlägt vor, dass Institutionen wie das Swiss Institute of Bioinformatics (SIB) in die Definition in Art. 17 Abs. 2 aufgenommen wird.

**SGTP** begrüßt, dass der Bund Kompetenzzentren benennen kann. Um solche Kompetenzzentren aufzubauen, zu unterhalten und im Ereignisfall effizient und effektiv einsetzen zu können, wird eine Investition seitens Bund notwendig sein. Der Betrieb solcher Kompetenzzentren sollte unabhängig von konkreten Aufgaben (wie im Artikel genannt) gewährleistet sein.

Während die rechtlichen Grundlagen für das öffentliche Beschaffungswesen einzuhalten sind, gibt **Swissnoso** zu bedenken, dass regelmässige öffentliche Ausschreibung für Institutionen mit einem sehr grossen Aufwand und erheblichen Unsicherheiten bezüglich der eigenen Organisationsentwicklung verbunden wären.

**VB** fragt, wer die nationalen Referenzzentren nach welchem Auswahlverfahren bestimmt.

#### 4.3.4 Art. 19-19a (Verhütung in Einrichtungen, Verhütung Antibiotika-Resistenzen)

##### Allgemeine Rückmeldungen Art. 19-19a

**GDK, AG, BE, BL, BS, FR, GR, JU, LU, OW, SG, SH, TG** und **VSKT** schlagen vor, mit Blick auf die Zielsetzungen des HMG und EpG sowie den im zu revidierenden EpG verfolgten One-Health-Ansatz zu prüfen, ob nicht sämtliche Regelungen im Zusammenhang mit antimikrobiellen Resistenzen sowohl im Bereich der Human- als auch der Veterinärmedizin sinnvollerweise im EpG zu verankern sind. **ZH** betont, dass der Fokus allein auf die Aspekte der Humanmedizin betreffend Früherkennung und Überwachung nicht das gesamte Spektrum abdeckt. Als Grundvoraussetzung für eine wirksame Früherkennung und Überwachung ist der One-Health-Ansatz zu verfolgen.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** sind der Ansicht, dass eine Definition des Begriffes «andere Institutionen des Gesundheitswesens» wichtig wäre, da diese in Art. 19 und 19a ohne genauere Erläuterung erwähnt werden.

**BL** fordert, dass die neuen Aufgaben und Anforderungen, welche auf die Kantone zukommen im Hinblick auf die erforderlichen personellen und anderweitigen Ressourcen quantifiziert werden.

**TG** fordert, dass die Finanzierung von ausbruchsbezogenen Abklärungen, deren Leistungen nicht über die ordentlichen Tarife abgerechnet werden können, explizit geregelt werden.

**FDP** schlägt vor, dass Instrumente zur internationalen Koordination vorgesehen werden sollen.

**EFBS** ist überzeugt, dass die systematische Erfassung von «Routine-Daten» zu antimikrobiellen Resistenzen bei klinisch relevanten Bakterien von grundlegender Bedeutung ist.

**EKK** stellt fest, dass mehrere im VE-EpG enthaltene Rechtsgrundlagen nicht über die notwendige normative Dichte verfügen, um eine gültige Delegationsklausel zugunsten des Bundesrates oder gar anderer Vollzugsbehörden des betreffenden Gesetzes darzustellen.

**BK-SBK** fordert, die auf Krankenhausebene erzielten Fortschritte systematischer auf den Bereich der Veterinärmedizin auszuweiten, um den Einsatz von Antibiotika bei Tieren, deren Infektionen und Erkrankungen leicht auf den Menschen übertragen werden können, und umgekehrt, zu erfassen und zu bewerten.

## **Art. 19 Sachüberschrift und Abs. 2 Bst. a**

## Verhütungsmassnahmen in Einrichtungen

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann folgende Vorschriften erlassen:

- a. Er kann Spitäler, Kliniken und andere Institutionen des Gesundheitswesens verpflichten:

  1. zur Verhütung von therapieassoziierten Infektionen gewisse betriebliche Abläufe einzuhalten oder Überwachungsprogramme durchzuführen, wenn schweizweit einheitliche Massnahmen notwendig sind oder wenn dies erforderlich ist, um die Patientensicherheit zu gewährleisten,
  2. ihre Medizinprodukte zu dekontaminieren, zu desinfizieren und zu sterilisieren.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin, SVDI und SVV** weisen in Abs. 2 Bst. a Ziffer 2 darauf hin, dass CE-zertifizierte Medizinprodukte bei korrekter Verwendung gemäss den Angaben der Herstellerinnen und Hersteller gereinigt und aufbereitet werden sollten. Daher wäre es begrüssenswert, wenn dieser Ansatz nur für Nicht-Medizinprodukte gelten würde. **Intergenerika, scin und SVDI** sind ausserdem der Meinung, dass dieser Absatz bereits im aktuellen Epg enthalten ist und daher überflüssig sei.

**NEK** sowie **DVSP, IDS NE, SAMW, SGBE, Uni GE** und **WiBeG** fordern, dass Einrichtungen der Langzeitpflege ausdrücklich zu den «Institutionen des Gesundheitswesens» gezählt werden sollten. Des Weiteren betonen die Akteure, dass es für kleinere Gesundheitseinrichtungen unrealistisch ist, eine eigene Abteilung für Infektionsprävention einzurichten, die im Krisenfall in Echtzeit die erforderlichen Anpassungen ausarbeiten kann. Deshalb wäre es sinnvoll, für grössere Einrichtungen, insbesondere Kantons- und Universitätskrankenhäuser, eine Pflicht für externe Beratungen aufzunehmen.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, SVPPh und Spfh** verlangen, dass der Mehraufwand für die verpflichteten Akteure kostendeckend entschädigt wird. **Spitex** bringt hierzu ebenfalls ein, dass diese Massnahmen durch die Kostenträgerinnen und Kostenträger volumnäßig zu finanzieren sind. **DVSP** fordert, dass die Kosten für Palliativpflege in Langzeitinstitutionen von der öffentlichen Hand übernommen werden müssten.

**NEK** sowie **IDS NE, SGBE** und **Uni GE** sind der Ansicht, dass der Begriff «therapieassoziierte Infektionen» explizit definiert werden sollte, um nicht nur die Infektionsrisiken im Zusammenhang mit Eingriffen, sondern auch Infektionen zu umfassen, die ganz allgemein im Pflegebereich erworben werden können.

**AHS, PINK CROSS** und **SGCH** wünschen, dass der Bundesrat im Rahmen des Art. 19 die Möglichkeit hat, Ärztinnen und Ärzte zu regelmässiger Fortbildung im Umgang mit übertragbaren Krankheiten zu verpflichten. **ZG** ist der Ansicht, dass in Abs. 2 und 3 die Möglichkeit einer Fortbildungspflicht für Apothekerinnen und Apotheker sowie für Tierärztinnen und Tierärzte vorgesehen sein sollte.

**AZ, MFR** und **Réinfo Santé** fordern, dass der Grundsatz der Souveränität der Kantone in Gesundheitsfragen beibehalten wird. **ALETHEIA** betont, dass der BR sich aus der Subsidiarität heraushalten soll, insbesondere da dies nicht in seine Kompetenz fällt. **LIBERTÉ** findet, dass man den Artikel streichen kann, da der Bundesrat auch bei übertragbaren Krankheiten ausführen und nicht entscheiden sollte.

**AeG LU, BBV und SVHA** beurteilen den ganzen Artikel als sachfremd und fordern dessen Streichung. Gemäss **BBV** und **SVHA** sei die Verhütung von Resistenzen wichtig, geschehe aber nicht während einer Epidemie sondern unabhängig davon. Zweckmässig wäre es Swissnoso und

Anresis.ch ausreichend und nachhaltig zu finanzieren und zu unterstützen. Ebenfalls kritisiert wird die fehlende Faktenbasis.

**BE** und **NE** sind der Ansicht, dass bei der Wiederaufbereitung von Medizinprodukten, besonders im Fall von Epidemien und Endemien, die Medizinprodukteverordnung (MepV) einzuhalten ist.

**ARTISET** und **Senesuisse** unterstreichen den «Kann-Charakter» und das Erfordernis, dass die Norm (Art. 19 Abs. 2Bst. a) nur unter der Voraussetzung der Zweckmässigkeit und Verhältnismässigkeit zur Anwendung kommt. Insbesondere kleine sozialmedizinische Institutionen sollen die zur Implementierung nötige Fachexpertise seitens der Kantone zur Verfügung gestellt bekommen. Andernfalls muss die Finanzierung einer externen Expertise und Umsetzung allfälliger Massnahmen durch den Kanton gewährleistet werden.

**GE** ist der Meinung, dass bei Abs. 2 Bst. a auch die privaten Laboratorien, welche insbesondere mit Alters- und Pflegeheimen zusammenarbeiten, den gleichen Anforderungen und der Aufsicht durch den Bundesrat unterstellt werden müssten.

**GE** streicht heraus, dass in Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 der Ausdruck «Wenn einheitliche Massnahmen auf nationaler Ebene erforderlich sind» zu Verwirrung führen kann. Es könnte der Eindruck erweckt werden, dass sich dies nur auf eine Situation bezieht, die die gesamte Schweiz betrifft.

**NE** schlägt vor, gemäss dem One-Health-Konzept die Veterinärmedizin in diesen Artikel aufzunehmen.

**VS** befürwortet Programme zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, die eine gezielte Antwort auf aktuelle Gesundheitsgefahren bieten, wie die Zunahme von Bakterien und Viren, die gegen Medikamente resistent sind.

**GRÜNE** unterstützt explizit die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen zur Verhütung von therapieassoziierten Infektionen in Spitälern, Kliniken und anderen Gesundheitsinstitutionen.

**CER-VD** empfiehlt die Einführung eines Absatzes, welcher die Rolle der Information und Aufklärung der generellen Öffentlichkeit bezüglich der Gefahren von übertragbaren Krankheiten und deren Prävention thematisiert.

**H+** stellt fest, dass die neue subsidiäre Kompetenz des Bundesrates einen schwerwiegenden Eingriff in die Kompetenzhoheit der Kantone und der Tarif- bzw. Qualitätspartner darstellt. Die von den Spitäler zu integrierenden Interventions- und Überwachungsmodule müssten ausfinanziert werden und dürften unter keinen Umständen als «in den Tarifen eingepreist» gelten, zumal es sich hier eindeutig nicht um KVG-Leistungen handelt, sondern um Vorkehrungen mit einer epidemiologischen Zielsetzung.

**PTK** fordert, dass in Abs. 2 auch Vorschriften für Massnahmen zur Reduktion der Häufigkeit nosokomialer Infektionen erwähnt werden.

**SAMW** würde befürworten, wenn das Gesundheitspersonal verpflichtet werden würde, international einheitliche Standards anzuwenden.

**SSO** findet, dass das Thema nicht im EpG zu regeln sei und will den Artikel deshalb streichen.

**Swissnoso** erachtet es als wichtig, dass überprüft werde, ob im Rahmen der Regelung von Art. 19 Abs. 2 Bst. a auch eine mögliche Verpflichtung zur Meldung der Ergebnisse bzw. Daten dieser angeordneten Abläufe und Überwachungsprogramme abgedeckt ist.

### **Art. 19a      Verhütung von antimikrobiellen Resistzenzen**

<sup>1</sup> Wenn die Gesundheit von Patientinnen, Patienten oder des Personals durch antimikrobielle Resistzenzen gefährdet oder die Behandlungsqualität beeinträchtigt ist, kann der Bundesrat Spitäler, Kliniken und andere Institutionen des Gesundheitswesens verpflichten:

a. Richtlinien zur systematischen Untersuchung auf antimikrobielle Resistzenzen einzuführen und umzusetzen;

- b. bei bestimmten Personengruppen oder für gewisse Krankheitserreger eine systematische Untersuchung auf antimikrobielle Resistenzen durchzuführen;
- c. vor der Überweisung einer Patientin oder eines Patienten die betreffende Institution darüber zu informieren, dass die Patientin oder der Patient Trägerin oder Träger eines bestimmten Krankheitserregers ist, der gegen eine antimikrobielle Substanz resistent ist;
- d. Programme zum sachgemäßen Einsatz von antimikrobiellen Substanzen umzusetzen.

<sup>2</sup> Er kann Ärztinnen und Ärzte, die antimikrobielle Substanzen verschreiben, zu regelmässiger Fortbildung im Umgang mit diesen Substanzen verpflichten. Er regelt den Kreis der Fortbildungspflichtigen sowie den Inhalt und den Umfang der Fortbildung und legt die Voraussetzungen für die Anerkennung von Fortbildungsangeboten fest.

<sup>3</sup> Für fachlich eigenverantwortlich tätige Ärztinnen und Ärzte kann die Verletzung der Fortbildungspflicht nach Absatz 2 eine Verletzung von Artikel 40 Buchstabe b Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006<sup>12</sup> darstellen.

<sup>4</sup> Er kann zur Erhaltung der Wirksamkeit von antimikrobiellen Substanzen Auflagen zur Verschreibung machen, wenn:

- a. Substanzen neu oder erneut auf den Markt kommen;
- b. Reserveantibiotika verwendet werden;
- c. Hinweise vorhanden sind, dass antimikrobielle Substanzen in breitem Masse nicht sachgerecht eingesetzt werden.

**GDK, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, VD, ZH, VKS** sowie **AGZ, AeG BL, AGGL, AGSG, BEKAG, BüAeV, FMH, FMCH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SNM, SGP, SMGP, SMVS, SRO, SSAPM, SSAI, UNION, VBSAE** und **VSAO** fordern die Streichung von Abs. 3. **GDK, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SZ, TG, VD, ZH** und **VKS** sind der Ansicht, dass eine allfällige Fortbildungspflicht zum Thema antimikrobielle Substanzen nicht im Epidemiengesetz geregelt werden sollte. **LU** schlägt vor, dass wenn eine solche Fortbildungspflicht gesetzlich vorgesehen werden soll, sie im Medizinalberufegesetz (MedBG) unter den Berufspflichten verankert werden sollte. **TI** schlägt vor, dass eine Fortbildung gefördert wird, die in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften das Thema Resistenz vertieft. Eine allgemeine Fortbildungspflicht für Gesundheitspersonal wird abgelehnt.

**BE, FR, GL, LU, SO, TG, TI, VD, ZH, VKS** sowie **AÄV, AeG BL, AGGL, AGSG, AGZ, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SRO, SSAPM, SSAI, UNION, VBSAE** und **VSAO** fordern die Streichung von Abs. 2.

**AeG BL, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAPM, SSAI, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** sind der Ansicht, dass eine Festschreibung von obligatorischen Fortbildungspflichten mit spezifischen Inhalten in einem Spezialgesetz wie dem Epidemiengesetz weder sach- noch stufengerecht ist und ersatzlos gestrichen werden soll. **AeG BL, AGGL, AGSG, AGZ, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAPM, SSAI, UNION, VBSAE** und **VSAO** betonen, dass die Fortbildungspflicht schon seit Jahren besteht, wahrgenommen und von Fachgesellschaften überwacht wird. **PH CH** ist der Ansicht, dass die bestehenden, strukturierten Fortbildungspflichten für Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit antimikrobiellen Substanzen ausreichend sind. Eine zusätzliche gesetzliche Verpflichtung könnte die bestehenden Fortbildungsstrukturen unnötig administrativ belasten, ohne einen signifikanten Mehrwert zu bringen. Gemäss **Swissnoso** sollen die Bestimmungen in Abs. 2 und 3 auf ihre Verhältnismässigkeit überprüft werden. Eine zusätzliche Belastung der Grundversorgung mit unverhältnismässigen Anforderungen ist zu vermeiden. **GRIP** und **VIPS** beurteilen eine Fortbildungspflicht von Ärztinnen und Ärzten, welche ohnehin schon besteht, als kritisch.

**AeG BL, AGGL, AGSG, AGZ, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAPM, SSAI, UNION, VBSAE** und **VSAO** beurteilen den ganzen Artikel als sachfremd und fordern diesen zu streichen. Die Verhütung von Resistenzen ist wichtig, geschieht aber nicht während einer Epidemie, sondern völlig unabhängig davon. Zweckmässig wäre deshalb, Swissnoso und Anresis.ch ausreichend zu unterstützen. **AeG LU** und **SSO** befürworten die Streichung des ganzen Artikels. **KMUfamilie, MFE** und **SGV** sind der Ansicht, dass die

<sup>12</sup> SR 811.11

entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Antibiotikaresistenzen in das HMG gehören.

**AeG BL, AGGI, AGSG, AGZ, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAPM, SSAI, UNION, VBSA und VSAO** beurteilen eine vorgesehene Sanktionierung aufgrund fehlender gesetzlich verordneter Antibiotikafortbildung als nicht faktenbasiert, unverhältnismässig und kontraproduktiv. **MFE** sieht es völlig inadäquat an, wegen fehlender gesetzlich verordneter Antibiotikafortbildung die Berufsausübungsbewilligung zu streichen. **SG** und **SSK** fordern, dass die Einschränkungen von Art. 43 Abs. 2 MedBG bei einer Verletzung der Fortbildungspflicht nicht gelten. Ein befristetes oder definitives Verbot der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung sollte – als ultima ratio – bei einer solchen Verletzung der Berufspflichten möglich sein. Eine strafrechtliche Sanktionierung sei hingegen nicht notwendig.

Gemäss **EFBS** sowie **ABBV, Economiesuisse, GRIP, IFIK, Intergenerika, Interpharma, scin, SGSH, SVDI und SVV** ist der Ausdruck «in breitem Masse nicht sachgerecht» zu vage. **ABBV, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin** und **SVDI** würden sich eine Präzisierung von Abs. 4 Bst. c wünschen. **Economiesuisse** und **SVV** fordern, dass Abs. 4 Bst. c aufgrund der unklaren Definition gestrichen wird. **EFBS, IFIK** und **SGSH** sehen in Abs. 4 ausserdem einige Schwierigkeiten in der Definition von «Reserveantibiotika». Die Definitionen müssen in den Erläuterungen berücksichtigt werden.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG und VD** erachten es als unklar in Abs. 1, «wie» und «mit wem» festgestellt werden soll, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind, damit entsprechende Massnahmen ergriffen werden können. **GE** stellt fest, dass auch keine Frist erwähnt wird.

In Bezug auf Art. 19a Abs. 1 Bst. b weisen **GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG und VD** darauf hin, dass die Finanzierung von systematischen Untersuchungen aus Sicht der Kantone keiner spezifischen Finanzierungsregelung bedingt, da diese Kosten in kostendeckenden Tarifen für die Leistungserbringung eingerechnet sein sollten. Anders verhält es sich bei grossen ausbruchsbezogenen Abklärungen, deren Leistungen nicht über die ordentlichen Tarife abgerechnet werden können. Es wäre deshalb angezeigt, die Finanzierung von ausbruchsbezogenen Untersuchungen oder Abklärungen explizit zu regeln.

**BE, FR, GL, SO, TG, VD, VKS** sowie **AÄV** legen dem BAG nahe, mit den entsprechenden Fachgesellschaften bzw. Institutionen für die Weiter- und Fortbildung zusammenzuarbeiten, damit das notwendige Wissen in den Weiter- und Fortbildungscurricula ausreichend Platz findet. Gemäss **AR** ist zu prüfen, ob die bezeichneten spezifischen Fortbildungsanforderungen in den bestehenden Katalog der Fachgesellschaften integriert werden können, ehe eine spezifische Fortbildungspflicht auf gesetzlicher Stufe geregelt wird. **AÄV** vertritt den Standpunkt, dass die Fachgesellschaften Inhalt und Umfang der Fortbildung festzulegen haben. Für die Anerkennung sei das SIWF zuständig.

Gemäss **AG, FR, GL, LU, NE, TG, VD** und **VKS** bietet sich die Verpflichtung von Registereinträgen an, um bei Verlegungen den Austausch von Informationen zu Patientinnen oder Patienten mit Resistenzen zwischen den Einrichtungen zu ermöglichen. Dies sollte in Art. 19a Abs. 1 Bst. c ergänzt werden. **TI** ist der Meinung, dass man in einem neuen Buchstaben e in Abs. 1 vorschreiben könnte, Aufzeichnungen über Träger von Krankheitserregern zu führen, die gegen bestimmte antimikrobielle Substanzen resistent sind, um die Einrichtungen des Gesundheitswesens zu informieren.

**BE, FR, GL, NE, TG, VD** und **VKS** begrüssen grundsätzlich die Bemühungen, um antimikrobielle Substanzen einzuschränken bzw. darauf hinzuwirken, dass Antibiotika nur verschrieben werden sollen, wenn sie den richtigen Nutzen erbringen. **VS** unterstützt die Programme zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, die eine gezielte Antwort auf aktuelle Gesundheitsgefahren wie die Zunahme von Bakterien und Viren, die gegen Medikamente (Antibiotika und antivirale Medikamente) resistent sind, bieten und somit eine gewisse Garantie besteht, dass die Medikamente ihre Wirksamkeit gegen schwere Krankheiten wie Lungenentzündung oder Meningitis nicht verlieren.

**KomABC** sowie **EFBS, IFIK, SGSH** und **SSI** erachten es als nicht zufriedenstellend, dass im aktuellen Gesetz keine Grundlage besteht, Laboratorien bei Bedarf an der Teilnahme der Resistenzüberwachung zu verpflichten. **FAMH** schlägt ergänzend vor, dass Laboratorien verpflichtet werden können, Statistiken zu Antibiotikaresistenzen den Kompetenzzentren zur Verfügung zu stellen. Allerdings muss die Vergütung dieser Massnahme geregelt werden.

**BE, VD, ZH** und **Privatim** stellen fest, dass die Bestimmung in Abs. 1 Bst. b angesichts des Grundrechtseingriffs, des Legalitätsprinzips und der sich daraus ergebenden Anforderungen an die normative Dichte nicht präzise genug sei. Wenn die Institutionen des Gesundheitssystems in die Pflicht genommen werden, werden auch die von der Bearbeitung der Personendaten betroffenen Personen in ihrem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung beeinträchtigt. Abs. 1. Bst. b richtet sich jedoch nur an Institutionen des Gesundheitswesens. Dementsprechend muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden. **BE** verlangt, dass für die fragliche Datenbearbeitung eine zusätzliche Grundlage im Gesetz geschaffen wird. **BL** empfiehlt einen Verweis auf die rechtliche Grundlage für angeordnete Massnahmen gemäss Abs. 1 Bst. b aus der Sicht der betroffenen Personen.

**AG, SG** sowie **AHS, BK-SBK** unterstützen die Fortbildungspflicht für Ärztinnen und Ärzte, die antimikrobielle Substanzen verschreiben. **AG** empfiehlt eine Kontrolle der Fortbildungen über die Fachgesellschaften. **NVS** und **OdA AM** begrüssen eine regelmässige Pflicht-Fortbildung für den Umgang/Einsatz von antibiotischen Arzneimitteln durch Ärztinnen sowie Ärzten und Apothekerinnen sowie Apotheker.

**SGSH, SSI, Swissnoso** und **USB** sind der Meinung, dass wenn dieser Artikel auf antimikrobielle Resistenzen beschränkt wird, die Überwachung von epidemiologisch wichtigen Mikroorganismen, möglicherweise nicht abgedeckt ist. **USB** und **USZ** erachtet es daher als sinnvoll, die zu konsultierenden Expertinnen und Expertengruppen zu nennen. Gemäss **USZ** soll der Bundesrat zu deren Bezug verpflichtet werden können.

**ALETHEIA, AS, LIBERTÉ, MV** fordern den Artikel ersatzlos zu streichen. **ALETHEIA** erachtet es als sinnvoller, wenn diese Thematik im HMG behandelt wird. **AS** weist darauf hin, dass Untersuchungen nicht verpflichtend sein dürfen. **N.I.E.** betont, dass kein Zwang entstehen darf. **MV** schlägt vor, die bisherige Regelung beizubehalten und weist darauf hin, dass in der Schweiz Antibiotika im internationalen Vergleich eher zurückhaltend verschrieben werden.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** begrüssen die Massnahmen zur Förderung des sachgemässen Einsatzes von Antibiotika und betonen, dass es von zentraler Bedeutung ist, Marktanreize für Antibiotika zu schaffen.

**ARTISET** und **Senesuisse** geben zu bedenken, dass es sich bei den beschriebenen Tätigkeiten (Abs. 1 Bst. a-d) um solche handelt, welche in der Regel auf eine ärztliche Verordnung hin durch die Pflege und zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ausgeführt werden oder direkt in den Aufgabenbereich der Ärztinnen oder Ärzten fallen. Die wenigsten sozialmedizinischen Institutionen stellen selbst Ärztinnen oder Ärzte an. Diese Institutionen sind auf die Mitwirkung der verschiedenen Hausärztinnen oder Hausärzte der Bewohnenden angewiesen. Gleichzeitig obliegt es den einzelnen sozialmedizinischen Institutionen, die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen vorzunehmen. Aus Sicht von **GSASA** und **H+** ist diese Bestimmung verfassungsrechtlich nicht haltbar, weil die Kantone und nicht der Bund die Verantwortung für die Versorgungssicherheit tragen. Falls die Gesetzgeberin oder der Gesetzgeber an dieser Bestimmung festhalten sollte, ist die direkte Finanzierung der vorgesehenen Programme durch den Bund festzulegen. Diese Massnahmen können nicht über die OKP-Tarife finanziert werden, da es sich nicht um KVG-Leistungen handelt, sondern um Vorkehrungen mit epidemiologischen Zielsetzungen.

**Economiesuisse, GRIP, VIPS** und **SVV** erachten es als wichtig, dass die Verschreibungs freiheit nicht angetastet wird, solange keine anderen Vorschriften oder Auflagen verletzt werden. **GRIP** und **VIPS** stellen klar, dass die vorgesehenen Regelungen gegen die Verschreibungs freiheit der Leistungser bringerin oder Leistungser bringer verstossen.

**BE, NE und KAV** stellen fest, dass das Aussprechen von Disziplinarmassnahmen nach Art. 43 MedBG bei Verletzung der Sorgfaltspflicht Sache der Kantone sei. **NE** und **KAV** wollen in Abs. 3 ergänzen, dass der Bund feststellen kann, dass die Fortbildungspflicht nicht wahrgenommen wurde und Massnahmen in Absprache mit den Kantonen umzusetzen sind. **KAV** fordert ausserdem, dass in Abs. 4 neben der Verschreibung auch die Abgabe zu berücksichtigen ist.

**GE, LU** und **NE** stellen fest, dass bei Abs. 4 neben der Verschreibung auch die Abgabe zu berücksichtigen sei.

**SP** sowie **AHS** und **SGCH** begrüssen systematische Screenings, die Kosten dafür dürfen aber nicht zulasten der Einzelnen gehen. Da es sich um die öffentliche Gesundheit handelt, müssen die Kosten staatlich gedeckt werden. **AHS** und **SGCH** ergänzen, dass die Kosten auch von Krankenversicherungen ausserhalb von Franchise und Selbstbehalt getragen werden können.

**EFBS, IFIK** und **SGSH** sind der Ansicht, dass Abs. 2 für alle Berufsgruppen gelten sollte, die Antibiotika verschreiben können (wie z.B. Zahnärztinnen und Zahnärzte).

**AI** verweist auf Art. 20 der Tierarzneimittelverordnung und ist der Ansicht, dass nun eine Gleichbehandlung der Tierärztinnen und Tierärzte und der Humanmedizinerinnen und -mediziner bezüglich Fortbildungspflicht stattfinde. **NE** fordert, dass in Abs. 2 festgehalten wird, dass neben Ärztinnen und Ärzten auch Tierärztinnen und Tierärzte verpflichtet werden können, regelmässig an Fortbildungen teilzunehmen.

**AHS** und **SGCH** betonen die Wichtigkeit von Tests, um bereits bekannte Resistenzen zu erkennen und eine gezielte Behandlung zu gewährleisten, die nicht zur Entstehung neuer Resistenzen beiträgt.

**EAWAG** und **WiBeG** regen an, die Liste in Abs. 4 um einen weiteren Punkt zu ergänzen: «neue Erkenntnisse über Resistenzbildung oder Resistenzmechanismen neue Massnahmen erfordern.»

**GST** begrüsst die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Verhütung von antimikrobiellen Resistenzen in der Humanmedizin. Auch **Spitex** erachtet das Thema der Verhütung von Antibiotikaresistenzen als wichtig und dementsprechend sinnvoll, das Thema im Epidemiengesetz stärker miteinzubeziehen.

**SBK** und **SVBG** sind der Ansicht, dass die breitflächige Verwendung von Antibiotika in der Nutztierhaltung zwingend erwähnt werden müsse. Bei Abs. 1 Bst. b sehen **SBK** und **SVBG** eine Gefahr der Diskriminierung einzelner Personengruppen und schlägt deshalb vor anzufügen, dass dies verhindert werden soll.

**IFIK** stellt die Frage, wie eine Gefährdung ohne fortlaufendes Grund-Monitoring festzustellen ist, oder ob der Tatbestand der Gefährdung, wie von der WHO deklariert, hier bereits vorausgesetzt wird. Auch für **IMM** bleibt unklar, wie eine solche Gefährdung ohne kontinuierliches Basis-Monitoring erkannt werden soll. Die Kostenfrage eines solche Monitoring und die Verfügungstellung von Daten sollten gesetzlich geklärt und vom Bund übernommen werden.

**GE** fordert eine Präzisierung, um klarzustellen, dass die Richtlinien auf institutioneller, kantonaler, regionaler oder nationaler Ebene anwendbar sein können. Ebenfalls merkt **GE** an, dass eine Überwachung resistenter Keime die Beteiligung von Privatlaboratorien erfordert.

**TI** schlägt vor, dass der Bundesrat eine abschliessende Liste der Wirkstoffe erstellt, welche als Reserveantibiotika gelten und diese regelmässig aktualisiert.

**GRÜNE** begrüsst explizit die vom Bundesrat vorgesehene Verankerung des One-Health-Prinzips sowie den verstärkten Fokus auf die Bekämpfung von antimikrobiellen Resistenzen. Explizit begrüsst wird auch, dass zukünftig der ambulante wie auch stationäre Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen überwacht wird und dass der Bundesrat Spitäler, Kliniken und andere Institutionen des Gesundheitswesens verpflichten kann, etwa zur Umsetzung von Programmen zum sachgemässen Einsatz von Antibiotika oder zu Aus- und Weiterbildungen. Dasselbe gilt für die neu geschaffene Kompetenz zur Förderung der Forschung, Entwicklung und Bereitstellung neuer antimikrobieller

Substanzen. Die vorgeschlagene Kann-Formulierung reicht aber nicht aus, die Finanzhilfen müssen zwingend auch verwendet werden.

**EKK** unterstützt im Allgemeinen die vorgeschlagenen Massnahmen, stellt jedoch fest, dass sich die Bekämpfung der Resistenz gegen antimikrobielle Mittel nicht primär auf das Monitoring und die Methoden der Verschreibung von Antibiotika konzentrieren sollte.

**AHS** betont, dass Resistenzschulungen nur dann sinnvoll sind, wenn aktuelle und veröffentlichte Behandlungsempfehlungen vorliegen.

**FRC** kritisiert, dass die bereits bestehenden oder in der Entwicklung befindlichen therapeutischen Alternativen nicht erwähnt werden. Die vorgesehenen Massnahmen werden aber grundsätzlich unterstützt.

**PH CH** erachtet die Einbindung dieses Themas Verhütung von Antibiotikaresistenz in das EpG als sinnvoll. Dabei sei eine allfällige Meldepflicht auf das notwendige Minimum zu reduzieren ist, um die administrative Belastung möglichst klein zu halten.

**Spitex** verlangt, dass die Massnahmen vollumfänglich durch die Kostenträger zu finanzieren sind.

#### 4.3.5 Art. 20-24a (Impfungen, Durchimpfungsmonitoring)

##### Allgemeine Rückmeldungen Art. 20-24a

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** unterstützen Bestrebungen Impfungen zu fördern – insbesondere Art. 21a und 24 seien zielführend.

**AI, AR, BS, LU, NE, SG, VD, ZH** sowie **VSKT** regen die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage und die Regelung der Zuständigkeit an, für den Fall, dass Tiere zum Schutz der humanen Gesundheit gegen bestimmte, übertragbare Krankheitserreger / Zoonosen geimpft werden müssten, nicht im Sinne der Tierseuchenbekämpfung, sondern der Prävention, bzw. der Bekämpfung von Epidemien.

**GDK, BE, BL, BS, FR, GR, JU, NE, NW, OW, SG, TG** und **TI** begrüssen, dass mit dem unveränderten Art. 22 des EpG auch in Zukunft die Möglichkeit eines Impfobligatoriums zur Verfügung steht - mit entsprechenden möglichen Auswirkungen bei einer Verweigerung wie Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit oder in der Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Ein solches Obligatorium kam bisher auf Bundesebene noch nie zur Anwendung und selbst bei Anwendung des Impfobligatoriums wäre die Einwilligung der betroffenen Person für eine Impfung erforderlich.

**PH CH** und **pro-salute ch** begrüssen ausdrücklich die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Massnahmen zur Stärkung der Impfstrategien und -infrastrukturen in der Schweiz. Insbesondere die Erweiterung der Impfbemühungen über traditionelle Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser und Arztpraxen hinaus, durch die explizite Einbeziehung von Apotheken und Schulgesundheitsdiensten, ist ein bedeutender Schritt zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Effizienz von Impfprogrammen. **pro-salute ch** betont, dass die Entscheidungsfreiheit gewahrt bleiben muss. In den strategischen Überlegungen muss auch mit jenem Anteil der Bevölkerung gerechnet werden, der sich nicht impfen will.

**KMUfamilie** sind der Ansicht, das Thema Impfungen erhalte im EPG zu viel Raum, zumal es auch andere wirksame, nebenwirkungsarme und billige Medikamente gebe. Gleichermaßen gelte für die Themen Antibiotikaresistenzen und Forschung. Auch **ALETHEIA** vertritt die Ansicht, dass Impfungen im Heilmittelgesetz geregelt werden sollten.

**Die Mitte** erachtet es als richtig, die bestehenden, hohen Hürden für ein Impfobligatorium wie vom Bundesrat vorgeschlagen so zu belassen.

**SVP** fordert, dass es keinen Impfzwang geben dürfe, dass ungeimpfte Personen gegenüber Geimpften nicht diskriminiert werden dürfen. Sofern Massen-Impfungen angezeigt seien, müssten entsprechende Informationen zielgruppenspezifisch auszustalten sein und zwingend das Risiko-Nutzen-Potenzial angeben.

**EFBS** begrüßt, dass ein niederschwelliger Zugang zu Impfungen verstärkt wird.

**BK-SBK** begrüßt Artikel 21 und 24, warnt jedoch, dass darüberhinausgehende Massnahmen eine Bedrohung der persönlichen Freiheit und der körperlichen Unversehrtheit darstellen.

**N.I.E.** kritisiert die mit den vorgesehenen Bestimmungen einhergehenden Einschränkungen der Grundrechte, insbesondere auch im Bereich Impfungen.

**Pro Schweiz** sieht aus unterschiedlichen Gründen sämtliche Revisionsvorschläge im Zusammenhang mit einer Ausweitung einer staatlichen Impfstrategie als zurückzuweisen an.

**FS** bemängelt die fehlende Berücksichtigung der Komplementärmedizin.

### **Art. 20 Abs. 1 und 2**

<sup>1</sup> Das BAG erarbeitet und veröffentlicht unter Einbezug der fachlichen Expertise der Eidgenössischen Kommission für Impffragen Impfempfehlungen in Form eines nationalen Impfplans.

<sup>2</sup> Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker und weitere Gesundheitsfachpersonen sowie öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens tragen im Rahmen ihrer Tätigkeit zur Umsetzung des nationalen Impfplans bei.

**GDK, AG, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR** und **VD** fordern, dass im EpG die rechtlichen Grundlagen zu schaffen sind, damit der Bund bei Bedarf subsidiär ein Expertensystem zur Überprüfung des Impfstatus (Impf-Check) für die Bevölkerung zur Verfügung stellen kann.

**EKIF** sowie **avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, PIGS, SGP, SPHD, Sphf, SSPH+** und **SVPh** bevorzugen die jetzige Formulierung von Abs. 1 gegenüber dem neuen Vorschlag.

**ZH** und **ZG** wünschen, dass in Abs. 2 ein ausdrücklicher Miteinbezug der Tierärzteschaft vorgesehen wird. **SP** wünscht den Miteinbezug von Fachstellen für sexuelle Gesundheit sowie Fachstellen für Suchterkrankungen. **SBK** und **SVBG** wünschen in Abs. 2 die explizite Nennung der Pflegefachpersonen. **SDV** wünscht die explizite Nennung von Drogistinnen und Drogisten.

**N.I.E.** und **VB** fordern in Abs. 1 den Einbezug unterschiedlicher und unabhängiger fachlicher Expertise. **ALETHEIA** sehen die Anwendung von Impfungen während einer Pandemie als fragwürdig und Apothekerinnen sowie Apotheker und weitere Gesundheitsfachpersonen als nicht medizinisch genügend ausgebildet an, insb. um auch Impfnebenwirkungen zu begegnen. **BFS** fordert ein Rekursrecht der kantonalen Gesundheitsdirektionen zu einem nationalen Impfplan. **LIBERTÉ** fordert die Streichung des Artikels, die Bewertung dieser Kriterien muss von Fachleuten stammen, die von Pharmaunternehmen unabhängig sind. **MV** wünscht die ersatzlose Streichung des Artikels.

**EKIF** sowie **PIGS, SGP, SPHD** und **SSPH+** wünschen, dass in einem neuen Absatz 3 festgehalten wird, dass das BAG Dokumente zur Verfügung stellt, um den Impfplan und die Impfempfehlungen zu fördern und dass das BAG ein zentrales Informationssystem zur Überwachung der Impftätigkeit unterhält.

Nach **GE** und **KA** setzt der vorgesehene Beitrag der Apothekerinnen und Apotheker gemäss Abs. 2 zwingend eine Anpassung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung voraus. **Spitex** fordern, dass Leistungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des nationalen Impfplans durch die Kostenträgerinnen und Kostenträger vollumfänglich zu finanzieren sind.

**AR** und **VSKT** wünschen eine Präzisierung, dass in Abs. 1 nur Impfungen im Humanbereich gemeint sind.

**TG** wünscht in diesem Artikel eine Erwähnung der nationalen Strategie zu Impfungen (NSI).

**Art. 21 Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 Bst. a und c**

<sup>1</sup> Die Kantone fördern Impfungen, indem sie:

- c. dafür sorgen, dass Personen, die sich impfen lassen wollen, gemäss den Impfempfehlungen vollständig geimpft sind;
- d. Impfungen in Apotheken ermöglichen.

<sup>2</sup> Sie können insbesondere:

- a. Impfungen im Rahmen des Schulgesundheitsdiensts, auf der Sekundarstufe II und in der tertiären Bildung anbieten;
- c. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Bereitstellung von Impfberatungsangeboten sowie von Impfungen am Arbeitsplatz unterstützen.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVBG, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** fordern, dass neben den Apotheken insbesondere auch die kinder- und hausärztlichen Praxen unterstützt werden und eine angemessene Finanzierung sichergestellt wird.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, TG, TI, VD** und **KAV** fordern, dass entsprechende Rechtsgrundlagen im KVG geschaffen werden, damit Impfungen in Apotheken über die OKP abgerechnet werden können. **GE** spricht sich ferner für die Aufhebung der Franchise und des Selbstbehalts für alle empfohlenen Impfungen aus, unabhängig davon, ob die Impfung in einer Arztpraxis, einem Spital oder in einer Apotheke durchgeführt wird.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** fordern, dass Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker auch ausserhalb ihrer Räumlichkeiten möglich sein. Die Rahmenbedingungen und Vergütungen für die zu erbringenden Leistungen müssten dabei klar geregelt werden, wenn auch nicht im EpG.

**EKIF** sowie **ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma, SPHD** und **SVV** möchten ergänzt sehen, dass auch Kantone ihre Rolle in der Aufklärungsarbeit aufnehmen müssten.

**BS, LU, ZG** und **ZH** möchten eine allgemeinere Formulierung in Abs. 1 Bst. c, welche die eingeschränkten Möglichkeiten der Kantone zur Sicherstellung, dass «Personen geimpft sind», widerspiegelt. Auch **MFE** stellt in Frage, wie die Kantone Abs. 1 Bst. c «fertigbringen» sollen.

**EKSI** sowie **AHS, SGCH** und **PINK CROSS** fordern, dass auch Fachstellen für sexuelle Gesundheit in die Impfkampagnen einbezogen werden und die Möglichkeit erhalten, Impfungen anzubieten.

**NEK** sowie **DVSP, SAMW** und **WiBeG** wünschen eine gesetzliche Grundlage, dass besonders gefährdeten Personen direkt per Post ein Impftermin (Ort/Zeit) angeboten werden kann.

**AS** und **MV** wünschen die ersatzlose Streichung des Artikels. **LB** und **LIBERTÉ** fordern die Streichung von Abs. 2 Bst. a. **N.I.E.** fordert die Streichung von Abs. 2 Bst. c.

**SGSH, SSI, USB** und **USZ** wünschen die Erwähnung einer nationalen Koordination entsprechender Impfangebote/Impfförderungsprogramme.

**BL** merkt zu Abs. 2 an, dass Impfungen gegebenenfalls auch durch Impfzentren, «mobile Einheiten der Kantone», Spitätern und Schulen angeboten werden müssen.

**FDP** wünscht, dass niederschwellige Impfangebote bei Bedarf auch von Fachorganisationen angeboten werden können.

**GRÜNE** fände es wünschenswert, wenn die Kantone die Finanzierung aller gemäss Schweizerischem Impfplan empfohlenen Impfungen übernehmen würden.

**AÄV** gibt zu bedenken, dass bei jeder Impfung abgeklärt werden müsse, ob sie für eine Impfung in der Apotheke geeignet ist.

**FG TRM** betont, dass eine angemessene Finanzierung des Fachpersonals notwendig sei. Impfungen durch Apotheken sollten zudem auf bestimmte Personenkreise eingeschränkt werden.

**pro-salute ch** begrüßt die im VE-EpG vorgesehenen Massnahmen zur Stärkung der Impfstrategie in der Schweiz, weist darauf hin, dass beim Thema «Schulgesundheit» zu berücksichtigen sei, dass die Kantone diesbezüglich sehr unterschiedlich organisiert sind.

**vbfn** befürchtet, dass mit einem Angebot wie in diesem Artikel vorgesehen, unzulänglicher Druck auf nicht geimpfte Personen ausgeübt würde.

**Art. 21a Impfangebote bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit**

<sup>1</sup> Die Kantone stellen sicher, dass bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit bei Bedarf möglichst viele Personen innerhalb kurzer Zeit geimpft werden können.

<sup>2</sup> Sie stellen die notwendige Infrastruktur für einen niederschwelligen Zugang und die erforderlichen Anmelde-, Registrier- und Terminsysteme mit einer Impfdokumentation bereit.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, avsga, BBV, BEKAG, BLAV, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, Spfh, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, SVPh, UNION, VBSAE und VSAO** fordern, dass neben den Impfzentren, die hier angesprochen werden, auch bestehende Infrastrukturen Teil dieses niederschwelligen Zugangs werden, und entsprechend unterstützt werden sollten. Auch **BAV, GSASA** und **PharmaSuisse** betonen, dass bestehende Infrastruktur der Institutionen des Gesundheitswesens und die Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen zu berücksichtigen und soweit wie möglich zu nutzen sind.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG** und **ZH** sowie **VKS** wünschen die Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur für einen niederschwelligen Zugang und die erforderlichen Anmelde-, Registrier- und Terminsysteme mit einer Impfdokumentation durch den Bund. Auch **GSASA, H+, SAMW, SGI, SGSH, SGTP, SSI, Swiss-noso** und **Swiss TPH** wünschen eine vom Bund zur Verfügung gestellte, einheitliche Informatiklösung. **SAMW** und **Swiss TPH** ergänzen, dass diesbezüglich auch die Interoperabilität mit weiteren Datensystemen sichergestellt werden müsste.

**LB, LIBERTÉ** und **MV** wünschen die Streichung des Artikels. **AS** wünschen die Präzisierung, dass Wirk- und Nebenwirkprofil der Impfstoffe durch langjährige Anwendung und transparente Dokumentenoffenlegung der Hersteller bekannt sein müssten.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** wünschen eine explizite Aufforderung zur interkantonalen Zusammenarbeit.

**AHS, PINK CROSS** und **SGCH** weisen darauf hin, dass auch im Fall einer besonderen Gefährdung, Fachstellen für sexuelle Gesundheit entscheidend dazu beitragen können, dass im Bedarfsfall möglichst viele Menschen in kurzer Zeit geimpft werden können.

**Economiesuisse, SAV** und **SVV** wünschen, dass bei einer allfälligen Impfkampagne in einem ersten Schritt insbesondere besonders gefährdete Personen berücksichtigt, werden müssen.

**SP** sowie **H-CH** fordern, dass niederschwellige Impfangebote auch im Rahmen von nationalen Strategien zwecks Kontrolle oder Elimination von übertragbaren Krankheiten im EpG verankert werden sollen. Art. 21a soll entsprechend ergänzt werden.

**SBK** und **SVBG** möchten zusätzlich vermerkt sehen, dass Gesundheitsfachpersonen prioritär Zugang zu Impfungen bekommen und dass alle Kantone dieselben Systeme verwenden.

**BE** fordert eine Ergänzung zweier Absätze, damit Informationssysteme der Kantone im Zusammenhang mit der Impfinfrastruktur die Impfdokumentationen automatisch in das elektronische Patientendossier (EPD) übertragen können und dass für die Übertragung von Impfdokumentationen in das EPD die Informationssysteme die AHV-Nummer als eindeutigen Identifikator nutzen.

**CER-VD** stört sich am Begriff «Bei Bedarf» und schlagen verschiedene Ergänzungen und Anpassungen vor.

**LV** wünscht eine Ergänzung, damit klar wird, dass nur Personen, die dies wünschen, geimpft werden.

**SFF** begrüsst der neue Einbezug von Impfangeboten zur freiwilligen Impfung einer möglichst hohen Anzahl an Personen bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit, auch mit Blick auf die Covid-19-Epidemie.

#### **Art. 24 Durchimpfungsmonitoring**

<sup>1</sup> Das BAG überprüft unter Einbezug der Kantone regelmässig die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Impfmassnahmen.

<sup>2</sup> Die zuständigen kantonalen Behörden erheben den Anteil geimpfter Personen; sie erheben die dazu notwendigen Daten, einschliesslich Gesundheitsdaten, wenn die betroffene Person nach hinreichender Aufklärung frei eingewilligt hat.

<sup>3</sup> Das BAG kann den Anteil geimpfter Personen selber erheben, wenn dies für die Vollständigkeit oder Vergleichbarkeit der Angaben auf regionaler oder nationaler Ebene notwendig ist.

<sup>4</sup> Es kann dazu die Daten zu Impfungen, die im elektronischen Patientendossier enthalten sind, in anonymisierter Form verwenden, wenn die betroffene Person nach hinreichender Aufklärung frei eingewilligt hat. Der Bundesrat regelt die Übermittlung der Daten aus dem elektronischen Patientendossier, die Modalitäten der Einwilligung sowie die Anonymisierung.

<sup>5</sup> Der Bundesrat kann bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit oder beim Auftreten neuer Krankheitserreger die Impfstellen verpflichten, dem BAG die Daten nach Absatz 2 zu den geimpften Personen in anonymisierter Form zu melden, wenn dies zur Feststellung des Anteils geimpfter Personen unbedingt erforderlich ist.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, PTK und SVPPh** bezweifeln, dass es bei anonymisierten Impfdaten eine Einwilligung brauche. **ZH** wünscht die ersatzlose Streichung des Passus betreffend Einwilligung (Abs. 2). **GL** und **GR** fordern, den bisherigen Abs. 2 als Ganzes zu streichen bzw. die Streichung zu prüfen, da auf die Zuständigkeit der Kantone für das Monitoring zugunsten der neuen Möglichkeiten in den Abs. 3-5 verzichtet werden könnte. **ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** wünschen in Abs. 2 und Abs. 4 eine offenere Formulierung und eine Regelung auf Verordnungsstufe.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** wünschen die ersatzlose Streichung von Abs. 4. **BFS, ISPM BE, MCID, PH CH, pro-salute ch, Spitex** und **WiBeG** fordern, den Begriff «Durchimpfungsmonitoring» mit «Impfmonitoring» zu ersetzen.

**GDK, AG, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, VD** sowie **VKS** begrüssen, dass für das Durchimpfungsmonitoring künftig auf das EPD zurückgegriffen werden kann. **TI** gibt zu bedenken, dass der direkte Zugang zu den Informationen des EPD zu einem Vertrauensverlust in der Bevölkerung führen könnte.

**GDK, AG, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SO, TG, VD** sowie **VKS** merken an, in den Verordnungsbestimmungen seien die Hürden für die Nutzung von EPD-Daten für entsprechende Monitorings – unter Beachtung des Datenschutzgesetzes – tief zu halten.

**GDK, AG, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG** und **VD** begrüssen, dass der Bund neu subsidiär zu den Kantonen den Anteil geimpfter Personen erheben kann.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf und SVPPh** begrüssen, dass der Bund ebenfalls die Möglichkeit hat, Impfdaten zu erheben, sehen jedoch verschiedentlich noch weiteren Klärungsbedarf in diesem Artikel. Aus Public Health-Sicht sehen diese Akteure im EpG zudem eine Klärung der Verantwortlichkeiten sowie der Finanzierung für die Zurverfügungstellung einer ergänzenden automatisierten Impfstatusüberprüfung (Impfcheck) als nötig an. Diese solle als Opt-Out-Lösung gestaltet werden und die Generierung von anonymen statistischen Daten zwecks Impfmonitoring ermöglichen.

**EKIF** sowie **IDS NE, SGSH, SPHD, SSI** und **SSPH+** wünschen ergänzt zu sehen, dass das BAG einen elektronischen Impfausweis zur Verfügung stellt. **AHS, PINK CROSS** und **SGCH** fordern, dass das BAG den Anteil geimpfter Personen selber erheben müsse, wenn dies für die Vollständigkeit oder Vergleichbarkeit der Angaben auf regionaler oder nationaler Ebene notwendig sei.

**EKIF** sowie **IDS NE, SGSH, SPHD, SSI** und **SSPH+** sehen die Erhebung von zusätzlichen Daten zu soziodemographischen Merkmalen sowie die Dokumentation der Impfung durch die Impfstelle als wichtig an und wünschen eine Opt-Out-Lösung. Auch sollen die gemäss Abs. 5 vorgesehenen Daten in einer anonymisierten Datenbank gesammelt und aufbereitet werden, damit Kantone und das BAG diese Informationen als Grundlage für die im Art. 24a aufgeführten Zwecke regelmässig auswerten können. Auch **SAMW** wünscht eine Opt-Out-Lösung, auch für die Kontaktaufnahme von Personen bezüglich ethisch bewilligter Forschungsprojekte. Auch sollte das Gesetz explizit die sekundäre Verwendung von gesundheitsbezogenen Personendaten von Patientinnen und Patienten, die ihre Einwilligung nicht geben konnten, ermöglichen (analog Humanforschungsgesetz (HFG) Art. 34). Auch müsse auf Verordnungsstufe eine Übergangslösung definiert werden, bis das EPD voll funktionsfähig ist.

**LB** und **MV** fordern die Streichung des Artikels. **LIBERTÉ** wünscht die Streichung der Abs. 1, 2 und 4. **FS** fordert eine Aufklärung über allfällige Nebenwirkungen. **VB** bezweifelt, dass die Anonymisierung von Daten funktioniere und sieht ein hohes Missbrauchsrisiko.

**BE, SG** sowie **SSK** stellen die Frage, ob die Daten für die Strafverfolgungsbehörden über Amtshilfebegehren (Art. 43 ff. StPO, Art. 194 StPO, Art. 195 StPO) grundsätzlich im Rahmen von Strafverfahren erhältlich seien.

**EKIF** sowie **SPHD** und **SSPH+** wünschen, dass schwere Nebenwirkungen von Impfungen ebenfalls Teil des Monitorings sind.

**SAMW** und **Swiss TPH** wünschen ein einheitliches schweizweites Impfmonitoringsystem und dass die Impfdaten grundsätzlich für Monitoring und Forschung anonymisiert zugänglich sind.

**SBK** und **SVBG** erachten die Freiwilligkeit bei der Einwilligung als wichtig.

Gemäss **AR** sollten die für die Impfungen und das Testen notwendigen Systeme und Plattformen bereits vor einer Notlage national aufgebaut und betrieben werden.

**GE** wünscht, dass in Abs. 5 die Bestimmung auch auf andere Impfeinrichtungen, nicht nur auf Impfzentren, ausgeweitet werden.

**NE** merkt an, dass die in Abs. 4 vorgesehene Anonymisierung der Daten die Verknüpfung von Daten aus der Untersuchung des Umfelds (Art. 33) nicht verhindern sollte.

**VD** wünscht eine dahingehende Präzisierung, was die kantonalen Behörden auf der Grundlage der gesetzlichen Grundlage verarbeiten und was sie auf der Grundlage der Einwilligung sammeln dürfen.

**Die Mitte** befürwortet die im EpG vorgesehenen Erweiterungen der Kompetenzen des Bundes in diesem Bereich.

**EKSI** erachtet die Inhalte von Abs. 3 im Hinblick auf die angestrebte Durchimpfungsrate von 90% bei Hepatitis B als besonders wichtig.

**politbeobachter** sieht keinen Nutzen in einem Impfmonitoring, weshalb dieses abzulehnen sei.

#### **Art. 24a      Evaluation**

<sup>1</sup> Die zuständigen kantonalen Behörden informieren das BAG regelmässig über die Impfungsrate und über die Massnahmen, die zu deren Erhöhung getroffen wurden.

<sup>2</sup> Das BAG verfasst regelmässig Berichte zur Überwachung und Evaluation und veröffentlicht diese in geeigneter Form.

**avsga, BAV, BLAV, Cranio Suisse, Dakomed, GSASA, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, PharmaSuisse, UNION, SFV, SGS, SMGP, Sphf, SVHA, SVPf, TVS und VRMS** kritisieren, dass alleine Impfungen als medizinisches Instrument zur Prävention behördlich gefördert und durchgesetzt werden sollen bzw. dürfen und allfällige zukünftige wissenschaftliche Erkenntnisse ausser Acht gelassen werden. In diesem Zusammenhang wird die Ergänzung eines neuen Artikels angeregt, der u.a. mit der Schaffung eines nationalen Präventionsplans durch das BAG auch andere Präventionsmassnahmen berücksichtigen soll. Auch **AS** und **N.I.E.** sehen Impfungen nicht als alleinige oder per se richtige Lösung, um übertragbare Krankheiten zu bekämpfen.

**EKIF** sowie **PIGS, SGP, SGSH, SPHD, SSI** und **SSPH+** sehen ein zentrales Informationssystem mit anonymisierten Angaben für das Impfmonitoring als empfehlenswert an, damit die Daten in harmonisierter Form ausgewertet werden können.

**GL** wünscht die Streichung von Abs. 1.

**ALETHEIA** fordert, dass das BAG in seinen Berichten zur Überwachung und Evaluation die Impfnebenwirkungen berücksichtigt.

**BK-SBK** fordert, dass die Evaluation der Impfsituation in Zeiten einer Gesundheitskrise nicht aus dem Ruder laufen dürfe und zu einer Kontrolle mit einem Sanktionssystem wird.

**LIBERTÉ** wünscht die Streichung des Artikels.

**MV** sieht bezüglich dieses Artikels die Notwendigkeit einer unabhängigen Ethik- bzw. Expertinnen oder Expertenkommission bei den Inhalten dieses Artikels.

**PZ** wünscht, dass das BAG regelmässig Berichte zur Überwachung und Evaluation verfasst, diese in geeigneter Form veröffentlicht und einen Dialog mit der Bevölkerung zu den Evaluationsergebnissen eröffnet.

#### **4.3.6 Art. 33-43 (Massnahmen gegenüber Personen, im Personenverkehr)**

##### **Allgemeine Rückmeldungen Art. 33-43**

Für **AI, AR, BS, LU, SG, VD** und **VSKT** ist denkbar, dass zur Verhinderung von Epidemien nicht nur der internationale Personenverkehr, sondern auch der Tierverkehr eingeschränkt werden muss. Eine Grundlage und Zuständigkeit dafür fehlen. Auch **ZH** fordert, dass der Verkehr mit Tieren und tierischen Produkten notfalls eingeschränkt werden kann, sofern diese als potenzielle Trägerinnen oder Träger von übertragbaren Krankheiten ein Risiko darstellen. Zusätzlich sei der Aspekt der Zuständigkeit zu klären.

**GL, GR, LU, SO, VD, ZH** und **VKS** beantragen in Art. 35 neu ebenfalls den Begriff der «Isolation» zu verwenden (nicht «Absonderung»).

**BE, GR, NE, SO, VD, ZH** und **VKS** beantragt in Art. 32 eine Regelung in Bezug auf die Möglichkeit von Zwangsmedikationen. Verweigert eine Person die Medikation (z.B. bei Tuberkulose), könne dies zu sehr hohen Kosten aufgrund der langen Isolation in Gesundheitsinstitutionen führen.

**NEK** sowie **SAMW, SGBE, Uni GE** und **WiBeG** betonen, dass die üblichen Bedingungen der Notwendigkeit, Subsidiarität und Verhältnismässigkeit sowie ein Beschwerderecht müssten in das Gesetz aufgenommen werden müssen und schlagen eine entsprechende Neuformulierung in Art. 30 Abs. 2 vor.

**ARTISET, Senesuisse** und **SSO** erachten den Schutz von Menschen mit Unterstützungsbedarf als besonders wichtig. Deshalb soll ein neuer Artikel zum Schutz dieser Gruppen eingeführt werden.

**VS** schlägt vor Art. 31 Abs. 1 EpG wie folgt zu ändern: «Die zuständigen kantonalen Behörden ordnen in Koordination mit ihrer Kantonsärztin oder Kantonsarzt die Massnahmen nach den Artikeln 33-38 an». **ZH** ist der Ansicht, dass in Art. 39 die Meldungen an die Kantonsärztin oder den Kantonsarzt erstattet werden sollten und nicht an die kantonale Behörde.

**GE** fordert, dass Massnahmen im Kanton unabhängig vom Wohnort der Person ergriffen werden können, was mit den vorliegenden Formulierungen nicht sichergestellt sei.

**LU** beantragt eine Regelung betreffend Vorhalteleistungen der Kantone für einen Ort zur zwangsweisen Durchsetzung von Isolationen, welche unter Umständen für mehrere Wochen bis Monate zur Verfügung stehen muss (z. B. bei extrem multiresistenter Tuberkulose). Eine solche Infrastruktur pro Kanton aufzubauen sei nicht zielführend und führe zu unnötigen und hohen Kosten.

**FS** ist der Ansicht, dass der Einbezug von Diagnostikmethoden für politische Entscheidungen problematisch ist.

**KMUfamilie** kritisiert, dass die Salutogenese und psychische Gesundheit nirgends erwähnt wird.

**MV** lehnt jegliche Form von Zwang gegenüber Bürgerinnen und Bürgern ab. Sämtliche in den Art. 30-39 sowie Art. 40 EpG genannten Mittel im Inland sind als reine Empfehlungen auszugestalten.

**Pro Schweiz** spricht sich gegen eine Maskenpflicht im Gesetz aus.

**SGV USAM** ist der Ansicht, dass aktuell die Zielkonflikte zwischen Gesundheits- und Wirtschafts- sowie Sozialpolitik ignoriert werden und plädiert deshalb für eine interdisziplinäre und vielfältige Zusammensetzung (Bundesratsausschuss, Führungsstab, Expertinnen und Expertengremien). Auch solle der Grundsatz gelten, dass die Staatsebene, die Massnahmen beschliesst, für deren Finanzierung zuständig ist. Lockdowns und ähnliches müssten zudem immer vermieden werden und es sei auf die Verhältnismässigkeit der Massnahmen zu achten und die Logik des gezielten Schutzes umzusetzen.

**Spitex** fordert, dass bei den Massnahmen stärker auch auf die Bedürfnisse von Menschen mit Unterstützungsbedarf eingegangen werden soll. Es muss gewährleistet sein, dass der Zugang zu diesen Menschen möglich bleibt, insbesondere durch Angehörige und nahestehende Personen.

### **Art. 33 Abs. 2**

<sup>2</sup> Die betroffene Person ist verpflichtet, der zuständigen kantonalen Behörde Auskunft über Kontakte zu anderen Personen zu geben, die ihrerseits ein Ansteckungsrisiko darstellen, weil sie diese infiziert haben könnte.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, TI, VD** und **VKS** begrüssen diese Bestimmung, welche den Vollzug des Contact-Tracings in den Kantonen erleichtern kann.

**ALETHEIA, AS, AZ, BFS, FPTH, FS, LIBERTÉ, MFR, MV, N.I.E., Réinfo Santé, VB** und **vbfn** lehnen den Absatz ab. **AS, N.I.E.** und **VB** befürchten eine Verletzung des Datenschutzes. **AZ, BFS, FS, MFR, MV, Réinfo Santé** und **vbfn** hinterfragen den Nutzen eines Contact-Tracing und kritisieren die damit einhergehende Überwachung der Bevölkerung.

**BE, BS, SG** und **SSK** sind der Ansicht, dass nicht geklärt ist, was eine Verletzung der Auskunftspflicht bedeutet, und für Folgen hat, da diese keinen Eingang in die Strafbestimmungen findet. **PH CH** und **pro-salute ch** erachten es ebenfalls als unklar, ob es Sanktionsmöglichkeiten gibt.

**SP** sowie **AHS, PINK CROSS** und **SGCH** betonen, dass Art. 33 erhebliche Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte darstellt und stigmatisierend wirken kann. Es sollte deshalb eine sorgfältige Abwägung vorgenommen werden, insbesondere da Fälle, in denen eine übertragbare Krankheit die gesamte Bevölkerung gleichermaßen betrifft, die Ausnahme sind. **AHS** und **PINK CROSS** schlagen vor Abs. 2 zu streichen, oder die Auskunftspflicht stark einzuschränken und nur auf besonders gravierende Fälle anzuwenden. **FDP** fordert dem Daten- und Persönlichkeitsschutz ein besonderes Gewicht beizumessen, auch um Diskriminierungen zu vermeiden. Art. 33 sollte daher im Sinne der Verhältnismässigkeit nur bei besonders schweren und leicht übertragbaren Krankheiten zur Anwendung kommen. **SGCH** fordert, dass die Pflicht zur Auskunft über Kontakte nur in besonders gravierenden Fällen zur Anwendung kommt.

**BS, GE** und **LU** fordern, dass private Institutionen/Betriebe verpflichtet werden können, Informationen über ansteckende/ansteckungsfähige Personen etc. mitzuteilen.

**BE, SG** und **SSK** stellen die Frage was geschieht, wenn verschiedene Kantone gemeinsam ein Contact-Tracing betreiben bzw. dieses einem anderen Kanton oder einer privaten Anbieterin oder Anbieter zur Durchführung übertragen. Was/wer ist in einem solchen Fall als «zuständige kantonale Behörde» zu betrachten? **BE, SG** und **SSK** schlagen deshalb vor im Gesetzestext explizit eine «Delegation» zuzulassen.

**SPHD** und **SSPH+** betonen die Schwierigkeit, diese Bestimmung auf alle Krankheiten anzuwenden.

**GE** fordert, dass Informationen über exponierte Personen auch den zuständigen kantonalen Behörden (Kantonsärztin/Kantonsarzt) auf Anfrage zur Identifizierung von exponierten Personen im Rahmen epidemiologischer Untersuchungen zur Verfügung gestellt werden können.

**NE** schlägt einen zusätzlichen Absatz vor, welcher festlegt, dass betroffene Personen die Gesundheitsbehörden unterstützen, indem sie dazu beitragen, weitere potenzielle Kontaktfälle zu informieren.

**VD** wünscht, dass definiert wird, was unter einem Kontakt genau zu verstehen ist.

**BBV** befürchtet die Entstehung eines Generalverdachtes gegenüber Dritten bei einem möglichen, jedoch nicht erwiesenen Risiko, einer Ansteckungsquelle.

**CER-VD** beurteilt die Bestimmung als unverhältnismässig und befürchtet, dass auf diese Weise Widerstand und Misstrauen hervorgerufen wird. Die Bestimmung sollte auf Situationen mit einem besonderen Risiko für die öffentliche Gesundheit beschränkt werden.

**H+** fordert, dass das Contact-Tracing weiterhin auf freiwilliger Kooperation beruhen soll. Die vorgesehene Bestimmung ist praktisch nicht durchsetzbar und würde einen unverhältnismässigen Aufwand erzeugen.

**LV** kritisiert, dass die Formulierung in Abs. 2 der Behörde keinen Ermessensspielraum lässt.

**Spitex** ist der Ansicht, dass bei der Umsetzung eines allfälligen Contact-Tracings zwingend der Aspekt der Wirksamkeit zu berücksichtigen sei.

### **Art. 37a      Obduktion**

Kann eine übertragbare Krankheit ausschliesslich durch eine Obduktion nachgewiesen werden und ist der Nachweis zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, namentlich zur Verhütung der Übertragung aller Formen der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, erforderlich, so kann bei verstorbenen Personen die Obduktion angeordnet werden.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SSO, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** fordern den Artikel ersatzlos zu streichen. Für **BBV** stellt sich die Frage der Verhältnismässigkeit dieser Regelung. **MFÄF** sieht im Fall einer absoluten Notwendigkeit für den Schutz der öffentlichen Gesundheit eine angeordnete Obduktion als gerechtfertigt an. **SSO** betont, dass die üblichen Obduktionsregeln gelten, es brauche somit keine Regelung im EpG.

**AG, BE, BS, FR, GL, NE, SG, TI, VD, ZH, VKS** sowie **SAMW, SBK, SGI, SGSH, SGTP, SSI, SVBG, Swiss TPH, USB** und **USZ** stellen fest, dass in Art. 37a eine Beschränkung auf Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) suggeriert wird, was vermieden werden sollte. Somit werden weitere solche Krankheiten, welche in Zukunft auftreten können und bei denen eine Obduktion notwendig sein wird, ausgeschlossen. **BK-SBK** stellt fest, dass in der Schweiz CJK Fälle praktisch nicht existieren. Deshalb erscheint die spezifische Formulierung des Artikels übertrieben. Die Erwähnung der CJK sollte gestrichen werden.

**SG, TI, ZH** sowie **SGSH, SPHD, SSI, SSPH+, USB** und **USZ** fordern, dass klarer geregelt wird, wer die Obduktion anordnen kann. **BBV** bemängelt ebenfalls eine fehlende Regelung diesbezüglich.

**N.I.E.** stellt die Frage, wer bestimmt wann eine Obduktion angeordnet wird. Dies sollte eine unabhängige Stelle sein, ohne wirtschaftliche oder andere Interessen.

**BE, SG** und **SSK** fänden es wünschenswert, wenn bei Obduktionen nach Art. 37a in den Gesetzesmaterialien festgehalten wird, dass deren Kosten die anordnende (gesundheitspolizeiliche) Behörde trägt. **LU** ist der Ansicht, dass die Kosten durch den Bund getragen werden sollen, da die Obduktion vielfach in nationalem, wenn nicht gar in internationalem Interesse ist. **ZH** fordert eine Regelung bezüglich der Kosten des Transportes und der Obduktion.

**ALETHEIA** ist der Meinung, dass Obduktionsanordnungen bei CJK während der Covid-19-Epidemie aktiv verhindert wurden. **AS** ist der Ansicht, dass dies nur mit der Einwilligung der Angehörigen geschehen darf. **VB** stellt fest, dass bei der vergangenen Pandemie Obduktionen bewusst nicht durchgeführt wurden, um mögliche Nebenwirkungen zu verschleiern.

**H+** und **GSASA** beurteilen die vorgeschlagene Massnahme als medizinisch sinnvoll und verhältnismässig. **H+** und **GSASA** fordern, dass eine Obduktion nicht nur zum Nachweis einer übertragbaren Krankheit, sondern auch zu wissenschaftlichen Zwecken, etwa wenn die Krankheit neu ist und ihre Pathogenese unbekannt ist, angeordnet werden kann.

**LU** merkt an, dass es in der praktischen Umsetzung für die kantonalen Behörden schwierig ist, «rechtzeitig» von einem Todesfall zu erfahren, um eine Obduktion anzuordnen.

**SZ** ist der Ansicht, dass die Bestimmung dahingehend präzisiert werden sollte, dass zunächst die Patientinnen und Patientenakten zugänglich zu machen sind, bevor eine Obduktion in Betracht zu ziehen ist.

**MV** fordert, dass bei mutmasslich an einer übertragbaren Krankheit verstorbenen Personen zum Nachweis der effektiven Todesursache eine Obduktion angeordnet werden kann.

#### **Art. 40 Sachüberschrift, Abs. 2 Einleitungssatz und Bst. c sowie 2<sup>bis</sup>**

Massnahmen der Kantone gegenüber der Bevölkerung und bestimmten Personengruppen

<sup>2</sup> Sie können insbesondere:

- c. das Betreten und Verlassen bestimmter Gebäude und Gebiete, bestimmte Aktivitäten an definierten Orten sowie Menschenansammlungen im öffentlichen Raum verbieten oder einschränken.

<sup>2bis</sup> Sie können im Rahmen der Massnahmen nach Absatz 2 insbesondere Folgendes anordnen:

- a. das Tragen einer Gesichtsmaske;
- b. die Erarbeitung und Umsetzung von Schutzkonzepten;
- c. die Erhebung von Kontaktdata; die betroffenen Personen müssen über die Erhebung und über den Verwendungszweck informiert werden;
- d. dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihre Arbeitsverpflichtungen von zu Hause aus erfüllen, sofern dies betrieblich möglich und mit verhältnismässigem Aufwand umsetzbar ist.

**Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, SFV, SGS, SMGP, SVHA, TVS, UNION** und **VRMS** fordern, dass Ausnahmen aus medizinischen Gründen für bestimmte Personengruppen definiert werden, welche der Bundesrat vorsehen kann.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SCRHG** und **SFGV** stellen fest, dass gewisse Massnahmen auf nationaler Ebene angesiedelt werden müssen, um übertragbare Krankheiten einzudämmen. **Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, HotellerieSuisse, SBCK, SCA, SCRHG, SFGV** und **STV** weisen beispielsweise darauf hin, dass die Bevölkerungsverteilung und hohe Mobilität einen nationalen Ansatz für das Contact-Tracing verlangen. **Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SFGV** und **STV** betonen, dass sich das Erheben von Kontaktdata und somit Art. 40 Abs. 2<sup>bis</sup> Bst. c. erübrigen würde, wenn ein intelligentes und automatisiertes Contact-Tracing zum Zug kommen würde. **Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, SBCK, SCA, SCRHG, SFGV** und **STV** fordern Abs. 2<sup>bis</sup> Bst. c zu streichen.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG** und **VD** sind der Ansicht, dass die vorgeschlagenen Anpassungen den Kantonen das zweckmässige Ergreifen von Massnahmen bei Bedarf ermöglicht. Da die Massnahmen bei Bedarf an Übertragungswege oder -intensität eines neuen Krankheitserregers angepasst werden müssen, ist es richtig, dass die in Art. 40 Abs. 2 und 2<sup>bis</sup> aufgeführten Massnahmen keine abschliessenden Aufzählungen darstellen. **ZH** begrüsst ausdrücklich die Neuformulierung.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, TG** und **VD** betonen, dass die Behörden bei der Ergreifung von Massnahmen stets an das Verhältnismässigkeitsprinzip gebunden sind und somit vor massgeblichen Einschränkungen oder gar Schliessungen von Betrieben mildere Massnahmen ins Auge fassen müssen.

**ABBV, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin**, und **SVDI** sind der Ansicht, dass es Betrieben überlassen werden sollte, ob sie komplett auf Homeoffice umstellen wollen, oder auf eine andere Mischform. Dieser Punkt sollte mindestens in der Verordnung festgehalten werden. **SAV** fordert, dass die Betriebe so lange wie möglich eigenverantwortlich handeln und spezifische, auf die Branche zugeschnittene Schutzkonzepte anwenden können. **SRF** betont ebenfalls, dass die Subsidiarität im Bereich der Schutzkonzepte gewährleistet sein muss. **SAV** und **SRF** sehen auch den Entscheid, Homeoffice anzuordnen, als eine der Massnahmen. Staatliche Regeln sollten nur subsidiär greifen, wenn der Betrieb den nötigen Schutz für Mitarbeitende oder Kunden und Kundinnen nicht mehr sicherstellen kann.

**NEK** sowie **DVSP, SAMW, SGBE, Uni GE** und **WiBeG** schlagen vor, eine Ausweitung des Gesetzes zum Schutz von Whistleblowerinnen und Whistleblower auf den Bereich der Privatwirtschaft aufzunehmen, um die Aufrechterhaltung der Schutzpläne im Zusammenhang mit Abs. 2<sup>bis</sup> Bst. b zu gewährleisten.

**BFS, LIBERTÉ, MV, Pro Schweiz, VB** und **vbfn** lehnen eine Maskenpflicht ab und hinterfragen teilweise deren Nutzen / Effektivität.

**BFS, LIBERTÉ, MV, VB** und **vbfn** kritisieren, dass Menschenansammlungen im öffentlichen Raum verboten, oder eingeschränkt werden können. **BFS** fordert, dass wenn der Bundesrat dennoch eine Maskenpflicht definiert, im EpG relevante Orte wie Spitäler, Grossveranstaltungen etc. festlegt werden.

**TI** sowie **SBK, SGTP** und **SVBG** beurteilen das Tragen einer Gesichtsmaske gemäss Abs. 2<sup>bis</sup> Bst. a als eine zu spezifische Regelung, bei anderen epidemiologischen Erkrankungen wird es wahrscheinlich andere Übertragungswege geben. **SBK** und **SVBG** schlagen vor, den Absatz zu löschen. **TI** fordert eine breitere Formulierung.

**SP** sowie **AHS, PINK CROSS** und **SGCH** betonen, dass Art. 40 erhebliche Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte darstellen und stigmatisierend wirken kann. Es sollte deshalb sorgfältig abgewogen werden, insbesondere da Fälle, in denen eine übertragbare Krankheit die gesamte Bevölkerung gleichermassen betrifft, die Ausnahme sind. **AHS, PINK CROSS** und **SGCH** fordern, dass die Anordnung der Erhebung von Kontaktdata nur subsidiär angeordnet werden darf und der datenschutzrechtliche Grundsatz der Verhältnismässigkeit zwingend einzuhalten ist. Die vorgesehenen Massnahmen sind durch umfassende Informationsangebote zu begleiten.

**NEK** sowie **SGBE, Uni GE** und **WiBeG** weisen darauf hin, dass mit einer Anpassung von Abs. 2 Bst. b die Räumlichkeiten von bestimmten privaten Unternehmen während ihrer Schliessungen, für wichtige Aktivitäten wie Isolation und Quarantäne dienen könnten, wenn die Einrichtungen des Gesundheitssystems nicht ausreichen.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma, SVV** und **VIPS** sind der Ansicht, dass die Betriebe bzw. Veranstalterinnen und Veranstalter von anderen Massnahmen, wie z.B. der Schliessung des Betriebs ausgenommen werden sollten, wenn funktionierende Schutzkonzepte angewendet werden.

**SGSH, SSI, USB und USZ** fordern eine allgemeinere Formulierung der Massnahmen, welche zur Kontrolle von Übertragungen getroffen werden können. **SGSH, SSI, USB und USZ** wünschen ausserdem, dass nationale Kohortenstudien als spezifisches Instrument genannt werden sollen, um den Erfolg von Massnahmen zu prüfen und Massnahmen fortlaufend anzupassen.

**ABUK** und **AS** fordern den Artikel ersatzlos zu streichen. **ABUK** stört sich daran, dass Kompetenzen für Massnahmen und Grundrechtseinschränkungen erweitert werden. **ALETHEIA** lehnt die Massnahmen ab und sieht sie als wirkungslos an. **MV** positioniert sich grundsätzlich gegen Massnahmen, welche freiheitsfeindlich sind.

**BE, SG und SSK** stellen fest, dass der Begriff «Umsetzung» in Abs. 2<sup>bis</sup> Bst. b impliziert, dass eine Verpflichtung des Betriebs (und nicht des Benutzers) geschaffen wird. Dementsprechend wäre die verantwortliche Person des Betriebes zu Büßen und nicht die Benutzerin und Benutzer/Kundin und Kunde, welche oder welcher das Schutzkonzept missachtet.

**BE, SG und SSK** stellen die Frage wer verantwortlich ist, wenn der Home-Office-Anordnung nicht nachgekommen wird: Arbeitgeberin und Arbeitgeber oder Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer.

**GRÜNE** lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene gesetzliche Grundlage zur Einschränkung der Versammlungsfreiheit in dieser Unbestimmtheit ab. Es darf keine Einschränkungen von Demonstrationen geben, solange kein Versammlungsverbot in Kraft ist. Es muss gesetzlich festgehalten werden, dass die Einschränkung der Versammlungs- und Demonstrationsfreiheit eine ultima ratio darstellt und nur im Rahmen der Verhältnismässigkeit zulässig ist. **DVF CH** lehnt ein völliges Demonstrationsverbot ebenfalls ab.

**PH CH, pro-salute ch** und **Spitex** fordern die Ergänzung, dass die Kantone dafür sorgen müssen, dass Massnahmen zwischen den Kantonen harmonisiert werden.

**BFS** und **N.I.E.** lehnen Abs. 2<sup>bis</sup> Bst. c ab und schlagen vor, diese Bestimmung zu streichen.

**Economiesuisse** und **SVV** fordern, dass Unternehmen, welche versorgungsrelevant sind, von allfälligen Schliessungen ausgenommen werden.

**ISPM BE** schlägt vor, Abs. 2<sup>bis</sup> mit weiteren Massnahmen zu ergänzen, wie beispielsweise Testempfehlungen, Pool Tests und Selbstquarantäne und -isolation. **MCID** fordert, dass in Abs. 2<sup>bis</sup> Massnahmen im Bereich Testen erwähnt werden. Das Durchführen diagnostischer Tests soll ergänzt werden.

**LIBERTÉ** betont die negativen Auswirkungen der Massnahmen, insbesondere auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung. **politbeobachter** ist der Ansicht, dass nicht genügend berücksichtigt wird, dass Massnahmen gegenüber der Bevölkerung auch negative Auswirkungen haben können.

**SBB** und **VÖV** sind aus Sicht Gesetzesystematik der Meinung, dass es keinen separaten Artikel für den ÖV braucht. Art. 40 EpG biete dafür das ideale Gefäss, da er bereits Massnahmen für geschlossene Versammlungsorte auflistet. Die Akteure schlagen verschiedene entsprechende Anpassungen vor, darunter, der Vorschlag, dass der öffentliche Verkehr von der Erhebungspflicht der Kontaktdata explizit ausgenommen wird.

**SBK** und **SVBG** fordern einen Passus, welcher feststellt, wann spätestens die Kontaktdata gelöscht werden müssen.

**Swissnoso** und **USB** schlagen vor, «Gesichtsmaske» durch «Mund-Nasenschutz» zu ersetzen.

**SGB** begrüßt, dass die Kantone organisatorische Massnahmen wie Telearbeit und Schutzkonzepte für obligatorisch erklären können, wenn dies aufgrund der Art der Tätigkeit möglich ist. Für besonders vulnerable Personen gilt eine andere generellere, staatliche Schutzpflicht, die separat geregelt sein muss.

**GE** bedauert, dass sich der Entwurf auf organisatorische Massnahmen beschränkt und stellt die Frage, ob auch die Möglichkeit zur Umsetzung technischer und individueller Massnahmen beabsichtigt ist. **GE** betont, dass der Schutz der Arbeitnehmenden durch die Anwendung des gesetzlichen

Rahmens zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gewährleistet werden muss. **GE** schlägt vor, in den Gesetzesentwurf die Verpflichtung des Arbeitgebenden aufzunehmen, die Bestimmungen zum Gesundheits- und Hygieneschutz am Arbeitsplatz einzuhalten.

**GL** ist nicht einverstanden mit der Ergänzung von Abs. 2 Bst. c, zumal Menschenansammlungen im öffentlichen Raum (an der frischen Luft) keine wesentliche Rolle bei der Übertragung von Infektionen gespielt haben.

**SO** stellt die Frage, ob der Bund nicht auch beispielsweise beim gewerbsmässigen Individualverkehr national einheitliche Regelungen aufstellen können müsste.

**VS** fordert eine Präzisierung von Abs. 1. Die zuständigen kantonalen Behörden sollen in Koordination mit ihrer Kantonsärztin oder ihrem Kantonsarzt die erforderlichen Massnahmen anordnen, um die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten in der Bevölkerung oder in bestimmten Personengruppen zu verhindern. Sie koordinieren dabei ihre Massnahmen.

**EDU** stellt fest, dass gemäss der Vernehmlassungsvorlage dem Bundesrat in Zukunft eine noch grösere Palette von Massnahmen zur Verfügung stehen, um die physischen, psychischen und ökonomischen Rechte der Bürgerinnen und Bürger einzutreten.

**EDU SG** lehnt das Gesetz ab, da es verfassungswidrige Verbote enthält, wie das Verbot von Menschenansammlungen.

**SVP** ist der Ansicht, dass einschneidende Massnahmen, wie zum Beispiel die Maskenpflicht, in der normalen Lage nicht ergriffen werden dürfen.

**SSV** fordert, dass auch die Städte und Gemeinden – gemäss dem jeweiligen kantonalen Recht – bei der Anordnung von Massnahmen gegenüber der Bevölkerung und bestimmten Personengruppen angehört werden. Ein solches Anhörungsrecht soll im Art. 40 EpG verankert werden.

**NEK** weist darauf hin, dass beim Tragen der Schutzmaske die Kommunikation gewährleistet werden muss, was besonders bei Hörbeeinträchtigungen wichtig ist.

**BK-SBK** erachtet Abs. 2<sup>bis</sup> nicht als präzise genug formuliert und kritisiert, dass Raum gelassen wird für Datensammlungspraktiken, welche die Privatsphäre nicht respektieren.

**Ga-NE** fordert, dass Homeoffice nur möglich ist, wenn der reibungslose Ablauf der Geschäfte des Unternehmens nicht beeinträchtigt wird und lehnt gleichzeitig das grundsätzliche Recht auf Homeoffice ab.

**GF CH** fordert die Erarbeitung und Umsetzung von Schutzkonzepten, welche auch die psychosozialen Bedürfnisse der betroffenen Personen berücksichtigen.

**H+** betont, dass die Erhebung der Kontaktdaten aufgrund des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes aus epidemiologischen und rechtlichen Gründen subsidiär sein soll und dies im EpG zu verankern sei. Weiter betont der Akteur, dass gemäss erläuterndem Bericht Zugangsbeschränkungen, deren faktische Wirkungen einer Impfpflicht nahekommen, durch Art. 40 Abs. 2 Bst. c nicht abgedeckt seien. Dies müsse zwingend im Gesetzestext abgebildet werden, um einer Polemik vorzubeugen.

**LV** ist der Ansicht, dass Abs. 2<sup>bis</sup> aufgehoben werden kann, insbesondere Bst. a und d. Es wird hinterfragt, ob es nützlich ist die Massnahmen von der letzten Epidemie ins Gesetz aufzunehmen, da in Zukunft vielleicht andere Massnahmen von Relevanz sind.

**pro-salute ch** beurteilt es als richtig, dass der angepasste Artikel 40 den Kantonen erweiterte Befugnisse gibt, um auf lokale Gesundheitsrisiken angemessen reagieren zu können. Allerdings ist insbesondere bei einer Pandemie die Kleinräumigkeit nach kurzer Zeit nicht mehr sachgerecht.

**PTK** schlägt vor, dass in Abs. 2 exemplarisch Massnahmen aufgezählt werden, die sich beim Szenario «Virusvariante mit hoher Morbidität» bewährt haben.

**SFF** fordert weitere Präzisierungen auf Verordnungsstufe bezüglich des Verbots des Zutritts zu einzelnen Örtlichkeiten.

**WiBeG** stellt die Frage, ob die Schutzpläne nur vorübergehende Massnahmen abdecken oder ob sie auch Normen wie Luftfilterung oder Moskitonetze an Gebäuden umfassen, die dauerhafter sind? Wenn sie nur vorübergehend sind, erfordert dies eine Anpassung. Auch stelle sich die Frage, ob die Schutzpläne auch für den privaten Bereich gelten. Wenn nicht, sollte eine entsprechende Möglichkeit vorgesehen werden.

#### **Art. 40a Massnahmen des Bundes im Bereich öffentlicher Verkehr**

Der Bundesrat kann nach Anhörung der Kantone bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit Massnahmen gegenüber der Bevölkerung oder bestimmten Personengruppen im Bereich des öffentlichen Verkehrs anordnen, sofern dies zur Koordination von kantonalen oder regionalen Massnahmen erforderlich ist.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, TI, VD** sowie **Economiesuisse, SGB** und **SVV** begrüssen, dass, mit diesem Artikel eine Gesetzeslücke geschlossen wird und der Bund somit in diesem Bereich für Massnahmen zuständig ist.

**AS, FS, LIBERTÉ** und **politbeobachter** lehnen den Artikel ab, insbesondere eine allfällige Maskenpflicht im öV. **ABUK** lehnt alle Änderungen ab. **ALETHEIA** missfällt, dass sich der Bund in medizinische Belange einmischt. **MV** lehnt eine Anordnung der Maskenpflicht bereits während der normalen Lage strikt ab.

**AG, AR, GR** und **TG** fordern, dass explizit eine Anhörung der «Kantonsregierungen» festgeschrieben wird.

**SGV** wünscht, dass der Geltungsbereich dieses Artikels auch auf die normale Lage erweitert wird.

**ARTISET** stellt fest, dass eine Überschneidung der kantonalen Kompetenzen mit denen des Bundes vorliegen könnte. Es stellt sich die Frage, ob die Anordnung dieser nicht-pharmazeutischen Schutzmassnahme neu grundsätzlich und ausschliesslich bei den Kantonen liegen sollte.

**BFS** fordert, dass wenn der Bundesrat Einschränkungen im öffentlichen Verkehr verfügt, den kantonalen Gesundheitsdirektionen das Rekursrecht zusteht. Im Streitfall entscheidet der Ständerat.

**IFF** bemängelt, dass die Anwendungsvoraussetzung «sofern dies zur Koordination von kantonalen oder regionalen Massnahmen erforderlich ist» missverständlich ist. Eine Präzisierung wäre notwendig.

**LV** stellt fest, dass die Präzisierung «oder regionalen» am Ende dieses Artikels bedeutungslos ist.

**SBB** beantragt die Streichung von Art. 40a und betont, dass im öV aus praktischen Gründen kein Contact-Tracing durchgeführt werden kann. Der öV soll deshalb explizit von den Pflichten bezüglich Contact-Tracing ausgenommen werden.

#### **Art. 40b Massnahmen zum Schutz besonders gefährdeter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer**

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann die Arbeitgeber bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit verpflichten, besonders gefährdete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit organisatorischen und technischen Massnahmen vor Ansteckungen zu schützen und ihnen namentlich zu ermöglichen, ihre Arbeitsverpflichtungen von zu Hause aus zu erfüllen oder eine gleichwertige Arbeit zu leisten.

<sup>2</sup> Die Kontrolle der Umsetzung der Massnahmen obliegt den Kantonen. Die Kantone tragen die Kosten, soweit diese nicht anderweitig gedeckt sind.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, TI, UR, VD** sowie **SGB** und **SUVA** unterstützen die Überführung der Bestimmung aus dem Covid-19-Gesetz ins EpG, um dem Bundesrat bei Bedarf auch künftig den notwendigen Handlungsspielraum zum Schutz besonders gefährdeter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu gewährleisten. **SGB** betont, dass der

Schutz der vulnerablen Arbeitnehmenden konsequent, ohne Wenn und Aber und sehr grosszügig zu gestalten ist.

**FDP** sowie **Aerosuisse, Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, SBCK, SBVg, SCA** und **SFGV** kritisieren, dass die vorgesehene Möglichkeit zur Verpflichtung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, besonders gefährdete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu ermöglichen von zu Hause zu arbeiten nicht mit den Realitäten gewisser Branchen vereinbar ist. **Aerosuisse, Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, SBCK, SBVg, SCA** und **SFGV** fordern deshalb, dass im Gesetz lediglich festgehalten wird, dass der Bundesrat die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit verpflichten kann, besonders gefährdete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit organisatorischen und technischen Massnahmen vor Ansteckungen zu schützen. **FDP** fordert eine Überarbeitung oder Präzisierung auf Verordnungsstufe.

**GE, SZ, TG** und **ZH** stellen die Frage, welche Kosten in Abs. 2 gemeint sind. Eine Präzisierung wäre notwendig. **SG** fordert die Kostenübernahme in Abs. 2 durch die Kantone zu streichen. **SZ** und **ZH** sind der Meinung, dass die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für die Kosten für getroffene Schutzmassnahmen aufkommen sollten. **VD** ist der Ansicht, dass wenn es sich um Bundesmassnahmen handelt, die Kosten vom Bund getragen werden sollen.

**ARTISET, Senesuisse, Spitex** und **SSO** fordern eine Anpassung in Abs. 1 dahingehend, dass den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ermöglicht werden soll, einer gleichwertigen Arbeit vor Ort nachzugehen.

**SG** und **SSK** erachten es als nicht nachvollziehbar, weshalb nicht auch die Kantone dies nach Art. 40 Abs. 2<sup>bis</sup> Bst. d anordnen können. **H+** und **GSASA** begrüssen hingegen, dass Massnahmen zum Schutz dieser Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vom Bund beschlossen werden und nicht von den Kantonen.

**ABUK** lehnt alle Änderungen in diesem Artikel ab und auch **LIBERTÉ** spricht sich gegen den Artikel aus.

**SAV** und **SRF** fordern, dass der Schutz von besonders gefährdeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern so lange wie möglich durch die Betriebe eigenverantwortlich und durch spezifische, auf die Branche zugeschnittenen Schutzkonzepte gewährleistet werden. **SAV** lehnt die Regelung, für besonders gefährdete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Homeoffice samt Entschädigung anzuzuordnen, ab. Gemäss **SRF** gilt es zu vermeiden, dass die Kriterien zur Einstufung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als «besonders gefährdete Person» zu tief angesetzt werden. **Economie-suisse** und **SVV** fordern, dass mindestens im erläuternden Bericht und optimalerweise im Rechtstext festgeschrieben wird, dass eine allfällige Home-Office Pflicht ohne Entschädigung erfolgt.

**IG DHS** und **Migros** kritisieren, dass ein grösserer Teil der operativ auftretenden Probleme durch den Gesetzesentwurf nicht abgedeckt sind und wiederum via Notrecht und / oder analoger Gesetzesanwendung gelöst werden müssen (Schutz der weiteren Mitarbeitenden, Lohnfortzahlungen, Maskenpflicht).

**SBK** und **SVBG** kritisieren, dass die Erwähnung des Gesundheitspersonals fehlt.

**GE** würde einen zusätzlichen Passus als sinnvoll betrachten, welcher besagt, dass auch der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz berücksichtigt werden muss.

**TG** weist auf die-Richtlinie 6508 der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) hin, die im EpG erwähnt werden sollte. Auch sollte der Bundesrat die Möglichkeit zu spezifischen Branchenlösungen haben.

Gemäss **NEK** sollte explizit erwähnt werden, dass die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen zu gewährleisten, bzw. zu finanzieren ist, wenn Tages- oder Nachtstätten geschlossen sind.

**AS** fordert, dass die Schutzkonzepte lediglich empfohlen werden können.

**BBV** fordert, dass die Ausnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zwingend aufgeführt werden.

**FMCH** fordert, dass die ärztliche Expertise betreffend Kostenfolge und Verhältnismässigkeit mittels eines partizipativen Verfahrens miteinbezogen wird.

**FS** fordert, dass Massnahmen gegenüber der Bevölkerung einer wissenschaftlichen Evidenz bedürfen, und von einer unabhängigen Stelle auf ihre Wirksamkeit überprüft werden müssen.

**Ga-NE** lehnt das grundsätzliche Recht auf Homeoffice ab und fordert, dass Homeoffice nur möglich ist, wenn der reibungslose Ablauf der Geschäfte des Unternehmens nicht beeinträchtigt wird.

**SFF** fordert, dass wenigstens auf Verordnungsstufe eine zumindest teilweise Übernahme der aus diesem Artikel resultierenden Kosten durch Dritte (Bund, Kantone) sowie die massgeblichen Kontrollgrundsätze definiert werden.

**SGB** fordert, dass vor dem Eingreifen zwingend die Anhörung der Dachverbände der Sozialpartnerinnen und Sozialpartner im Artikel vorgesehen sein muss. Neben Vorschlägen zur Präzisierung der Ausgestaltung, fordert **SGB** zudem, dass die finanzielle Entschädigung bei Unmöglichkeit der Arbeitsleistung durch besonders gefährdete Arbeitnehmende zu 100% von der EO getragen werde und dass für besonders gefährdete Arbeitnehmende eine Sperrfrist von Kündigungen bzw. ein Schutz vor allfälligen Kündigungen analog 336c OR eingeführt werde.

**Spitex** betont, dass bei der Verpflichtung von besonders gefährdeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zum Homeoffice es zu berücksichtigen gilt, dass dies im Umfeld der Spitex sehr begrenzt, möglich ist. Entsprechend müssten diesbezügliche Personalausfälle bei einer grösseren Gefährdungslage auch finanziert werden.

**Travail.Suisse** bemängelt das Fehlen einer Erwähnung von Finanzhilfen für besonders gefährdete Arbeitnehmende, welche ihre Erwerbstätigkeit nicht durch organisatorische oder technische Massnahmen weiterhin durchführen können.

#### **Art. 41 Abs. 1, 1<sup>bis</sup>, 2 Bst. d<sup>bis</sup>, 3 und 3<sup>bis</sup>**

<sup>1</sup> Der Bundesrat erlässt Vorschriften über den internationalen Personenverkehr, die verhindern, dass übertragbare Krankheiten sich grenzüberschreitend ausbreiten. Er kann bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit insbesondere die Ein- oder Ausreise einschränken. Er kann die Einreise von Personen aus einem Risikogebiet nur dann untersagen, wenn dies unbedingt erforderlich ist, um die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit zu verhindern.

<sup>1bis</sup> Er berücksichtigt dabei die Situation der Grenzgängerinnen und Grenzgänger so wie der Einwohnerinnen und Einwohner, die eine berufliche, familiäre oder andere besondere persönliche Bindung zum Grenzgebiet haben.

<sup>2</sup> Wenn es zur Verhinderung der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit notwendig ist, kann das BAG Personen, die in die Schweiz einreisen oder aus der Schweiz ausreisen, verpflichten:

<sup>d<sup>bis</sup></sup>, den Nachweis einer diagnostischen Analyse vorzulegen;

<sup>3</sup> Das BAG kann Personen, die in die Schweiz einreisen, einer Massnahme nach den Artikeln 34, 35, 37 und 38 unterstellen; die Artikel 30–32 sind sinngemäss anwendbar.

<sup>3bis</sup> Der Bundesrat kann die Massnahmen nach Absatz 2 vorübergehend auf alle aus Risikogebieten ein- oder in solche Gebiete ausreisenden Personen ausdehnen. Er kann die Massnahmen nach Absatz 3 vorübergehend auf alle aus Risikogebieten einreisenden Personen ausdehnen.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, TI und VD** unterstützen, dass Reisefreiheit und Mobilität der Grenzgängerinnen und Grenzgänger spezifisch betrachtet werden und begrüssen, dass der Bundesrat die Einreise nur dann untersagen kann, wenn eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit besteht und dies unbedingt erforderlich ist, um die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit zu verhindern. **ABBV, ASO, GRIP, Hotelleriesuisse, Interpharma, NFP 80, SAV, SBK, SGB, Spitex** und **STV** begrüssen die explizite Berücksichtigung der Grenzgängerinnen und Grenzgänger. **ABBV, GRIP** und **Interpharma** fordern, dass die Formulierung

«Er berücksichtigt» spätestens in den Verordnungen präzisiert werden sollte, um die berufliche und private Planungssicherheit so weit möglich zu gewährleisten.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, TI** und **VD** betonen, dass Reisebeschränkungen möglichst zurückhaltend eingesetzt werden sollten, um die individuellen Freiheiten und die wirtschaftlichen Auswirkungen möglichst wenig zu tangieren. Auch sollten Länder mit hoher Krankheitslast keine Anreize haben, aus Furcht vor solchen Beschränkungen Informationen über Fallzahlen, Übertragungswege etc. zurückzuhalten.

**NEK** sowie **IDS NE, SPHD, SGBE, SSPH+** und **Uni GE** erinnern, dass die zusätzlich ergriffenen Massnahmen mit den IGV übereinstimmen müssen. **IDS NE, SPHD** und **SSPH+** sind der Ansicht, dass im Artikel nur unzureichend auf die IGV eingegangen wird. **NEK** sowie **SGBE** und **Uni GE** betonen, dass die Einreise von Personen aus Risikogebieten nur dann verboten werden sollte, wenn dies für die Bekämpfung der Ausbreitung einer übertragbaren Krankheit absolut notwendig ist.

**SGSH, SSI, USB** und **USZ** fordern, dass das Contact-Tracing als Option für Einreisende und Ausreisende genannt wird.

**Aerosuisse, Economiesuisse, FZH, SVV** und **SWISS** stellen fest, dass es während der Covid-19-Epidemie zu gesetzgeberischen Situationen kam, die nicht eingehalten werden konnten. Deshalb soll der Bundesrat neu generelle Ausnahmen für Transitonen treffen können, sofern geeignete Schutzmassnahmen vorgesehen sind.

**AHS, PINK CROSS** und **SGCH** fordern, dass aufgrund des Stigmatisierungspotentials die Einreisebeschränkungen nach Art. 41 sehr restriktiv anzuwenden bzw. nur als Ultima Ratio anzuordnen sind. Es sei zu prüfen, ob bestimmte Krankheitserreger explizit von diesen Beschränkungen ausgenommen werden können, insbesondere HIV. Auch **Economiesuisse** und **SVV** betonen, dass Einreise- und Ausreisebeschränkungen nur als Ultima Ratio eingesetzt werden dürfen, zudem müsste es zumindest mit dem Schengen-Raum koordiniert sein. Es sollte zudem beachtet werden, dass Mitarbeitende von Unternehmen, welche versorgungsrelevant sind, jederzeit ein- und ausreisen können. Dabei könnten Testmassnahmen verlangt werden.

**Hotelleriesuisse** und **STV** lehnen grundsätzlich jegliche Einschränkungen, welche die Reisefreiheit betreffen, ab und sehen andere Massnahmen als wirkungsvoller für die Eindämmung einer Pandemie an. **FZH** fordert, dass bei einer künftigen Pandemie vollständig auf Reiserestriktionen verzichtet wird und dass die Buchstaben d-e analog zu Art. 60 gestrichen werden. **MV** fordert auf weitere Verbote wie Einreise- oder Ausreisebeschränkungen zu verzichten, die bisherige Regelung soll beibehalten werden. **ABUK** lehnt Einschränkungen der Aus- und Einreise ab.

**AIG** fordert, dass die Kontrolle des internationalen Verkehrs pragmatisch und kohärent ist und es daher unangebracht wäre, ein Einreiseverbot nur bei der Ankunft in der Schweiz zu verhängen. **Aerosuisse** fordert, dass statt pauschale Reiserestriktionen geeignete und verhältnismässigere Mittel zur Anwendung kommen, wenn diese verfügbar sind. Insbesondere die Test- und Quarantänepflicht.

**AG** ist der Ansicht, dass für den Begriff der Grenzregionen die bestehenden Perimeter der grenzüberschreitenden institutionellen Zusammenarbeit zu berücksichtigen sind.

**TG** betont, dass die Abwicklung der Kontrollen im internationalen Personenverkehr ebenfalls im geplanten, nationalen Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten» als skalierbares Modul zu berücksichtigen und dies entsprechend in Art. 41 vorzusehen sei.

**ZH** ist bezüglich Abs. 1 der Ansicht, dass geklärt werden muss, ob auch Personen, die indirekt (Einreise über ein weiteres Land, das nicht Risikogebiet ist) einreisen, dem Einreiseverbot unterstehen.

**Die Mitte** begrüßt die im EpG vorgesehenen Regelungen in Zusammenhang mit dem internationalen Personenverkehr. Insbesondere die Möglichkeit der Einführung eines fälschungssicheren Impf-, Test- und Genesungsnachweises für den internationalen Reiseverkehr wird als zentral betrachtet.

**GRÜNE** ist der Ansicht, dass bei der Bekämpfung internationaler Gesundheitskrisen die Situation länderübergreifender Grenzregionen besser berücksichtigt werden muss. Auf pauschale Grenzschliessungen muss zukünftig verzichtet werden und auch der grenzüberschreitende öffentliche Verkehr ist unter der Anwendung von Schutzkonzepten aufrechtzuerhalten. Auch auf Personen die eine berufliche, familiäre oder andere besondere persönliche Bindung zum Grenzgebiet haben, muss besondere Rücksicht genommen werden. Schliesslich sei der Einbezug der betroffenen Kantone bei allen Massnahmen des Bundesrates an der Grenze von Vorhinein sicherzustellen.

**ALETHEIA** betont, dass der Nutzen von Grenzkontrollen nicht belegt ist.

**AS** betont, dass die Ausreise von nicht-Schweizer gemäss Abs. 2 Bst. d<sup>bis</sup> die Schweiz nichts angeht.

**BFS** verlangt, dass wenn der Bundesrat Einschränkungen auf Grund einer diagnostischen Analyse vorsieht, den kantonalen Gesundheitsdirektionen das Rekursrecht zusteht. Im Streitfall sollte der Ständerat entscheiden. Der Nachweis der diagnostischen Analyse wird als nicht nützlich betrachtet.

**H+** fordert, dass die vorgeschlagene Formulierung in Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> gestrichen und mit der Formulierung aus Art. 6 Covid-19-Gesetz ersetzt wird.

**NFP 80** stellt fest, dass die Grenzgängerin und Grenzgängerthematik bei zahlreichen anderen Artikeln fehlt, bei denen es ebenfalls relevant wäre. Sinnvoller erscheint deshalb eine einleitende Definition dieses Prinzips.

**SBK** bemängelt, dass der Entwurf zu spezifisch auf die Covid-19-Epidemie bezogen ist. Es gibt Krankheiten, bei denen es keinen Nachweis benötigt, oder der Nachweis nicht in nützlicher Frist erbracht werden kann.

**SFF** kritisiert, dass in einer Krisenlage die Abschätzung, ob die Einreisebeschränkung zwecks Verhinderung der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit unbedingt notwendig ist, in den meisten Fällen nicht möglich ist.

**SVBG** betont die Wichtigkeit der «Kann-Formulierung» in Abs. 2 Bst. d<sup>bis</sup>. Es gibt Krankheiten, bei denen es keinen Nachweis benötigt oder der Nachweis nicht in nützlicher Frist erbracht werden kann.

#### **Art. 43 Abs. 1 Bst. b<sup>bis</sup>**

<sup>1</sup> Unternehmen, die im Eisenbahn-, Bus-, Schiffs- oder Flugverkehr grenzüberschreitend Personen befördern, Flughafenhalter, Betreiber von Hafenanlagen, Bahnhöfen und Busstationen und Reiseveranstalter sind verpflichtet, bei der Durchführung der Massnahmen nach Artikel 41 mitzuwirken. Sie können im Rahmen ihrer betrieblichen und technischen Möglichkeiten verpflichtet werden:

b<sup>bis</sup>. die Nachweise nach Artikel 41 Absatz 2 Buchstaben b, d und d<sup>bis</sup> zu kontrollieren;

**AIG, Economiesuisse** und **SVV** weisen darauf hin, dass die Flughäfen weder die Mittel noch die gesetzliche Grundlage haben, um Kontrollen der Dokumente über eine diagnostische Analyse zu prüfen. Gemäss der Chicago-Konvention fällt dies in die Hoheit der Fluggesellschaften. **Economiesuisse** und **SVV** fordern daher eine Ergänzung in Abs. 1. Auch **Aerosuisse** und **FZH** fordern auf Gesetzesstufe die Abfertigungsunternehmen zu inkludieren. **FZH** schlägt vor, die Flughäfen auf Verordnungsstufe – wenn nötig – von dieser Mitwirkungspflicht zu entbinden, wenn sie diese nicht zu vertreten haben.

**ALETHEIA** und **LIBERTÉ** lehnen die Bestimmung ab. **MV** lehnt Bescheinigungen und Zertifikate jeder Art ab, was diese Regelung ebenfalls obsolet macht. Die bisherige Regelung sollte beibehalten werden. **N.I.E.** stellt einen Eingriff in die freie Marktwirtschaft fest und befürchtet eine Einschränkung der Reisetätigkeit.

**SPHD** und **SSPH+** kritisieren, dass die Begriffe «internationaler Verkehr» (Art. 41) und «grenzüberschreitende Beförderung» (Art. 43, 74) im Gesetzesentwurf austauschbar verwendet werden, was für Verwirrung sorgt.

**SPHD** und **SSPH+** sind der Ansicht, dass im Zusammenhang mit den Artikeln, die sich mit der Überwachung befassen, die Analyse des Abwassers von Reisenden, die aus Risikogebieten einreisen, und die Entnahme von Proben von Passagieren ausdrücklich als Mittel der Gesundheitsüberwachung genannt werden könnten.

**AS** bemängelt, dass hoheitliches Recht auf Private und Unqualifizierte übertragen wird. Das verursacht einen erheblichen Mehraufwand und führt zu Konflikten.

Gemäss **SWISS** muss die Gesetzgeberin und der Gesetzgeber hier klar festhalten, dass auch bei einer Mitwirkung von zum Teil privaten Unternehmen der Staat die Verantwortung für die Massnahmen trägt und diese nicht abdelegieren kann.

**Travail.Suisse** lehnt ab, dass Angestellte von Eisenbahn-, Bus-, Schiffs oder Flugverkehrsunternehmen in einer Pandemie potenziell weitgehende Kontrollaufgaben übernehmen müssen. Dies sind Aufgaben, welche die Polizei wahrnehmen muss.

#### **4.3.7 Art. 44-44d (Versorgung mit wichtigen med. Gütern, Gesundheitsversorgung)**

##### **Allgemeine Rückmeldungen Art. 44-44d**

Gemäss **FDP** sowie **AeG BL, AGGL, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, PD, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** sei wichtig, die Beschaffung, Verteilung und Bevorratung von Schutzmaterialien bzw. wichtigen medizinischen Gütern im EpG gesetzlich zu verankern. In einer ergänzenden Verordnung über die Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern bzw. das Schutzmaterial zur Vorbereitung auf Epidemien und Pandemien ist die Umsetzung weiter zu präzisieren.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** kritisieren in Art. 44 und den Folgeartikeln die vielen Kann-Formulierungen. Dementsprechend seien die Folgen für die betroffenen Akteure nur schwierig abzuschätzen. Die einzelnen Punkte müssten genauer definiert werden.

**NVS** und **OdA AM** sind der Ansicht, dass Arzneimittel für neuartige Therapien grundsätzlich nur befristet zuzulassen sind. Die Verantwortung für die systematische Nachbeobachtung der Wirksamkeit und der unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln liege in der Verantwortung der Zulassungsinhaberin oder Zulassungsinhaber. Einzelheiten dazu soll der Bundesrat auf Verordnungsebene regeln.

**ZH** bemängelt bezüglich Art. 46 (Leichentransporte), dass die dort angekündigten Regelungen bislang fehlen. Zudem solle die Kostentragung klar geregelt werden.

**EFBS** betont, dass in diesen Artikeln die notwendigen Laboreinrichtungen für eine rasche und sichere Diagnostik stärker in Betracht gezogen werden müssen.

**FRC** stellt fest, dass Versorgungsprobleme nicht ausschliesslich in Krisenzeiten auftreten. Vielmehr sei in diesem Bereich eine kontinuierliche Verschlechterung zu beobachten. Der Akteur schlägt verschiedene Optionen zur Verbesserung dieses Problems vor.

**N.I.E.** merkt an, dass die Artikelgruppe die verfassungsrechtliche Verpflichtung, die Komplementärmedizin berücksichtigen zu müssen, nicht erfüllt.

#### **Art. 44 Grundsatz**

<sup>1</sup> Der Bundesrat stellt die Versorgung der Bevölkerung mit wichtigen medizinischen Gütern, die für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zentral sind, sicher, soweit die Versorgung nicht durch die Kantone und Private sichergestellt werden kann. Er koordiniert die Massnahmen mit denjenigen nach dem Landesversorgungsgesetz vom 17. Juni 2016<sup>13</sup>.

<sup>2</sup> Er kann wichtige medizinische Güter beschaffen oder herstellen lassen.

<sup>3</sup> Er kann diese unter dem Beschaffungs- oder Einstandspreis abgeben.

<sup>4</sup> Er kann Vorschriften erlassen über:

a. die Vorratshaltung von wichtigen medizinischen Gütern in Spitätern, weiteren öffentlichen oder privaten Institutionen des Gesundheitswesens sowie beim Bund und bei den Kantonen; er regelt die Kontrolle der Umsetzung der Vorschriften;

- b. die Zuteilung, Lieferung und Verteilung von wichtigen medizinischen Gütern;
- c. die Beschränkung oder das Verbot der Ausfuhr von wichtigen medizinischen Gütern;
- d. die Einziehung von wichtigen medizinischen Gütern; er regelt dabei die an gemessene Entschädigung;
- e. die Bewirtschaftung, Direktvermarktung und Verwertung von wichtigen medizinischen Gütern; der Bundesrat kann wichtige medizinische Güter gegen Bezahlung selber oder durch Dritte im Markt vertreiben;
- f. die Rückvergütung der Einkaufskosten durch die Kantone und Einrichtungen, denen die Güter abgegeben werden.

<sup>5</sup> Er kann Vorschriften nach den Buchstaben c und d nur erlassen, wenn dies zur Abwehr einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit notwendig ist.

<sup>6</sup> Er kann Massnahmen zur Versorgung der Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer sowie des Personals der schweizerischen Vertretungen im Ausland mit wichtigen medizinischen Gütern treffen.

<sup>7</sup> Er legt die Zuständigkeiten bei der Beschaffung von wichtigen medizinischen Gütern fest und sorgt für die verwaltungsinterne Koordination.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, AHS, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PD, PINK CROSS, PIGS, SGCH, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION und VBSAE** fordern, dass die Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern in einer ergänzenden Verordnung zu präzisieren ist. **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PD, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** fordern, dass eine Ergänzung festhalten soll, dass der Bundesrat in Koordination mit den Kantonen regelmässig den aktuellen Bestand der wichtigen medizinischen Güter erhebt und öffentlich über den Bestand berichtet. Auch soll festgehalten werden, dass er sich bezüglich Bevorratung an internationalen Empfehlungen orientiert. **AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** verlangen ausserdem, dass eine zukunftsfähige schweizweite Lagerbewirtschaftung logistisch neu gedacht werden müsste. Die Kosten zur verpflichtenden Vorratshaltung müssen deshalb entsprechend entschädigt werden. Auch **avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf und SPh** betonen, dass eine vermehrte Lagerhaltung in der Peripherie zu zusätzlichen Kosten führen kann und die (teilweise) Entgeltung sichergestellt und geregelt sein muss.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, TI, VD** sowie **ASO, Intergenerika, scin und SVDI** betonen, der Bund seine Kompetenz gem. Art. 44 nur nutzen soll, wenn die Versorgung durch Kantone und Private nicht sichergestellt werden kann und somit ein Versorgungsengpass droht. **VS** unterstützt die Verankerung des Grundsatzes, wonach die Kantone und Private für die Sicherstellung der Versorgung mit medizinischen Gütern verantwortlich bleiben und der Bund von seiner Kompetenz nur Gebrauch machen soll, wenn die Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann und eine Unterversorgung droht.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, TI** und **VD** unterstützen, dass die Bevorratung bestimmter Produkte neu verpflichtend vorgegeben wird, dass minimale Bedarfzahlen im Ausführungsrecht des Bundesrats verankert werden und dass der Kreis diejenigen oder derjenigen, die zur Bevorratung verpflichtet werden, erweitert wird. Weil diese Bestimmungen direkte und indirekte finanzielle Auswirkungen auf die Kantone haben können, sind entsprechende Vorschriften nach Art. 44 Abs. 4 in Absprache mit den Kantonen zu definieren. **FR, GE, NE, TI, ZH** und **KAV** fordern, dass der Bundesrat nur nach Rücksprache mit den Kantonen Vorschriften über die Finanzierung erlassen kann.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, TG, UR** und **VD** sehen als zentral an, dass eine Zuweisung der Verantwortlichkeiten bald erfolgt und damit die Aufgabenteilung für den Krisenfall geklärt ist und funktioniert. Dazu gehört auch die klare Definition, welche Bundeseinheit

wie mit den Kantonen zu welchen Themen kommuniziert. **GDK, AG, BE, BL, BS, FR, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, TG, UR** und **VD** befürworten eine zentrale Einheit oder ein über mehrere Verwaltungseinheiten bestimmendes Koordinationsorgan im Krisenfall mit umfassenden Entscheidbefugnissen inklusive Delegationsrecht und den dafür notwendigen Ressourcen auszustatten.

**Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin, SVDI** und **SVV** fordern die Streichung von Abs. 4 Bst. c, weil auch in einer besonderen Lage der internationale Warenfluss weiterhin gewährleistet sein muss, um die Versorgung sicherzustellen. **GRIP, Intergenerika, scin, SVDI** und **VIPS** sind der Ansicht, dass insbesondere Abs. 4 Bst. e nur in einer ausserordentlichen Lage zur Anwendung kommen darf.

**Economiesuisse, GRIP, Interpharma, SVV** und **VIPS** verlangen, dass die entstehenden Kosten vom Staat angemessen zu Marktpreisen vergütet werden müssen. **Intergenerika, scin** und **SVDI** sind der Ansicht, dass die Einziehung und Regelung der Entschädigung mit den Produzentinnen und Produzenten abgesprochen werden müssen, auch in einer besonderen Lage.

**BE, GE, NE** sowie **KAV** weisen darauf hin, dass bei verpflichtenden Bevorratungsvorgaben an die Spitäler und weitere Gesundheitseinrichtungen die Kosten mitberücksichtigt werden müssen, da das Roulement dieser Produkte ausserhalb einer Pandemie kaum möglich sein wird. Auch müssen gemäss **GE, NE** sowie **KAV** die direkten und indirekten finanziellen Auswirkungen berechnet und die Finanzierung sichergestellt werden, wenn dies im Gesetz verankert ist. Gemäss **BE** und **GE** ist sicherzustellen, dass die Logistik möglichst auch in der ausserordentlichen Lage über die zivilen Regelstrukturen stattfindet.

**Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** fordern eine Präzisierung dahingehend, dass der Bundesrat nur subsidiär als Käuferin und Käufer oder Auftraggeber und Auftraggeberin auftritt, und dass die freie Marktwirtschaft, das geistige Eigentum und die Patentvorschriften respektiert werden.

**FR, NE** und **KAV** merken an, dass bezüglich Abs. 4 Bst. b die Logistik auch in ausserordentlichen Lagen zwingend über die zivilen Regelstrukturen (gesamte Logistikkette) abgewickelt werden muss.

**AR** merkt an, dass dieser Artikel auch für die Versorgung von Haustieren (Heim- und Nutztiere) ausgeweitet werden könnte, wenn dadurch die humane Gesundheit vor übertragbaren Krankheiten geschützt werden kann. **GE** begrüßt die Erweiterung auf alle medizinischen Güter sowie der Einbezug von Veterinärprodukten und Mückenbehandlungen.

**Die Mitte** und **SP** begrüßen, dass dem Bund mehr Kompetenzen bei der Beschaffung und Herstellung von wichtigen medizinischen Gütern gegeben wird. **Die Mitte** ergänzt, dass es in Erwägung zu ziehen sei, ob für die Versorgung mit essenziellen Medikamenten auch für normale Zeiten eine entsprechende Bestimmung im vorliegenden Gesetz verankert werden müsste. **GRÜNE** begrüßt die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung.

**NVS** und **OdA AM** sehen bei Abs. 2 Interessenkonflikte sowie erhebliche Risiken (Haftungsfragen) für den Bund, welche im Gesetz nicht ausreichend gemindert werden. **VB** hinterfragt, wer die Herstellung und Beschaffung medizinischer Güter kontrolliere.

**ASO** und **LV** begrüßen, dass der Begriff «Bevölkerung» in Abs. 1 auch die Grenzgängerinnen und Grenzgänger umfasst. **LV** wünscht dabei eine Präzisierung, dass zu Abs. 1 explizit Grenzgängerinnen und Grenzgänger genannt werden, die für das Funktionieren des schweizerischen Gesundheitssystems wesentlich sind.

**ALETHEIA** und **LIBERTÉ** fordern auf Basis der Erfahrungen aus der Covid-19-Epidemie die Streichung des Artikels.

**TG** merkt zu Abs. 4 Bst. f an, dass die Kosten für vom Bund erlassene Vorschriften auch durch den Bund getragen werden sollten.

**H+** merkt in Bezug zu Abs. 1 an, dass die beiden Revisionen des EpG und des LVG aufeinander abgestimmt und als kohärentes Gesamtpaket in die Vernehmlassung hätten gegeben werden

müssen. Dies müsste nachgeholt werden, damit das Parlament bei der Beratung der Gesetzesvorschläge die Einheit der Materie wahren könne.

**H+** kritisiert bezüglich der in Abs. 4 Bst. a vorgesehene Verpflichtung für Vorhalteleistungen, dass – im Vergleich zu den Regelungen in Art. 74 – nicht präzisiert wird, wer für die Kosten für die Vorratshaltung von medizinischen Gütern in den Spitätern aufkommen und nach welchen Grundsätzen die Vergütung bemessen werden soll. Ein entsprechender Zusatzartikel solle bei Art. 74 ergänzt werden, in dem sichergestellt wird, dass auch diesbezüglich die fiskalische Äquivalenz gewahrt wird und die Vergütung nach den Grundsätzen des KVG erfolgt. Auch **USB** bemängelt im Vergleich mit Art. 74 eine Unklarheit darüber, welche Tarifverhandlungen gemeint sind.

**ARTISET** merkt an, dass es in der Verordnung zur Vorratshaltung von wichtigen medizinischen Gütern einer Präzisierung bedarf, welche Güter zentral beim Bund, den Kantonen bzw. bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an Vorrat zu nehmen sind.

**AS** fordert die Bevorratung auf ein 3-monatiges Kontingent zu beschränken und dass die Nachbestellung erst erfolgt, wenn die Vorräte aufgebraucht sind, wenn die Wirkung und Nebenwirkung evaluiert wurde und die Wirkung klar überwiegt.

**BFS** verlangt, dass in Abs. 2 und 3 wie auch an anderer Stelle im EpG Strukturen eines Fachgremiums «Markteingriffe im gesundheitlichen Krisenfall» festzulegen sind.

**BK-SBK** ist der Ansicht, dass primär die Produktionskapazitäten erhöht und die Herstellung auf nationaler Ebene sichergestellt werden müssen.

**DVF CH** ist der Ansicht, dass in Abs. 2 vorgesehene Kompetenz des Bundes zu weit gehe, sie sollte auf ein vom Parlament bewilligtes Budget beschränkt werden.

**EDU SG** unterstreicht, dass Ausnahmen gesetzlich klar geregelt sein müssten.

**FAMH** merkt an, dass jede Bevorratung das Risiko birgt, dass wichtige medizinische Güter verfallen. Hier stellt sich die Frage, wie Bund und Kantone im Fall einer Verpflichtung das finanzielle Risiko tragen.

**MV** fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung.

**PH CH** unterstützt insgesamt die Revision des Artikels 44, sieht jedoch die Notwendigkeit für stärkere Verpflichtungen hinsichtlich der Vorhalteleistungen, um eine umfassende und nachhaltige Vorbereitung auf zukünftige gesundheitliche Herausforderungen zu gewährleisten.

**pro-salute ch** begrüßt aus Sicht von Patientinnen und Patienten sowie Versicherten die Fähigkeit des Bundes, in Krisensituationen die Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern und mit Schutzmaterial zu sichern. Die diesbezüglichen Regeln müssten jedoch klarer und verbindlicher sein.

**SDV** fordert bezüglich Abs. 6, dass die Kostenübernahme für die Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer nicht generell, sondern nur unter der Bedingung, dass keine Kostenübernahme durch das Wohnsitzland erfolgt, gelten soll. Die Modalitäten sind detailliert in der Verordnung zu regeln.

**SGV USAM** betont, dass bezüglich der wirtschaftlichen Landesversorgung auf Public-Private Partnership zu setzen sei.

**SSO** fordert die Streichung von Abs. 4 Bst. a da die Bevorratung nicht über die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewährleistet werden kann. Das ist Aufgabe des Grosshandels oder der Armeeapotheke.

**Spitex** fordert, dass bei der Zuteilung von Gütern durch den Bundesrat im Ausführungsrecht die Spitex berücksichtigt wird.

**Swissnoso** wünscht, dass die notwendigen Vorhalteleistungen noch verbindlicher reguliert werden.

**VASOS** beantragt, dass Alters- und Pflegeheime wie auch öffentliche und private Spitexorganisationen den Vorschriften in Abs. 4 zu unterstellen sind.

### **Art. 44a Meldepflichten**

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann Zulassungsinhaberinnen, Vertreiber, Laboratorien, Spitäler sowie weitere öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens und Tierkliniken verpflichten, ihren Bestand an wichtigen medizinischen Gütern der zuständigen Bundesstelle zu melden.

<sup>2</sup> Er kann bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit Spitäler und andere öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens verpflichten, ihre Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung der zuständigen Bundesstelle zu melden, insbesondere:

- a. die Gesamtzahl und die Auslastung der Spitalbetten;
- b. die Gesamtzahl, die Auslastung und die Verwendung von bestimmten medizinischen Geräten;
- c. die Verfügbarkeit von Personal in den Institutionen des Gesundheitswesens.

<sup>3</sup> Er legt die meldepflichtigen wichtigen medizinischen Güter, die Meldewege, Meldekriterien und Meldefristen fest.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FG TRM, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SBK, SGAIM, SGED, SGDV, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, SVBG, UNION, VBSAE und VSAO** würden anstelle einer Meldung an eine Bundesstelle als sinnvoller ansehen, dass der Bundesrat die Bildung einer Austauschplattform unterstützt, in der die Kapazitäten der Spitäler zur gemeinschaftlichen Behebung von Engpässen organisiert wird.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin, SVDI und SVV** sind der Ansicht, dass die Meldewege elektronisch erfolgen und möglichst bestehende Formate und Systeme genutzt werden sollten, um Duplikationen zu vermeiden. Die Datenbank solle nicht öffentlich einsehbar sein. **LU** sowie **Economiesuisse** und **SVV** betonen, dass das Once-Only-Prinzip anzuwenden ist. **Spitex** ist ebenfalls der Ansicht, dass es zur Umsetzung einer effizienten Meldepflicht zwingend entsprechende elektronische Meldeplattformen braucht. **AG** ergänzt, dass die Meldung in Zukunft elektronisch über eine einzige Schnittstelle geschehen müsse. Das System müsste zudem schon in der normalen Lage vorhanden sein. **BS** weist darauf hin, dass für die Meldung der Verfügbarkeit von Personal in den Institutionen der Langzeitpflege noch keine einheitlichen Meldesysteme vorhanden sind. **GE** betont bei Abs. 2, dass das vorgesehene Meldetool funktionsfähig sein sollte.

**AG, AR, BS, LU, SG** und **VSKT** bemängeln die unklare Definition des Begriffs «Tiekliniken». **BS** fordert entsprechend das Ersetzen von «Tiekliniken» durch «tierärztliche Betriebe». **GE** merkt an, dass der allgemeinere Begriff «Tierarztpraxen» besser geeignet sei. **LU** erachtet zudem als unklar, wer unter Zulassungsinhaberinnen und Zulassungsinhaber gemeint sein soll. Der Begriff sollte ebenfalls definiert werden.

**Intergenerika, scin** und **SVDI** betonen, dass dieser Artikel nur in der besonderen und ausserordentlichen Lage zur Anwendung kommen soll.

**LB** und **MV** fordern die Streichung des Artikels.

**SBK** und **SVBG** verlangen, dass ein separater Absatz für die Auslastung der Intensivstationen und der Verfügbarkeit von entsprechendem Fachpersonal angefügt wird.

**BS** fordert, dass Abs. 1 weiter gefasst werden sollte, so dass beispielsweise Behindertenheime ebenfalls erfasst sind.

**GE** fordert die Streichung des Abs. 2 Bst. c, da die Verfügbarkeit von Personal ein vager Begriff zu sein scheint, um die sanitären Kapazitäten zu bewerten.

**GR** merkt an, dass unklar ist, ob damit auch Intensivbetten gemeint sind. Deshalb soll ergänzt werden, dass der Bund eine schweizweite Übersicht aller verfügbaren stationären Behandlungsplätze betreibt.

**ZG** betont, dass ein Anhörungsrecht der Kantonsregierungen festzuschreiben sei.

**Die Mitte** betont die Wichtigkeit, dass auch andere medizinische Untersuchungen und Behandlungen weiterhin neben stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit einer hochinfektiösen Krankheit durchgeführt werden können.

**SVP** unterstützt die vorgeschlagene Meldepflicht, betont aber, dass der Bund sicherstellen muss, dass die Finanzierung der Meldungen durch die Kantone und nicht durch den Bund erfolgt. Zudem müssten die Kantone die bereitgestellten Betten und Belegung von Intensivstationen regelmässig an den Bund melden.

**H+** fordert, dass die Einrichtung eines nationalen Informationssystems «Meldung von Kapazitäten in Gesundheitseinrichtungen» auf Gesetzesstufe definiert wird. Der KSD soll auf seine Eignung für die Übernahme dieser Aufgabe geprüft und allenfalls dafür fit gemacht werden.

**ISPM BE** ist bezüglich Abs. 2 der Ansicht, dass die Überwachung der Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung eher in Art. 11 integriert werden sollte, sofern sie von denselben Akteuren im Gesundheitswesen durchgeführt wird und mit der Schätzung der Krankheitslast verbunden ist.

**LIBERTÉ** fordert die Streichung von «bei einer besonderen Gefährdung» in Abs. 2.

**SSV** stellt die Frage, ob sich die Nachfrage der Gesamtzahl und Auslastung der Spitalbetten sowie von bestimmten medizinischen Geräten ausschliesslich auf die Spitäler bezieht. Es sei nicht klar, welche «Institutionen des Gesundheitswesens» gemeint sind.

#### **Art. 44b      *Massnahmen zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern***

Der Bundesrat kann zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit wichtigen medizinischen Gütern Ausnahmen von den Anforderungen der Heilmittel-, Produktesicherheits- und Chemikaliengesetzgebung vorsehen, sofern dies zur Verhütung und Bekämpfung einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit notwendig ist. Er kann zu diesem Zweck:

- a. Ausnahmen von den Bestimmungen über die Einfuhr von wichtigen medizinischen Gütern vorsehen, namentlich die Erleichterung der Einfuhr von nicht zugelassenen, verwendungsfertigen Arzneimitteln;
- b. Ausnahmen von der Bewilligungspflicht für Tätigkeiten im Zusammenhang mit wichtigen medizinischen Gütern vorsehen oder die Bewilligungsvoraussetzungen anpassen;
- c. Ausnahmen von der Zulassungspflicht für Arzneimittel oder Biozidprodukte vorsehen oder die Zulassungsvoraussetzungen oder das Zulassungsverfahren anpassen;
- d. Ausnahmen von den Bestimmungen über die Konformitätsbewertung, das Inverkehrbringen, die Bereitstellung auf dem Markt und die Inbetriebnahme von Medizinprodukten vorsehen;
- e. Ausnahmen von den Bestimmungen über das Inverkehrbringen von Stoffen und Zubereitungen sowie von den Bestimmungen über das Konformitätsbewertungsverfahren und das Inverkehrbringen von Schutzausrüstungen vorsehen.

**Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, OdA KT, OdA AM, NVS, SDV, SFV, SGS, SMGP, SVHA, TVS, UNION und VRMS** wünschen, dass keine Einschränkungen bei der Pharmakovigilance gemacht werden und die Resultate proaktiv zu kommunizieren sind.

**NEK** sowie **DVSP, IDS NE, SAMW, SGBE, Uni GE** und **WiBeG** betonen, dass eine Zulassung ohne Prüfung durch Swissmedic nur in Ausnahmefällen erfolgen sollte. **NEK** sowie **IDS NE, SGBE** und **Uni GE** fordern, dass Bst. a mit «...durch das Schweizerische Heilmittelinstitut» ergänzt wird. **Uni GE** weist zudem darauf hin, dass dieser Artikel für die Bevölkerung an sich ein erhebliches Risiko in Bezug auf die Qualität und Sicherheit von Arzneimitteln und Impfstoffen schaffen wird.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** fordern, dass bevor Massnahmen zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern getroffen werden, die betroffenen Akteure angehört werden müssen. Der Gesetzesartikel soll entsprechend ergänzt werden.

**Economiesuisse, GRIP, Intergenerika, Interpharma, scin, SVDI** und **SVV** wünschen eine Präzisierung dahingehend, dass die möglichen Chancen und Risiken einander gegenübergestellt werden und nur im Ausnahmefall (und nur in der ausserordentlichen Lage) für eine Aussetzung der bestehenden Vorschriften entschieden wird. **Intergenerika, scin** und **SVDI** ergänzen, dass es sinnvoll wäre, diesen Begriff «wichtigen medizinischen Gütern» zu spezifizieren und dass Fachverbände für

diese Ausnahmen konsultiert werden. **GRIP** und **VIPS** verlangen ebenfalls, dass der Artikel nur in einer ausserordentlichen Lage gilt. In der normalen Lage greife die bestehende Gesetzgebung bezüglich Qualität und Patientinnensicherheit sowie Patientensicherheit.

**EKSI** sowie **ABBV, AHS, H-CH** und **PINK CROSS** sind der Ansicht, dass «Diagnostische Analysen» explizit benannt werden sollten. Zudem muss der Bundesrat zur ausreichenden Versorgung der Bevölkerung sowohl bei besonderer Gefährdung der öffentlichen Gesundheit als auch generell bei Bedarf im nationalen Interesse, namentlich im Rahmen von nationalen Programmen, auch Ausnahmen in der Bewilligung und Zulassung neuer Verfahren in der Probeentnahme als auch in der Probenverarbeitung vorsehen können.

**Aerosuisse, Economiesuisse, FZH, SVV** und **SWISS** fordern einen neuen Buchstaben, der die Ausweitung der Betriebszeiten an den Landesflughäfen regelt.

**LIBERTÉ** und **MV** fordern die Streichung des Artikels. Es dürfe keine Ausnahmen von den Anforderungen der Heilmittel-, Produktesicherheits- und Chemikaliengesetzgebung geben. **Pro Schweiz** weist Art. 44b ebenfalls zurück. Vielmehr sei eine Stärkung einer unabhängigen Heilmittelaufsicht vorzusehen. **ALETHEIA** führt aus, dass der Bundesrat nicht über Zulassungsverfahren und vor allem Ausnahmen zu entscheiden hat, er habe keine Kompetenz in medizinischen Belangen. **VB** merkt an, dass die Einfuhr und Anwendung nicht zugelassener Mittel zu Nebenwirkungen und ökonomischem Missbrauch führen.

**NVS** und **OdA AM** erachten die weitgehenden Befugnisse des Bundes (Bst. b) zur erleichterten Zulassung grundsätzlich als heikel. **PH CH** und **pro-salute ch** erachten allfällige Ausnahmen von den Zulassungsvoraussetzungen oder dem Zulassungsverfahren als kritisch. Sie sind deshalb in einer Verordnung mit einer klaren, limitierenden Regelung festzuhalten.

**SG** sowie **GRÜNE** begrüssen die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung. **GE** begrüßt die Ausnahmeregelungen für die Einfuhr grosser Mengen (Bst. a). Im erläuternden Bericht soll präzisiert werden, dass der Kanton selbst diese Dosen bestellen kann.

**BFS** und **LB** fordern die Streichung der Buchstaben a bis e. **BFS** ist der Ansicht, dass an dieser oder anderer Stelle im EpG die Strukturen beschleunigter nationaler Zulassungsverfahren im Krisenfall festzulegen sind.

**ZG** fordert einen neuen Buchstaben, in dem die Erlaubnis zur Abgabe von Teilmengen von Arzneimitteln vorgesehen wird, sofern keine Regelung im Heilmittelrecht erfolgt.

**AS** wünscht die Ergänzung eines neuen Buchstabens, der bestimmt, dass Ausnahmen gemacht werden können, wenn die Medikamente in mindestens 2 anderen Staaten regulär zugelassen sind. Die Herstellerhaftung soll in jedem Fall bestehen bleiben.

**DVF CH** weist darauf hin, dass die im erläuternden Bericht erwähnten Einschränkungen im Gesetzesstext fehlen.

**EDU SG** lehnt das Gesetz ab, weil es unpräzise Bestimmungen zu medizinischen Gütern und Arzneimitteln enthält.

**EKIF** verlangt eine Präzisierung, dass dies neben Arzneimitteln auch für prophylaktische Massnahmen wie Impfstoffe oder prophylaktische Antikörpertherapien gelten soll.

**FAMH** weist betreffend den Bst. b und d darauf hin, dass sich bei einer Aushebung dieser Vorgaben das Haftungsrisiko für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher erhöht. Hier müsse unter Anderem der Bund die Sicherheit geben, dass er für das Haftungsrisiko einsteht.

**GST** fordert, dass Bst. c auch explizit für Tierarzneimittel gelten soll.

**N.I.E.** verlangt, dass auch alternativmedizinische Güter vorhanden und erreichbar sein müssen.

**SDV** fordert bezüglich Bst. c, dass insbesondere die Herstellung und der Verkauf von Händedesinfektionsmittel (Biozidprodukte) durch Drogerien und Apotheken auch in normaler Lage ohne

Erfordernis einer Zulassungsverfügung möglich ist. Auch soll die Herstellung von Arzneimitteln durch Drogerien und Apotheken gefördert und sichergestellt werden, um die Versorgungssicherheit sicherzustellen.

**vbfn** beunruhigt die Definitionen von Ausnahmen und die Ausdehnung der bundesrätlichen Befugnisse.

#### **Art. 44c      Bereitstellung der Kapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit hochinfektiösen Krankheiten**

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann in Absprache mit den Kantonen festlegen, welche Kantone die notwendige Infrastruktur für den Transport und für die stationäre Aufnahme, die Absonderung und die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die mit einer hochinfektiösen Krankheit angesteckt sind, bereitstellen müssen.

<sup>2</sup> Er kann Spitäler, die über die notwendigen Einrichtungen verfügen, in Absprache mit dem betroffenen Kanton zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten, die mit einer hochinfektiösen Krankheit angesteckt sind, verpflichten.

<sup>3</sup> Die Kosten für die Bereitstellung der Infrastruktur tragen grundsätzlich die Kantone. Der Bund kann sich daran beteiligen. Die Betriebskosten tragen die Kantone.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** sind der Ansicht, dass sofern einzelne Kantone für Patientinnen und Patienten anderer Kantone Kapazitäten bereitstellen oder vorhalten, es entsprechende interkantonale Ausgleichszahlungen braucht. Bei einer Anordnung von Leistungen durch den Bund müsse die Frage der Beteiligung an Kosten geregelt werden; Der Bund solle die durch seine Anordnung entstehenden Zusatzkosten übernehmen müssen. **BBV** ergänzt, dass nicht nur die Kosten für die Bereitstellung der Infrastruktur, sondern auch des Personal- und der Sachkosten geregelt werden sollten.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG und GRÜNE** begrüssen, dass sich der Bund künftig an der Bereitstellung entsprechender Infrastrukturen für Sonderisolationen beteiligen kann. **SGB** ist mit der vorgeschlagenen Kostenaufteilung zwischen Bund und Kantonen einverstanden.

**GDK, AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG und UR** sind der Ansicht, dass der letzte Satz in Abs. 3 gestrichen werden kann. Die Kosten für die Bereitstellung der Infrastruktur tragen gemäss dem ersten Satz die Kantone gemeinsam. Weitere Betriebskosten werden nicht anfallen, da im Falle einer Behandlung die Betriebskosten über die Tarifstruktur abgegolten werden.

**GDK, AG, AI, BL, BS, FR, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR und VD** schlagen vor, in Abs. 2 den Begriff «betroffener Kanton» mit «Standortkanton» zu ersetzen. **GE** fordert, den Begriff «Standortkanton» in Zusammenhang mit der Absprache zwischen dem Bundesrat und dem Kanton in Abs. 1 zu verwenden.

**AG, AI, BE, BS, FR, GL, LU, NE, NW und VD** weisen darauf hin, dass die Infrastruktur für den Transport separat zur stationären Aufnahme der Patientinnen und Patienten zu regeln ist. Es würde sich eine Prüfung anbieten, ob diese Aufgabe beispielsweise vom KSD wahrgenommen werden könnte.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, SBCK, SCA und SFGV** befürworten die neuen Artikel 44c und 44d explizit. Es sollte alles darangesetzt werden, die Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit sicherzustellen.

**BE, GE, TI, VD und VKS** fordern eine Präzisierung in Abs. 3 dahingehend, dass sich alle Kantone an den Betriebskosten beteiligen sollen, nicht nur die Standortkantone. **BS** schlägt vor, dass in Abs. 3 ergänzt wird, dass die Betriebskosten «gemeinschaftlich» von allen Kantonen getragen werden.

**avsga, BAV, BLAV, PharmaSuisse, Sphf und SPh** fordern, dass auch in Zukunft zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit spezifische Biozidprodukte durch ausgebildetes Personal in Apotheken

und Drogerien sowohl während einer Pandemie wie auch in der normalen Lage hergestellt werden können.

**SGSH, SSI, USB** und **USZ** merken an, dass eine klare, kantonsübergreifende Regelung der Zuständigkeiten hinsichtlich des Transportes einer Patientin oder eines Patienten mit Nachweis oder Verdacht auf eine hochansteckende infektiöse Erkrankung fehlt. Eine entsprechende Kompetenz des Bundes soll ergänzt werden.

**PH CH** und **pro-salute ch** fordern in den Absätzen 2 und 3 eine Überprüfung des Grundsatzes «Wer befiehlt, zahlt». **ZH** lehnt die Kostentragung der Kantone mit Blick auf das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz ab und sieht Bedarf verschiedene Begrifflichkeiten klarer zu definieren. Auch **IFF** stellt in Abs. 3 ein gewisses Spannungsverhältnis zum Prinzip der fiskalischen Äquivalenz fest.

**SG** sowie **IFF** erachten als unklar, was die verwendeten Formulierungen («In Absprache mit den Kantonen» und «nach Anhörung der Kantone») genau bedeuten bzw. wo der Unterschied liegt. Auch **SO** stellt die Frage, was «in Absprache mit den Kantonen» genau bedeuten soll.

**SBK** und **SVBG** fordern eine Ergänzung dahingehend, dass für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten das nötige Gesundheitspersonal und Material zur Verfügung stehen muss. Außerdem sollte sich der Bund an den Kosten gemäss Abs. 3 beteiligen müssen und nicht nur können. Auch **SO** fordert, dass betreffend der Kostenbeteiligung des Bundes mehr Verbindlichkeit geschaffen wird.

**NEK** sowie **SGBE** und **Uni GE** betonen, dass die Behandlung von Infektionskrankheiten auch in Langzeitinstitutionen oder zu Hause stattfindet. Dies werde momentan in Abs. 2 nicht berücksichtigt.

**IFIK** und **IMM** fordert eine Ergänzung des Artikels mit den notwendigen Laboreinrichtungen für die sichere Diagnose. **IFIK** erachtet die vorgesehenen Spitäler Genf und Zürich für die Behandlung von Krankheiten des Typs Ebola als ungenügend und wünscht, dass noch weitere Zentren vorgesehen werden. **IMM** hingegen erachtet die aktuelle Auswahl von zwei Zentren für die Behandlung von hochgefährlichen Infektionen für angemessen.

**GE** stellt fest, dass sich die Kosten zwischen den beiden Universitätsspitäler Genf und Zürich stark unterscheiden, was auf ein unterschiedliches Nutzungskonzept der Sonderisolationseinheiten in normalen Zeiten zurückzuführen ist. Es wäre begrüssenswert, wenn eine Überprüfung der Kosten verlangt werden könnte, wenn diese übermäßig hoch erscheinen.

**EKIF** fordert eine Präzisierung dahingehend, dass die Bestimmung neben Arzneimitteln auch für prophylaktische Massnahmen wie Impfstoffe oder prophylaktische Antikörpertherapien gelten soll.

**ALETHEIA** stellt die Frage, weshalb der Bundesrat Spitäler zur Aufnahme verpflichten kann.

**LIBERTÉ** fordert die Streichung des Artikels.

**SGI** wünscht Abs. 2 dahingehend ergänzt zu sehen, dass Expertinnen und Experten- oder Zertifizierungsstellen in die Aufrechterhaltung der Krankenhauskapazitäten einbezogen und integriert werden.

**SGSH** stellt die Frage, ob es in Art. 44c/44d möglich wäre, die notwendigen Vorhalteleistungen zu regulieren, damit die Versorgung gewährleistet werden kann.

**Spitex** weist darauf hin, dass für den Fall der Bereitstellung von Kapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit hochinfektiösen Krankheiten durch Spitäler, den weiteren Akteuren eine zentrale Rolle in der Entlastung dieser Spitäler zukommt.

#### **Art. 44d Sicherstellung von Kapazitäten in Spitäler und anderen öffentlichen oder privaten Institutionen des Gesundheitswesens**

<sup>1</sup> Sofern es für medizinisch dringend angezeigte Untersuchungen und Behandlungen sowie zur Behandlung von Erkrankungen, die im Zusammenhang mit der Gefährdungslage stehen, erforderlich ist, können die Kantone bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit zur Sicherstellung der Kapazitäten in Spitäler und anderen öffentlichen oder privaten Institutionen des Gesundheitswesens:

- a. medizinisch nicht dringend angezeigte Untersuchungen und Behandlungen verbieten oder einschränken;
- b. weitere Massnahmen wie die Einlagerung einer ausreichenden Menge an wichtigen medizinischen Gütern vorschreiben.

<sup>2</sup> Zur Stärkung der durch eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit beanspruchten Gesundheitsversorgung finanzieren die Kantone die zur Abdeckung von Auslastungsspitzen nötigen Vorhalteleistungen.

<sup>3</sup> Die Kantone definieren die nötigen Kapazitäten in Absprache mit dem Bund.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SNM, SMGP, SMVS, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** fordern für den Fall, dass einzelne Kantone für andere Kantone Kapazitäten schaffen oder vorhalten, entsprechende interkantonale Ausgleichszahlungen für den erfolgten Erlösausfall. **BE** fordert, dass über die ganze Schweiz hinweg eine solidarische Lastenverteilung sichergestellt werden und dem Bund eine Mitfinanzierungsverpflichtung zugewiesen werden muss.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR** und **VD** fordern die Streichung von Abs. 2 und 3, da die Zuständigkeit der Gesundheitsversorgung den Kantonen zukomme. **ZH** fordert die Streichung von Abs. 2 und sieht Bedarf verschiedene Begrifflichkeiten klarer zu definieren.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD** und **VS** begrüssen die Kompetenzzuschreibung gemäss Abs. 1 an die Kantone, medizinisch nicht dringend angezeigte Untersuchungen und Behandlungen zu verbieten oder einzuschränken sowie weitere Massnahmen vorzusehen, falls die epidemiologische Lage oder die Versorgungssituation dies erforderlich macht. Die Akteure fordern, dass im erläuternden Bericht festgehalten wird, dass auf kantonaler Ebene keine normativen Grundlagen notwendig sind, wenn die Kantone von ihrem Recht gemäss Art. 44d Abs. 1 Gebrauch machen wollen.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, NW, OW, SG, SO, SZ, TG** und **VD** fordern, dass allfällige Einschränkungen von Seiten des Bundesrates gemäss Art. 44d auf möglichst kurze Dauer festgelegt werden und seitens Bund Entschädigungszahlungen an die Spitäler ausgerichtet werden können.

**Btvv, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, SBCK, SCA** und **SFGV** sprechen sich insbesondere für Art. 44d Abs. 1 Bst. a aus, der besagt, dass die Kantone medizinisch nicht dringende Untersuchungen und Behandlungen verbieten oder einschränken können.

**BE, FR, LU, NE** und **KA** erinnern, dass bei verpflichtenden Bevorratungsvorgaben an die Spitäler und Gesundheitseinrichtungen die Kosten mit zu berücksichtigen sind und fordern diesbezüglich eine Konkretisierung. **Economiesuisse** und **SVV** fordern eine Anpassung von Abs. 2, damit sichergestellt ist, dass alle Kosten, die aus Art. 44d Abs. 1 resultieren, von den Kantonen finanziert werden müssen. Gemäss **GRIP** und **Interpharma** müssen die im Zusammenhang mit Pflichtlagern entstehenden Kosten den Firmen vergütet werden.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** fordern, dass Abs 1 Bst. b in enger Zusammenarbeit mit den Zulassungsinhaberinnen und Zulassungsinhaber erfolgt, da unter Umständen ein sprunghafter Anstieg der Nachfrage abgefangen werden müsse.

**ARTISET** und **Senesuisse** fordern, dass der Zugriff von Bundesstellen auf das Personal von Gesundheitseinrichtungen in einem neuen Absatz geregelt wird. **ARTISET** ist der Ansicht, dass die Rolle der Armee und des Zivilschutzes geklärt und einen Platz im EpG finden sollte. **Spitex** erinnert, dass die Sicherstellung von Kapazitäten (und der Versorgung im Allgemeinen) nicht durch einen Abzug von Personal zur Erfüllung von Bundesaufgaben erfolgen darf.

**SPHD** und **SSPH+** fordern im VE-EpG den Beschrieb gezielter Mechanismen, um die Nachhaltigkeit der Spitaltätigkeit zu schützen und Verluste auszugleichen, wobei die Kantone und der Bund gemeinsam verantwortlich seien. Diese sollten über das hinausgehen, was in Art 44d festgelegt sei. **IDS NE, SPHD** und **SSPH+** sind der Ansicht, dass der VE-EpG Leitlinien/Rahmenvorgaben (und möglicherweise Finanzhilfen) vorsehen sollte, um eine harmonisierte, koordinierte und effiziente Organisation der Impfstoffverteilung in den Kantonen zu gewährleisten.

**H+** und **GSASA** bemängeln die fehlende koordinative Verantwortung auf Ebene des Bundes. **GRÜNE** fordert, dass der Bund die Kantone übersteuern können müsse, sollten diese ihrer Verantwortung nicht nachkommen. Auch sollten die Kantone im Krisenfall zur Zusammenarbeit verpflichtet werden können.

**ALETHEIA** stellt fest, dass «verbotene» Behandlungen im Nachhinein der Covid-19-Epidemie sehr wohl Wirkungen zeigten. **LIBERTÉ** lehnt jegliche Verbote von Behandlungen ab.

**H+** und **GSASA** fordern, dass die Sicherstellung von Kapazitäten in Spitäler, Kliniken und anderen öffentlichen oder privaten Institutionen des Gesundheitswesens auch in einer ausserordentlichen Lage gesetzlich festgelegt wird. **H+** und **GSASA** verlangen zudem, dass die Abgeltung der zusätzlich zum normalen Spitalbetrieb erbrachten Leistungen und deren substanzialen Zusatzkosten eindeutig geregelt werden müssen und die damit verbundenen Kosten volumnfänglich durch den Staat gedeckt werden. Die aktuelle Formulierung in Abs. 2 sei ungenügend.

**SAMW** erachtet als wichtig, dass die Auswirkungen einer eingeschränkten Gesundheitsversorgung für andere Krankheiten evaluiert wird. **VB** befürchtet, dass die Handhabung gemäss Abs. 1 Bst. a zur Aufschiebung anderer wichtiger Versorgungen und somit auch zu höherer Volkskrankheit und Übersterblichkeit führt.

**GE** schlägt vor im erläuternden Bericht zu präzisieren, ob die Regelung gemäss Abs. 1 die Versetzung von Personal ausserhalb von Pflegeeinrichtungen (z. B. Schulmedizin) bedeute.

**SZ** würde bei diesem Artikel als angezeigt sehen, dass die Kantone die Spitäler und andere private oder öffentliche Einrichtungen innerhalb des Kantons zur Zusammenarbeit verpflichten können, aber auch zur interkantonalen Zusammenarbeit.

**NEK** fordern in Abs. 2 eine Ergänzung, die den erhöhten Bedarf der häuslichen Pflege und Behandlung während der Dauer der eingeschränkten stationären Versorgung berücksichtigt.

**ABBV** betont, dass die Kosten, welche im Zusammenhang mit Pflichtlagern entstehen den Firmen vergütet werden sollen, wie das auch bei anderen (nicht-medizinischen) Pflichtlagerwaren der Fall ist.

**ABUK** lehnt alle Änderungen ab, insbesondere die Einschränkungen von Untersuchungen und Behandlungen, da sie auf Kosten der Gesundheit von Betroffenen gingen.

**ARTISET** schlägt einen Transfer der Bestimmungen von Art. 44d Abs. 1 in Art. 6c als neuen Abs. 1<sup>bis</sup> vor. Gleichzeitig kann nicht nachvollzogen werden, weshalb die im Vorentwurf stark erweiterten Interventionsmöglichkeiten des Bundes mit Blick auf eine als zentral bezeichnete Stossrichtung der EpG-Revision, die Verhinderung der Überlastung des Gesundheitswesens, keine Anwendung findet.

**BFS** fordert ein Fachgremium mit ausgesuchten Leitungspersonen des kantonalen Spitalwesens zu definieren. Die Entscheide sollen gemeinsam mit diesen Leitungspersonen und dem Bundesrat getroffen werden, im Streitfall entscheidet der Ständerat.

**CER-VD** kritisiert, dass Abs. 1 kompliziert formuliert sei.

**FAMH** fordert eine Regelung bezüglich Finanzierung der Entsorgung gelagerter Güter.

**MV** fordert die ersatzlose Streichung des Artikels.

**Pro Senectute** fordert eine Ergänzung von Abs. 1 dahingehend, dass medizinethische Standards miteinbezogen werden. Ferner sollten die Kantone die nötigen Kapazitäten gemäss Abs. 3 auch untereinander definieren.

**SGI** schlägt einen neuen Bst. c vor der regelt, dass die ausserordentlichen Aufnahmekapazitäten in Absprache mit den relevanten Regulierungs- und Zertifizierungsstellen vorübergehend erhöht werden sollen.

#### 4.3.8 Art. 47-49b (Sonstige Massnahmen im Bereich Bekämpfung)

##### Art. 47 Abs. 1

<sup>1</sup> Treten Organismen auf, die Krankheitserreger auf den Menschen übertragen können, so ergreifen und koordinieren die für die Überwachung dieser Organismen zuständigen Bundesstellen und die kantonalen Stellen die erforderlichen Massnahmen zur Bekämpfung dieser Organismen oder zur Verhütung ihres Auftretens.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, TI, VD, ZH und VSKT** wünschen eine genauere Präzisierung des Begriffs Organismus, der aktuell sehr unspezifisch und breit gefasst ist. Auch gehen diese Akteure davon aus, dass mit dieser Grundlage auch Vektoren bei Haus- und Wildtieren überwacht und bekämpft werden können, welche für die Humanmedizin im Sinne des EpG relevant sind (Schnittstelle zur Tierseuchengesetzgebung). Gemäss **GDK, AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, JU, OW, NW, SG, SH, TG, TI und VD** wäre dies im Sinne des One-Health-Ansatzes zu begrüßen. **AG** und **VSKT** merken zusätzlich an, dass die Präzisierung des Begriffs Organismus auch den Art. 45 Abs. 1 betrifft.

**AS** betont, dass die Fatalität nicht berücksichtigt wird und dass Labortests genügen, um dieser Formulierung zu entsprechen. Auch wird die Isolation des Organismus verlangt. **LB** fordert eine klare Definition, ab wann solche Massnahmen erlaubt sind. **MV** wünscht die bisherige Regelung beizubehalten.

**BS** wünscht ebenfalls die Schaffung einer Grundlage, um in Tierhaltungen bei einer Zoonose Überwachungs- und Bekämpfungsmassnahmen anordnen zu können.

**GE** schlägt vor, die Reihenfolge der Massnahmen umzukehren und Präventionsmassnahmen vor Massnahmen zur Bekämpfung von Organismen zu erwähnen.

**ZH** fordert, dass die Zuständigkeiten in diesem Artikel, inklusive im Art. 45, klar abzugrenzen sind. Im Art. 45 soll zudem auch die Einschleppung oder Migration von Vektoren als Träger von übertragbaren Krankheiten berücksichtigt werden.

**EFBS** begrüßt die Verstärkung für die Kontrolle von Vektoren, die Krankheitserreger auch auf den Menschen übertragen können sowie die Unterstützung des One-Health-Ansatzes. Auch in diesem Bereich sollen rechtzeitig Fachexpertinnen und Fachexperten miteinbezogen werden müssen, um das Ergreifen wirksamer Massnahmen zu verstärken.

##### Art. 49a Abgabe von Medizinprodukten zur Erkennung von übertragbaren Krankheiten

Der Bundesrat kann die Abgabe von Medizinprodukten zur Erkennung von übertragbaren Krankheiten an die Bevölkerung mit Auflagen versehen oder verbieten, wenn die Abgabe die öffentliche Gesundheit gefährden kann. Er regelt den Vollzug und die Überwachung.

**EKSI** sowie **ABBV, ARTISSET** und **H-CH** sind mit dem Vorschlag unter der Voraussetzung einverstanden, dass die Qualität der zum Einsatz kommenden Tests der im Vorschlag referenzierten Medizinprodukte auch mit der Neuregelung sichergestellt wird. **avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, PH CH, SVPPh** und **Sphf** fügen zusätzlich zu ihrer Zustimmung zum Artikel an, dass auch der Zugang zu den Point-of-Care erleichtert werden muss. **AHS, PINK CROSS** und **SGCH** schliessen sich beiden Punkten an. **Economiesuisse** und **SVV** begrüßen die Aufhebung des grundsätzlichen Verbots der Selbsttests sowie die Liberalisierung ebendieser. **KomABC** zeigt sich mit dem Vorschlag einverstanden, verlangt aber die Streichung des Wortes «verbieten».

**ABUK, ALETHEIA, AS** und **LIBERTÉ** fordern die Streichung des Artikels und kritisieren die Verbots- und die erweiterten Einschränkungsmöglichkeiten des Bundesrates. **LB** verlangt eine Erklärung des Entscheidungsprozesses des Bundesrates in solchen Fällen. Die Sicherheit des Zulassungsverfahrens von Medikamenten soll priorität zur Vereinfachung und Beschleunigung desgleichen behandelt werden. Werden diese Forderungen nicht umgesetzt, soll der Artikel gestrichen werden. **LV** fordert die

Aufhebung des Artikels und kritisiert die Haltung der Bundesbehörden, welche aus Mangel an Vertrauen gegenüber der Bevölkerung die Möglichkeit vorsehen, Selbsttests zu verbieten. **MV** fordern die ersatzlose Streichung des Artikels.

**Intergenerika, scin** und **SVDI** fordern, dass diese Regelung lediglich die ausserordentliche Lage betreffen soll. Des Weiteren soll eine Präzisierung der Bedeutung der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit erfolgen und das Verbot zur Abgabe von Produkten zur Erkennung von übertragbaren Krankheiten an die Bevölkerung aufgehoben werden. **PTK** unterstützt die Forderung nach der Klärung des Artikels, insbesondere die Formulierung der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit.

**GRIP** und **VIPS** sind mit dem Vorschlag nicht einverstanden und sieht die Abgabe von Medizinprodukten ausschliesslich bei der Leistungserbringerin oder Leistungserbringer, da nur Fachpersonen die Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen eines Produkts beurteilen können. Die Fortbildungsempfehlungen erachten sie jedoch als sinnvoll.

**SBK** und **SVBG** verlangen eine klarere Formulierung des Artikels, da dieser lediglich anhand des erläuternden Berichts verständlich sei.

**SSPH+** und **SPHD** fordern einen Zusatz, dass sich der Bundesrat auch mit dem entsprechenden Informationssystem befasst.

**GE** begrüsst die Zulassung der Abgabe von Selbsttests an die Bevölkerung sowie die Möglichkeit, diese im Bedarfsfall für die öffentliche Gesundheit zu verbieten. Der Kanton weist jedoch darauf hin, dass die Aufhebung des Verbots der Abgabe von In-vitro-Diagnostika an die Öffentlichkeit sowie dessen Auswirkungen mit einem nicht zu unterschätzenden Risiko verbunden sind. Beispielsweise könnte ein Selbsttest zum Nachweis eines Bakteriums die Verschreibung von Antibiotika erhöhen, was zu Antibiotikaresistenzen führen könnte. Letztlich fordert **GE**, dass die Institutionen, die diese Selbsttests anbieten dürfen, für jeden neuen Selbsttest, der auf den Markt kommt, eine spezielle Schulung erhalten müssen.

### **Art. 49b**

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann die Anforderungen an den Nachweis einer Impfung, eines Testergebnisses oder einer Genesung sowie die Ausstellungsprozesse festlegen. Er legt fest, für welche Krankheitserreger solche Nachweise ausgestellt werden.

<sup>2</sup> Der Nachweis wird auf Gesuch hin erteilt.

<sup>3</sup> Er muss persönlich und fälschungssicher sein. Er muss so ausgestellt sein, dass nur eine dezentrale oder lokale Überprüfung der Authentizität und Gültigkeit möglich ist. Er muss für die Einreise in und die Ausreise aus anderen Ländern verwendet werden können, sofern dies mit einem technisch und finanziell verhältnismässigen Aufwand möglich ist.

<sup>4</sup> Der Bundesrat regelt, wer für die Ausstellung des Nachweises zuständig ist.

<sup>5</sup> Der Bund stellt den Kantonen und Dritten ein System für die Ausstellung von Nachweisen und deren Überprüfung zur Verfügung. Der Bundesrat kann eine Kostenbeteiligung durch die Kantone vorsehen.

<sup>6</sup> Der Bundesrat regelt die Übernahme der Kosten durch die Gesuchstellenden für die Ausstellung des Nachweises sowie die Entschädigung für die Ausstellerinnen und Aussteller.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG** und **VKS** lehnen eine Kostenbeteiligung der Kantone ab, da die Kantone keinen Einfluss auf das System, welches durch den Bund betrieben wird, haben und somit die finanzielle Beteiligung seitens Kantone nicht gerechtfertigt sei. **GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG** und **VKS** fordern deshalb die Streichung des letzten Satzes des Abs. 5. **TG** lehnt eine Kostenbeteiligung der Kantone auch im Abs. 6 ab. **SDV** fordert im Abs. 6 ebenfalls eine Kostenübernahme durch den Bund.

**ABUK, ALETHEIA, AS, AZ, KMUfamilie, LB, LIBERTÉ, MFR, MV, N.I.E., politbeobachter, Pro Schweiz, PVS, Réinfo Santé, SVP** und **VB** lehnen den Artikel ab, da das Zertifikat in die Freiheit des Einzelnen und dessen Grundrechte eingreife. **ALETHEIA, AS, AZ, KMUfamilie, LB, SVP, MFR, MV, politbeobachter, Pro Schweiz, PVS** und **Réinfo Santé** fügen an, dass das Zertifikat keinen

nachweisbaren Effekt auf die öffentliche Gesundheit habe. Gemäss **ALETHEIA, AZ, KMUfamilie, MFR, Pro Schweiz, politbeobachter, Réinfo Santé, SVP** und **VB** führt ein Zertifikat zudem zur Ausgrenzung von Menschen und Diskriminierung.

**AG, AI, BE, BS, FR, LU, NE, NW, SZ, UR** und **VD** wünschen insbesondere für den internationalen Reiseverkehr, dass fälschungssichere Nachweise für Gesundheitsgefahren bzw. übertragbare Krankheiten erstellt werden können, um die Anbindung der Schweiz an ausländische Systeme gewährleisten zu können. **AG, AI, LU, NW** und **VD** fordern diesbezüglich, dass der Bund den Kantonen und Dritten ein System für die Ausstellung von Nachweisen und deren Überprüfung zur Verfügung stellt.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** verlangen eine Präzisierung der Kostentragung für die Ausstellung eines Impfnachweises. Das Gesetz müsse bereits klar festhalten, dass der Bund bzw. die Krankenkassen die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer kostendeckend vergüten. Aus Public Health-Sicht wird im EpG eine Klärung der Verantwortlichkeiten sowie der Finanzierung für die Zurverfügungstellung einer ergänzenden automatisierte Impfstatus-überprüfung (Impfcheck) als nötig angesehen.

**BE, SG** und **SSK** fordern einen Zusatz im Abs. 4 der regelt, dass die Ausstellerin oder der Aussteller des Ausweises auf ebendiesem klar ersichtlich festgehalten ist. Dies da es dem Bund verboten ist, eine Datenbank über die Inhaber/-innen von Nachweisen und die zugehörigen Informationen zu führen, was zur Folge hat, dass das Identifizieren des missbräuchlichen Ausstellens der Nachweise und der involvierten Personen verunmöglich bzw. erschwert wird.

**EKK** und **FRC** verlangen eine Präzisierung des Artikels hinsichtlich des Anwendungsbereichs der Gesundheitszeugnisse, welcher lediglich in der Schweiz in Krisensituationen und für einen begrenzten Zeitraum (gemäss dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit) angewendet werden darf. Auch wird bemängelt, dass die Frage des Speicherortes bezüglich der Datenverarbeitung hier nicht angesprochen werde, welcher sich in der Schweiz befinden müsse.

**Hotelleriesuisse** und **STV** unterstützen die Forderungen der Tourismusbranche auf europäischer Ebene die Koordination zwischen den Staaten zu verbessern, die gegenseitige Anerkennung von Test-Nachweisen und Impfattests zu forcieren und harmonisierte Reisebestimmungen zu erarbeiten. Der Antrag für ein Schweizer-Covid-Zertifikat solle zudem für ausländische Touristinnen und Touristen kostenlos sein und/oder ausländische Zertifikate sollen kompatibel sein. **ASO** unterstreicht, dass es auch für Auslandschweizerinnen und Auslandsschweizer zentral ist, dass die Kompatibilität zwischen den Zertifikaten verschiedener Länder gewährleistet und die internationale Mobilität nicht unnötig behindert wird. Auch **FZH** wünscht eine Orientierung an internationalen bzw. europäischen Vorgaben und Normen.

**Economiesuisse** und **SVV** erachten es als sinnvoll, diese Bestimmungen aus dem Covid-19-Gesetz in ordentliches Recht zu überführen.

**FPTH** und **EDU SG** lehnen den Vorschlag ab da sie die Wirksamkeit von Zertifikaten bezweifeln. **FPTH** befürchtet zudem eine Diskriminierung.

**GE** begrüßt, dass der Bund die Anforderungen, die Ausstellungskompetenz und die Regeln für die Kostenübernahme festlegt und für die Einrichtung des Ausstellungs- und Überprüfungssystems verantwortlich ist. Diese Zuständigkeiten müssten zentralisiert werden. Der Kanton fordert aber die Streichung des Abs. 2, da die Ergänzung, dass der Nachweis auf Gesuch hin erteilt wird, irrelevant sei und zu einem erheblichen Mehraufwand für die Ausstellerinnen und Aussteller führe. Bezüglich Abs. 5 verlangt der Kanton die Streichung des zweiten Satzes zur Kostenbeteiligung durch die Kantone.

**GL** verlangt, dass, sofern ein Impf-, Test- oder Genesungsausweis für die Teilnahme am öffentlichen Leben in der Schweiz vorgeschrieben wird und nicht bloss für Reisezwecke benötigt wird, der Bund bzw. der Kanton, der diese Massnahme vorschreibt, die entsprechenden Kosten zu tragen hat. Eine Überwälzung auf die Gesuchstellenden lehnt der Kanton in diesen Fällen ab. Die Kosten eines

Nachweises für die Einreise in oder Ausreise aus anderen Ländern kann der Bundesrat durch die Gesuchstellenden vorsehen. Abs. 6 soll entsprechend angepasst werden.

**ZH** stimmt dem Vorschlag zu, möchte bei Abs. 2 aber «auf Gesuch der betroffenen Person» ergänzt sehen.

**GRÜNE** unterstützt den Artikelvorschlag, unterstreicht jedoch, dass aus grundrechtlicher Perspektive zwingend beachtet werden muss, dass der Einsatz der Impf-, Test-, und Genesungsnachweisen im Inland nur dann erlaubt wird, sofern die Testkosten vom Bund übernommen werden. Ansonsten komme deren Einsatz einem Impfzwang nahe, welchen sie ablehnen.

**ARTISET** zeigt sich erfreut über die Formulierung des Abs. 3. Dies stelle sicher, dass die Zertifikate der Regelung der lokalen «Bewegungsmöglichkeiten» von Einzelpersonen dienen und nicht zur Akkumulation von Impf-, Test- oder Genesungsdaten über Einzelpersonen führen.

**CER-VD** fordert einen Zusatz im Abs. 2, dass das Zertifikat nur denjenigen ausgestellt werden kann, die die Kriterien für den Erhalt des Zertifikats erfüllen.

**LV** unterstreicht, dass Zertifikate weder von den Kantonen noch vom Bund als Kriterium für die Anwendung oder Nichtanwendung von Massnahmen verwendet werden dürfen, und zwar weder in normalen noch in besonderen Lagen.

**NFP 80** fordert, dass auch analoge Alternativen angeboten werden, um eine digitale Spaltung der Gesellschaft (insbesondere betreffend Senioren, Sans Papiers, SES-benachteiligte, Analphabet:innen etc.) zu verhindern und die Chancengleichheit zu gewähren. Dies soll im Abs. 3 entsprechend reflektiert sein.

**PH CH** unterstützt Art. 49b explizit, da er Klarheit und Sicherheit hinsichtlich der Authentizität und des internationalen Einsatzes von Gesundheitsnachweisen schafft.

**Piraten** erachtet die Etablierung eines Zertifikats als kritisch, da dieses in der Vergangenheit zu einer falschen Sicherheit geführt habe und auch mit den vorgesehenen Regelungen Schwarzmarkt-Zertifikate und Umgehungsmechanismen entstehen werden.

**SFF** unterstützt die Regelung des Nachweises einer Impfung, eines Testergebnisses oder einer Genesung im Falle des Auftretens einer übertragbaren Krankheit.

#### 4.3.9 Art. 50-52 (Finanzhilfen, Beiträge, Entschädigung)

##### Allgemeine Rückmeldungen Art. 50-52

**EKK** und **GRIP** möchten Versorgungsgängen entgegenwirken, indem der Bundesrat aufgefordert wird, die Wertschöpfungsketten aktiv zu fördern, insbesondere durch die Aufwertung von Produktionsstätten für medizinische Güter in der Schweiz im Rahmen der Fördermassnahmen nach Artikel 51 und Artikel 51a VE-EpG.

**ARTISET** und **Senesuisse** fordern, dass in Bezug auf Art. 50-51a beim BAG eine enge Koordination mit dem SBFI anzustreben und auf eine verstärkte sektionsübergreifende Koordination zu pochen sei. Eine Art runder Tisch mit diversen Stakeholderinnen und Stakeholder sollte einberufen werden, um die Finanzierungen über BAG und Bund wie auch die Förderprogramme von SNF und Innosuisse optimal aufeinander abzustimmen.

**IFIK** und **IMM** möchten die wachsende Besorgnis über die Finanzierung der Rolle von mikrobiologischen Laboratorien der 5 Universitäten in der Schweiz zum Ausdruck bringen. Die Kombination von Tarifsenkungen und steigenden Betriebskosten infolge der Umsetzung der neuen Medizinprodukte-Regulierung stellt die Laboratorien vor grosse Herausforderungen. Die Universitätslabore schlagen deshalb eine Ausnahmeregelung von der linearen Tarif Reduktion vor, welche den mikrobiologischen Laboratorien der fünf Universitäten der Schweiz ermöglichen, weiterhin wichtige

Beiträge zur Entwicklung, zu Referenzfunktionen, zur Diagnostik und zur Gesundheitsversorgung der Schweiz zu leisten.

**ALETHEIA** fordert, dass Massnahmen auf der Basis einer Kosten-Nutzen-Betrachtung getroffen werden.

**JUFA** findet, dass zu Recht für Unternehmen finanzielle Kompensationen vorgesehen sind, aber bemängelt, dass diese für Familien unterbleiben.

**SAMW** weist darauf hin, dass es von zentraler Bedeutung ist, vor Eintritt einer Pandemie, die zu deren Management erforderlichen Expertisen und Infrastrukturen nachhaltig zu fördern und erhalten.

#### **Art. 50 Finanzhilfen an öffentliche und private Organisationen**

Das BAG kann im Rahmen der bewilligten Kredite Finanzhilfen gewähren an öffentliche und private Organisationen für Massnahmen im nationalen öffentlichen Interesse zur Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sowie von deren Folgeerkrankungen.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, TG, TI** sowie **ABBV, AHS, GF CH, GRIP, IFIG, Interpharma, PINK CROSS, SBK, und SGCH** begrüssen explizit, dass neu auch Finanzhilfen für Organisationen, die sich für Folgeerkrankungen einsetzen, ermöglicht werden. **GE** möchte jedoch präzisieren, dass diese Finanzhilfen an evidenzbasierte Organisationen vergeben werden müssen und nicht empfehlenswerten Behandlungen von chronischen Krankheiten, wie Lyme-Borreliose, vermieden werden. **AHS, PINK CROSS** und **SGCH** betonen, dass auch an psychische Langzeitfolgen gedacht werden soll. **GF CH** regt an, die Bereitstellung zusätzlicher Mittel zur Förderung der psychischen Gesundheit, respektive der Versorgung bei psychischer Erkrankung explizit in Art. 50 vorzusehen.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** fordern, dass der Bund ebenfalls Finanzhilfen gewähren soll für eine automatisierten Impfstatusüberprüfung. **SPHD** und **SSPH+** schlagen vor, das Informationssystem im Zusammenhang mit der Überwachung zu erwähnen, da es finanziert werden muss.

**NEK, SGBE, Uni GE** und **WiBeG** weisen darauf hin, dass die finanzielle Unterstützung für öffentliche und private Einrichtungen, die sich an der Bewältigung einer Epidemie beteiligen, auch ausserhalb des Gesundheitssystems bereitgestellt werden muss. So sollen beispielsweise Anpassungen in Schulen finanziert werden, damit das Recht der Kinder auf Bildung aufrechterhalten werden kann. Die Akteure fordern deshalb eine Anpassung des Art. 50.

**AS** und **LIBERTÉ** fordern die ersatzlose Streichung des Artikels. **LIBERTÉ** weist darauf hin, dass durch Covid-19-Massnahmen die Verschuldung angestiegen ist und die Wirtschaft schwere Störungen erlitten habe. Öffentliche Gelder sollten künftig für öffentliche Dienstleistungen und nicht für private Organisationen verwendet werden. **MV** möchte die bisherige Regelung beibehalten. **VB** weist darauf hin, dass Finanzhilfen an Firmen massiv missbraucht wurden und nach vier Jahren immer noch Gegenstand juristischer Untersuchungen sei. **LB** hinterfragt die Notwendigkeit dieses Artikels.

**ABBV, GRIP** und **Interpharma** wollen eine Ergänzung des Artikels. Es soll sichergestellt werden, dass Organisationen, die zu nationalen Strategien und nationalen Gesundheitszielen wie der Umsetzung des NAPS beitragen, durch das BAG die entsprechenden Ressourcen erhalten, um ihren Auftrag zu erfüllen.

**VKS**, sowie **GF CH** und **IFIK** unterstützen die vorliegende Bestimmung im Entwurf ausdrücklich.

**SBK** will die Bedingung «im Rahmen der bewilligten Kredite» aus dem Satz streichen.

**SDV** stellt fest, dass der Bereich der Komplementärmedizin fehlt und explizit zu ergänzen sei.

**SFF** ist grundsätzlich einverstanden, jedoch müssen die Aufsicht über das BAG und die Definition von öffentlichen und privaten Organisationen genauer definiert werden, insbesondere zur Unabhängigkeit und Transparenz solcher Organisationen.

**Swiss TPH** begrüßt die Möglichkeit Finanzhilfen an öffentliche und private Organisationen für Massnahmen im nationalen öffentlichen Interesse zu gewähren.

### **Art. 50a      Beiträge für Beteiligungen an Programmen internationaler Organisationen und Institutionen**

Der Bund kann im Rahmen der bewilligten Kredite Beiträge gewähren an Programme internationaler Organisationen oder an Institutionen von strategischer Bedeutung im Bereich des globalen Gesundheitsschutzes zur Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Gesundheitsgefährdungen von internationaler Tragweite mit erheblichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz.

**GDK, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, TI, VD, GRÜNE, SP** sowie **CARB-X, Debiopharm, GARDP, GF CH, Helvecura, IFIG, MCID, NCCR AntiResist, PD, PH CH, RTA, SBK, SGTP, SPHD, SSPH+** und **Uni BS** befürworten das Engagement an Initiativen von internationalen Organisationen und Institutionen im Bereich der übertragbaren Krankheiten und betonen die Wichtigkeit dieser Kooperation für den Schutz der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung.

**SP** sowie **GARDP, NCCR AntiResist, SAMW, SGCH, Swiss TPH** und **Uni BS** machen in ihrer Stellungnahme auf die Gefahr der zunehmenden Pandemie der Antibiotikaresistenzen aufmerksam, welche eine globale Kooperation notwendig macht. **Helvecura, IFIG, MCID** und **RTA** heben die Wichtigkeit der Erforschung und Entwicklung antimikrobiellen Therapien gegen resistente Keime hervor. **Debiopharm** betont neben anderen Organisationen insbesondere die Wichtigkeit von CARB-X und schlägt vor, dass die Schweiz anteilig zu ihrer Bevölkerung diesen Akteur finanziell unterstützt.

**AS, LIBERTÉ, N.I.E. und MV** fordern die Streichung des Artikels. **ALETHEIA** und **ABUK** lehnen diesen Artikel ab und kritisieren insbesondere die Rolle internationaler Organisationen wie beispielsweise der WHO. **AS** vertritt die Ansicht, dass die Schweiz nicht internationale Organisationen mitfinanzieren sollte, welche wirtschaftlich gesponsert werden und gewinnorientierte Interessen verfolgen. **LIBERTÉ** fordert, dass öffentliche Gelder künftig für öffentliche Dienstleistungen reserviert werden und nicht für internationale Organisationen. **N.I.E.** fragt sich, weshalb der Vorentwurf zur Revision des EpG bereits Inhalte aus den Entwürfen des WHO-Pandemievertrages enthält. **N.I.E.** bekräftigt, dass die Schweiz unabhängig bleiben sollte und der WHO-Vertrag zwingend dem Parlament und dem Volk vorgelegt werden müssen. **LB** hinterfragt die Notwendigkeit dieses Artikels. **VB** lehnt den Artikel ab und fürchtet den Verlust von nationaler medizinischer Souveränität, wenn die internationale Kooperation auch die WHO beinhaltet.

**GRÜNE, SAMW, SGCH** und **Swiss TPH** begrüssen insbesondere die Finanzierung von Nonprofitorganisationen. **CARB-X** betont die Wichtigkeit der Unterstützung von kleinen biotechnischen Unternehmen und Forschungsgruppen im präklinischen, antibakteriellen Bereich.

**SPHD** und **SSPH+** finden es richtig, dass das Entscheidungsgremium zur Unterstützung der internationalen Zusammenarbeit der Bund und nicht das BAG ist.

Entgegen dem Vorschlag des Bundesrates sollen gemäss **GRÜNE** diese Programme nicht zwingend auch der Schweizer Bevölkerung zugutekommen müssen. **GRÜNE** fordert ausserdem, dass das Epidemiengesetz dem Bundesrat ermöglichen soll, zeitlich begrenzte Ausnahmebestimmungen im Bereich des Geistigen Eigentums zu erlassen und sich auf internationaler Ebene dafür einzusetzen.

**SFF** begrüßt diese Regelung grundsätzlich, fordert allerdings eine Überprüfung. So ist unklar, wie der Bund die in Frage kommenden Organisationen und Institutionen auswählt, auch im Hinblick auf die Aspekte der Unabhängigkeit und Transparenz.

**SGTP** fordert zusätzlich eine Erweiterung des Artikels oder des EpG, welche die Schaffung eines politikunabhängigen Informationsaustausches gewährleistet.

**VASOS** begrüßt die Aufnahme von Artikel 50a, der es dem Bund ermöglicht, proaktiv und langfristig internationale Organisationen und Initiativen, zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zu unterstützen.

### **Art. 51 Förderung der Forschung, Entwicklung und Herstellung von wichtigen medizinischen Gütern**

<sup>1</sup> Der Bund kann die Forschung, Entwicklung und Herstellung von wichtigen medizinischen Gütern in der Schweiz mit Finanzhilfen fördern, wenn dies für die Versorgung der Bevölkerung bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit notwendig ist.

<sup>2</sup> Er kann die Finanzhilfen im Rahmen der bewilligten Kredite in Form von Grundbeiträgen, Investitionsbeiträgen und projektgebundenen Beiträgen leisten, wenn die Empfängerin oder der Empfänger:

- a. nachweislich über das Wissen und die Fähigkeit zur Forschung, Entwicklung oder Herstellung der Güter verfügt oder das Wissen oder die Fähigkeit im Rahmen von Partnerschaften mit Dritten erlangen kann;
- b. sich verpflichtet, massgeblich zur Wertschöpfung oder zur Herstellung massgeblicher Bestandteile wichtiger medizinischer Güter in der Schweiz beizutragen; und
- c. eine angemessene Gegenleistung zusichert, namentlich die vorrangige Belieferung des schweizerischen Gesundheitswesens.

**AeG BL, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SNM, SMGP, SMVS, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** stehen die Förderung der Forschung, Entwicklung und Herstellung von wichtigen medizinischen Gütern als äusserst bedeutend an. Ebenso erachten die oben genannten Akteure als wichtig, dass eine langfristige gesicherte Finanzierungsgrundlage zur Behandlung von postinfektiösen Langzeitfolgen einer Epidemie geschaffen wird.

**avsga, BAV, BLAV, Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, PharmaSuisse, SDV, SFV, SGS, SMGP, Sphf, SVHA, SVPh, TVS, UNION und VRMS** fordern, dass in Art. 51 nicht nur medizinische Güter, sondern auch gesundheitsfördernde Güter genannt werden und entsprechend mit Finanzhilfen gefördert werden können. **SDV** gibt zu bedenken, dass der Bereich Komplementärmedizin nicht erwähnt wird und verlangt, dass dieser in der Gesetzgebung ergänzt wird.

**BE, BS, FR, GL, TG, VD, ZH** und **VKS** fordern, dass medizinische Dienstleistungen, wie beispielsweise Pooling-Center, auch berücksichtigt werden. **FR, GL, TG, ZH** und **VKS** fordern deshalb, dass der Titel von Art. 51 mit dem Begriff «Dienstleistungen» ergänzt wird. **BS** wünscht, dass Art. 51 Abs.1 mit «medizinische Dienstleistungen» ergänzt wird. **VD** schlägt vor, dass im Titel neben den Dienstleistungen auch die Forschung in diesem Bereich aufgenommen wird.

**TI** sowie **BAV, BLAV, SGDV, SPhf** und **SVPh** begrüßen die Förderung der Forschung, Entwicklung und Herstellung von wichtigen medizinischen Gütern. **VS** befürwortet Programme zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, die eine gezielte Antwort auf aktuelle Gesundheitsgefahren wie die Zunahme von Bakterien und Viren, die gegen Medikamente resistent sind, bieten. **ABBV, Economie-suisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** begrüßen explizit Abs. 2 und die Möglichkeit der Förderung inländischer Aktivitäten entlang der gesamten Wertschöpfungskette. **SFF** begrüßt ausdrücklich, dass in Abs. 2 der Fokus auf die Versorgungssicherheit und die Pandemievorbereitung gelegt wurde.

**ALETHEIA, AS, LB, LIBERTÉ, MV, N.I.E.** und **VB** stehen dem Artikel sehr kritisch gegenüber und lehnen ihn mehrheitlich ab. **ALETHEIA** sieht die Förderung der Forschung, Entwicklung und Herstellung von wichtigen medizinischen Gütern durch den Bund nicht als Aufgabe in einer akuten Situation einer Epidemie. **AS** ist der Ansicht, dass staatliche Forschung sich auf die Prävention konzentrieren sollte und nicht auf die Alimentierung privatwirtschaftlicher Unternehmen, dies soll auch im Entwurf aufgenommen werden. **LB** hinterfragt die Notwendigkeit dieses Artikels. **LIBERTÉ** fordert, dass öffentliche Gelder künftig für öffentliche Dienstleistungen reserviert werden und nicht für

Forschungs- und Entwicklungsabteilungen privater Organisationen. **MV** plädiert für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung. **N.I.E.** fragt sich, was medizinische Güter genau sind und verlangt, dass das Wort Heilmittel wieder erwähnt werden muss. **VB** will, dass die ausgewählten Anbieterinnen und Anbieter gemäss Abs. 1 öffentlich ausgeschrieben werden müssen, und hebt die Bedeutung von Lobbyismus in der Pharmabranche hervor. Gleichzeitig stellt **VB** fest, dass bei Abs. 2 Bst. a ebenfalls kein Schutz vor Korruption besteht.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** fordern bezüglich der Erläuterungen eine klarere Definition von Kriterien, welche festlegen, wann die Ausrichtung von Finanzhilfen bereits vor einer konkreten Ausbruchsbedrohung oder eines Ausbruchs zulässig und notwendig sind.

**Intergenerika, scin** und **SVDI** kritisieren, dass die Bundeskompetenz für die Förderung der Forschung, Entwicklung und Herstellung von wichtigen medizinischen Gütern hier deutlich zu weit geht und ein zu grosser Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit darstelle. Gemäss **Intergenerika, scin** und **SVDI** muss dafür die besondere oder ausserordentliche Lage gemäss Art. 6 ff Voraussetzung sein.

**LU** geht davon aus, dass die Bestimmung im Sinne von One-Health auch Entwicklungen für die Veterinärmedizin betrifft. **GST** fordert, dass die Versorgung der Tiere in Abs. 1 auch berücksichtigt werden.

**Economiesuisse** und **SVV** halten fest, dass die Wirtschaft das Subskriptionsmodell als Pull-Anreiz für die Entwicklung von Antibiotika bevorzugt. **Economiesuisse** und **SVV** schlagen zusätzlich vor, dass das aktuelle Kriterium einer vollständigen inländischen Produktion ersetzt werden sollte durch die Vorgabe der Leistung massgeblicher Wertschöpfungsschritte oder der Herstellung massgeblicher Bestandteile wichtiger medizinischer Güter in der Schweiz. Eine vollständige autarke Herstellung bei vielen medizinischen Gütern sei nicht realistisch.

**SBK** und **SVBG** sind der Ansicht, dass in Abs. 2 Bst. c das Prinzip der Solidarität mit allen Betroffenen zu wenig beachtet wird. Es braucht eine genauere Beschreibung, dass die Lieferung prioritätär dorthin erfolgen soll, wo auch Bedarf besteht.

**SPHD** und **SSPH+** heben hervor, dass Abs. 2 die rechtlichen Voraussetzungen für die Schaffung von Anreizen zur Förderung der Produktion neuer Antibiotika schafft, indem die Herstellenden unabhängig von der verkauften Menge entschädigt werden und so eine ordnungsgemäss Verwendung gefördert wird.

**CER-VD** betont, dass die finanzielle Unterstützung für Forschung durch die Schweizer Regierung während einer Pandemie willkommen, aber wahrscheinlich nicht ausreichend ist. Zusätzlich kritisiert **CER-VD**, dass Art. 51 nicht vollständig die Resolution 75.8 der Weltgesundheitsversammlung vom 27. Mai 2022 zur Stärkung klinischer Studien und Forschungsqualität berücksichtigt. **CER-VD** fordert eine Anpassung des Art. 51, indem festgehalten wird, dass ein Koordinierungs- und Priorisierungssystem geschaffen wird. **CER-VD** schlägt ausserdem einen neuen Abs. 2 und 3 vor, mit einigen inhaltlichen Anpassungen.

**LV** schlägt vor, dass der Text des früheren Abs. 3 Bst. b in Abs. 2 Bst. b übernommen wird. Auch soll Abs. 2 Bst. c. dahingehend verändert werden, dass die vorrangige Lieferung dieser medizinischen Güter an das schweizerische Gesundheitssystem im Falle einer besonderen oder ausserordentlichen Situation garantiert werden soll.

**SFF** stellt fest, dass in Abs. 1 der Grundsatz der Subsidiarität, die Priorisierung der Privatwirtschaft und die inländische Herstellung wichtige Eckpunkte dieser Bestimmung sind.

**SGDV** erachtet es als wichtig, dass eine langfristige gesicherte Finanzierungsgrundlage zur Behandlung von postinfektiösen Langzeitfolgen einer Epidemie geschaffen werden.

### **Art. 51a Finanzhilfen für antimikrobielle Substanzen**

<sup>1</sup> Der Bund kann die Entwicklung von antimikrobiellen Substanzen in der Schweiz und deren Bereitstellung auf dem Markt mit Finanzhilfen fördern, wenn dies für die Sicherstellung der Verfügbarkeit notwendig ist.

<sup>2</sup> Er kann die Finanzhilfen im Rahmen der bewilligten Kredite in Form von Grundbeiträgen, Investitionsbeiträgen und projektgebundenen Beiträgen leisten, wenn die Empfängerin oder der Empfänger:

- a. zusichert, die antimikrobielle Substanz nach den Anforderungen des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000<sup>14</sup> (HMG) in Verkehr zu bringen;
- b. die Verfügbarkeit dieser Substanz in der Schweiz gewährleistet.

**GDK, AI, BE, BL, BS, GE, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SH, TG, TI, VD, KAV, VKS** sowie **CARB-X** und **GST** begrüssen diese Bestimmung ausdrücklich.

**Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, Oda AM, OdA KT, TVS, SDV, SFV, SGS, SMGP, SVHA, UNION** und **VRMS** wollen mit einem zusätzlichen Artikel 51b (Titel: «Finanzhilfen für andere Substanzen») verhindern, dass nur antimikrobielle Substanzen spezifisch Erwähnung finden und es sollte festgehalten werden, dass der Bund weitere Substanzen oder Forschungen fördern kann. Andere Arzneimittel oder Nicht-Arzneimittel könnten in Zukunft ebenso eine grosse Rolle spielen, insbesondere da die Antibiotika-Förderung heute spezifischen Markt- und Entwicklungsversagen unterliegt.

**GDK, BL, FR, GR, JU, NW, OW, SG, SH, TG, TI, UR** sowie **ABBV, CARB-X, Economiesuisse, GRIP, Helvecura, Interpharma, SFF** und **SVV** befürworten die Verankerung der speziellen Vergütung in Form von Pull-Anreizen im EpG. **Debiopharm, Helvecura, IFIG, MCID** und **RTA** unterstützen die Entwicklung von antimikrobiellen Substanzen ausdrücklich und betonen die Wichtigkeit des Pull-Modells, um die Vergütungshöhe von der abgesetzten Produktemenge zu entkoppeln und auf diese Weise Fehlanreize zu verhindern.

**GDK, BE, BL, FR, GR, JU, NW, OW, SG, SH, TG, TI, UR, VD** und **SFF** betonen, dass bei der Entwicklung und Bereitstellung von Antibiotika für die pharmazeutische Industrie ein gewisses Marktversagen besteht.

**Debiopharm, GARDP, Helvecura, IFIG, NCCR AntiResist, MCID, RTA** und **Uni BS** schlagen vor, in Artikel 51a Abs. 1 den Zusatz «in der Schweiz» zu streichen, da dieser den Schweizer Patientinnen und Patienten à priori den Zugang zu allen ausserhalb der Schweiz entwickelten Antibiotika verwehren könnte.

**AS** und **MV** fordern, dass der Artikel ersetztlos gestrichen wird. **ALETHEIA** ist der Ansicht, dass der Themenbereich von antimikrobiellen Substanzen ins HMG gehört. **LB** sieht die Notwendigkeit dieses Artikels als nicht gegeben an. **LIBERTÉ** fordert, dass öffentliche Gelder künftig für öffentliche Dienstleistungen reserviert werden und nicht für Forschungs- und Entwicklungsabteilungen privater Organisationen. **N.I.E.** betont, dass neue Medikamente sorgfältig und unabhängig geprüft werden müssen vor der Zulassung.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** betonen, dass ein funktionierendes Marktanreizsystem ein wichtiges Instrument ist, da es den Herstellenden ermöglicht, Antibiotika nachhaltig im Markt zu halten und so die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. **ABBV, GRIP, Intergenerika, Interpharma** und **scin** fordern allerdings, dass dieses System sowohl Erstattungs- und HTA-Reformen als auch neue Pull-Anreize umfassen sollten. **Intergenerika** und **scin** bemängelt, dass die Pull-Anreize im erläuternden Bericht nicht präzise genug ausgeführt werden und schlagen deshalb vor, in Art. 51a explizit Pull-Anreize und Subskriptionsmodelle aufzunehmen, sowie die Pull-Anreize präziser zu umschreiben.

Gemäss **Debiopharm, Helvecura, IFIG, MCID** und **RTA** soll in Art. 51a Abs. 2 festgehalten werden, dass der Bund nach Anforderungen des HMG in Verkehr gebrachte antimikrobielle Substanzen volumenunabhängig vergüten kann, wenn die Empfängerin oder der Empfänger die Verfügbarkeit dieser Substanz in der Schweiz gewährleistet und der Bund solle Qualifikationskriterien veröffentlichen, welche dem prioritären medizinischen Bedarf der Schweizer Bevölkerung entsprechen. **Debiopharm, Helvecura, IFIG, MCID** und **RTA** fordern ausserdem, dass der Titel des Art. 51a folgendermassen lautet: «Volumenunabhängige Vergütung für antimikrobielle Substanzen.»

<sup>14</sup> SR 812.21

**AG, AR, BS** und **VSKT** gehen davon aus, dass dies im Sinne von One-Health auch Entwicklungen für die Veterinärmedizin betrifft.

**EAWAG** und **WiBeG** kritisieren, dass Art. 51a vage formuliert ist und regen, an, die Finanzhilfen definitiver zu formulieren.

**GRIP** und **VIPS** sehen das angedachte Subskriptionsmodell als ein zielführender Lösungsansatz an und erachtet Subventionen nur in Ausnahmefällen als sinnvoll.

**NCCR AntiResist** und **Uni BS** befürworten die Verwendung von Anreizen zur Stimulierung von Forschung und Entwicklung, fordern aber gleichzeitig weitere Massnahmen, um das Ziel zu erreichen.

**GE** stellt in Frage, ob die Möglichkeit besteht, dass die Schweiz ihr Veto gegen einen Medikamentenpreis einlegt oder entscheidet, in welchem Preisspektrum das Medikament auf den Schweizer Markt gebracht wird. Die gleiche Frage stellt sich für den Preis auf dem Markt in Entwicklungsländer. Der Kanton schlägt zudem vor, Art. 51a Abs. 2 Bst. b dahingehend zu ergänzen, dass dieser Stoff in der Schweiz zu einem angemessenen Preis verfügbar ist.

**LU** befürwortet die Unterstützung des Inverkehrbringens und der Förderung der Verfügbarkeit von antimikrobiellen Substanzen, welche mit direkter Unterstützung von Firmen gewährleistet werden soll.

**EFBS** befürwortet explizit, dass bei Art. 51a auch die Forschung mitgemeint ist und nicht nur Markteintritte.

**EKIF** verlangt die Ergänzung des Textes mit einem Abschnitt zur Finanzhilfe für Impfstoffe, analog zu antimikrobiellen Substanzen.

**EKK** fordert, dass der Bereich der klinischen Prävention auch im Rahmen des vorliegenden Revisionsentwurfs berücksichtigt werden soll, auch in Bezug auf die Anreize für Forschung und Entwicklung.

**LV** stellt die Frage, weshalb bei einem weltweiten Antibiotikamangel auf eine priorisierte Lieferung verzichtet werden soll und fordert, dass in Abs. 2 Bst. b festgehalten wird, dass die priorisierte Lieferung dieser Substanz an das Schweizer Gesundheitssystem im Falle einer besonderen oder aussergewöhnlichen Lage gewährleistet ist.

**SDV** verlangt, dass die neue Bestimmung explizit auch für Phytotherapie gelten soll und fordert eine entsprechende Anpassung der Gesetzgebung.

**SFF** weist auf die Wichtigkeit der Gewährleistung der Verfügbarkeit von antimikrobiellen Substanzen in der Schweiz hin.

**SGV** merkt an, dass Bestimmungen zum Umgang mit Antibiotikaresistenzen alternativ im HMG zu regeln sind und dass die vorgeschlagenen Bestimmungen und Verpflichtungen der Grundversorgung zu weit gehen und nicht ins EpG gehören.

**VASOS** erachtet der in Art. 51a Abs. 1 genannte «Schweiz-Bezug» bei der Entwicklung als missverständlich und schlägt die Streichung von «in der Schweiz» vor.

## **Art. 52        Entschädigung von nationalen Referenzzentren, Bestätigungslaboratorien und nationalen Kompetenzzentren**

Das BAG entschädigt die nationalen Referenzzentren, die Bestätigungslaboratorien sowie die nationalen Kompetenzzentren für die Ausgaben im Rahmen ihrer Sonderaufgaben.

**LIBERTÉ** fordert die Streichung des Artikels. **LB** hinterfragt die Notwendigkeit dieses Artikels. **MV** will die bisherige Regelung beibehalten.

**GDK, BL, FR, GR, JU, OW, SG, TG, TI** und **SH** machen einen Verweis auf ihre Stellungnahme zu Art. 17. Sie begrüßen, dass der Bund neu öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens

sowie Forschungsinstitutionen als Kompetenzzentren bezeichnen und entsprechende Aufgaben im Bereich der übertragbaren Krankheiten abgelten kann.

**AG** und **VSKT** verweisen ebenfalls auf die eigene Stellungnahme zu Art. 17. Es sollte hier zum Ausdruck kommen, dass auch das BLV Referenzlaboratorien nach Art. 16 Abs. 1 ernennen kann. Andernfalls ist der Veterinärbereich explizit auszuschliessen und auf die entsprechende Gesetzgebung im Veterinärbereich hinzuweisen.

**PH CH** und **SBK** begrüssen die Berücksichtigung der Entschädigung von Sonderaufgaben in Fachzentren.

**FAMH** wünscht eine Ergänzung, dass nicht nur die Referenz- und Kompetenzzentren sowie Bestätigungsaboratorien, sondern auch diejenigen Laboratorien, welche diese Zentren mit Daten und biologischen Materialien unterstützen, entschädigt werden.

**SGTP** merkt an, dass ebenfalls eine Investition seitens Bund notwendig sein wird um Referenzzentren, Bestätigungsaboratoires und vor allem Kompetenzzentren aufzubauen, zu unterhalten und im Ereignisfall einsetzen zu können. Der Aufbau, Erhalt und Betrieb solcher Kompetenzzentren sollten unabhängig von konkreten Aufgaben gewährleistet sein.

**Swiss TPH** begrüsst die Möglichkeit einer Entschädigung für nationale Bestätigungsaboratorien sowie nationalen Kompetenzzentren für die Ausgaben im Rahmen ihrer Sonderaufgaben.

#### 4.3.10 Art. 53-55 (Organe Kantone und Bund)

##### **Allgemeine Rückmeldungen Art. 53-55**

**SG** begrüsst die vorgesehene Koordination in der Krisenkommunikation. Die Erstellung des Krisenkommunikationskonzepts muss in Zusammenarbeit mit den Kantonen erfolgen und muss klare Rollen und Pflichten enthalten.

**ALETHEIA** kritisiert, dass die Grundsätze der Subsidiarität, der Wirksamkeit und der Verhältnismäsigkeit nicht berücksichtigt werden.

**PTK** schlägt die Schaffung einer interdisziplinären Eidg. Kommission für Infektionsbekämpfung (E-KIB) in einem neuen Artikel 55a vor.

**Travail.Suisse** fordert, dass die Sozialpartnerinnen und Sozialpartner, wie dies während der Covid-19-Epidemie der Fall war, aktiv in die Krisenorganisation eingebunden werden.

##### **Art. 53 Abs. 2**

<sup>2</sup> Die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt koordiniert ihre oder seine Tätigkeiten mit anderen an der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beteiligten Behörden und Institutionen. Steht das Auftreten einer übertragbaren Krankheit in Zusammenhang mit einem Lebensmittel, einem Gebrauchsgegenstand, einem Tier oder dem Kontakt zur Umwelt, so informiert sie oder er die zuständige kantonale Behörde.

**AG, AR, BS, LU, NE, TG, VKS** und **VSKT** finden es ratsam, dass die Anordnung von Massnahmen bei übertragbaren Krankheiten klar bei der Kantonsärztin bzw. beim Kantonsarzt verordnet ist – auch in Krisenzeiten, wo kantonale Krisenorganisationen installiert werden. Dies sollte laut **TG** und **VKS** expliziter im Gesetz erwähnt werden, weshalb ein neuer Artikel 3a vorgeschlagen wird. **BE, TG** und **VKS** fordern generell eine Stärkung der Rolle der Kantonsärztin bzw. des Kantonsarztes. **ZH** merkt an, dass den Kantonsärztinnen und Kantonsärzten die hauptsächliche Koordination und Zuständigkeit für den Vollzug im EpG in den Kantonen zukommt. In Artikel 53 würde diese Rolle allerdings zu wenig zum Ausdruck kommen und in Abs. 2 seien die Verantwortungen und Zuständigkeiten, insbesondere die Informationstätigkeit, klar zu regeln, da der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle spielt.

Für **AG, AR, BS, LU, NE, TG, VKS** und **VSKT** ist Absatz 2 im Entwurf ungenügend, da in diesem Zusammenhang die Formulierung «koordinieren» nicht ausreicht. Zudem sieht **LU** beim Auftreten einer übertragbaren Krankheit, im Zusammenhang mit den im Artikel genannten Ursachen, lediglich

eine Information an die zuständige Behörde als nicht zielführend an. **LU** fordert deshalb, dass Abs. 2 dahingehend ergänzt werden soll, dass die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt die notwendigen Massnahmen anordnen und in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren auch treffen kann.

Gemäss **AG**, **LU** und **VSKT** ist weiterhin unklar, welche Funktion die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt bei zoonotischen Ausbrüchen bei Tieren für eine Rolle spielt.

**AHS**, **PINK CROSS** und **SGCH** fordern, dass die kantonsärztlichen Dienste verpflichtet werden müssen, die zivilgesellschaftlichen Akteure der jeweils betroffenen Bevölkerungsgruppe einzubeziehen. Nur so kann die Bewältigung auch regional effektiv gelingen. **SGCH** schlägt zusätzlich vor, zivilgesellschaftliche Fachorganisationen einzubinden.

**ALETHEIA** ist der Ansicht, dass Tiere und Umwelt nicht ins EpG gehören und lehnt den Artikel deshalb ab. **BFS** stösst sich am Begriff Umwelt im EpG, ohne eine genauere Definition (siehe Bemerkungen Art. 2). **MV** plädiert die bisherige Regelung beizubehalten.

**TI** findet es weiterhin unklar, wer die Federführung hat, wer über Kompetenzen in welchen Bereichen verfügt und wer schlussendlich für die Durchführung der verschiedenen Aufgaben verantwortlich ist. Die jeweiligen Rollen sollen im Gesetz besser definiert werden. **avsga** sieht betreffend der Krisenorganisation des Bundesrates nach wie vor viele Unklarheiten. In der Verordnung sollte klar geregelt werden, wie diese Krisenorganisation zusammengesetzt ist und die Kompetenzen festgelegt werden sollen.

**GE** begrüßt die Ausweitung der Koordination mit den anderen zuständigen Behörden und nicht nur mit der Kantonschemikerin oder dem Kantonschemiker.

**EFBS** begrüßt die Ergänzungen in Art. 53 Abs. 2.

**EKIF** fordert, dass Abs. 1 auch für Expertinnen und Experten gelten sollte, welche ausserhalb ihrer Anstellung über längere Zeit und mit hohem Zeitaufwand Tätigkeiten für Kommissionen, Expertinnen- und Expertengruppen oder Arbeitsgruppen für den Bund ausführen.

**GF CH** empfiehlt zusätzliche Fachexpertinnen und Fachexperten für psychosoziale Risikofaktoren ins Entscheidgremium zur Beurteilung der zu treffenden Massnahmen im Zusammenhang mit der «besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit» einzuberufen. Dementsprechend sollen in Art. 53 Abs. 2 auch die Begriffe Folgeerkrankung sowie psychosoziale Risiken genannt werden.

**PH CH** begrüßt die Erweiterung der Aufgaben der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte, allerdings sollten dafür auch die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden, um eine effektive Umsetzung zu gewährleisten.

**SGTP** ist der Ansicht, dass der Austausch von Informationen zu Zoonosen, lebensmittelübertragenen Krankheiten oder Gesundheitsgefahren aus der Umwelt langfristig zwischen den zuständigen Behörden auf kantonaler und nationaler Ebene mittels eines integrierten One-Health-Überwachungssystems automatisiert werden sollte. Im aktuell vorgeschlagenen Gesetzesvorschlag liegt diese grosse Verantwortung auf der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt.

#### **Art. 54 Abs. 1, 2 erster Satz, 3 Bst. a, b und e sowie 4**

<sup>1</sup> Bund und Kantone verfügen über ein Koordinationsorgan zur Förderung der Zusammenarbeit und der strategischen Planung. Für bestimmte Themen, insbesondere für die Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Zoonosen sowie im Bereich globale Mobilität können zusätzliche Organe gebildet werden.

<sup>2</sup> Das Koordinationsorgan und die zusätzlichen Organe setzen sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes und der Kantone.

<sup>3</sup> Sie haben insbesondere folgende Aufgaben: a. Unterstützung bei der Koordination von Massnahmen zur Vorbeireitung auf Situationen, von denen eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit ausgeht;

- b. Aufgehoben
- e. Aufgehoben

<sup>4</sup> Der Bundesrat regelt die Einsetzung und Führung der Organe.

**AG, BS, FR, LU, NE, SG, SO, TG, VD, ZH, VKS und VSKT** fordern, dass das Koordinationsorgan nach dem One-Health-Prinzip zusammengesetzt ist. **AG, LU, SG, ZH** und **VSKT** wollen ebenfalls gesetzlich verankert sehen, dass die zusätzlichen Organe gemäss diesem Prinzip zusammengesetzt sind. **AG, AR, BS, LU, SG, ZH** und **VSKT** bemängeln, dass eine Regelung fehle, aus welchen Bereichen dieses Koordinationsorgan zusammengesetzt ist.

**AG, GL, FR, GR, NE, TG, VD** und **VKS** sind der Ansicht, dass ein ständiges – gemäss dem One-Health-Prinzip zusammengesetztes wissenschaftliches Begleitgremium vorzusehen ist, welches sich auch in der normalen Lage mit dem Koordinationsorgan von Bund und Kantonen und dem Organ Zoonosen/One-Health regelmässig austauscht. Auch **AR** stellt fest, dass dieses Koordinationsorgan bereits in der normalen Lage als ständiges wissenschaftliches Begleitgremium fungieren sollte.

**ALETHEIA** ist der Ansicht, dass ein Organigramm fehlt und befürchtet zu viel Machtkonzentration beim Bundesrat. **BFS** schlägt vor, in Art. 54 Abs. 4 oder an anderer Stelle, die Strukturen der Organe detailliert festzulegen. Kantonale Behörden und wichtige Stakeholderinnen und Stakeholder seien in die Besetzung der Gremien und in die Formulierung der Aufgaben miteinzubeziehen. Im Streitfall müsse der Ständerat entscheiden. **LB** hinterfragt den Nutzen und den Aufwand dieses Artikels. Die bestehenden Ressourcen sollten besser genutzt und das Koordinationsorgans gestrichen werden. Auch Abs. 4 solle gestrichen werden. **LIBERTÉ** fordert die Streichung des Absatzes, da die menschliche Gesundheit prioritätär zur Tiergesundheit behandelt werden sollte. **MV** fordert die bisherige Regelung beizubehalten.

Für **Economiesuisse, Intergenerika, scin, SVDI** und **SVV** ist es nicht ersichtlich, wieso die Koordinationsorgane ausschliesslich aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund und Kantonen bestehen sollen. Fachpersonen und Industrievorstehende sind nach Bedarf zuzuziehen.

Für **Intergenerika, scin** und **SVDI** ist es nicht ersichtlich, wieso die zentralen Aufgaben des Koordinationsorgans (Bst. b und e) gestrichen werden sollen, sie sollten beibehalten werden. Sie fordern, dass «Unterorgane» belassen und keine Parallelstrukturen geschaffen werden. Allenfalls könnten die Entscheidungsbefugnisse der Fachpersonen besser definiert werden.

**ISPM BE, MCID** und **PD** fordern, dass das Koordinationsorgan auch für die Koordination mit dem wissenschaftlichen Ad-hoc Beratungsgremium verantwortlich sein soll. In zukünftigen Krisen werden wissenschaftliche Ad-hoc Beratungsgremien einberufen werden, die Koordination mit diesem wissenschaftlichen Beratungsgremium sollte gesetzlich verankert werden.

**GL** und **GR** kritisieren, dass die Aufgabe des Koordinationsorgans unklar bleibt und fordern zusätzlich, dass es ein Organ für Zoonosen wie bisher geben sollte.

**Economiesuisse** und **SVV** unterstützen ausdrücklich, dass das Koordinationsorgan nicht mehr die Unterstützung des Einsatzorgans des Bundes bei der Bewältigung von besonderen oder ausserordentlichen Lagen als Aufgabe hat und der bestehende Bst. e aufgehoben wurde. Gemäss **Economiesuisse** und **SVV** sollte das Koordinationsorgan einzig als Organ für die normale Lage positioniert werden für die übliche Koordination im Tagesgeschäft.

**ISPM BE** und **PD** merken an, dass sich die Aufgabe des Koordinationsorgans (Abs. 3 Bst. a) allein auf Situationen bezieht, von denen eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit ausgeht, aber nicht auf eine besondere oder ausserordentliche Lage. Eine besondere Lage kann jedoch auch aufgrund schwerwiegender Auswirkungen auf die Wirtschaft oder auf andere Lebensbereiche vorliegen. Das Koordinationsorgan sollte aber auch in diesem Fall die Aufgabe haben, die Koordination von Massnahmen zu unterstützen.

**PH CH** und **pro-salute ch** hinterfragen die bisherige Bedeutung des Koordinationsorgans aufgrund gesetzlicher Beschränkungen auf Informationsaustausch. Deshalb empfehlen **PH CH** und **pro-salute ch** eine Erweiterung der gesetzlichen Formulierung, um Planungs- und fachliche Steueraufgaben zu integrieren.

**SPHD** und **SSPH+** wünschen, dass die Rollen und Zuständigkeiten der Expertinnen und Experten besser geklärt werden müssen. Es sollten insbesondere auch Anlaufstellen und / oder Einrichtungen geschaffen werden können, die im Falle einer Gesundheitskrise Fachwissen zur Verfügung stellen, das dann rasch an koordinierende oder zusätzliche Stellen weitergegeben werden kann. **SPHD** und **SSPH+** schlagen verschiedene konkrete Anpassungen des Gesetzestextes vor. So soll festgehalten werden, dass ein Mechanismus eingerichtet wird, um das für die Reaktion auf die Krise erforderliche Fachwissen zu mobilisieren und der Begriff Zoonosenbekämpfung soll durch Zoonosenreaktion ersetzt werden. **SPHD** und **SSPH+** äussern sich zudem dahingehend, dass die Frage nach der Bewertung der getroffenen Massnahmen hinzugefügt werden könnte, und schlagen weiter vor, dass unter den zusätzlichen Stellen zum besseren Verständnis die One-Health Stelle erwähnt werden könnte.

**AR** bemängelt Abs. 3 Bst. b. Ein solches Koordinationsorgan sei nicht unbedingt zuständig für die Koordination der Information und Kommunikation. Dies übernimmt für den Bund die Bundeskanzlei und sollte in Absprache mit den Kantonen geschehen.

Für **BS** ist unklar, was mit globaler Mobilität gemeint ist (Flugverkehr?).

**GE** ist der Ansicht, dass das Koordinierungsorgan auch gestrichen werden kann, wenn sich seine Aufgabe auf die Vorbereitung beschränken soll.

**NW** merkt an, dass dieses Koordinationsorgan bereits gestützt auf die geltende Gesetzgebung zu schaffen war und dass es zwingend genutzt und nicht umgangen werden darf.

**SG** stellt fest, dass das Koordinationsorgan in der Bewältigung der Covid-19-Epidemie praktisch keine Rolle spielte und jetzt beibehalten wird. Es ist nicht erkennbar, welche Rolle es künftig wahrnehmen soll bzw. wie sich sein Aufgabenbereich abgrenzt von anderen Formen der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen.

**SO** plädiert für eine Etablierung einer epidemiologischen Task-Force in der normalen Lage, um die Effizienz und Wirksamkeit der Entscheidungsprozesse während einer künftigen Epidemie/Pandemie zu erhöhen.

**FDP** ist der Ansicht, dass ein frühzeitiger Einbezug von Expertinnen und Experten in Art. 54 erwähnt werden sollte.

**EFBS** empfiehlt die Präzisierung «Bei Bedarf können sie mit weiteren sachkundigen Personen ergänzt werden» in Abs. 2 beizubehalten.

**EKSI** zeigt sich nur bedingt einverstanden mit dem Vorschlag und schlägt eine Präzisierung des Art. 54 Abs. 1 vor. Es fehle eine Präzisierung, in welchem Bereich übergeordnet Bund und Kantone die Zusammenarbeit und die strategische Planung koordinieren und fördern sollen.

**SSV** fordert, dass im Hinblick auf Art. 50 BV ein adäquater Einbezug des SSV und des SGV in das Koordinationsorgan des Bundes und der Kantone vorzusehen ist, da die kommunale Ebene bei der Bewältigung jeder Krise systematisch miteinbezogen werden sollte.

**BBV** ist der Ansicht, dass das Koordinationsorgan auch mit Leistungserbringenden aus dem Gesundheitswesen zusammengestellt werden sollte, da sich diese Zusammensetzung, während der Covid-19-Epidemie als sehr dienlich erwiesen hat.

**CER-VD** fordert, dass die Rollen und Verantwortlichkeiten der Expertinnen und Experten geklärt werden, damit Anlaufstellen oder Einrichtungen geschaffen werden können, die im Falle einer Gesundheitskrise Fachwissen bereitstellen, dass dann rasch zur Verfügung gestellt werden kann. Das benötigte Fachwissen beschränke sich dabei nicht auf Epidemiologie und Medizin, sondern müsse alle Dimensionen der öffentlichen Gesundheit abdecken.

**DVF CH** hat den Eindruck, dass die Stimme der Wissenschaft zurückgebunden werden soll und erachtet das nicht als sachgerecht. Die auftretenden Probleme sollten durch eine bessere Koordination gelöst werden.

**GF CH** regt an, eine Plattform für den Austausch über Herausforderungen, Vorgehen, und vielversprechende Lösungsansätze im Umgang mit den psychosozialen Bedürfnissen im Gesetz vorzusehen.

**H+** stellt fest, dass lediglich geringfügige Änderungen in Art. 54 und Art. 55 vorgenommen werden, die im Ergebnis keine Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten der Departemente und Ämter schaffen, sondern eine noch grössere Unklarheit hinterlassen, als sie bisher schon bestand. Somit wird ein Hauptproblem der Pandemie, nämlich die fehlende Definition der individuellen Rollen von Bund, Kantonen und Ämter, nicht gelöst.

Für **LV** ist unklar, weshalb der Bereich der globalen Mobilität neben der Bekämpfung von Zoonosen auftaucht.

### **Art. 55 Krisenorganisation**

Der Bundesrat verfügt über eine Krisenorganisation für Ereignisse, die zu einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit führen können, sowie zur Bewältigung einer besonderen oder ausserordentlichen Lage.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG** und **VKS** wünschen, dass die Krisenorganisation den Einbezug der Kantone gewährleistet und dass diese angemessen berücksichtigt werden. **GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, ZG, VKS** sowie **Swissuniversities** fordern, dass neben dem Einbezug der Kantone auch die Wissenschaft in die Krisenorganisation integriert wird, damit allfällige Massnahmen wissenschaftlich abgestützt werden können. Art. 55 soll dementsprechend ergänzt werden.

**AG, AR, LU, SG, VSCT** sowie **BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, PH CH, pro-salute ch, SDV, SGSH, Sphf, SSI, SVPh, USB** und **USZ** sehen betreffend der Krisenorganisation des Bundes noch einige Unklarheiten. **AG, AR, LU, SG, VSCT** sowie **BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, pro-salute ch, SDV, Sphf** und **SVPh** bemängeln, dass nicht geregelt ist, aus welchen Bereichen die Krisenorganisation zusammengesetzt ist. **BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, SDV, Sphf** und **SVPh** möchten zusätzlich, dass die Kompetenzen festgelegt werden. **SGSH, SSI, USB** und **USZ** fordern die Ergänzung um Angaben zu Grundsätzen der Krisenorganisation des Bundes. **PH CH** und **pro-salute ch** vertreten den Standpunkt, dass Art. 55 sehr allgemein formuliert ist. Es müsste hier präziser definiert werden, welche Merkmale diese Organisation aufweist. **pro-salute ch** ist der Ansicht, es müsste auch geregelt sein, wie diese Organisation mit anderen Organen bzw. Gremien zusammenarbeitet.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GR, JU, NW, OW, SG, TG, UR** und **VD** merken an, dass die Diskussion zur Ausgestaltung der künftigen generellen Krisenorganisation des Bundes in enger Absprache mit den Kantonen zu führen sei und nicht über die vorliegende Vernehmlassung erfolgen kann und beantragen deshalb die Streichung des ersten Abschnittes des erläuternden Berichts zu Art. 55, da die diesbezüglichen Ausführungen nicht in direktem Zusammenhang zur EpG-Vernehmlassung stehen.

**ALETHEIA** ist der Meinung, dass man eine Gruppe wie die Task-Force unbedingt verhindern müsse. **BFS** fordert, dass kantonale Behörden und wichtige externe Stakeholderinnen und Stakeholder in die Besetzung der Gremien und in die Formulierung der Aufgaben miteinbezogen werden, ausserdem sind die Strukturen der Organe detailliert festzulegen. **LB** stimmt dem Artikel nur zu, wenn die besondere und ausserordentliche Lage mit klaren Indikatoren definiert sind, ansonsten könne der letzte Teil gestrichen werden. **LIBERTÉ** sieht den Begriff Krisenorganisation als zu vage an und fordert deshalb die Streichung des Artikels. **MV** will die bisherige Regelung beibehalten. **N.I.E.** sieht es als wichtig an, dass die Krisenorganisation unabhängig und zu Diskussionen bereit ist.

**AG, LU, SG** und **VSCT** fordern, dass die Krisenorganisation nach dem One-Health-Prinzip zusammengesetzt ist.

**GRIP, Intergenerika, scin und VIPS** sind der Ansicht, dass externe Fachexpertinnen und Fachexperten zwingend einzubeziehen sind. Sie sollen nicht nur beratend agieren, sondern gleichberechtigt mitentscheiden können.

**Economiesuisse** und **SVV** begrüssen, dass nicht eine spezifische Krisenorganisation für eine Epidemie geschaffen wird, sondern in einer eingespielten Krisenorganisation mit entsprechendem Know-How gearbeitet wird. Die entsprechenden Arbeiten sind beim Bund rasch voranzutreiben, damit die Krisenorganisation definiert und die Krisenfähigkeit für alle Arten von Krisen gestärkt werden.

**SBK** und **SVBG** betonen, dass das Gesundheitsfachpersonal fehlt, dieses direkt in die Krisenorganisation involviert sein und im Absatz als solche erwähnt werden müsse.

**BL** fordert, dass die Krisenorganisation und die Kommunikationswege für die Kantone transparent ersichtlich sein sollten.

**BS** geht davon aus, dass spezielle Gremien, wie die nationale Wissenschafts-Taskforce, auf Ebene Verordnung geregelt werden.

**GR** begrüsst ausdrücklich die Überprüfung, Stärkung und Neufestlegung der Krisenorganisation des Bundes.

**SO** ist der Ansicht, dass in der Krisenorganisation die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und einem wissenschaftlichen Beirat (Task-Force) vorgesehen sein muss.

**SZ** streicht heraus, dass es wichtig sein wird, dass die Kantone ihre eigene Krisenorganisation auf jene des Bundesrates abstimmen, und zwar in allen Lagen.

**EFBS** begrüsst die Einführung der Krisenorganisation an Stelle des Einsatzorgans.

**DVF CH** ist der Ansicht, dass die Streichung von Abs. 2 erst im Zusammenhang mit der Schaffung der neuen Regelung erfolgen soll.

**GF CH** schlägt vor festzuhalten, dass auch Fachexpertinnen und Fachexperten für die Einschätzung von psychosozialen Risiken einberufen werden können.

**H+** fordert den Bundesrat auf, das weitere Vorgehen zur Verbesserung des Krisenmanagements transparent zu machen, eine verbindliche Agenda festzulegen und deren Umsetzung unverzüglich an die Hand zu nehmen.

**SFF** zeigt sich grundsätzlich mit dem Vorschlag einverstanden, aber es ist aus ihrer Sicht elementar, dass die genaue Ausgestaltung der Krisenorganisation in einer Verordnung über die Krisenbewältigung geregelt wird. Die Regelung des Fachkrisenstabs müsse auch auf Verordnungsebene geschehen.

#### **4.3.11 Art. 58-69 (Datenbearbeitung, nationale Informationssysteme)**

##### **Allgemeine Rückmeldungen Art. 58-69**

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** begrüssen, dass schweizweite Standards bezüglich Daten definiert werden. Wichtig zu beachten sei, dass bereits vorhandene etablierte Standards genutzt werden und nicht Top Down neue Standards geschaffen werden. Die betroffenen Akteure sind diesbezüglich zu konsultieren. Zudem müsse die Finanzierung der zu implementierenden Schnittstellen in den einzelnen Primärsystemen gewährleistet werden.

**PH CH, pro-salute ch, SBK** und **SVBG** betonen, dass die Einhaltung des Datenschutzes und der Sicherheit der Daten essenziell sei, um das Vertrauen der Bevölkerung zu erhalten. **PH CH** und **SBK** ergänzen, dass die vertrauliche Handhabung sensibler Gesundheitsdaten von grösster Bedeutung ist.

**BE, SG** sowie **SSK** stellen betreffend Bearbeitung von Personendaten und Informationssysteme (Art. 58-Art. 60c) die Frage, zu welchen Daten die Strafverfolgungsbehörden Zugang haben.

**PH CH** und **pro-salute ch** fordern, dass die Anwendung des Once-Only-Prinzips – losgelöst von Epidemien – entschlossen vorangebracht werden müsse. Gemäss **AR** ist die Schaffung von verbindlichen Standards eine wesentliche Voraussetzung für eine effiziente Umsetzung des angestrebten Once-Only-Prinzips für möglichst alle relevanten Daten. Dies erhöht die Transparenz und damit auch das Vertrauen in die Systeme.

**SPHD** und **SSPH+** sehen als unklar an, ob das Gesetz und Art. 60 auch die Verknüpfung von Daten auf individueller Ebene über die drei in Art. 60, 60a, 60b und 60c beschriebenen IT-Systeme hinweg berücksichtigt. Auch eine Verknüpfung mit anderen Systemen wie der Mortalitätsdatenbank oder Krankenhausstatistik des BFS sollte in Betracht gezogen werden. Weiter empfehlen die Akteure, den Aufbau digitaler Kompetenzen, Schulungen und Übungen explizit im Gesetz zu verankern. Solche Schulungen sollten auch Aspekte des Datenschutzes und der Datensicherheit abdecken.

**FR** betont, dass im Bereich der Digitalisierung von Systemen und Verfahren der Bund seine Führungsrolle bei der Schaffung einheitlicher computergestützter Instrumente für die Meldung und Verwaltung übertragbarer Krankheiten im Normalfall wahrnehmen muss. Idealerweise sollten diese Systeme Schnittstellen zum elektronischen Impfpass und zur elektronischen Patientenakte bieten.

**ZG** fordert, dass in Bezug auf die Datenbearbeitung eine übergeordnete Bestimmung aufgenommen wird, wonach Bund, Kantone und Dritte über ein elektronisches, sicheres Melde- oder Abrufverfahren Daten bewirtschaften und abrufen können. Ein digitales Monitoring sei zwingend notwendig. Der Bund soll die digitalen Systeme, die dazu benötigt werden, in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen und Dritten entwickeln und diesen zur Verfügung stellen.

**EFBS** betont, dass die Bearbeitung, der Austausch und die Einsicht in Personendaten ein juristisch heikles Thema ist und prinzipiell dem Datenschutz Rechnung tragen muss. Wichtig sei, dass die einzelnen Stellen nur die Rechte auf Einsicht und Bearbeitung der Personendaten erhalten, welche im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind.

**EKSI** ist mit den Artikeln 59, 60 und 60a unter der Bedingung der Sicherstellung eines angemessenen Persönlichkeitsschutzes, namentlich betreffend Daten über die Intimsphäre, einverstanden.

**ALETHEIA** ist der Ansicht, dass die Einführung der Digitalisierung und damit der Eingriff in die Privat- und Intimsphäre nicht ins EpG gehören. **KMUfamilie** kritisiert den Eingriff in die Privatsphäre durch die Digitalisierung, die primär wirtschaftlichen Interessen diene und auch Missbrauchspotenzial vonseiten Staaten gegenüber Bürgern schaffe.

**AIG** sieht als entscheidend an, dass eine Vervielfachung der Register vermieden wird, indem so weit wie möglich auf Informationen zurückgegriffen wird, die bereits durch Systeme zur Verarbeitung von Passagierdaten verfügbar sind. Obwohl diese vorrangig für Einwanderungsbehörden bestimmt sind, sollten mögliche Synergien geprüft und sogar die betroffenen Bundesbehörden angewiesen werden, die Informationen direkt zur Verfügung zu stellen.

**BK-SBK** wünscht, dass angesichts der hohen Sensibilität der nicht anonymisierten Personendaten, die Identität der Empfänger genauer definiert werden sollte. Darüber hinaus sei es von grösster Bedeutung, keine zu grosse (und damit unkontrollierbare) Verbreitung dieser Daten zuzulassen. Die Zusicherung, eine gewisse Kontrolle über die Weitergabe seiner persönlichen Daten zu behalten, müsse jeder Bürgerin und jedem Bürger gesetzlich garantiert werden. Auf ethischer Ebene gelte das Recht auf Achtung der Privatsphäre.

**N.I.E** betont, dass Daten über die Identität, die Gesundheit und die Intimsphäre von Personen besser geschützt werden müssen.

**SDV** fordert, dass Meldungen (übertragbarer Krankheiten) möglichst ohne Bürokratie und einfach erfolgen können müssen.

**SGV USAM** betont, dass wenn die verfassungsmässig garantierte Wirtschaftsfreiheit wesentlich eingeschränkt oder aufgehoben wird, der Bund schadensersatzpflichtig werde. Dieser Grundsatz sei in Verbindung mit dem Artikel 63 EpG festzuhalten und zu konkretisieren.

**MV** fordert in Art. 64 einen neuen Abs. 3 der das Entschädigungsverfahren regelt, falls durch eine behördlich angeordnete oder behördlich empfohlene Impfung verursachter Impfschaden vorliegt.

### **Art. 58 Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten**

<sup>1</sup> Das BAG, die zuständigen kantonalen Behörden, weitere für den Vollzug dieses Gesetzes zuständige Stellen des Bundes und die mit der Erfüllung von Aufgaben nach diesem Gesetz beauftragten öffentlichen und privaten Institutionen können zu den folgenden Zwecken die nachstehenden besonders schützenswerten Personendaten bearbeiten oder bearbeiten lassen:

- a. zur Identifizierung von kranken, krankheitsverdächtigen, angesteckten, ansteckungsverdächtigen und Krankheitserreger ausscheidenden Personen: Daten über die Gesundheit und die Intimsphäre;
- b. zur Beurteilung der epidemiologischen Situation bei der Früherkennung und Überwachung übertragbarer Krankheiten: Daten über die Gesundheit und die Intimsphäre;
- c. zur Erfassung und Aufbereitung von genetischen Typisierungen von human pathogenen Erregern: Daten über die Gesundheit;
- d. zur Erhebung des Anteils geimpfter Personen: Daten über die Gesundheit;
- e. zur Verhinderung der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit bei der Ein- oder Ausreise: Daten über die Gesundheit;
- f. zur Prüfung des Test-, Impf- oder Genesungsstatus von Personen: Daten über die Gesundheit.

<sup>2</sup> Die zuständigen Stellen des Bundes und der Kantone können zur Überprüfung der vom Bund getragenen Kosten sowie zur Verhinderung, Bekämpfung und Verfolgung von Missbrauch nach den Artikeln 74e–74h Daten über verwaltungs- und strafrechtliche Verfolgungen oder Sanktionen bearbeiten.

<sup>3</sup> Die Daten dürfen nur so lange aufbewahrt werden, wie es für den jeweiligen Zweck erforderlich ist, höchstens jedoch zehn Jahre, es sei denn, die Besonderheiten der Krankheit erfordert eine längere Aufbewahrung. Anschliessend werden die Daten vernichtet oder anonymisiert.

<sup>4</sup> Der Bundesrat erlässt Ausführungsbestimmungen über:

- a. die Verantwortlichkeit bei der Datenbearbeitung;
- b. die Archivierung und Vernichtung der Daten.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR** und **VD** fordern, dass auch die Kantone zur Überprüfung der vom Bund und den Kantonen getragenen Kosten und zur Verhinderung, Bekämpfung und Verfolgung von Missbrauch nach den Artikeln 74e–74h Daten über verwaltungs- und strafrechtliche Verfolgungen oder Sanktionen bearbeiten können.

**NW** sowie **ARTISSET, BFS, LIBERTÉ, PH CH, pro-salute ch, SBK, SPHD, SSPH+** und **SVBG** erachten den Begriff «Intimsphäre» als unklar / ungenügend definiert.

**AHS** und **SGCH** fordern, dass klare Leitlinien zur Erhebung und Weitergabe dieser äusserst sensiblen Daten entwickelt und veröffentlicht werden, die nicht nur rechtliche Aspekte, sondern auch technische Massnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit umfassen. **ALETHEIA** und **N.I.E.** sind der Ansicht, dass private Institutionen auf keinen Fall schützenswerte Personendaten bearbeiten dürfen, da der Datenschutz nicht gewährleistet sei. **SPHD** und **SSPH+** betonen die Wichtigkeit des Datenschutzes und der Datensicherheit. **AS** fordert die Ergänzung von «unter Wahrung des Datenschutzes, mit Einverständnis der Patientinnen und der Patienten» unter Art. 58. **PINK CROSS** unterstreicht, dass besonders schützenswerte Personendaten wie zur Gesundheit und der Intimsphäre nur in Ausnahmefällen erfasst und gespeichert werden sollten. Zusätzlich müssen Massnahmen zur Verbesserung des Datenschutzes ergriffen werden. Gemäss **SAMW** sollte in diesem Artikel auf den Datenschutz von so hoch vulnerablen Daten hingewiesen werden.

Nach Ansicht von **ARTISSET** und **Senesuisse** ist die Bearbeitung von Daten über die Intimsphäre im Rahmen einer Pandemiebekämpfung mit dem in Artikel 28 Zivilgesetzbuch verankerten Persönlichkeitsschutz grundsätzlich nicht vereinbar. Aus diesem Grund sei jeder Hinweis auf die Intimsphäre aus Art. 58 Abs. 1 Bst. a zu streichen. Auch **SBK** und **SVBG** erachten die Verbindung zwischen AHV-Nummer und sensiblen persönlichen Gesundheitsdaten – wie Sexualpraktiken – als zu risikoreich. **ISPM BE** fordert eine Präzisierung, dass Daten über die Intimsphäre nur von kranken oder angesteckten Personen oder Personen, welche Krankheitserreger ausscheiden, gesammelt werden dürfen. **Spitex** weist darauf hin, dass zu präzisieren gelte, wer wann und in welchem Rahmen besonders

schützenswerte Daten wie beispielsweise «Intimsphäre» erheben darf. Das Prinzip der Verhältnismässigkeit gelte es in diesem Fall besonders zu unterstreichen. **SSO** betont ebenfalls, dass es keinen Anlass gäbe, Daten über die Intimsphäre einzuverlangen. Der Persönlichkeitsschutz gehe vor.

**BE, FR, SO, TG** und **VKS** fordern im Sinne einer Präzisierung der Verantwortlichkeiten die Ersetzung von «zuständige kantonale Behörde» durch «Kantonsärztin bzw. Kantonsarzt». **TI** ist der Ansicht, dass klar definiert werden muss, wer für welche Aufgaben zuständig ist und somit per Gesetz Zugriff auf welche Daten hat. Entsprechend soll «Das BAG, die Kantonsärzte und andere Dienste (...)» bei Art. 58 ergänzt werden.

**SAMW** und **Swiss TPH** fordern den Zusatz, dass sichergestellt wird, dass die Erforschung übertragbarer Krankheiten auch vor Eintritt einer Pandemie im Sinne ihrer Prävention möglich ist und der effiziente und umfassende Zugang zu personenidentifizierenden Daten und die Rekrutierung von Personen für Studien möglich sind. **SAMW** fügt an, dass ebenfalls bedeutsam sei, zusätzliche Informationen über positiv getestete oder geimpfte Personen zu erheben. **SPHD** und **SSPH+** weisen darauf hin, dass sich aus anonymisierten Daten möglicherweise keine Gesundheitsverläufe erstellen lassen. Es sei wichtig, dass ausgewählte Verknüpfungen auf der Basis eines eindeutigen Identifikators mit nachträglicher Anonymisierung möglich sind. Für wissenschaftliche Zwecke und die Überwachung der öffentlichen Gesundheit wäre die Erfassung, Beobachtung und Meldung von vermuteten Infektionsquellen zudem ebenfalls sehr nützlich.

**AZ, FPTH, MFR** und **Réinfo Santé** lehnen Art. 58 ab, da hier Art. 12 nochmals bestätigt werde und der Fokus nicht auf der Identifizierung von Krankheit, sondern von Personen, sowie dem Zugang zu derer Intimsphäre liege.

**AS** fordert die Streichung des Begriffs «Ausreise» in Bst. e, und die ersatzlose Streichung von Art. 58 Abs. 4. **LIBERTÉ** fordert die Streichung des Artikels, da dieser die Privatsphäre und das Arztgeheimnis missachte. **MV** fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung. **VB** fordert die vollständige Streichung des Artikels, da Anonymität sensibler Daten mit den heutigen elektronischen Mitteln nicht gewährleistet sei und dem Schweizer Datenschutzgesetz widerspräche.

**EKK** und **FRC** betonen, dass sensible Daten nur in einer Form an Dritte weitergegeben werden dürfen, die keine Identifizierung der betroffenen Person zulässt. Gemäss **EKK** sollten in Anbetracht des überwiegend sensiblen Charakters der im Rahmen des EpG verarbeiteten Daten diese in der Schweiz gehostet und nicht ins Ausland übermittelt werden. **FRC** ist der Ansicht, dass Art. 58 eine Verletzung der Persönlichkeit darstelle.

**ABBV** und **H-CH** begrüssen diesen Artikel ausdrücklich, da er die Grundlage für eine lückenlose Surveillance-Response bietet, welche auch für die Bekämpfung/Elimination von Hepatitis B und Hepatitis C wichtig sei.

**SPHD** und **SSPH+** fordern, dass für eine klare Definition und einheitliche Anwendung der relevanten Monitoring-Indikatoren die Datenstruktur zentral definiert werden und internationalen Standards entsprechen müsse. Auch sollte der VE-EpG zur Vertrauensbildung die Entwicklung einer Kommunikationsstrategie vorsehen, um die Bevölkerung über die geplanten Datensammlungen zu Überwachungszwecken, sowie den rechtlichen Leitplanken und Massnahmen zum Schutz der Daten und Privatsphäre zu informieren.

**LB** fordert die Streichung von «krankheitsverdächtigen» und «ansteckungsverdächtigen» in Abs. 1 Bst. a sowie die Streichung von Bst. c bis f, da diese im Rahmen der bestehenden Bestimmungen erfolgen sollen. **SVBG** erachtet auch das Wort «krankheitsverdächtig» in Abs. 1 Bst. a als unpassend.

**BL** merkt an, dass zu präzisieren sei, ob Art. 58 auch Geltung für Datenbearbeitungen ausserhalb der Informationssysteme des Bundes, im Anwendungsbereich des kantonalen Datenschutzgesetzes, hat.

**LU** begrüßt, dass neben der Vernichtung auch die Archivierung der nach dem EpG erhobenen Daten explizit geregelt werden soll, um allfällige Rechtsunklarheiten mit kantonalen (Datenschutz-/Archiv-)Gesetzen zu beseitigen.

Für **NW** gehen die Bst. b, e und f zu weit und sie sehen eine grosse Gefahr, dass persönliche Daten weitergegeben werden, die für die Epidemienbewältigung nicht erhoben werden müssen.

**VD** ist der Ansicht, dass die Frage der Vernichtung (Dauer) und Aufbewahrung im EpG und nicht in der Verordnung präzisiert werden müssten. Auch sollte in Abs. 1 die nicht sensiblen personenbezogenen Daten geregelt werden.

**ZH** fordert, dass in Bezug auf die Datenbearbeitung eine analoge Regelung zu Art. 28 des Krebsregistrierungsgesetzes (KRG) aufzunehmen sei, um das Verhältnis zum Heilmittelgesetz auf Gesetzesstufe festzuhalten.

**IFIK** betont, dass Daten über den Aufenthaltsort von beauftragten öffentlichen und privaten Organisationen zur Überwachung der epidemiologischen Situation erhoben und bearbeitet werden können müssen. Es sei zudem wichtig, dass beauftragte öffentliche und private Organisationen Daten verschiedener Herkunft zum Zweck der epidemiologischen Überwachung verknüpfen können.

Sollten gemäss **Privatim** Personendaten derart erfasst und bearbeitet werden, dass die Identität der betroffenen Person ersichtlich bleibt oder durch gewisse Vorgänge wieder reidentifiziert werden können, handle es sich nicht um anonymisierte Informationen. Der Personenbezug bleibe erhalten.

**MCID** fordert, dass in Abs. 1 die Überwachung des Verbrauchs antimikrobieller Mittel ebenfalls erwähnt werden sollte.

**NFP 80** betont, dass mit Blick auf eine künftige Pandemie festzuhalten sei, dass Massnahmen zur Identifizierung von Risikogruppen und ihren Bedürfnissen nicht nur vor, sondern auch während der Pandemie entwickelt und fortlaufend überprüft bzw. angepasst werden müssen. Weiter sei es notwendig, Art. 58 bezüglich der Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten zu ergänzen. Schliesslich verlangt der Akteur die Ergänzung eines Buchstaben bei Abs. 1: «zur Gewährleistung der Chancengleichheit und Identifikation von Gruppen, die besonders gefährdet sind für indirekte Auswirkungen: soziodemografische und sozioökonomische Daten.».

**SFF** betont die Unabdingbarkeit, dass die Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten in einem sicheren und besonders geschützten IT-System zu erfolgen habe. Weiter müsse der Grundsatz der Verhältnismässigkeit und Notwendigkeit der Datenerhebung immer im Vordergrund stehen, dies nebst denjenigen von Art. 6 des Datenschutzgesetzes (DSG).

**SPSP** wünscht eine Präzisierung, dass dieser Artikel sich auf personenbezogene Daten beziehe.

**PINK CROSS** ist der Ansicht, dass diese personalisierten Daten maximal 1 Jahr aufbewahrt werden dürfen und danach anonymisiert, respektive gelöscht werden.

### **Art. 59 Abs. 1, 3 Einleitungssatz und Bst. c sowie, 4-6**

<sup>1</sup> Die für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen Stellen des Bundes und der Kantone sowie die mit der Erfüllung von Aufgaben nach diesem Gesetz beauftragten öffentlichen und privaten Institutionen können sich gegenseitig Personendaten, einschliesslich Daten über die Gesundheit und die Intimsphäre, bekannt geben, die sie zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz benötigen.

<sup>3</sup> Das BAG, die für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen kantonalen Behörden sowie die mit der Erfüllung von Aufgaben nach diesem Gesetz beauftragten öffentlichen und privaten Institutionen können Personendaten, einschliesslich Daten über die Gesundheit, die erforderlich sind, um die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit zu verhindern, den folgenden Personen und Behörden bekannt geben:

c. anderen Behörden des Bundes und der Kantone, welche die Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

<sup>4</sup> Die für den Vollzug der Lebensmittel-, Tierseuchen- und Umweltschutzgesetzgebung zuständigen Behörden des Bundes sowie die in diesen Bereichen zuständigen kantonalen Vollzugsbehörden können sich gegenseitig und den für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen Behörden des Bundes und der Kantone Personendaten, ein schliesslich

Daten über die Gesundheit, die erforderlich sind, um die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit zu verhüten und zu bekämpfen, bekanntgeben.

<sup>5</sup> Sie stellen die Daten nach diesem Gesetz auf Anfrage in anonymisierter Form zu Forschungszwecken zur Verfügung.

<sup>6</sup> Der Bundesrat regelt:

- a. den Datenaustausch, einschliesslich des Datenaustauschs mit Institutionen nach Artikel 17;
- b. die Form, in der die Daten zur Verfügung zu stellen sind;
- c. die Anforderungen an die Anonymisierung.

**AG, AR, BS, VKCS, VSKT** sowie **SAMW** und **WiBeG** begrüssen explizit den gegenseitigen Datenaustausch zwischen den Behörden. **LU** und **TG** begrüssen die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Datenbekanntgabe an andere kantonale Behörden, unklar sei gemäss **LU** jedoch, ob sich Abs. 6 nur auf Abs. 5 beziehe. **SAMW** und **WiBeG** stimmen der Anpassung zu, sofern eine solche Datenzusammenführungen (Daten vom Bund mit kantonalen Daten) unter der Federführung des Bundes erlaube, ansonsten wäre eine Anpassung nötig. **SFF** begrüsst die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Behörden (One-Health-Ansatz), sofern die Kontrolle über den Datenaustausch hinsichtlich Notwendigkeit und Zweck des Datenaustausches hinreichend sichergestellt wird. Dies impliziert eine akkurate Kontrolle, die auf Verordnungsstufe definiert werden muss.

**AG, BS, TG, VKCS** sowie **SGTP** begrüssen die Stärkung des One-Health-Ansatzes.

**VD, ZH** und **Privatim** betonen, dass die Bestimmung so präzisiert werden sollte, dass klar werde, dass eine Datenübermittlung nur erfolgen darf, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der ersuchenden Behörde erforderlich ist. Um den Grundsätzen der Transparenz und der Zweckbindung ausreichend Rechnung zu tragen, sollte zudem die Bestimmung dahingehend ergänzt werden, dass eine ausreichende Informationspflicht der öffentlichen Organe zum Zeitpunkt der Erhebung besteht. Auch **BE** ist der Ansicht, dass das Transparenzgebot des Datenschutzrechts verlangt, dass die betroffenen Personen von den verantwortlichen Behörden darüber informiert werden, welche Daten sie an welche Empfängerin oder Empfänger weitergeben.

**AS** fordert, dass der Datenschutz zu gewährleisten ist. **ALETHEIA** ist der Ansicht, dass Daten über die Intimsphäre als schützenswert gelten und nicht elektronisch weiter zu bearbeiten sind. **LIBERTÉ** fordert, dass keine persönlichen Daten in Umlauf gebracht werden dürfen. Nur statistische Daten seien zulässig und die Intimsphäre müsse privat bleiben.

Gemäss **AR** müsse in den Erläuterungen noch expliziter darauf hingewiesen werden, dass nur jene Daten bekannt gegeben werden, welche für den Forschungszweck unbedingt erforderlich sind.

Gemäss **ZH** sollte der Datenaustausch nicht nur zur direkten Verhinderung der Verbreitung von übertragbaren Krankheiten möglich sein, sondern z.B. auch um strafrechtlich relevante Beobachtungen weiterleiten zu können (z.B. im Zusammenhang mit Zertifikatfälschungen).

**Die Mitte** befürworten die im EpG vorgesehenen Massnahmen, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzubringen. Besonders die vorgesehene Etablierung von Standards für die Datenübermittlung sei zentral. Weiter sei auch zu befürworten, dass die Datengrundlage des Bundes in anonymisierter Form der Öffentlichkeit zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt wird.

**GRÜNE** begrüsst, dass der Bund Standards festlegen kann, um den Datenaustausch unterschiedlicher Systeme zu ermöglichen. Es sei auch richtig, dass die im Rahmen des Epidemiengesetz gesammelten Daten in anonymisierter – und wo für die tatsächliche Anonymität nötig bloss in aggregierter Form – der Forschung und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Die im Gesetz erwähnten Datenbanken müssen zudem zwingend vom Bund selbst und nicht von privaten Anbieterinnen oder Anbietern betrieben werden. Die Serverstandorte müssen in der Schweiz oder zumindest in Europa liegen. Das EpG ist in dieser Hinsicht anzupassen.

**SP** begrüsst, dass die gesetzliche Grundlage geschaffen wird, um Selbsttests zu ermöglichen, da diese einen wichtigen Beitrag zur Prävention und Bekämpfung einer übertragbaren Krankheit leisten. Dies sollte jedoch auch für das sogenannte Home-Sampling gelten.

**MV** fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung.

Gemäss **N.I.E.** erhalte der Bundesrat zu viel Macht und der Datenschutz sei nicht gewährleistet. Datenschutz und Grundrechte müssen eingehalten werden.

**SFF** betont, dass bei Abs. 5 die Datenbeschränkung auf das jeweilige Forschungsprojekt unbedingt in den Gesetzestext aufzunehmen ist. Bei Abs. 6 merkt der Akteur an, dass ein Verweis auf das DSG beliebt gemacht werde (Art. 31 Abs. 2 Bst. e Ziff. 1 DSG).

**SPSP** merkt betreffend Art. 59 Abs. 5 an, dass eine flexiblere Formulierung zu bevorzugen ist. In Anlehnung an Art. 39 DSG sollte die Anonymisierung durch «in einer Form, die keine Rückschlüsse auf die betroffenen Personen zulässt» ersetzt werden.

**VB** bemerkt, dass anhand des Gesetzestextes nicht nachvollziehbar sei, wie Drittstellen mit den Patientendaten umgehen. Dies widerspricht dem Schweizer Datenschutzgesetz.

#### **Art. 60                    Nationales Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten»**

<sup>1</sup> Das BAG betreibt das nationale Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten»; dieses dient:

- a. der Überwachung einschliesslich der Früherkennung von übertragbaren Krankheiten, im Rahmen der Aufgaben nach diesem Gesetz;
- b. dem Bund und den Kantonen zur Wahrnehmung ihrer Vollzugaufgaben, insbesondere zur Identifizierung und Benachrichtigung nach Artikel 33 von kranken, krankheitsverdächtigen, angesteckten, ansteckungsverdächtigen und Krankheitserreger ausscheidenden Personen;
- c. der Erstellung von Statistiken sowie der Vollzugskontrolle und Forschung;
- d. der nationalen und internationalen Berichterstattung.

<sup>2</sup> Das nationale Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten» verfügt über eine Schnittstelle mit dem nationalen Informationssystem «Contact-Tracing» (Art. 60a) und dem nationalen Informationssystem «Genom-Analysen» (Art. 60c).

<sup>3</sup> Es enthält folgende Daten:

- a. Daten über die Identität, die Gesundheit und die Intimsphäre von Personen, die krank, krankheitsverdächtig, angesteckt oder ansteckungsverdächtig sind oder Krankheitserreger ausscheiden;
- b. Daten über die Identität meldepflichtiger Ärztinnen und Ärzte sowie über Spitäler, Laboratorien und andere öffentliche oder private Institutionen des Gesundheitswesens, die eine eindeutige Kontaktaufnahme ermöglichen;
- c. Daten über Massnahmen nach den Artikeln 33–40, die zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten getroffen wurden;
- d. Daten über den Verbrauch antimikrobieller Substanzen.

<sup>4</sup> Die folgenden Stellen können zur Erfüllung ihrer Aufgaben die nachstehenden Daten abrufen und bearbeiten:

- a. das BAG: Daten, die aufgrund der Meldepflicht erhoben und gemeldet werden, Ergebnisse von epidemiologischen Abklärungen, Daten zur Referenzdiagnostik, Daten über Massnahmen nach den Artikeln 33–40, die zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten getroffen wurden und Daten zum Verbrauch oder zur Abgabe antimikrobieller Substanzen;
- b. Bundesstellen nach Artikel 12 Absatz 3: Daten, die sie zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben benötigen, sofern der Bundesrat dies vorsieht;
- c. die kantonalen Vollzugsbehörden sowie die Oberfeldärztin oder der Oberfeldarzt: Daten, die aufgrund der Meldepflicht erhoben und gemeldet werden, Ergebnisse von epidemiologischen Abklärungen, Daten zur Referenzdiagnostik, Daten zu Massnahmen nach den Artikeln 33–40, die zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten getroffen wurden;
- d. Institutionen nach Artikel 17: Daten, die sie zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben im Bereich der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten benötigen.

<sup>5</sup> Die Kantone sind für die Vollständigkeit der Meldedaten nach Artikel 12 in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SBK, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAPM, SSAI, SVBG, SVHA, UNION, VSAO** und **VBSAE** weisen darauf hin, dass gemäss den Erläuterungen das nationale

Informationssystem integriert in die Meldeprozesse der Spital- und Praxis-Informationssysteme sein soll. An keiner Stelle würden jedoch die Datenschnittstellen hierfür geregelt. Es bedürfe einer angemessenen Übergangszeit (allenfalls mit Durchführung von Piloten), so dass mit Inkrafttreten des VE-EpG die technischen Voraussetzungen vorhanden sind und nicht erst danach. In Abs. 1 Bst. c kann das nationale Informationssystem für die Forschung verwendet werden. Da das Informationssystem besonders schützenswerte, d.h. insbesondere hoch sensible Personendaten enthalten wird, müssen Details zur rechtmässigen Datenbearbeitung auf Verordnungsstufe geregelt werden, da es sich hier nicht um den Geltungsbereich des HFG handelt. **SMVS** fügt hinzu, dass das Informationssystem im Lichte der Data-Literacy-Grundsätze neu bewertet werden sollte.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGP, SGN, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAPM, SSAI, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** verlangen die ersatzlose Streichung von Abs. 3 Bst. d, denn Behandlungsdaten seien bei den getroffenen Massnahmen bereits integriert.

**GDK, AG, BL, FR, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SH, SO, TG, TI, UR, VD, VS** und **VKS** sind damit einverstanden, dass ein einziges Meldesystem gemäss Art. 60 vom Bund zur Verfügung gestellt wird.

**AS, FPTH, LIBERTÉ** und **SSO** fordern die Streichung des Artikels. **BFS** und **LB** verlangen, dass die Begriffe «krankheitsverdächtig» und «ansteckungsverdächtig» gestrichen werden. **ALETHEIA** weist darauf hin, dass mit «krankheitsverdächtig» und «ansteckungsverdächtig» der Willkür Tür und Tor geöffnet wird. Gemäss **LB** soll Abs. 2, wie auch Abs. 4 Bst. b gestrichen werden. **MV** fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung, unter Streichung von «krankheitsverdächtig», «ansteckungsverdächtig» und «Krankheitserreger ausscheidet».

**AG, AR, BS, LU** sowie **VSKT** fordern zu klären, wie dieses Informationssystem zum System «InfoSM» des BLV steht, welches ebenfalls Daten zu übertragbaren Krankheiten / Zoonosen enthält. Im Zuge der Digitalisierung sind zwischen Veterinärdienst und dem kantonsärztlichen Dienst effiziente Schnittstellen zu schaffen, um rasch und unkompliziert an die erforderlichen Daten zu kommen (unter Einhaltung des Datenschutzes und Amtsgeheimnisses).

**Economiesuisse, Intergenerika, scin, SVDI** und **SVV** wünschen, dass geprüft wird, ob im Rahmen dieser Revision das nationale Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten» integraler Bestandteil des Programms DigiSanté werden kann.

**KomABC** sowie **IMM** und **Swissnoso** fordern eine Vernetzung aller Datenbanken, die der Überwachung der epidemiologischen Lage in der Schweiz dienen. Art. 60 soll entsprechend ergänzt werden.

**ALETHEIA, MFE** und **SGAIM** fordern die Streichung aller Erwähnungen von «Verbrauch antimikrobieller Substanzen» in diesem Artikel.

**AHS, PINK CROSS** und **SGCH** begrüssen ein nationales Informationssystem, dies sei einem kantonalen System vorzuziehen. Die Datenschutzmassnahmen sollten zudem laufend überprüft und angepasst werden.

**Economiesuisse, PD** und **SVV** unterstreichen, dass das Informationssystem auch dazu dienen soll, der Öffentlichkeit und somit dem epidemiologischen Laien einfach verständliche Informationen zur epidemiologischen Lage zu liefern.

**ABBV** und **H-CH** begrüssen diesen Artikel ausdrücklich, bietet er doch die Grundlage für eine lückenlose Surveillance-Response, welche auch für die Bekämpfung/Elimination von Hepatitis B und Hepatitis C wichtig ist.

**IFIK** und **PD** fordern, dass das BAG die Vernetzung der verschiedenen Überwachungssysteme untereinander und mit dem nationalen Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten» fördert.

**ISPM BE** und **MCID** fordern, dass Daten über die Intimsphäre nur von kranken oder angesteckten Personen oder Personen, welche Krankheitserreger ausscheiden, gesammelt werden dürfen.

**SAMW** und **WiBeG** fordern, dass alle Daten in anonymisierter Form öffentlich verfügbar sein sollten.

**SBK** und **SVBG** betonen, dass in Abs. 3, Bst. a krankheitsverdächtig als Wort unpassend ist. Sie schlagen als Alternative «mögliche Trägerinnen und Träger von Krankheitserregern» vor.

**AR** weist darauf hin, dass nebst der Oberfeldärztin oder dem Oberfeldarzt auch der KSD erwähnt werden müsste (beide Abs. 4 bst. b).

**BL** ist der Ansicht, dass direkte und indirekte Kosten für die Kantone für die Entwicklung und Einführung neuer IT-Systeme, die der Bund zur Verfügung stellen soll, zu erwarten sind und entsprechend Personalbedarf, Fristen und Zusatzkosten quantifiziert werden sollen. Dies betreffe alle neuen nationalen Informationssysteme.

**GE** stellt die Frage, ob der Hinweis gemäss Abs. 4 ausreicht, um den Zugang der Kantone zu den Daten, an denen sie Inhaberin, Inhaber oder Berechtigte sind, abzugrenzen. Wenn ja, sollte dies präzisiert werden.

**NW** weist darauf hin, dass Abs. 3, Bst a aktuell so offen formuliert ist, dass praktisch alle Bürgerinnen und Bürger erfasst werden können/müssen.

**SG** fordert, dass das BAG für die Vollständigkeit der gelieferten Labordaten und die kantonalen Behörden für die Vollständigkeit der Daten zum Medizinischen Befund zuständig sind (Abs. 5). Ferner wird das Nationale Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten» grundsätzlich begrüsst, dies erfordere aber den gleichwertigen Einbezug der Kantone in die Definition der Anforderungen an das System insbesondere im Bereich der Verfügbarkeit (nach Art. 12a Abs.1 Bst. b), zur Kontrolle der Vollständigkeit (Art. 60 Abs. 5) und dem gemeinsamen Fallmanagement. Schliesslich müsse die Verpflichtung der Kantone, für ihren Bereich gleichwertige Datenschutzbestimmungen zu erlassen und ein Organ zu bezeichnen, das deren Einhaltung überwacht, in den Übergangsbestimmungen mit angemessenen Fristen berücksichtigt werden, da dies eine Anpassung kantonaler Gesundheitsgesetze bedinge.

**VD** ergänzt, dass wie im erläuternden Bericht erwähnt, es angebracht sein könnte, ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die verarbeiteten Daten nicht zum Zwecke der Profilerstellung verwendet werden.

**ZH** fordert, dass die Regelung betreffend Eintrag in die Datenbank derart anzupassen sei, dass auch die Informationen aus anderen Untersuchungen (z.B. private Dienstleistungslaboratorien) genutzt werden können. Die erforderlichen Qualitätsstandards seien dazu festzulegen.

**EKIF** ist der Ansicht, dass unter Abs. 3 nicht nur antimikrobielle Substanzen, sondern auch der Impfstatus in Bezug auf die zur Diskussion stehenden Infektionskrankheit enthalten sein sollte.

**Privatim** fordert, dass eine Transparenz bzw. Nachvollziehbarkeit für die betroffenen Personen bei Abruf ihrer Daten gewährleistet ist und die Verantwortung, für die im Anschluss an das Abrufverfahren erfolgende Bearbeitung, klar der anfragenden Stelle zugeschrieben werden kann. Schliesslich sind innerhalb der abrufenden Stelle die Zugriffsrechte sparsam zu gewähren.

**SFF** fordert, dass die Schnittstelle zu anderen Systemen des BAG (Abs. 2) in einem sicheren IT-Umfeld, genügend geschützt gegen Eingriffe von aussen, gebaut wird. Da es sich bei den Daten zur Intimsphäre um äusserst schützenswerte Daten handelt, ist deren Schutzbedarf zudem mit einem Verweis auf Art. 5 Bst. c Ziffer 1 DSG zu ergänzen. Eine klare Lücke, die zu schliessen ist, sei zudem, dass Kantone nicht dem DSG unterstehen.

**SGI** sieht als wichtig an, einerseits die Sichtbarkeit der vorhandenen Kapazitäten der Krankenhäuser, einschliesslich ihres Zertifizierungsstatus, zu verbessern und andererseits das vorhandene Potenzial besser zu identifizieren, das in einer besonderen oder aussergewöhnlichen Situation mobilisiert werden könnte und von den üblichen Standards abweichen könnte.

**SGTP** betont, dass, um langfristig ein integriertes One-Health-Überwachungssystem schaffen zu können, die Auflistung der Schnittstellen mit den Meldesystemen für Tierseuchen (für die

Überwachung von Zoonosen) und Antibiotikaverbrauch / Antimicrobial Resistance (AMR) erwähnt werden sollte.

**SNM** weist darauf hin, dass Verbindungen mit dem EPD in Betracht gezogen werden sollten.

**LV** hinterfragt bei Abs. 3 Bst. c, ob es sachgerecht und grundrechtskonform ist, ein zentrales Register der sowohl von den Kantonen als auch vom Bund ergriffenen Massnahmen zu führen. Weiter ist für den Akteur in Verbindung mit Abs. 4 unklar, wie die Verletzung der verhängten Massnahmen festgestellt werden soll, wenn die Daten nicht von den Strafverfolgungs- oder Verwaltungsbehörden eingesehen werden können.

**Uni GE** fordert, dass die Daten in anonymisierter Form für die Echtzeitforschung während des Ausbruchs zugänglich sein sollten.

**VB** ist der Ansicht, dass Abs. 1 Bst. a sowie Abs. 3 dem Diskriminierungsverbot und dem Schweizer Datenschutzgesetz widersprechen. Bei Abs. 1 Bst. c sei unklar, wer die Statistiken erstellt.

### **Art. 60a      Nationales Informationssystem «Contact-Tracing»**

- <sup>1</sup> Das BAG betreibt das nationale Informationssystem «Contact-Tracing»; dieses dient:
- der Identifizierung und Benachrichtigung nach Artikel 33 von Personen, die mit einer Person Kontakt hatten, die krank, krankheitsverdächtig, angesteckt oder ansteckungsverdächtig ist oder Krankheitserreger ausscheidet;
  - der Organisation von Massnahmen im Zusammenhang mit epidemiologischen Abklärungen nach Artikel 15;
  - der Erstellung von Statistiken.
- <sup>2</sup> Das nationale Informationssystem «Contact-Tracing» verfügt über eine Schnittstelle:
- mit dem nationalen Informationssystem «Meldungen von übertragbaren Krankheiten»
  - mit den kantonalen Einwohnerregistern für die Suche von Adressen und Kontaktinformationen.
- <sup>3</sup> Es enthält folgende Daten:
- Daten über die Identität, die eine eindeutige Identifizierung und die Kontaktaufnahme ermöglichen;
  - Daten über die Gesundheit, einschliesslich Ergebnissen von medizinischen Untersuchungen, Daten über den Krankheitsverlauf und über Massnahmen nach den Artikeln 33–40, die zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten getroffen wurden, sowie Daten über die Intimsphäre;
  - Daten über den Krankheitsverlauf und die Exposition, namentlich über Reisewege, Aufenthaltsorte und Kontakte mit Personen, Tieren und Gegenständen.
- <sup>4</sup> Es steht dem BAG, den für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen kantonalen Stellen und dem Koordinierten Sanitätsdienst für Aufgaben in ihrem Zuständigkeitsbereich über ein Abrufverfahren zur Verfügung.

**GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, UR, VD, VS** und **VKS** weisen darauf hin, dass der Vollzug des Contact-Tracings in der Zuständigkeit der Kantone liegt und wünschen eine entsprechende Anpassung. Die Akteure begrüssen grundsätzlich ein national einheitliches Contact-Tracing-System, wenn die Funktionsfähigkeit sowohl für den täglichen Gebrauch als auch für den Einsatz in Krisenzeiten mit sehr hohen Fallzahlen gewährleistet wird. Der Aufbau eines entsprechenden Systems ist deshalb wiederum in enger Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen vorzusehen. Die Verantwortung über die Daten und das Einsichtsrecht in die Daten müssen den Kantonen vorbehalten sein. Daten, die der Bund für die Statistik benötigt, sind somit erst nach aktiver Bestätigung der Kantone für den Bund einsehbar zu machen. **GDK, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, VS** und **VKS** fordern in Abs. 1 eine Präzisierung, dass das BAG den Kantonen das nationale Informationssystem «Contact-Tracing» zur Verfügung stellt. Gemäss **BS** sollte zudem geklärt werden, wo die Datenhoheit liegt. **TI** merkt an, dass das Contact-Tracing ein Instrument ist, das nur die Kantone handhaben sollten. Das Instrument müsste aber nicht nur einheitlich, sondern auch ausserhalb einer Krise wirksam und funktionsfähig sein.

**GDK, AG, AI, BE, BL, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, UR, VD, VS** und **VKS** erachten die vorgesehene Schnittstelle zu den kantonalen Einwohnerregistern als heikel und fordern deshalb

die Streichung von Abs. 2 Bst. b. **BS** fordert ebenfalls die Streichung von Abs. 2 Bst. b. **BL** ist der Ansicht, dass die Schnittstelle zu den kantonalen Einwohnerregistern (gemäss Art. 60a Abs. 2 Bst. b) bezüglich Datenqualität, Technologie, Datenschutz und -sicherheit ein anspruchsvolles Ziel scheint. **SG** begrüsst ein einheitliches, zweckmässiges, robustes, skalierbares und krisenresistentes Contact-Tracing-System auf Bundesebene. Abs. 2 Bst. b müsse aber dem Datenschutz Rechnung tragen. Die Datenhoheit müsse hier bei dem jeweiligen Kanton verbleiben. Eine entsprechende Präzisierung sei zwingend erforderlich, ansonsten sei der Bst. b zu streichen. Gemäss **GRÜNE** sei aufgrund der Ausführungen des Bundesrates nicht ersichtlich, wieso das Contact-Tracing-System mit dem Einwohnerregister verknüpft werden muss. Ohne plausible Begründung sei auf diese Verknüpfung zu verzichten. **SBK** weist darauf hin, dass mit einer Verbindung mit dem Einwohnerregister die Gefahr von Missbrauch besteht, ein sensibler Umgang damit sei entscheidend.

**ABUK, ALETHEIA, AS, AZ, BFS, FS, LB, LIBERTÉ, MFR, MV** und **Réinfo Santé** fordern die Streichung des Artikels. **ABUK, ALETHEIA, AZ, FS, LB, MFR, MV, Réinfo Santé** und **SSO** erachten das Informationssystem «Contact-Tracing» als nicht gerechtfertigt, effektiv, effizient oder verhältnismässig. **BFS** befürchtet beim Contact-Tracing Missbrauch vonseiten des Staates.

**Economiesuisse** und **SVV** begrüsst, dass das Contact-Tracing, das ein Kernelement zur Bekämpfung einer Epidemie darstellt, nun explizit geregelt wird. **SAV** unterstützt das Contact-Tracing ebenfalls. **Intergenerika, scin** und **SVDI** begrüssen es sehr, dass das Contact-Tracing ein zentrales Element der Epidemienbekämpfung sein soll. Rechtliche Grundlagen dazu sollen erarbeitet werden.

**SPHD** und **SSPH+** weisen darauf hin, dass der Begriff "Ergebnisse medizinischer Untersuchungen" falsch interpretiert werden kann und schlagen eine Präzisierung vor.

**politbeobachter** ist der Ansicht, dass das angedachte Contact-Tracing auf Bundesebene ein bürokratischer «Alpträum» sei und ein potenzieller Missbrauch der Daten nicht ausgeschlossen werden könne. Auch **VB** sieht eine Gefahr von Missbrauch medizinischer Daten und erachtet zudem Abs. 1 als diskriminierend.

**SZ** erachtet den Begriff «Daten über die Intimsphäre» als zu weit gefasst, denn damit werden diese Datensysteme zu den heikelsten, die es überhaupt gibt.

**TI** ist betreffend Abs. 2 der Ansicht, dass die technische und rechtliche Machbarkeit sowie die Sicherheit der Schnittstelle zu den kantonalen Registern geprüft, aber im Prinzip garantiert werden müssen, um zuverlässige und korrekte Daten zu erhalten.

**SVP** lehnt eine gesetzliche Regelung von Contact-Tracing und Zertifikaten ab. Falls es aber trotzdem zum Einsatz von Zertifikaten komme, dürfen Personen ohne Zertifikat nicht diskriminiert werden.

**ÄAV** erachtet es als fraglich, ob ein Contact-Tracing national organisiert werden kann. Die Erfahrungen zeigen, wie aufwändig die Erhebung der Daten ist, sodass kantonales Contact-Tracing sinnvoller sei.

**BK-SBK** weist darauf hin, dass bevor die Einführung des nationalen Informationssystems «Contact-Tracing» geplant wird, die Verhältnismässigkeit in wirtschaftlicher, logistischer und zeitlicher Hinsicht geprüft werden muss. Auch die negativen Auswirkungen einer verstärkten Überwachung auf die persönliche Freiheit müssten bei der Abwägung der verschiedenen Interessen berücksichtigt werden.

**MCID** fordert, dass im Artikel zwischen krankheitsverdächtigen oder ansteckungsverdächtigen Personen unterschieden wird.

**SFF** zeigt sich mit dem Artikel einverstanden, weist aber darauf hin, dass er mit dem Hinweis zu ergänzen sei, dass die Datensicherheit bei der Erhebung einer derart grossen Menge besonders schützenswerter Daten sowie die Verhältnismässigkeit immer im Fokus stehen muss. Dies sei in einer Verordnung zu konkretisieren.

**Art. 60b *Nationales Informationssystem «Einreise»***

<sup>1</sup> Das BAG betreibt in Situationen einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit das Informationssystem «Einreise»; dieses dient der Identifizierung von einreisenden Personen und der unverzüglichen Weiterleitung der Daten an die für die einreisenden Personen zuständigen Kantone.

<sup>2</sup> Es enthält folgende Daten:

- a. Daten über die Identität, die eine eindeutige Identifizierung und die Kontaktaufnahme ermöglichen;
- b. Daten über Impf- oder Prophylaxebescheinigungen;
- c. Daten über den Gesundheitszustand;
- d. Ergebnisse von medizinischen Untersuchungen;
- e. Ergebnisse von diagnostischen Analysen;
- f. Angaben über Reisewege, Aufenthaltsorte und Kontakte mit Personen, Tieren und Gegenständen.

<sup>3</sup> Es steht dem BAG und den für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen kantonalen Stellen über ein Abrufverfahren zur Verfügung.

**ABUK, AS, LB, LIBERTÉ und MV** fordern die Streichung des Artikels.

**SGSH, SSI, USB** und **USZ** betonen, dass das nationale Informationssystem «Einreise» auch während der normalen Lage zum Einsatz kommen sollte. Gemäss **SSI** und **SGSH**, um das Contact-Tracing insbesondere bei Flugreisenden zu erleichtern.

**Aerosuisse** und **FZH** begrüssen den Fokus auf ein digitales System zur Erfassung von Personen- und Kontaktdaten im Bereich des internationalen Personenverkehrs. Allerdings sei auch hier auf die Notwendigkeit und die Verhältnismässigkeit der zu erhebenden Daten zu achten. Zudem seien die zu erhebenden Daten aufs notwendige Mass zu reduzieren, welches für ein zielgerichtetes Contact-Tracing nötig ist.

**Economiesuisse** und **SVV** sind einverstanden mit dem Artikel, in Abs. 2 solle jedoch eine Kann-Formulierung gewählt werden. Auch gelte es zu klären, inwiefern bezüglich Einreise Synergien mit den bestehenden Systemen der Registrierung von Passagierinnen und Passagieren genutzt werden können.

**SBB** und **VöV** verstehen die neue Pflicht nach Art. 43 Abs. 1 Bst. b<sup>bis</sup> zur Kontrolle der Nachweise als Mitwirkungspflicht. Von besonderer Bedeutung sei dabei, dass die Umsetzung im Rahmen der betrieblichen und technischen Möglichkeiten der Transportunternehmen zu erfolgen hat. Im Übrigen sei zu beachten, dass allfällige behördliche Grenzkontrollen dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit Rechnung tragen müssen und dass der Zugriff der Transportpolizei auf das Informationssystem geregelt werde.

**SPHD** und **SSPH+** verlangen, dass im Gesetz klarer festgelegt werden sollte, wie lange die Reiseinformationen gespeichert werden, wann sie gelöscht werden und wer auf diese Daten zugreifen kann. Auch sollte die Verwendung solcher Informationen für Zwecke, die nicht durch das EpG abgedeckt sind, ausdrücklich ausgeschlossen werden.

**TG** betont, dass in Situationen von besonderer Gefährdung es angezeigt ist, die Kontrolle bei der Einreise zu stärken.

**GRÜNE** merkt an, dass das Informationssystem Einreise in keiner Weise als grenzpolizeiliches Instrument verwendet respektive zweckentfremdet werden darf; der Zugriff müsse darum zwingend auf Gesundheitsämter des Bundes und der Kantone beschränkt werden. Auf eine Erfassung des Aufenthaltsstatus sei zu verzichten, wie auch auf die Verknüpfung mit weiteren Datenbanken des Bundes.

**SFF** ist mit dem Artikel einverstanden mit dem Hinweis, dass die Datensicherheit sowie die Verhältnismässigkeit immer im Fokus stehen müssen. Dies sei in einer Verordnung zu konkretisieren.

Gemäss **VB** sei Art. 60b Abs. 2 Bst. c diskriminierend und verletze das Datenschutzgesetz, zudem sei die Anonymisierung sensibler Daten nicht gewährleistet und es bleibe unklar, wer die Daten verwaltet.

**Art. 60c      Nationales Informationssystem «Genom-Analysen»**

<sup>1</sup> Das BAG betreibt ein nationales Informationssystem «Genom-Analysen» zur Erfassung und Aufbereitung von genetischen Sequenzierungen von Krankheitserregern und antimikrobiellen Resistenzen aus dem Humanbereich sowie den Bereichen Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände, Veterinärmedizin und Umwelt, die eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen können.

<sup>2</sup> Das nationale Informationssystem «Genom-Analysen» dient:

- a. dem Abgleich der genetischen Information eines Krankheitserregers oder einer antimikrobiellen Resistenz zwischen Probenmaterial von Menschen, Lebensmitteln, Gebrauchsgegenständen, Tieren oder der Umwelt mit dem Zweck, einen epidemiologischen Zusammenhang oder eine gemeinsame Ansteckungsquelle zu festzustellen;
- b. der Erfassung von genetischen Sequenzierungen nach den Artikeln 11, 12 und 15a;
- c. Behörden und Forschenden zur Beantwortung von Fragestellungen zu den epidemiologischen Zusammenhängen, einschliesslich denjenigen zwischen dem Humanbereich sowie den Bereichen Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände, Veterinärmedizin und Umwelt, welche von Relevanz für die öffentliche Gesundheit sind.

<sup>3</sup> Es enthält folgende Daten:

- a. Daten zu genetischen Sequenzierungen von Krankheitserregern und antimikrobiellen Resistenzen;
- b. Daten zum Zeitpunkt, zur Herkunft, zum Probenmaterial und zur Methode der Entnahme des Erbgutmaterials.

<sup>4</sup> Das BAG, das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, das Bundesamt für Umwelt, die für den Vollzug dieses Gesetzes sowie der Gesetzgebung in den Bereichen Lebensmittel- und Gebrauchsgegenstände, Tierseuchen- und Umweltschutz zuständigen Stellen der Kantone sowie die mit der Erfüllung von öffentlichen Aufgaben in diesen Bereichen beauftragten Dritten können die Daten des nationalen Informationssystems «Genom-Analysen» bearbeiten.

**AG, BS, TG** und **VKCS** fordern, dass die Regelung betreffend Eintrag in die Datenbank so anzupassen ist, dass die Möglichkeit besteht, auch Informationen aus anderen Untersuchungen (zum Beispiel von privaten Dienstleistungslaboren) zu nutzen. Die hierfür erforderlichen Qualitätsstandards sind festzulegen. **IMM** stellt die Frage, ob dieses Informationssystem neu aufgebaut wird oder ob bereits vorhandene sehr gut funktionierende Systeme dafür verwendet werden. Das Ziel sollte sein, vorhandene Strukturen zu nutzen oder ggfs. zu verbessern – und nicht neue Strukturen aufzubauen. **PD** merkt an, dass das nationale Informationssystem «Genom-Analysen» idealerweise die Daten von bestehenden Datenplattformen integriert.

**IG DHS** und **Migros** fordern die Beschränkung der Dateneinsicht und -bearbeitung auf benannte Bundesstellen. Der zuständige kantonale Vollzug solle nur bei bestätigtem epidemiologischen Zusammenhang Einsicht haben und der zuständige Betrieb sei in jedem Fall über das Ergebnis zu informieren. **FIALI** und **STL** fragen, was «bearbeiten» bei Abs. 4 bedeutet und wer Einsicht in die Datenbank nehmen darf. Das Vorgehen sollte eine proaktive Auswertung für präventive Massnahmen durch die Lebensmittelunternehmerinnen und -unternehmer zulassen. **FIALI** ergänzt, dass ein Ausbau der Präventivmassnahmen und spezifische Anforderungen an Monitorings für ubiquitär vorhandene pathogene Keime sehr wahrscheinlich wirksamer bezüglich Kosten/Nutzen seien, als die genetische Untersuchung von Isolaten ohne deren definierte Erhebung. Auch **SPHD** und **SSPH+** verlangen, dass im Gesetz klarer festgelegt werden sollte, für welche Zwecke diese sehr sensiblen Daten verwendet werden dürfen und wer Zugang zu diesen Daten hat. Sie betonen, dass solche Daten für die epidemiologische Überwachung und Forschung sehr wichtig sein können und anonymisiert für solche Zwecke zur Verfügung gestellt werden sollten. Die Bedingungen für die Nutzung dieser Daten sowie die Anforderungen an deren Bearbeitung und Aggregation müssten aber klar umrissen werden, um den Schutz der Privatsphäre der Betroffenen zu gewährleisten.

**AG** und **TG** begrüssen explizit die Schaffung eines gesetzlich verankerten zentralen Informationssystems mit Sequenzierungsdaten für eine schnellere und zentrale Überwachung im Rahmen des One-Health-Ansatzes. **TG** betont, dass erst damit die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Behörden ermöglicht wird, um die Verbreitung einer durch Lebensmittel übertragbaren Krankheit wirksam zu verhüten oder zu bekämpfen. Auch **EFBS** begrüßt die Einführung des

nationalen Informationssystems «Genom–Analysen», denn dadurch würden die epidemiologischen Abklärungen erleichtert.

**LIBERTÉ** und **MV** fordern die Streichung des Artikels. **ALETHEIA** betont, dass die Sequenzierung von menschlichem Genom explizit auszuschliessen ist und dass die One-Health-Ideologie nicht ins EpG gehöre.

**EAWAG** und **WiBeG** regen die konkrete Aufnahme von Wasser, Abwasser und Luft als Probenmaterial in Abs. 2 an. Weiter möchten die Akteure zu Abs. 4 wissen, wer als einer der «mit der Erfüllung von öffentlichen Aufgaben in diesen Bereichen beauftragten Dritten» gelte und ob er sich an der Bearbeitung des Informationssystems beteiligen könne.

**ZH** begrüßt Art. 60c, der Artikel beziehe sich jedoch nur auf Genomanalysen. Eine Verknüpfung mit weiteren Systemen, die in Zukunft wahrscheinlich notwendig werden, wird hier vermisst. Auch **SGTP** betont, dass der vorgeschlagene Text stark auf die aktuell verfügbare Technologie der Sequenzierung ausgerichtet und fixiert ist. Der Gesetzestext solle technologische Entwicklungen einschliessen.

**AS** fordert, dass in Abs. 1 humane Gensequenzen nur mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten erfasst werden dürfen und jederzeit auf Verlangen gelöscht werden müssen.

**BFS** betont, dass die Begriffe «Umwelt» und «Umweltschutz» genau zu definieren sind, um unwissenschaftliche und schädigende Forderungen auszuschliessen.

**SFF** merkt zu Abs. 2 an, dass der ausdrückliche Verweis auf Art. 31 Abs. 2 Bst. a sowie 39 DSG zu präferieren sei. Bei Abs. 4 müsse das Zugangsrecht zwingend akkurat durch den Bundesrat geregelt werden.

**SPSP** sieht es als ratsam an, wenn irgendwo (Art. 60c oder 58) explizit erwähnt würde, dass Daten aus Genomanalysen zu Überwachungs- und/oder Forschungszwecken an Forschungsdatenbanken, möglicherweise im Ausland, weitergegeben werden dürfen, sofern die weitergegebenen Daten in einer Form vorliegen, die keine Identifizierung der betroffenen Personen erlaubt.

**SVDI** verlangt, dass Abs. 3 um die Angabe der verwendeten Sequenziertechnologie ergänzt werden sollte, um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

**USZ** fordert, dass spezifiziert werden sollte, welche Daten noch mit Sequenzen verlinkt sind. Auch sei hier ein restiktiver Zugang nötig.

### **Art. 60d Ausführungsbestimmungen**

<sup>1</sup> Der Bundesrat legt für die Meldungen nach den Artikeln 12, 13a, 15a, 24 Absatz 5 und 44a Folgendes fest:

- a. die technischen Aspekte der Übermittlung der Meldungen;
- b. die Verantwortlichkeiten bei der Datenübermittlung;
- c. die Identifikatoren und Berechtigungen.

<sup>2</sup> Er regelt für die Informationssysteme nach den Artikeln 60–60c:

- a. die Struktur und den Datenkatalog;
- b. die Verantwortlichkeiten für die Datenbearbeitung;
- c. die Zugriffsrechte, namentlich den Umfang der Online-Zugriffsrechte;
- d. die Verknüpfung der Informationssysteme untereinander sowie mit anderen Informationssystemen, die ge stützt auf öffentliches Recht betrieben werden;
- e. die zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit erforderlichen organisatorischen und technischen Massnahmen;
- f. das Verfahren der Zusammenarbeit mit den Kantonen;
- g. die Aufbewahrungs- und Vernichtungsfrist der Daten;
- h. die Archivierung der Daten.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGP, SGN, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAPM, SSAI, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** merken bezüglich Abs. 2 an, dass bei der Thematik Datenschutz zu beachten ist, dass

Schnittstellen nicht nur ein technisches, sondern ebenso ein finanzielles Problem darstellen. Die Finanzierung dieser Kosten sei nicht gelöst.

**AHS, PINK CROSS** und **SGCH** begrüssen die Verwendung einheitlicher Normen und Standards für den digitalen Informationsaustausch. Positiv hervorzuheben sei auch das *Once-Only*-Prinzip, das zur Minimierung des Aufwands und zur Erhöhung der Compliance beiträgt.

Gemäss **FIALI** und **STL** muss in den Ausführungsbestimmungen sichergestellt werden, dass die voraussichtlich sehr hohen Kosten für Untersuchungen, Meldungen und Aufbewahrung durch den Mehrwert gerechtfertigt sind. **SFF** wünscht ebenfalls, dass geregelt wird, in welcher Art der Bundesrat die Ausführungsbestimmungen erlässt. Eine Bundesratsverordnung sei aus normenhierarchischer Sicht vorzuziehen.

**LIBERTÉ** und **MV** verlangen die Streichung des Artikels.

**SPHD** und **SSPH+** empfehlen dem Bundesrat, bezüglich der zentralen Aufsicht zur Sicherstellung der IT-Interoperabilität dafür zu sorgen, dass eine zuständige Stelle/Behörde den Überblick über die gesamte IT-Infrastruktur, die Interoperabilität, die Effizienz (*once only*) und die Datenharmonisierung hat (z.B. das Bundesamt für Informatik und Telekommunikation).

**BL** hebt hervor, dass 17 Kantone dieselbe Software für ihre kantonalen Personenregister in Betrieb haben und in der Arbeitsgruppe begrüsst werden sollten.

**GR** merkt an, dass unter Bst. f auch geregelt und möglich sein muss, dass die Kantone untereinander zusammenarbeiten. Entsprechend soll der Zusatz «... und zwischen den Kantonen» ergänzt werden.

**SG** fordert, dass die wesentlichen Grundzüge der Verfahrensregelung (Abs. 2 Bst. f) bereits mit der Gesetzesbotschaft aufgezeigt werden sollten.

**ZH** stellt die Frage, wer unter Abs. 2 die Datenlieferanten sind. Die Mitwirkungspflicht z.B. von Beförderungsunternehmen solle zudem ergänzt werden und es fehle der zeitliche Faktor bezüglich Datenübermittlung.

**LV** betont, dass es nicht wünschenswert ist, dass es dem Bundesrat obliegt, die Vernetzung eines Bundesregisters mit derart sensiblen Daten mit anderen Registern auf dem Verordnungsweg zu erlassen. Die Einführung einer solchen Verknüpfung von Daten, die die Intimsphäre betreffen, sollte dem Referendum unterstellt werden können. Darüber hinaus sollte die Dauer der Datenspeicherung begrenzt werden.

**VB** merkt an, dass alle Abschnitte a-h die elektronische Informationssicherheit betreffen und hinterfragt, ob es hier Zertifizierungen gibt, mit denen der Bund seine IT-Abläufe zertifizieren kann, denn ansonsten könnte diesem umfangreichen Projekt kein Vertrauen geschenkt werden.

#### **Art. 62a      Verbindung des Systems für die Ausstellung und Überprüfung von Nachweisen mit ausländischen Systemen**

Das System für die Ausstellung und Überprüfung von Nachweisen nach Artikel 49b kann mit entsprechenden ausländischen Systemen verbunden werden, wenn im betreffenden Staat ein angemessener Schutz der Persönlichkeit nach Artikel 16 Datenschutzgesetz vom 25. September 2020<sup>15</sup> gewährleistet ist.

**HLI, LB, LIBERTÉ, LV** und **MV** fordern die Streichung des Artikels.

**AHS, PINK CROSS** und **SGCH** erachten besonders die im Gesetzestext explizite Bedingung, dass die Verbindung mit ausländischen Systemen nur gemacht werden darf, wenn im betreffenden Staat ein angemessener Schutz der Persönlichkeit nach Art. 16 DSG gewährleistet wird, als wichtig zum Schutz der Privatsphäre und Rechte der Individuen.

<sup>15</sup> SR 235.1

**Economiesuisse** und **SVV** zeigen sich einverstanden und unterstreichen, dass die internationale Reisetätigkeit jederzeit den Umständen entsprechend möglichst reibungsfrei möglich sein muss. Daher sei die Verbindung mit ausländischen Systemen wichtig.

**ALETHEIA** merkt an, dass Impf-, Test- und Genesungsnachweise abzulehnen sind, da sie sinnlos seien. Demzufolge entfalle auch die Einbindung in ausländische Systeme.

**ASO** begrüßt, dass mit dem VE-EpG sichergestellt werden soll, dass die Schweizer Impf-, Test- und Genesungsnachweise auch im Ausland (und umgekehrt) verwendet werden können.

**VB** betont, dass die Verbindung mit ausländischen Systemen unzulässig ist und dem Datenschutzgesetz widerspricht.

#### **Art. 69 Abs. 4**

<sup>4</sup> Das Schweizerische Heilmittelinstitut gibt dem EDI auf Anfrage im Zusammenhang mit der Meldung unerwünschter Wirkungen und Vorkommnisse nach Artikel 59 HMG<sup>16</sup> die zur Feststellung des Sachverhalts notwendigen Daten bekannt, ein schliesslich besonders schützenswerter Personendaten zur gesuchstellenden Person.

**NE** und **KAU** wünschen eine Anpassung des ersten Teils von Abs. 4 mit einem Passus aus dem HMG der regelt, dass die zuständigen Behörden die Informationen austauschen.

**H+** und **GSASA** fordern eine Neuformulierung, denn die Abklärung eines möglichen Impfschadens müsste von einer unabhängigen Instanz geleitet werden.

**ALETHEIA** stellt die Frage, warum der Daten- und Persönlichkeitsschutz hier ausgehebelt werden soll.

**AS** fordert, dass Swissmedic während der besonderen Lage und für unter Not und reduzierten Anforderungen zugelassene Medikamente (Art. 44b) eine für die Öffentlichkeit zugängige Datenbank zu erstellen hat, auf der sämtliche Wirkungen und Nebenwirkungen ersichtlich sind.

**LIBERTÉ** wünscht, dass nach «dem EDI» «und den Bürgerinnen und Bürger» eingefügt wird.

**N.I.E.** fordert, dass die Datensicherheit verbessert wird und dass diejenigen, die in den Datenbanken erfasst sind, jederzeit das Recht haben, ihre Daten nachweislich und für immer löschen zu lassen.

**SFF** zeigt sich einverstanden, sofern die Grundsätze von Art. 6 DSG zur Anwendung gelangen.

Gemäss **VB** widerspricht der Artikel dem Diskriminierungsverbot und dem Datenschutzgesetz.

#### **4.3.12 Art. 70a-70f (Finanzhilfen an Unternehmen aufgrund von Massnahmen nach Art. 6c oder 7)**

##### **Allgemeine Rückmeldungen zu Art. 70a-70f**

**Für** die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Gewährung von Finanzhilfen an Unternehmen aufgrund von Massnahmen nach Art. 6c oder 7 sprachen sich die folgenden Akteure aus: **GR, SH, TG, FDP, GRÜNE, SP** sowie **ÄÄV, ABBV, AeG BL, AeG LU, Aerosuisse, AGGL, AGSG, AGZ, ANQ, ARTISET, AS, ASS-l'addition, AVV, BAV, BBV, BEKAG, BFS, BLAV, BüAeV, Btvv, CH++, CP, Economiesuisse, FAMH, FG TRM, FMCH, FMH Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GF CH, GGR, GRIP, Gastrosuisse, GSASA, GST, H+, HIA, Hotelleriesuisse, IFF, Intergenerika, Interpharma, ISPM BE, KMU-Forum, LB, LIBERTÉ, MCID, MedGes BS, MFÄF, MFE, MV, NEK, NFP80, N.I.E., PD, PharmaSuisse, PH CH, PINK CROSS, PIGS, pro-salute ch, Pro Senectute, SAMV, SAV, SBCK, SBK, SBVg, SCA, scin, Senesuisse, SFF, SFGV, SGAIM, SGAS, SGB, SGBE, SGDA, SGDV, SGED, SGN, SGP, SGS, SGSH, SGTP, SMGP, SMPA, SMVS, SNM, SONART, Sphf, Spitex, SRF, SRO, SSAI, SSAPM, SSI, SSO, SSV, STV, SuisseCulture, SVV, SWISS, Swiss TPH, SVBG, SVHA, SVPh, SVTB, TFC, tpunkt, Uni GE, UNION, USB, USZ, VBSAE, VSAO und WiBeG.**

<sup>16</sup> SR 812.21

**AVV, Btvv, CP, EXPO, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrouisse, SBCK, SCA, SFGV und SVTB** sehen dabei allerdings die vorgesehenen Regeln als viel zu restriktiv an und verlangen umfassende Anpassungen. Auch **GRÜNE** und **SP** wünschen eine deutlich offener ausgestaltete Gesetzesgrundlage. **Intergenerika** und **scin** wünschen nur eine stark vereinfachte Regelung auf Gesetzesstufe, da weitergehende Aspekte per Notverordnung geregelt werden können. **FDP** befürwortet eine finanzielle Unterstützung, wenn Unternehmen unverschuldet, sprich infolge behördlicher Anordnungen oder staatlicher Einschränkungen, geschlossen oder in ihrer Tätigkeit stark eingeschränkt werden.

**SGV** spricht sich für die Aufnahme einer Regelung ins EpG aus, lehnt die vorliegende Bestimmung jedoch aus grundsätzlichen, finanz- und staatspolitischen Überlegungen ab. Auch für **Travail.Suisse** sollten Finanzhilfen grundsätzlich Bestandteil des EpG sein, die vorgeschlagene Lösung sei jedoch unausgereift und entsprechend abzulehnen.

**SO** äusserte sich weder eindeutig für noch gegen die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage.

**Gegen** die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Gewährung von Finanzhilfen an Unternehmen sprechen sich die folgenden Akteure aus: **GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TI, UR, VS, ZG, ZH, Die Mitte, SVP** sowie **ALETHEIA, EDU SG, LV, NVS, OdA AM, SGI** und **SVV**.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SCRHG, SFGV und STV** fordern in einem zusätzlichen Buchstaben h von Artikel 70 die Regelung, dass finanzielle Entschädigungen nur im Falle von vorsätzlichem oder wiederholtem Missbrauch zurückgefordert werden dürfen, damit Unsicherheiten wie sie im Rahmen der Covid-19-Härtefallentschädigungen vorkamen, geklärt werden.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** wünschen eine Prüfung, ob das EpG die geeignete rechtliche Grundlage für die Thematik von Finanzhilfen an Unternehmen ist.

**ASS-l'addition** wünscht eine Präzisierung des Rechts auf Entschädigung, da gemäss Bundesgerichtsentscheid Unternehmen bei sanitären Massnahmen der Rechtsweg verwehrt sei.

**Caritas** regt an, die Sicherstellung einer ausreichenden sozialen Absicherung der Bevölkerung und namentlich den zweckmässigen Ausbau der Arbeitslosenversicherung und der Erwerbsausfallentschädigungen im EpG festzuschreiben, falls eine Regelung der Finanzhilfen an Unternehmen aufgenommen wird.

**IFF** schlägt eine Klärung der im Rahmen dieser Artikelgruppe verwendeten Begrifflichkeiten für Geldleistungen des Staates an Private vor.

### **Art. 70a      Grundsätze**

<sup>1</sup> Der Bund kann Unternehmen, die in einer besonderen Lage aufgrund von Massnahmen nach Artikel 6c oder in einer ausserordentlichen Lage aufgrund von Massnahmen nach Artikel 7 namentlich hinsichtlich ihres Umsatzes erhebliche Einbussen erleiden, Finanzhilfen ausrichten, um einer drohenden schweren Rezession der gesamten Wirtschaft entgegenzuwirken.

<sup>2</sup> Unternehmen, an deren Kapital Bund, Kantone oder Gemeinden zu insgesamt mehr als 10 Prozent direkt oder indirekt beteiligt sind, werden keine Finanzhilfen ausgerichtet. Der Bundesrat kann Ausnahmen für Gemeinden mit geringer Bevölkerungszahl festlegen.

<sup>3</sup> Die Finanzhilfen dürfen frühestens 30 Tage nach Inkrafttreten der Massnahmen ausgerichtet werden und sind zu befristen.

**AVV, Btvv, CP, EXPO, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrouisse, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SFGV, STV und SVTB** fordern, dass wirtschaftliche Unterstützungsmassnahmen auch ohne drohende Rezession möglich sind. Auch sollen nur Unternehmen Finanzhilfen erhalten, die im Durchschnitt der zwei vorangehenden Jahre vor Ausbruch der besonderen Lage einen Umsatz von mindestens 50 000 Franken erzielt haben. Zudem bestehe der Anspruch auf Entschädigung subsidiär zu anderen gesetzlichen oder vertraglichen Ansprüchen. **SCA** wünscht zudem, dass in begründeten Ausnahmefällen die Höchstgrenze für nicht rückzahlbare Beiträge für Unternehmen

verhältnismässig überschritten werden darf. **LU, GRÜNE, sowie ASS-l'addition, CH++ und Ga-NE** fordern ebenfalls, dass wirtschaftliche Unterstützungsmassnahmen auch ohne drohende Rezession möglich sind.

**SGDA, SMPA, SONART, SuisseCulture, TFC** und **tpunkt** wünschen zusätzliche Möglichkeiten für Finanzhilfen für überdurchschnittlich stark betroffene Branchen. **SG, GRÜNE** sowie **SMPA, SONART, SuisseCulture, TFC** und **tpunkt** wünschen, dass neben Unternehmen u.a. auch Selbständigerwerbende Personen und Laien-Vereine berücksichtigt werden. **H+** und **GSASA** fordern, dass auch öffentlich-rechtliche und privatrechtliche Spitäler und Kliniken als Unternehmen gemäss Abs. 1 gelten. **NEK** fordert die Berücksichtigung von weiteren Akteuren wie Personen, die schwarz arbeiten. **NFP 80** und **Pro Senectute** fordern, dass auch nicht-profitorientierte Organisationen der Zivilgesellschaft Finanzhilfen erhalten können. Für **Travail.Suisse** müsste der Bund Finanzhilfen auch an Arbeitnehmende und Sozialversicherungen ausrichten können, ansonsten sei der Artikel zu streichen.

**ARTISET, SAMW, SMPA, SONART, SPHD, SSPH+, SuisseCulture, TFC** und **tpunkt** weisen darauf hin, dass Abs. 2 zu streng bzw. absolut formuliert sei und auch gemäss **SG** sei die 10-Prozent-Beteiligung zu tief angesetzt. **BE, GRÜNE** sowie **SSV** und **Travail.Suisse** wünschen die Streichung von Abs. 2. Für **Aerosuisse** und **FZH** ist als subsidiäre Massnahme zu Abs. 2 die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung des Bundes für kritische Infrastrukturen für den reibungslosen Betrieb vorzusehen. **ARTISET** wünscht die Präzisierung, dass es sich in Abs. 2 um gewinnorientierte Unternehmen handelt. **H+** und **GSASA** fordern eine Präzisierung, dass öffentlich-rechtliche und privatrechtliche Spitäler und Kliniken in Abs. 2, erster Satz ausgenommen sind. Für **Spitex** muss präzisiert werden, dass auch Unternehmen mit Einfluss des Staates Finanzhilfen beantragen können (z.B. Organisationen mit Leistungsauftrag).

**AVV, Btvv, CP, EXPO, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SFGV, SMPA, STV** und **SVTB** fordern die Entschädigung der ungedeckten laufenden Kosten, die den branchenspezifischen Fixkosten entsprechen. **SSO** fordert eine Entschädigung für Mehraufwendungen, die aufgrund pandemiebedingter Vorgaben erforderlich werden.

**Economiesuisse, SBVg** und **SVV** fordern eine strengere Formulierung der Voraussetzungen, unter denen der Bund Finanzhilfen ausrichten kann und die Unternehmen müssten unmittelbar durch die Massnahmen eingeschränkt werden, damit sie Anspruch auf Finanzhilfen haben. Auch **SAV** fordert eine präzisere Formulierung der Grundsätze. Nach **Economiesuisse, GRIP, SAV, SVV** und **VIPS** dürfen nur wirtschaftlich gesunde Unternehmen Finanzhilfen erhalten und vorgängig müssten Unternehmen zumutbare Bemühungen für eine anderweitige Deckung der Schäden vorgenommen haben.

**Ga-NE, GRÜNE** und **Travail.Suisse** fordern einen Verzicht auf die Wartefrist von 30 Tagen.

**GL** wünscht, dass geprüft wird, ob eine Unterscheidung zwischen der Vergütung von hoheitlichen und gewerblichen Tätigkeiten nicht zielführender wäre.

**ZH** fordert, dass Unternehmen, die Subventionen erhalten, analog zu den Unternehmen in (teilweise) Staatsbesitz keinen oder nur beschränkten Anspruch auf zusätzliche Finanzhilfen erhalten.

**AS** fordert, dass angerichtete Schäden durch den Bund entschädigt werden.

**NFP 80** fordert, dass der Bund auch Nichtregierungsorganisationen Liquiditätszahlungen leisten kann.

**Pro Senectute** regt an, den Begriff «kapitalbeteiligt» (Abs. 2) detaillierter auszuführen.

**SFF** fordert, dass «erheblichen Umsatzeinbussen» auf Verordnungsstufe präzisiert werde, um Missbrauch zu verhindern.

**SGB** wünscht, dass Finanzhilfen zur Sicherung von Arbeitsplätzen allgemein für alle Sachverhalte und Branchen zugesichert werden müssen.

### **Art. 70b Form der Finanzhilfen**

- <sup>1</sup> Die Finanzhilfen werden in Form von teilweise oder vollständig durch den Bund verbürgten Bankkrediten gewährt.  
<sup>2</sup> Der Bund kann die Gewährung von Bürgschaften an Dritte (Bürgen) übertragen.

**FR, GR, SG, SZ, GRÜNE, SP, NEK** sowie **ARTISET, AS, ASS-l'addition, AVV, Btvv, CH++, CP, EXPO, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, GSASA, H+, LIBERTÉ, NFP 80, SBCK, SCA, SFGV, SGBE, SMPA, SONART, SuisseCulture, SVTB, TFC, tpunkt, Uni GE** und **WiBeG** kritisieren, dass Finanzhilfen auf Bürgschaften beschränkt sind und fordern, dass auch nichtrückzahlbare Geldleistungen möglich sein müssten.

**AR, GR, LU, SH** und **UR** weisen darauf hin, dass der vorgeschlagene Ansatz von rückzahlbaren Bankkrediten im Kultur- und Sportbereich nicht umsetzbar ist.

**Economiesuisse, GRIP, SVV** und **VIPS** begrüssen, dass einzig Kredite und keine A-fonds-perdu-Gelder vorgesehen sind.

Nach **GRÜNE** müssten neben Bürgschaften auch A-fonds-perdu-Beiträge ermöglicht werden und für Menschen mit geringem Einkommen oder mit Betreuungspflichten müsse eine vollständige Lohnfortzahlung im Falle von Kurzarbeit garantiert sein. Weiter solle die gesetzliche Grundlage auch die Möglichkeit erfassen, Regelungen zur Reduktion von Geschäftsmieten zu erlassen.

**SGB** bedauert, dass keine dauerhafte formalgesetzliche Grundlage für bestimmte Massnahmen geschaffen wird, insbesondere für Erwerbsausfallentschädigungen und Leistungen in Abweichung des AVIG.

**SASPA** wünscht die Ergänzung von «...oder nicht rückzahlbaren Beiträgen...» in Art. 70b Abs. 1, sowie die Aufnahme eines zusätzlichen Absatzes der regelt, dass nicht rückzahlbare Beiträge insbesondere für Unternehmen vorzusehen sind, die einen wesentlichen Auftrag zur Aufrechterhaltung des Betriebs der Landesflughäfen bzw. Landesversorgung leisten. Der Bund soll die Einzelheiten regeln.

### **Art. 70c Beteiligung der Kantone**

- <sup>1</sup> Die Kantone beteiligen sich zur Hälfte an den Verwaltungskosten der Bürgen und an den Bürgschaftsverlusten.  
<sup>2</sup> Die Verwaltungskosten und Bürgschaftsverluste werden wie folgt auf die Kantone aufgeteilt:  
a. zu zwei Dritteln nach dem Anteil der Kantone am Bruttoinlandprodukt;  
b. zu einem Drittel nach der Wohnbevölkerung.  
<sup>3</sup> Für die Bestimmung des Anteils der Kantone am Bruttoinlandprodukt und der Wohnbevölkerung werden die Zahlen des Jahres vor Inkrafttreten der Verordnung nach Artikel 70f zugrunde gelegt.

**AVV, Btvv, CP, EXPO, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SCRHG, SFGV, STV** und **SVTB** fordern ergänzend zum Artikel 70c einen neuen Artikel betreffend Regelungen zur Kostenübernahme für Entschädigungen. Die Kosten für finanzielle Entschädigungen sollen dabei durch Bund und Kantone geteilt werden und die Entschädigung grundsätzlich durch diejenige Behörde erfolgen, die für die Anordnung der Massnahme überwiegend verantwortlich ist. Die Entschädigung durch den Bund würde zudem voraussetzen, dass die Unternehmen vor dem Ausbruch der Epidemie profitabel oder überlebensfähig waren und dass sie nicht Anspruch auf andere mit der Epidemie verbundenen Finanzhilfen des Bundes haben. Auch **SGDA, SMPA, SONART, SuisseCulture, TFC** und **tpunkt** wünschen ergänzende Regelungen bezüglich der Kostenteilung bei nichtrückzahlbaren Geldbeiträgen. Explizit zu erwähnen seien dabei auch Finanzhilfen, die der Bund in Übereinstimmung mit der Kompetenzordnung zu grösseren Teilen oder vollständig trägt.

**BE, SG, TG, TI, ZG, ZH** sowie **IFF** und **SGV** fordern, dass der Bund aus Gründen der fiskalischen Äquivalenz die Kosten für Massnahmen, die er verfügt, auch trägt. **TI, TG** sowie **ASS-l'addition** fordern explizit die Streichung des Artikels. **SG** ergänzt, dass sofern die Kantone einen Spielraum bei Entscheidungen über (Teil-)Schliessungen etc. erhalten, sie entsprechend finanziell stärker in die Verantwortung genommen werden können. **ZG** ergänzt, dass sofern eine Regelung zur Beteiligung

der Kantone festgelegt würde, diese Beteiligung ein Drittel betragen solle. Auch **SH, SO** und **SZ** hinterfragen die hälftige Beteiligung. **GR** sieht die hälftige Beteiligung aus Gründen der Verhältnismässigkeit als nicht geeignet an und wünscht in Anlehnung an die Erfahrungen aus der Covid-19-Epidemie eine Kostenverteilung mit einer Abstufung in Abhängigkeit vom Kreditumfang. **SH** lehnt die Verteilung der Bürgschaftsausfälle auf alle Kantone nach BIP und Bevölkerungszahl ab. **ZG** fordert, dass auf die Berücksichtigung des BIP bei der Aufteilung auf die Kantone zu verzichten und einzig die Wohnbevölkerung zu berücksichtigen sei.

**Economiesuisse** und **SVV** sehen es als wichtig an, dass sich Bund und Kantone auf eine Lösung wie die hier vorgeschlagene einigen.

**Travail.Suisse** befürwortet eine Beteiligung der Kantone und unterstützt den Artikel im Prinzip, wobei bei der Berücksichtigung von weiteren Finanzhilfen genauere Formulierungen notwendig werden.

### **Art. 70d Datenbearbeitung**

<sup>1</sup> Die zuständigen Behörden, Bürgen sowie deren beauftragte Dritte als auch die Kreditgeber und die Schweizerische Nationalbank können zur Verhinderung, Bekämpfung und Verfolgung von Missbrauch sowie zur Verwaltung, Überwachung und Abwicklung der Kredite und Bürgschaften Personendaten und Informationen, einschliesslich Daten über verwaltungs- und strafrechtliche Verfolgungen oder Sanktionen, sowie Daten über Massnahmen der sozialen Hilfe, bearbeiten; sie können die Daten verknüpfen und sich gegenseitig bekanntgeben.

<sup>2</sup> Das Bankkunden-, Steuer-, Statistik-, Revisions- oder Amtsgeheimnis kann gegen die Bearbeitung, die Verknüpfung und die Bekanntgabe von Personendaten und Informationen nach diesem Artikel nicht geltend gemacht werden.

<sup>3</sup> Personendaten und Informationen, die folgende Inhalte aufweisen, dürfen nicht öffentlich zugänglich gemacht werden:

- a. die Identität und die Bankverbindungen der kreditsuchenden und kreditnehmenden Unternehmen und Personen;
- b. die Beträge, die den einzelnen Unternehmen und Personen zugesprochen oder verweigert wurden.

**ZH** begrüssen die Bestimmung aus datenschutzrechtlicher Sicht.

**AS** wünscht die Streichung des Artikels.

**SFF** fordert, dass die Formulierung der Datenbearbeitung (Verknüpfung und Bekanntgabe) einschränkungslos zu definieren sei.

**BBV** sieht in diesem Artikel unter Berufung auf das Verhältnismässigkeits- und Rechtsstaatlichkeitsprinzip eine Generalvollmacht zur Datenbearbeitung und Datenverknüpfung

### **Art. 70e Abweichungen vom Obligationenrecht und vom Postorganisationsgesetz**

Der Bundesrat kann zur Gewährung und Umsetzung der Finanzhilfen vom Obligationenrecht vom 30. März 1911<sup>17</sup> (OR) und vom Postorganisationsgesetz vom 17. Dezember 2010<sup>18</sup> abweichen in Bezug auf:

- a. die Gewährung der Bürgschaften (Art. 492-512 OR);
- b. Beschränkungen der persönlichen Haftung der Mitglieder des obersten Verwaltungs- oder Leitungsorgans der Kreditnehmerin oder des Kreditnehmers sowie aller mit der Geschäftsführung oder der Liquidation der Kreditnehmerin oder des Kreditnehmers befassten Personen (Art. 568, 604-612, 722, 794, 817, 868-878 OR);
- c. die Meldepflichten der Revisionsstelle bezüglich unzulässiger Handlungen nach Artikel 70f Absatz 1 Buchstabe e (Art. 728a-731a OR);
- d. die Berechnung des Kapitalverlusts und der Überschuldung (Art. 725-725c OR);
- e. die Übertragung von Kreditforderungen sowie deren Vorzugs- und Nebenrechte zum Zweck der Refinanzierung durch die Schweizerische Nationalbank (Art. 164-174 OR);
- f. die Gewährung von verbürgten Bankkrediten der PostFinance AG an Unternehmen, die schon vor Inkrafttreten der Verordnung nach Artikel 70f Absatz 1 Kundinnen und Kunden der PostFinance AG waren, sowie die Weiterführung solcher Kredite bis zur vollständigen Amortisation.

<sup>17</sup> SR 220

<sup>18</sup> SR 783.1

**AS** fordert die Streichung von Buchstabe b.

### **Art. 70f      Regelungspflichten**

<sup>1</sup> Der Bundesrat regelt in Form einer Verordnung:

- a. die Voraussetzungen für die Gewährung von Bürgschaften einschliesslich der Befristung der Gesuchseinreichung für die verbürgten Bankkredite sowie die Berücksichtigung anderer staatlicher Unterstützungsmaßnahmen;
- b. die Art, die Bemessung und die Dauer der Bürgschaft;
- c. die Verzinsung und die Rückzahlung der verbürgten Bankkredite;
- d. die inhaltlichen Vorgaben der vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Kreditgeber und dem Bürgen sowie zwischen der Gesuchstellerin oder dem Gesuchsteller und dem Kreditgeber;
- e. welche Handlungen während der Bürgschaft unzulässig sind, namentlich:
  - 1. die Gewährung von Darlehen oder die Rückzahlung von Darlehen von Gesellschafterinnen und Gesellschaftern der Kreditnehmerin oder des Kreditnehmers oder von ihr oder ihm nahestehenden Personen,
  - 2. die Umschuldung vorbestehender Bankkredite,
  - 3. der Beschluss von Dividenden und Tantiemen,
  - 4. der Beschluss einer Rückerstattung von Kapitaleinlagen;
- f. die Übertragung von Rechten und Pflichten aus dem Kreditverhältnis durch die Kreditnehmerin oder den Kreditnehmer;
- g. die Zuständigkeiten der Amtsstellen des Bundes, der Kantone und allfälliger beauftragter Dritter im Rahmen der Missbrauchsbekämpfung;
- h. die Übernahme von Verwaltungskosten des Bürgen und Bürgschaftsverlusten durch den Bund;
- i. die Auskunftspflichten und Mitwirkungspflichten von Bürgen, Kreditgebern, Kreditnehmern sowie von deren Revisionsstellen;
- j. welche Widerhandlungen strafbar sind.

<sup>2</sup> Er konsultiert die Kantone oder die zuständige Konferenz der kantonalen Direktorinnen und Direktoren zum Verordnungsentwurf.

**AVV, btvv, CH++, CP, EXPO, Ga-LU, Ga-VS, Ga-NE, Ga-NW, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, SBCK, SCA, SCRHG, SFGV, SGDA, SMPA, SONART, STV, SuisseCulture, SVTB, TFC und tpunkt** fordern die Anpassung des Artikels dahingehend, dass er mit der Möglichkeit für Entschädigungen (nicht nur Bürgschaften) kompatibel ist.

**Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, Hotelleriesuisse, SBCK und SFGV** fordern, dass Verwendungsbeschränkungen nach Art. 70f Abs. 1 Bst. e in erster Linie die Bürgschaften betreffen und nicht auf die Entschädigungen für ungedeckte laufende Kosten angewandt werden sollten. Auch **Economiesuisse, SBVg** und **SVV** fordern die Streichung der Aufzählung in Buchstabe e, da sich der Bundesrat mit dieser Formulierung bei der Ausgestaltung der Ausführungsverordnung unnötige einschränke.

**IFF** weist darauf hin, dass die Bestimmung von Art. 70f auch in den Anhang 2 Ziff. 6 des Parlamentsgesetzes (ParlG) aufgenommen werden müssten und damit der Bundesrat auch für den Erlass einer Verordnung über Finanzhilfen vorgängig die zuständigen Kommissionen der Bundesversammlung konsultieren müsste (Art. 151 Abs. 2<sup>bis</sup> ParlG).

Gemäss **SBVg** ist unter Buchstabe c sicherzustellen, dass die Kosten der Kreditgebenden gedeckt werden. Zudem sollen bei der Erarbeitung einer Ausführungsverordnung zu den Finanzhilfen (Absatz 2) die ausführenden Kreditgebenden miteinbezogen werden. Auch **Economiesuisse** und **SVV** fordert, dass die Kosten der Kreditgebenden gedeckt werden.

**SFF** wünscht eine detaillierte Regelung der Vorgaben auf Verordnungsstufe.

#### **4.3.13 Art. 74-74h (Kostenübernahme für wichtige medizinische Güter)**

##### **Allgemeine Rückmeldungen Art. 74-74h**

**GDK, AI, AG, BE, BL, BS, FR, GL, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI** und **VD** fordern, dass in der besonderen und ausserordentlichen Lage alle Kostenträgerinnen und Kostenträger zur Übernahme von patientenbezogenen Mehrkosten verpflichtet sind, nicht nur bei den Trägerinnen und Trägern des entsprechenden Erregers. Die Konzepte für eine rasche Umsetzung solcher Zusatzzahlungen sind durch die Kostenträgerinnen und Kostenträger und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Voraus zu erstellen, sodass sie im definierten Anwendungsfall rasch zum Einsatz kommen können.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** merken an, dass allgemein die Höhe der jeweiligen Vergütungen unklar ist. Es müsse festgehalten werden, dass diese für die Leistungs-erbringenden kostendeckend sind.

**PH CH, SBK** und **SVBG** unterstützen die in den Artikeln 74 bis 74h des EpG vorgesehenen Regelungen zur Kostenübernahme wichtiger medizinischer Güter durch den Bund.

**AHS** und **SGCH** sind der Ansicht, dass die im VE-EpG enthaltenen Neuerungen auch für die Elimination übertragbarer Krankheiten im Rahmen von nationalen Programmen gelten sollen. Dies sei aufgrund unterschiedlich verwendeter Terminologie im VE nicht immer ersichtlich und sollte im Sinne der Transparenz und Rechtssicherheit entsprechend angepasst werden.

**AR** begrüßt die frühzeitige Regelung der Kostenübernahme im Rahmen der EpG Revision. Jedoch sei eine Beurteilung der möglichen Mehrkosten der Art. 74, 74a und 74d zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich, da keine Ausführungen über den bisherigen Abrechnungsmodus gemacht werden.

**LU** stellt die Frage, ob es Situationen geben kann, wo Tiere zum Schutz der humanen Gesundheit gegen bestimmt übertragbare Krankheitserreger / Zoonosen geimpft werden müssten, nicht im Sinne der Tierseuchenbekämpfung, sondern der Prävention bzw. der Bekämpfung von Epidemien. In diesem Zusammenhang wäre dann auch zu klären, wer die Kosten dafür zu übernehmen hätte.

**ZH** weist darauf hin, dass in den Art. 74f-74h nur der Bund erwähnt sei. Wenn jedoch die Kantone die Kosten für die Verabreichung der Impfungen tragen sollen, so müssten die Kantone in diesen Artikeln zusätzlich zum Bund erwähnt und ihnen entsprechende Möglichkeiten zugesprochen werden. Damit ein schlanker Abrechnungsprozess sichergestellt werden könne, schlägt **ZH** zudem einen zusätzlichen Artikel vor.

**EDU SG** lehnt das Gesetz und spezifisch Art. 74 und 74a-c ab, weil der Bund im Epidemiefall Unmengen Impfungen und Medikamente bestellt habe, die nachher in dieser Menge nicht gebraucht wurden.

**EKSI** begrüßt insgesamt die für eine wirksame Bekämpfung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI, für den englischen Begriff Sexually Transmitted Infections) relevanten Art. 74 bis 74d. Der Akteur fordert jedoch, dass die Kostenübernahme durch den Bund im Rahmen von Programmen zur Elimination übertragbarer Krankheiten nicht auf Impfungen und diagnostische Tests begrenzt wird, sondern auch auf Arzneimittel und allfällig weitere, für die Infektionsbekämpfung wichtige medizinische Güter erweitert wird.

**H+** stimmt der Artikelgruppe unter dem Vorbehalt zu, dass Vergütungen von Leistungen nach den Tarifierungsgrundsätzen des KVG vorzusehen sind. Eine Präzisierung im Gesetzestext soll entsprechend vorgenommen werden. Zudem fordert der Akteur einen Ergänzungartikel zur Übernahme der Kosten für Vorratshaltungen.

**H-CH** unterstreicht, dass die zu erreichenden Bevölkerungsgruppen alle Personen umfassen sollte, die sich dauerhaft in der Schweiz aufhalten.

**N.I.E.** fordert, dass Verträge, welche der Bundesrat mit Pharmafirmen abschliesst, öffentlich sein müssen.

**Art. 74 Kosten für die Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern**

<sup>1</sup> Der Bund trägt die Kosten für die Versorgung der Bevölkerung mit wichtigen medizinischen Gütern nach Artikel 44.

<sup>2</sup> Er kann die Kosten für die Versorgung des Personals der schweizerischen Vertretungen im Ausland mit wichtigen medizinischen Gütern übernehmen.

<sup>3</sup> Er kann die Kosten für die Versorgung der Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer mit wichtigen medizinischen Gütern übernehmen, sofern diesen nicht zugemutet werden kann oder sie nicht in der Lage sind, ihre Interessen selbst oder mit Hilfe Dritter zu wahren. Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit ist die Lage im betreffenden Land zu berücksichtigen. Vorbehalten bleiben die Fälle, in denen Leib und Leben der betroffenen Personen in Gefahr sind.

<sup>4</sup> Werden wichtige medizinische Güter abgegeben, so legt der Bundesrat unter Berücksichtigung der Grundsätze von Artikel 32 Absatz 1 KVG<sup>19</sup> die Preise fest. Er orientiert sich dabei primär an den Beschaffungspreisen und sekundär an den Marktpreisen, sofern diese unter den durchschnittlichen Beschaffungspreisen liegen.

**SP, EKSI** sowie **AHS, IDS NE, PINK CROSS, SAMW, SGCH, SPHD** und **SSPH+** erachten die Einschränkung auf Personen, die in der Schweiz wohnen, arbeiten oder KVG-versichert sind, als zu eng gefasst. Es sollen aus Präventions- und Gesundheitsgründen auch Personen umfasst werden, die sich nur vorübergehend in der Schweiz aufhalten sowie Sans-Papiers. **EKSI** sowie **IDS NE, SPHD** und **SSPH+** erweitern diese Forderung auch auf Sexworkerinnen und Sexworker mit Touristenvisum sowie auf Schlüsselgruppen im aktuell gültigen NAPS. **AHS, PINK CROSS, SAMW** und **SGCH** unterstreichen, dass die Bekämpfung von STI nur erfolgreich sein kann, wenn die aufgezählten Personengruppen miterfasst werden.

**Economiesuisse, GRIP, Interpharma** und **SVV** weisen auf die Wichtigkeit der Differenzierung zwischen Einkauf zur Ersteinführung oder bereits verfügbaren Arzneimitteln hin. Bei Ersteinführungen solle man sich an die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien), bei bereits verfügbaren Produkten an bestehenden Marktpreisen orientieren. Im Abs. 4 soll entsprechend Klarheit geschaffen werden.

**GRIP, Intergenerika, scin** und **VIPS** zeigen sich teilweise einverstanden und fordern, dass im Abs. 4 darauf hingewiesen wird, dass Marktpreise vergütet werden müssen.

**LV** fordert die Streichung des zweiten und des letzten Satzes in Abs. 3. **MV** verlangt die ersatzlose Streichung des Artikels. Auch **ALETHEIA** ist nicht mit dem Artikel einverstanden, da der Bundesrat die Preise für die medizinischen Güter festlege und aus ihrer Sicht der Art. 73 genüge. Es braucht keine Aufteilung der Kosten. **AS** fordert, dass das, was die Krankenkasse nicht bezahlt, selbst zu tragen ist.

**ABBV** und **H-CH** sind der Ansicht, dass hier Tests eingeschlossen sein (vgl. Art. 74d) und deshalb unter Art. 3 Bst. e als wichtige medizinische Güter gelistet werden müssten. **EKSI** unterstützt die Inklusion von Diagnostika zu den wichtigen medizinischen Gütern, da erstere für eine erfolgreiche Bekämpfung von sexuell übertragbaren Erkrankungen von eminenter Bedeutung sind.

**TI** begrüßt die Kompetenz des Bundesrates, die Preise für wichtige medizinische Geräte festzulegen, da dadurch keine wertvolle Zeit für Preisverhandlungen verloren geht.

**SP** begrüßt zudem die vorgesehene Kostenübernahmen durch den Bund anstelle der OKP, um rasch reagieren, die Prävention stärken und die Elimination von übertragbaren Krankheiten voranbringen zu können.

**GRÜNE** zeigt sich erfreut über die neue Kompetenz des Bundes, medizinische Güter zur Versorgung der Bevölkerung herstellen zu lassen sowie deren Forschung und Entwicklung fördern zu können. Der Bund soll diese Kompetenz bereits in der normalen Lage erhalten, sofern sich Versorgungsgesässe, fragile Lieferketten, einseitige Abhängigkeiten sowie Marktversagen und / oder geopolitische

<sup>19</sup> SR 832.10

Risiken abzeichnen. Eine entsprechende Anpassung im Epidemiengesetz soll vorgenommen werden.

**ARTISET** erachtet die explizite Erwähnung des freien Verkehrs von Arbeitnehmenden in den Grenzregionen, insbesondere für Personen, die in Pflege und Betreuung tätig sind, als folgerichtig.

**ASO** begrüßt, dass den Bedürfnissen der Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer in den Absätzen 2 und 3 Rechnung getragen wird.

**SDV** fordert, dass die Versorgung der Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer mit wichtigen medizinischen Gütern eine rein subsidiäre Massnahme sein dürfe und nur unter der Voraussetzung erachtet wird, dass keine anderweitige Kostentragung im Wohnsitzstaat oder durch Dritte etc. erfolgt.

**SFF** begrüßt, dass die Kostenübernahme durch den Bund für die Versorgung der Bevölkerung mit wichtigen medizinischen Gütern nicht mehr nur Heilmittel umfasst. Ebenso begrüßt wird die Definition von «Bevölkerung».

#### **Art. 74a Kosten für die Abgabe von Impfstoffen**

<sup>1</sup> Werden nach Artikel 44 beschaffte Impfstoffe der Bevölkerung gestützt auf eine Empfehlung des BAG (Art. 20) abgegeben, so trägt der Bund die Kosten des Impfstoffs; die Kantone tragen die Kosten der Verabreichung der Impfungen.

<sup>2</sup> Der Bund kann nach Artikel 44 beschaffte Impfstoffe gegen Bezahlung abgeben, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllt sind.

<sup>3</sup> Werden der Bevölkerung Impfstoffe abgegeben, die nicht nach Artikel 44 beschafft wurden, und werden die Kosten nicht von einer Sozialversicherung übernommen, so kann der Bund die Kosten von Impfungen, für die das BAG eine Empfehlung (Art. 20) abgegeben hat, übernehmen, wenn die Abgabe einem der folgenden Zwecke dient:

- a. dem indirekten Schutz besonders gefährdeter Personen;
- b. der Elimination übertragbarer Krankheiten im Rahmen von nationalen Programmen nach Artikel 5.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FG TRM, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SBK, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVBG, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** verlangen den frühzeitigen und aktiven Einbezug der Leistungserbringenden bzw. deren Verbände bei Diskussionen resp. Verhandlungen zur Erarbeitung von spezifischen Vergütungen für Tests oder Impfungen. Dies soll eine praxistaugliche und kosten-deckende Umsetzung und Leistungserbringung gewährleisten.

**AG, BE, BS, FR, LU, NE, TI** und **VD** unterstützen die vorgeschlagene Kostenteilung, weisen aber darauf hin, dass die Kosten für die Durchführung der Impfungen analog den Impfungen gegen COVID-19 von der OKP getragen werden sollten. Dies, da die Kantone ansonsten die zusätzlichen Kosten für die Bereitstellung von Räumlichkeiten, Material oder Personal übernehmen müssten, die nicht durch den Tarif abgedeckt sind und mit Entscheidungen in ihrem Zuständigkeitsbereich zusammenhängen. **AG, BE, BS, FR, LU, NE** und **VD** ergänzen, dass eine Kostentragung durch die OKP weniger rasch umsetzbar ist. Zudem falle die Kostentragung durch die Kantone für das Gesamtgesundheitssystem günstiger aus und im Vergleich zum Bund werden die Kantone mit den vorgeschlagenen Änderungen des EpG insgesamt weniger stark belastet. **BE** und **BS** hätten eine Kostentragung durch die OKP präferiert, sehen aber ein, dass dies mit den geltenden Rahmenbedingungen im KVG verschiedene Schwierigkeiten mit sich bringen würde und eine parallel zur EpG-Revision laufende KVG-Revision für eine neue Sonderregelung ungeeignet wäre. **AI** hätte eine Kostentragung durch die OKP präferiert, kann sich aber hinter diesen Vorschlag stellen. **GDK, BL, GL, SG, SH** und **TG** können sich hinter den Vorschlag stellen. **GL** begrüßt den Vorschlag, da dieser rasch und pragmatisch umsetzbar ist.

**AG, BE, BS, FR, GE, GL, LU, NE** und **VD** unterstützen, dass der Bund die Höhe der Vergütung für die Verabreichung des Impfstoffs regelt, da damit keine Tarifverhandlungen zwischen Kantonen bzw.

GDK und Leistungserbringenden notwendig sind. **AG, BE, BS, FR, GE, GL, LU und VD** fordern aber, dass der Bund die Kantone vor der Regelung ebendieser anhören soll.

**AG, BE, BS, GL, NE, NW und VD** erachten Art. 74a Abs. 3 als wertvollen Beitrag an eine zielgerichtete und vorausschauende Gesundheitspolitik.

**AHS, IDS NE, PINK CROSS, SAMW, SGCH, SPH und SSPH+** begrüssen die abschliessende Kostenübernahme durch den Bund anstelle der OKP. Dies ermögliche ein rasches Handeln in einer Situation besonderer Gefährdung der öffentlichen Gesundheit, eine Erweiterung des Kreises der Leistungserbringenden (z.B. um Fachstellen für sexuelle Gesundheit und Checkpoints) und schafft die Voraussetzung, dass Impfungen zur Elimination einer STI ausserhalb der OKP übernommen werden können, womit verhindert wird, dass Personen aus finanziellen Gründen (Franchise, Selbstbehalt) auf eine Impfung verzichten. **SPHD und SSPH+** unterstreichen, dass diese Massnahme auch im Hinblick auf die wirtschaftlichen Gesamtkosten die effizienteste sei.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf und SPh** fordern, dass nicht nur die Kosten des Impfstoffes zu tragen sind, sondern auch für die Verabreichung des Impfstoffes.

**EKSI** sowie **SGBE, Uni GE** und **WiBeG** fordern, dass Abs. 3 Bst. b mit «Elimination oder Kontrolle» ergänzt werden soll. **SGBE, Uni GE** und **WiBeG** erachten die Kostenübernahme für Impfungen im Rahmen nationaler Programme zur Ausrottung übertragbarer Krankheiten als ein erster Schritt, fordern aber, dass bei allen übertragbaren Krankheiten umfassender vorzugehen sei, bei denen die individuelle Impfung auch der Gemeinschaft über die Gruppenimmunität zugutekommt. **EKSI** unterstreicht die Wichtigkeit, alle Programme zur Bekämpfung von STI im Rahmen dieses und folgender Artikel zu berücksichtigen, da die bestehenden nationalen Programme zumindest teilweise nicht eine Elimination anstreben können, sondern eine Kontrolle von übertragbaren Krankheiten zum Ziel haben. **H-CH** begrüsst ebenfalls die Erwähnung der Kontrolle oder Elimination übertragbarer Krankheiten im Rahmen von nationalen Programmen, wünscht aber auch eine Übernahme der Kosten durch den Bund für Personen ohne Aufenthaltsbewilligung bei fehlender Krankenkasse.

**AS, LIBERTÉ** und **MV** fordern die ersatzlose Streichung des Artikels. **AS** ist der Ansicht, dass die Kosten durch die Geimpften zu tragen seien.

**EDU SG** fordert, dass der Bund mit der Pharmaindustrie nur Verträge (Bestellungen) über Impfstoffe abschliessen darf, wenn bei Ausbruch einer Epidemie oder Pandemie bekannt ist, wie gefährlich eine Krankheit ist. Auch sollten Impfherstellende verpflichtet werden, die Behandlung von Geschädigten zu finanzieren. Die Haftung der Pharmakonzerne dürfe zudem in den Verträgen nicht ausgeschlossen werden. **PVS** betont, dass ohne Aufarbeitung der Erfahrungen aus der Covid-19-Epidemie und lückenlose Transparenz bezüglich der Verträge mit den Impfstoffproduzentinnen und Impfstoffproduzenten bedenklich wäre, die Beschaffungskosten erneut zu Lasten der Steuerzahlenden zu übernehmen.

**ARTISET** und **Senesuisse** begrüssen Abs. 3, da dies indirekt dem Schutz besonders gefährdeter Personen dient.

**AR** bemängelt, dass auch nicht im erläuternden Bericht ausreichend hervorgeht, warum die Verabreichung von den Impfstoffen gesondert behandelt wird und nicht wie für andere Arzneimittel eine zeitgerechte Regelung zur Kostenübernahme mit den Sozialversicherungen möglich ist oder für einen Pandemiefall vorgesehen werden kann. Die Anwendung von Abs. 1 und 2 sollte sich an der aktuellen Lage und Verfügbarkeit von Medikamenten inklusive Impfstoffe orientieren. Der Kanton unterstützt, dass die Möglichkeit der Rückführung der beschafften Impfdosen durch den Bund in den regulären Markt vorgesehen wird.

**GE** unterstützt die Kostenaufteilung für den Fall, dass die Kostenübernahme durch die OKP nicht schnell genug geregelt werden kann. Der Kanton ist jedoch der Ansicht, dass die OKP die Kosten für Impfstoffe übernehmen sollte und die Franchise und der Selbstbehalt für alle empfohlenen Impfungen aufgehoben werden sollten. Auch sollten die Zulassungsverfahren im Falle eines spezifischen

Risikos für die öffentliche Gesundheit überarbeitet werden. Falls die Franchise oder der Selbstbehalt nicht aufgehoben werden, sollte der Bund die Kosten, die der geimpften Person verbleiben, übernehmen. Der Kanton begrüsst zudem im Abs. 3 Bst. a die vollständige Übernahme der Impfungen für Angehörige von vulnerablen Personen durch den Bund. Es werden jedoch Bedenken bezüglich der Umsetzung dieser Bestimmung und der anschliessenden Rechnungsstellung geäussert.

**SO** beantragt, dass die Kosten für die Verabreichung der Impfungen durch die OKP gedeckt werden.

**ZH** fordert, dass im Sinne der fiskalischen Äquivalenz der Bund auch die Kosten für die Verabreichung der Impfstoffe übernehmen soll. Zudem weist der Akteur betreffend Abs. 3 Bst. b darauf hin, dass darauf verzichtet werden soll, weitere Impfprogramme wie das HPV-Impfprogramm einzuführen, denn dies führen zu sehr grossen personellen und finanziellen Aufwänden bei den Kantonen.

**ASO** begrüsst, dass Abs. 2 die Voraussetzung für die Abgabe von Impfstoffen an Selbstzahlende regelt (Selbstzahlersystem). Hier werde die Konkretisierung auf Verordnungsstufe zentral sein.

**BFS** fordert, dass eine Impfempfehlung des BAG nicht zu einer automatischen Kostenübernahme des Bundes führen darf. Impfempfehlungen und die Übernahme der Kosten sollen künftig dem Veto des Ständerats unterstellt werden.

**N.I.E.** ist der Ansicht, dass der Bundesrat nicht allein entscheiden könne, wie viele Impfstoffe die Bevölkerung brauche, ohne vorher Umfragen in der Bevölkerung gemacht zu haben.

**Santésuisse** begrüsst die Regelungen des Systems für die Selbstzahlung für Impfungen im Abs. 2. Auch begrüsst der Akteur in Abs. 3, dass der Bund auch in Situationen, in denen er nicht den Impfstoff beschafft, die Kosten von Impfungen übernehmen kann.

**SFF** begrüsst die vorgeschlagene Kostenteilung, bemängelt aber die nicht geregelten Zuständigkeiten bezüglich der Beschaffung der Injektionsspritzen und Nadeln. Die Beschaffung dieser Utensilien müsse in die Kompetenz des Bundes fallen und entsprechend im Artikel reflektiert sein. Bei Abs. 2 müsse hinzugefügt werden, dass eine kostenpflichtige Abgabe des Impfstoffs nur erfolgen darf, wenn der Inland-Bedarf gedeckt ist. Zudem solle bei Abs. 3 ergänzt werden, dass die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 ebenfalls gelten.

**USB** kritisiert, dass nach wie vor unklar ist, was wann wem in Rechnung gestellt wird. Es werde nirgends aufgeführt, dass bei der Erarbeitung dieser Dokumente auch Leistungserbringende in die Prozesse einbezogen werden, die die Fakturierung an die richtigen Kostenträgerinnen und Kostenträger sicherstellen müssen. Die Leistungserbringende erhielten zudem für ihren administrativen Aufwand keine Entschädigung.

#### **Art. 74b Kosten für die Abgabe von Arzneimitteln**

<sup>1</sup> Werden nach Artikel 44 beschaffte Arzneimittel, mit Ausnahme von Impfstoffen, der Bevölkerung gestützt auf eine Empfehlung des BAG oder im Rahmen nationaler Programme zur Elimination übertragbarer Krankheiten therapeutisch oder präventiv abgegeben, so trägt der Bund die Kosten der Arzneimittel; die Sozialversicherungen tragen die Kosten für die Vergütung der Leistung und die mit der Abgabe verbundenen Aufwände.

<sup>2</sup> Bei Personen, die über keine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem KVG<sup>20</sup> verfügen, trägt der Bund die Kosten für die Vergütung der Leistung und die mit der Abgabe verbundenen Aufwände.

**GDK, AG, AR, BE, BL, BS, GE, GL, LU, NW, SG, SH, TG, TI, UR** und **VD** begrüssen den Artikel 74b explizit.

**AHS, PINK CROSS, SAMW** und **SGCH** begrüssen die vorgesehene Verankerung der Kostenübernahme für Arzneimittel, die vom Bund beschaffen werden, insbesondere weil die Erfahrungen mit Mpox (monkeypox, ehemals «Affenpocken» genannt) die Notwendigkeit einer entsprechenden Anpassung klar aufgezeigt haben. Die Akteure wünschen jedoch, dass Art. 74b analog zu Art. 74a Abs. 3 erweitert wird.

<sup>20</sup> SR 832.10

**AS, LIBERTÉ und MV** fordern die Streichung des Artikels.

**EKSI** unterstützt die Verankerung der Kostenübernahme für Arzneimittel, die vom Bund beschafft werden. Der Akteur gibt aber zu bedenken, dass die Option zur Kostenübernahme durch den Bund auf Empfehlung des BAG im Rahmen nationaler Programme nach Art. 5 EpG analog zum VE-EpG Art. 74a Abs. 3 auch auf Arzneimittel erweitert wird, zumindest sofern sie präventiv eingesetzt werden. Dies gilt insbesondere für Fälle, wo eine Übernahme durch die OKP an den hohen Hürden des KVG scheitert, obwohl sie im Rahmen eines nationalen Programms sinnvoll und wünschenswert wären. Zudem gelten für Arzneimittel ähnliche Überlegungen wie für Impfungen. Diese müssten wo sinnvoll auch für die Kontrolle übertragbarer Infektionen verfügbar gemacht werden, und nicht nur für die Elimination. Entsprechend soll Abs. 1 mit «Elimination oder Kontrolle» ergänzt werden.

**BFS** fordert, dass eine Impfempfehlung des BAG nicht zu einer automatischen Kostenübernahme des Bundes führen darf. Impfempfehlungen und die Übernahme der Kosten sollen künftig dem Veto des Ständerats unterstellt werden.

**H-CH** bemängelt, dass hier von «Personen» die Rede sei, die nicht KVG-versicherte Inhaftierte und Sans-Papiers ausschliesst.

**Santésuisse** ist mit dieser Regelung grundsätzlich einverstanden. Es stellen sich aber verschiedentlich Fragen hinsichtlich der konkreten Kosten, welche der Bund oder die Sozialversicherungen zu übernehmen haben.

**SDV** verlangt bei der Kostentragung durch den Bund die explizite Ergänzung des Bereichs Komplementärmedizin.

#### **Art. 74c Kosten für die Abgabe von weiteren wichtigen medizinischen Gütern**

<sup>1</sup> Werden der Bevölkerung nach Artikel 44 beschaffte wichtige medizinische Güter abgegeben, die nicht unter die Artikel 74a, 74b und 74d fallen, so richtet sich die Übernahme der Kosten nach:

- a. dem KVG<sup>21</sup>;
- b. dem Bundesgesetz vom 20. März 1981<sup>22</sup> über die Unfallversicherung;
- c. dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992<sup>23</sup> über die Militärversicherung.

<sup>2</sup> Werden die Kosten für die Abgabe an die Bevölkerung nach Absatz 1 nicht oder nicht vollständig übernommen, so trägt sie der Bund.

**AS, LIBERTÉ und MV** fordern die Streichung des Artikels.

**H-CH** weist darauf hin, dass auch hier der Bundesrat nur für die «Bevölkerung» die Kosten übernimmt, womit gemäss Definition im erläuternden Bericht nicht KVG-versicherte Personen in Haft sowie Sans-Papiers rausfallen.

**Santésuisse** kann nicht nachvollziehen, warum die erwähnten Sozialversicherungen die Kosten von wichtigen medizinischen Gütern, welche vom Bund gemäss Art. 44 zentral beschafft wurden, übernehmen sollen. Es handle sich bei diesen medizinischen Gütern typischerweise um präventive oder epidemiologisch begründete Leistungen (z.B. Schutzmaterial), die meist an breite Bevölkerungsschichten oder an das Gesundheitspersonal abgegeben werden sollen. Diese Leistungen gehören nicht in den Geltungsbereich des KVG. Der Bund sollte die Kosten für diese wichtigen, vom Bund gestützt auf Artikel 44 VE-EpG zentral beschafften medizinischen Güter demnach selbst tragen. Entsprechend sollte der erste Satz in Abs. 1 mit «... so trägt der Bund die Kosten.» enden. Der Rest ist zu streichen.

**SDV** fordert, dass auch Drogerien wichtige medizinische Güter abgeben sollen und entsprechend vergütet werden können. Die Vergütung müsse dabei kostendeckend sein.

<sup>21</sup> SR 832.10

<sup>22</sup> SR 832.20

<sup>23</sup> SR 833.1

**SFF** fügt an, dass bei Abs. 1 integriert werden sollte, dass bei der Abgabe von weiteren wichtigen medizinischen Gütern mit dem Begriff der Kosten sowohl die Kosten für das Produkt selbst wie auch die mit der Abgabe verbundene Leistung gemeint sind.

#### **Art. 74d Übernahme der Kosten von diagnostischen Analysen**

<sup>1</sup> Der Bund kann die Kosten von diagnostischen Analysen in folgenden Fällen übernehmen, soweit sie nicht von einer Sozialversicherung übernommen werden:

- a. bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit;
- b. im Rahmen von nationalen Programmen nach Artikel 5 mit dem Ziel der Elimination einer übertragbaren Krankheit.

<sup>2</sup> Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen der Kostenübernahme.

**GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, ZH, VKS** sowie **avsga, ARTISET, BAV, BLAV, GSASA, Hotelleriesuisse, PharmaSuisse, Santésuisse, Sene-suisse, Sphf** und **SVPh** beantragen, von der «kann»-Formulierung in Abs. 1 abzusehen, und «kann» mit «trägt» zu ersetzen (gemäss **avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Santésuisse, Sphf** und **SVPh** kann «kann» mit «übernimmt» ersetzt werden). **TG** und **VS** erachten die hier beschriebene Kostenübernahme als Sache des Bundes, was entsprechend reflektiert sein muss. **TI, ZH** sowie **avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Senesuisse, Sphf** und **SVPh** unterstreichen, dass die Kostenübernahme vor einer Krise geregelt und sichergestellt sein muss. **AG, AI, AR, BE, BS, FR, GL, LU, NW, UR** und **VD** führen aus, dass gerade zu Beginn einer gesundheitlichen Krise eine nicht klar geregelte Kostenübernahme Diskussionen um die Zuständigkeiten bzw. Kostentragenden nach sich zieht, was sich wiederum negativ auf die Teststrategien wie auch auf die Bekämpfung bzw. Eindämmung des Erregers auswirkt.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SBK, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVBG, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** betonen die Wichtigkeit des Zustandekommens der Preisgestaltung, insbesondere für die Durchführung und für die Auswertung der Tests (inkl. Bekanntgabe der Ergebnisse an die getestete Person), und führen aus, dass auch hier ein frühzeitiger konkreter Einbezug der Ärzteschaft (gemäss **FMCH, SBK** und **SVBG** der Einbezug der betroffenen Leistungserbringenden) unabdingbar sei. **SMVS** ergänzt, dass die tatsächlichen Kosten und benötigten Ressourcen angemessen berücksichtigt werden müssen. **SFF** fordert, dass sowohl die Kosten für das Produkt selbst wie auch die Durchführung der Tests und deren Auswertung im Gesetzestext berücksichtigt werden.

**EKSI** sowie **IDS NE, SPHD** und **SSPH+** begrüssen die Kostenübernahme für präventive Tests zur Ausrottung übertragbarer Krankheiten, da die Kostenübernahme einen wichtigen Beitrag zur Erreichung der Ziele des aktuellen Nationalen Programms NAPS leistet. So können niedrigschwellige und für die Betroffenen bezahlbare Testangebote geschaffen werden. **EKSI** sowie **SGBE, Uni GE** und **WiBeG** fordern, dass diese Möglichkeit nicht nur bei der Elimination, sondern auch wo sinnvoll für die wirksame Kontrolle von Infektionskrankheiten zur Anwendung kommt. Entsprechend soll Abs. 1 Bst. b mit «Elimination oder Kontrolle» ergänzt werden.

**AHS, PINK CROSS, SAMW** und **SGCH** unterstützen die vorgesehene Kostenübernahme für präventive Tests zur Elimination übertragbarer Krankheiten. Da eine besondere Gefährdung auch nur für eine bestimmte, besonders betroffene Bevölkerungsgruppe vorliegen kann, müsse auch in diesen Fällen eine Übernahme diagnostischer Analysen möglich sein, um einen Ausbruch rasch unter Kontrolle zu bringen und Testhürden durch Kosten zu eliminieren.

**EKSI** sowie **AHS, PINK CROSS** und **SGCH** unterstreichen, dass der Ausbau der Testkapazitäten für sexuell übertragbare Krankheiten dringlich sei. Art. 74d sollte deshalb möglichst rasch und separat in Kraft gesetzt werden.

**AS, LB, LIBERTÉ** und **MV** verlangen die Streichung des Artikels.

**ABBV** und **H-CH** begrüssen die Erwähnung der Kontrolle oder Elimination übertragbarer Krankheiten im Rahmen von nationalen Programmen.

**VD** wünscht, dass die kantonalen Dienststellen der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte auf das nationale Informationssystem Contact-Tracing zugreifen können.

**ALETHEIA** verlangt, dass die Kosten von diagnostischen Analysen von der Krankenkasse übernommen werden.

**BFS** fordert, dass auch im Art. 74d Abs. 1 das Veto des Ständerates vorzusehen ist.

**FAMH** unterstreicht, dass es unklar bleibt, auf welcher Basis der Bund die Kostenübernahme regeln wird. Es sei dabei sinnvoll, dass die Prozesse an die Prinzipien der Tarifierung zur Kostenübernahme durch die OKP gekoppelt sind.

**SDV** verlangt, dass auch diagnostische Analysen, die nicht von Leistungserbringenden nach KVG (z.B. Drogerien) erbracht werden, vom Bund übernommen und abgegolten werden müssen. Die Vergütung müsse dabei kostendeckend sein.

**Spitex** fordert eine Überprüfung, ob der Bund nicht verbindlich eine Kostenübernahme für diagnostische Analysen vorzusehen hat, wenn sie nicht von einer Sozialversicherung übernommen wird.

#### **Art. 74e      Verfahren zur Übernahme der Kosten und Kontrolle**

<sup>1</sup> Der Bundesrat regelt das Verfahren zur Übernahme der Kosten nach den Artikeln 74–74d, die der Bund trägt. Er kann die Abtretung oder den Verkauf von Forderungen auf Übernahme solcher Kosten verbieten.

<sup>2</sup> Er regelt die Kontrolle dieser Kosten. Er kann hierzu Dritte beauftragen.

**LIBERTÉ** und **MV** verlangen die Streichung des Artikels.

Gemäss **PH CH** und **pro-salute ch** sollen mit Abs. 2 Dritte mit der Kostenkontrolle beauftragt werden können. Hierfür käme aber nur die Eidgenössische Finanzkontrolle in Frage.

**SFF** hinterfragt, was im Abs. 2 unter der Delegation der Kontrolle an Dritte zu verstehen ist und fordert eine Präzisierung des Absatzes. Sollte es sich dabei auch um Private handeln, ist auf die Datenschutzgesetzgebung ein besonderes Augenmerk zu legen. Die Delegation an Dritte sollte gemäss dem Akteur nur eine subsidiäre Option sein.

#### **Art. 74f      Informations- und Auskunftspflicht**

<sup>1</sup> Die folgenden Stellen und Personen müssen den zuständigen Stellen des Bundes und der Kantone sowie mit der Kontrolle beauftragten Dritten auf Anfrage die Personendaten und Informationen bekannt geben, die diese zur Kontrolle der vom Bund getragenen Kosten, zur Verhinderung, Bekämpfung und Verfolgung von Missbrauch sowie zur Rückforderung von bereits geleisteten Zahlungen benötigen:

- a. Unternehmen, die für die Ausgabe der Zahlstellenregisternummern zuständig sind;
- b. Personen oder Unternehmen, die in die Abrechnung der vom Bund getragenen Kosten involviert sind.

<sup>2</sup> Die Auskunftspflicht bei der Übernahme von Kosten, die der Bund nach den Artikeln 74–74d trägt, richtet sich nach Artikel 15c des Subventionsgesetzes vom 5. Oktober 1990<sup>24</sup>.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, MFE, PIGS, SGAIM, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** merken an, dass der Hinweis auf die Zahlenstellenregister-Nummer in Abs. 1 Bst. a unnötig und ersatzlos zu streichen sei. Bst. b in diesem Artikel reiche aus.

**LIBERTÉ** und **MV** verlangen die Streichung des Artikels.

**SFF** ist mit dem Vorschlag einverstanden, mit dem Hinweis, dass die Informations- und Auskunftspflicht streng gemäss den Grundsätzen von Art. 6 DSG erfolgt. Dies sei zu ergänzen.

<sup>24</sup> SR 616.1

### **Art. 74g Rückforderung**

<sup>1</sup> Leistet der Bund eine Zahlung nach den Artikeln 74–74d zu Unrecht, so kann er die bereits geleistete Zahlung von der Empfängerin oder vom Empfänger zurückfordern. Wurden die Kosten schon durch Dritte vergütet, so geht der Rückforderungsanspruch auf den Bund über, wenn der Bund den Dritten die Zahlung erstattet hat.

<sup>2</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. Er kann insbesondere Vorgaben für den Rückforderungsverzicht vorsehen sowie die Verzinsung und Verjährung der Rückforderungsansprüche regeln.

**AS** fordert eine Befristung auf 1 Jahr. Die Sachlage könnte in solchen Zeiten unklar sein und eine Klärung schnell erfolgen.

Gemäss **FMCH** ist unklar, wie der Entscheid betreffend «zu Unrecht geleisteter Zahlungen» zustande kommt. Bei den Covid-19-Testrückforderungen habe das BAG willkürlich im Nachgang eine Grenze bei 60% festgelegt.

**MV** fordert die Streichung des Artikels.

### **Art. 74h Amts- und Verwaltungshilfe**

<sup>1</sup> Die Organe der einzelnen Sozialversicherungen geben den zuständigen Stellen des Bundes und der Kantone auf schriftliche und begründete Anfrage im Einzelfall kostenlos diejenigen Daten bekannt, die zur Kontrolle der vom Bund getragenen Kosten sowie zur Verhinderung, Bekämpfung und Verfolgung von Missbrauch sowie zur Rückforderung von bereits geleisteten Zahlungen erforderlich sind.

<sup>2</sup> Unter den gleichen Bedingungen leisten die Organe der einzelnen Sozialversicherungen einander Verwaltungshilfe.

**LIBERTÉ** und **MV** verlangen die Streichung des Artikels. **LIBERTÉ** ist der Ansicht, dass dieser gegen Art. 13 der Verfassung «Schutz der Privatsphäre» verstösse.

#### **4.3.14 Art. 75-81b (Vollzug durch Bund, Kantone, Armee; Zusammenarbeit)**

##### **Allgemeine Rückmeldungen Art. 75-81b**

**VS** fordert, dass alle Zahlstellen verpflichtet werden, Mehrkosten, die bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten in besonderen oder ausserordentlichen Lagen anfallen, zu übernehmen.

**CER-VD** schlägt vor, dass Art. 81 mit zwei Absätzen ergänzt wird. Einerseits soll Bund und Kantonen Zugang zu den auf Grundlage dieses Gesetzes getroffenen rechtlichen Massnahmen gewährleistet werden. Des Weiteren soll der Bund sicherstellen, dass eine systematische Strategie zur Überwachung der Politik besteht und dass im Pandemiefall ausreichende Mittel für deren Umsetzung bereitgestellt werden.

##### **Art. 75 Abs. 2**

<sup>2</sup> Sie vollziehen die Massnahmen, die der Bundesrat in einer besonderen Lage nach Artikel 6c oder einer ausserordentlichen Lage nach Artikel 7 anordnet, soweit er keine anderweitige Regelung trifft.

**ALETHEIA** und **LB** merken an, dass die «besondere Lage» nicht definiert ist. **LB** fordert deshalb die Streichung des Absatzes. Zudem sei auch die «ausserordentliche Lage» nicht definiert und aufgrund fehlender Schwellenwerte unbrauchbar. **SFF** fordert, dass der Vollzugsspielraum der Kantone innerhalb der vom Gesetz vorgegebenen Rahmenbedingungen so eng wie möglich gehalten und klar definiert wird.

**Intergenerika, scin** und **SVDI** sehen den Artikel 75 Abs. 2 als überflüssig an und möchten ihn streichen, da er sich nicht von Abs. 1 unterscheidet. Die Akteure stellen ausserdem fest, dass die Kantone nicht nur Massnahmen in einer besonderen oder ausserordentlichen vollziehen, sondern auch in einer normalen Lage.

**SG** verweist in seiner Stellungnahme zu Art. 75 Abs. 2 auf Art. 6c und stellt fest, dass der Bund sich vorerst auf die Anordnung schweizerischer Massnahmen beschränken und nicht in die kantonale Hoheit eingreifen sollte.

**LIBERTÉ** fordert eine Streichung, da das Subsidiaritätsprinzip Vorrang haben sollte. Gemäss **N.I.E.** verlieren die Kantone, die in der Verfassung garantierte Souveränität, wenn sie nicht durchgehend für den Vollzug zuständig seien.

### **Art. 77 Abs. 3 Bst. b und d**

<sup>3</sup> Er kann zu diesem Zweck:

- b. bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit die Kantone anweisen, bestimmte Vollzugsmaßnahmen umzusetzen;
- d. Aufgehoben

**AS, LB** und **LIBERTÉ** wünschen, dass Abs. 3 Bst. b ersatzlos gestrichen wird. **ALETHEIA** und **LB** stellen fest, dass der Artikel zu wenig präzis sei und die Definition bezüglich der «besonderen Gefährdung» nicht klar ist. **LIBERTÉ** sieht das Subsidiaritätsprinzip verletzt.

**Intergenerika** und **scin** fordern, dass die alte Fassung beibehalten wird. Sie sehen es als nicht klar an, wieso dieser Artikel nur für die besondere Gefährdung gelten soll, und stellen die Frage, ob diese mit einer besonderen Lage gleichgesetzt wird. Außerdem sei nicht klar, wieso Bst. d gestrichen werden soll.

Für **TI** ist der Grund für die Änderung von Abs. 3 Bst. b nicht klar und lehnt deshalb eine Anpassung ab. Die Aufhebung von Bst. d hingegen wird begrüßt.

### **Art. 80 Abs. 1 Bst. f und g**

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann völkerrechtliche Vereinbarungen abschliessen über:

- f. die Beschaffung von wichtigen medizinischen Gütern gemeinsam mit anderen Staaten.
- g. die Verknüpfung des Systems für die Erteilung von Nachweisen nach Artikel 49b mit entsprechenden ausländischen Systemen.

**BFS, N.I.E., VB** und **vbfn** stehen der internationalen Kooperation im Gesundheitswesen, insbesondere was die WHO angeht, sehr kritisch gegenüber und fordern, dass die Schweiz in der Gesundheitspolitik unabhängig bleibt. **ALETHEIA** streicht heraus, dass eine internationale Koordination eine Illusion sei und lehnt eine solche durch Dritte strikt ab. **AS** ist der Ansicht, dass die Schweiz souverän zu handeln hat und fordert die ersatzlose Streichung des Paragraphen. **MV** lehnt eine Umgehung des Parlaments durch den Bundesrat in der zentralen Frage der Beschaffung wichtiger medizinischer Güter ab und fordert, dass die bisherige Regelung beibehalten wird.

**GRÜNE** begrüßt, dass der Bundesrat völkerrechtliche Verträge zur gemeinsamen Beschaffung wichtiger Güter eingehen kann. Auch **ABBV** und **Interpharma** unterstützen die Schaffung der Möglichkeit für internationale Kooperation und merken gleichzeitig an, dass die Geltung von Abs. 1 Bst. f und g nur subsidiär erfolgen darf.

**ABUK** fordert die Streichung von Art. 80 Abs.1 Bst. g, da verpflichtende Impfnachweise zu einem indirekten Impfzwang führen. **LB** fordert Abs. 1 Bst. g zu streichen und eine Verknüpfung ohne evidenzbasierten Nutzen ausschliessen. **LIBERTÉ** lehnt aufgrund der Privatsphäre und des Grundsatzes der Nichtdiskriminierung einen digitalen Impfausweis ab.

**SPHD** und **SSPH+** stellen fest, dass Klärungsbedarf besteht und dass im Gesetzestext einige Beispiele in Klammern genannt werden könnten, um das Verständnis zu erleichtern. Anhand der Formulierung im Entwurf sei nicht klar, was mit «wichtig» in Bst. f gemeint sei.

**SFF** wünscht eine Ergänzung dahingehend, dass in Abs. 2 der Verweis auf Art. 62a eingefügt wird (Stichwort Rechtssicherheit).

**N.I.E.** fordert zwingend ein Referendum, falls Bst. f und g angepasst werden.

### **Art. 81a Zusammenarbeit im Bereich Mensch, Tier und Umwelt**

Der Bund und die Kantone arbeiten im Rahmen ihrer Zuständigkeiten bei der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mit einer ganzheitlichen Sichtweise auf die Gesundheit von Mensch und Tier sowie die Auswirkungen aus der Umwelt zusammen.

**CRANIO Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, SDV, SFV, SGS, SMGP, SVHA, TVS, UNION und VRMS** fordern, dass Bund und Kantone allgemein die Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung fördern, um beispielsweise Abwasserrückstände von Arzneimittel zu verhindern.

**AG, AR, BS, GE, SG, ZH, EFBS, VSkt** sowie **BK-SBK** und **NFP 80** begrüssen grundsätzlich die Schaffung eines solchen generellen Zusammenarbeitsartikels. **TI** und **MCID** unterstützen diesen Artikel nachdrücklich und explizit.

**AG, AR, BS, LU, SG, ZH** und **VSkt** fordern klare organisatorische Vorgaben, da nicht ersichtlich sei, wie diese Zusammenarbeit konkret und interdisziplinär organisiert wird. Gemäss **AG, BS, LU, ZH** und **VSkt** gilt es zu klären, wie die einzelnen Gesetzgebungen (EpG, TSG, HMG, LMG etc.) zueinanderstehen.

**ABUK, ALETHEIA, LIBERTÉ** und **MV** fordern die Streichung dieses Artikels. **ABUK** kritisiert eine unklare Definition des Artikels und lehnt grundsätzlich das One-Health-Konzept ab. **JUFA** und **KMUfamilie** stehen dem One-Health-Ansatz ebenfalls kritisch gegenüber, insbesondere wird die Rolle der WHO in der Gesundheitspolitik grundsätzlich abgelehnt. **FPTH** betont, dass das WHO-Konzept One-Health irreführend sei und die Problematik der therapiebedingten Infektionen hier nicht behandelt werde. **LIBERTÉ** befürchtet, dass durch das One-Health-Prinzip Massnahmen getroffen werden können, welche fundamentale Freiheiten einschränken könnten und verlangt, dass Tierkrankheiten oder die Umwelt ausserhalb der menschlichen Gesundheit betrachtet werden. **MV** betrachtet den One-Health-Ansatz als autoritär.

**EAWAG, EFBS, GF CH, NBR, PH CH, SBK** und **SBNet** begrüssen die Integration des One-Health-Ansatzes in das EpG.

**Intergenerika** und **scin** begrüssen grundsätzlich den Artikel, er sei allerdings zu vage und bringe keinen Mehrwert. **Intergenerika, scin** und **SVDI** stellen zudem die Frage, ob dies nicht bereits von den Kantonen und dem Bund abgedeckt wird.

**SPHD** und **SSPH+** wünschen sich eine Umformulierung des Artikels. So soll beispielsweise festgehalten werden, dass eine globale Vision verfolgt wird, welche die gegenseitige Abhängigkeit der Gesundheit von Mensch und Tier und der Umwelt berücksichtigt.

Um die Verbindlichkeit der Koordination im Sinn von One-Health zu stärken, wäre es nach Ansicht der **KomABC** angebracht, eine verantwortliche Organisation zu benennen.

**NFP 80** streicht heraus, dass die öffentliche Gesundheit nicht nur medizinisch zu verstehen sei und auch die Gesundheit der Öffentlichkeit gefährdet sein kann, sobald verschiedene Bestandteile der Gesellschaft nicht mehr funktionieren und zusammenwirken. Dies müsse im bestehenden oder in einem neuen Artikel ergänzt werden.

### **Art. 81b Vollzug in der Armee**

<sup>1</sup> Die Bestimmungen dieses Gesetzes sind unter Vorbehalt der Zuständigkeiten und Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen nach dem Militärgesetz vom 3. Februar 1995<sup>25</sup> auf die Armee anwendbar.

<sup>2</sup> In der Armee nimmt die Oberfeldärztin oder der Oberfeldarzt die Aufgaben einer Kantonsärztin oder eines Kantonsarztes wahr.

<sup>3</sup> Die zuständigen militärischen und zivilen Behörden nehmen folgende Aufgaben wahr:  
a. Sie stellen die gegenseitige Information sicher.

- b. Sie koordinieren ihre Tätigkeiten und Massnahmen.
- c. Sie arbeiten im Rahmen ihrer Zuständigkeiten zusammen.

<sup>4</sup> Der Bundesrat kann Vorschriften über das Vorgehen bei Zuständigkeitskonflikten zwischen militärischen und zivilen Behörden erlassen.

**SGBE, Uni GE** und **WiBeG** hinterfragen die Bemerkung im erläuternden Bericht zur Befreiung von der Meldepflicht, da sie unklar und nicht nachvollziehbar sei. Gemäss **SGBE, Uni GE** und **WiBeG** scheint es logisch, dass wenn die Oberfeldärztin oder der Oberfeldarzt in Bezug auf die Massnahmen die Funktionen einer Kantonsärztin oder eines Kantonsarztes übernimmt, die Aufsicht in der Zuständigkeit bei den Bundes- und Kantonsbehörden bleibt. Fälle von übertragbaren Krankheiten, die in der Armee auftreten, sollen der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt des betroffenen Gebiets gemeldet werden.

**ALETHEIA** betont, dass der Vollzug in der Armee stattfinden soll. **AS** streicht hervor, dass Armeeangehörige nicht stärkeren Repressionen ausgesetzt werden dürfen als die zivile Bevölkerung.

**GF CH** und **PH CH** finden es begrüssenswert, dass die Rolle der Oberfeldärztin bzw. des Oberfeldarztes klar definiert wird.

**SAMW** ist es ein Anliegen, dass bei dieser Zusammenarbeit darauf geachtet wird, dass nicht Personen bei der Mobilmachung in die Armee eingezogen werden, die im zivilen Bereich mehr für die Pandemiebekämpfung erreichen könnten als in der Armee. Dafür sollte ein Passus im Gesetz geschaffen werden. Auch **SBK** streicht heraus, dass systemrelevante Personen (z.B. Spitallogistikerin und Spitallogistiker) nicht ohne Prüfung ihrer Wichtigkeit in die Armee abgezogen werden, eine Absprache zwischen den Involvierten müsse stattfinden.

**GE** würde es begrüssen, wenn die Kontaktdaten der Oberärztin oder des Oberarztes der Armee ebenso wie die der anderen Kantonsärztinnen und Kantonsärzte auf den Kontaktlisten aufgeführt werden würden, um die gegenseitige Koordination zu fördern.

**TI** ist mit der Rolle der Armee in der Infektionsbekämpfung grundsätzlich einverstanden. In Friedenszeiten müsse die Entscheidungsautonomie über kantonale Massnahmen aber bei den Kantonen liegen und nicht bei der Armee.

#### 4.3.15 Art. 82-84a (Strafbestimmungen)

##### Allgemeine Rückmeldungen Art. 82-84a

**BE** erläutert, dass betreffend Strafverfolgung bei Widerhandlungen im Anwendungsbereich des EpG entscheidend ist, dass die Komplexität der materiellen und formellen Regelungen überschaubar bleibt und Klarheit herrscht, welche Behörde zur Ahndung von Widerhandlungen zuständig ist. Auch müsse das Legalitätsprinzip bzw. Bestimmtheitsgebot bei der Formulierung der Strafbestimmungen beachtet werden (Art. 1 StGB) und geringfügige Widerhandlungen mittels Ordnungsbussen geahndet werden können.

**ZH** weist darauf hin, dass eine strafrechtliche Verfolgung der hier genannten Vergehen durch das BAG aufgrund des Fachwissens allenfalls zielführender als eine Verfolgung durch die kantonalen Staatsanwaltschaften wäre.

**EDU** kritisiert, dass die Revisionsvorschläge des Bundesrates keine Bestimmungen beinhalten, welche die Bürgerin und den Bürger gegenüber einem übereifrigen Staat wirksam schützen. Der Revisionsvorschlag bestätige und erweitere den bisherigen Katalog von Strafbestimmungen und verwaltungsrechtlichen Sanktionen gegenüber all jenen Bürgerinnen und Bürgern, welche den Bestimmungen des Epidemiengesetzes angeblich zuwiderhandeln.

**ALETHEIA** lehnt Art. 82-84 aufgrund einer dadurch entstehenden Bestrafungskultur, welche den Gehorsam von Erwachsenen erzwingen soll, ab.

**KMUfamilie** kritisiert das Festschreiben und Ausbauen eines Bussverfahrens und der Strafbedingungen bezüglich Massnahmen deren Unwirksamkeit belegt worden sei.

**N.I.E.** weist auf eine Einschränkung der Grundrechte in dieser Artikelgruppe hin und unterstreicht, dass Ärztinnen und Ärzte nicht zum elektronischen Patientendossier gezwungen werden können.

**PH CH** begrüßt die Einführung differenzierter Strafnormen in dieser Artikelgruppe, welche die Rechtssicherheit verbessern.

### **Art. 82 Abs. 3**

<sup>3</sup> Für Leistungsbetrug, Urkundenfälschung, Erschleichen einer falschen Beurkundung, Unterdrückung von Urkunden und Begünstigungen im Rahmen von Kosten übernahmen nach den Artikeln 74–74d durch den Bund gelten die Artikel 14–18 des Bundesgesetzes vom 22. März 1974<sup>26</sup> über das Verwaltungsstrafrecht.

**AS, LIBERTÉ** und **VB** fordern die Streichung des Artikels. **Pro Schweiz** kritisiert die Erweiterung der bisherigen Strafbestimmungen und verwaltungsrechtlichen Sanktionen. **ALETHEIA** verlangt eine Anpassung des Artikels, um zu verhindern, dass sich Urkundenfälschung und Erschleichen einer falschen Beurkundung auf Impf- und Genesungsnachweise beziehen können, da diese Nachweise nutzlos seien.

**BE, SG** und **SSK** erachten Art. 82 Abs. 3 als zu komplex und nicht praktikabel, da sich der Anwendungsbereich betreffend Art. 74-74d EpG auf Kostenübernahmen durch den Bund beschränkt und die Verhältnisse zum anwendbaren materiellen und prozessualen Recht sowie zur behördlichen Zuständigkeit entsprechend unklar sind. Ausserdem solle Art. 83 Abs. 1 dahingehend ergänzt werden, dass mit Busse bestraft werde, wer sich Auskunftspflichten zu Ansteckungsrisiken widersetzt (Art. 33 Abs. 2).

**SFF** ist aus rechtsstaatlichen Gründen mit Art. 82 einverstanden.

### **Art. 83 Abs. 1 Bst. a<sup>bis</sup>, j, l<sup>bis</sup>, n und o sowie Abs. 2**

<sup>1</sup> Mit Busse wird bestraft, wer vorsätzlich:

a<sup>bis</sup>. die Pflicht zur Weiterleitung und Aufbewahrung von Krankheitserregern und antimikrobiellen Resistenzen aus positiven Proben im Zusammenhang mit der genetischen Sequenzierung im Bereich Mensch, Tier und Umwelt verletzt (Art. 15b);

j. sich Massnahmen gegenüber der Bevölkerung und bestimmten Personengruppen widersetzt (Art. 40);

l<sup>bis</sup>. die Vorschriften über die Vorratshaltung von wichtigen medizinischen Gütern verletzt (Art. 44 Abs. 4 Bst. a);

n. gegen eine gestützt auf Artikel 7 angeordneten Massnahme zuwiderhandelt, deren Zuwiderhandlung der Bundesrat unter Hinweis auf die Strafdrohung dieser Bestimmung strafbar erklärt hat;

o. im Rahmen der Übernahme von Kosten, die der Bund nach den Artikeln 74-74d trägt, unrichtige oder unvollständige Angaben macht, um dadurch einen ungerechtfertigten Vorteil zu erwirken.

<sup>2</sup> Wer fahrlässig handelt, wird für Übertretungen nach Absatz 1 Buchstaben a–n mit Busse bis zu 5000 Franken bestraft.

**ABUK** und **LIBERTÉ** fordern die Streichung des Artikels. **AS** und **VB** verlangen die ersetzbare Streichung von Bst. j. **LB** und **N.I.E.** fordern die Streichung der Bst. j wie auch n, da die Grundrechte eingeschränkt werden. **MV** fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung unter ersetzbarer Streichung von Bst. a, Bst. d, Bst. g–j und n. **VB** verlangt zusätzlich zur Streichung von Abs. 1 Bst. j auch die Streichung von Abs. 2, da diese der Schweizerischen Bundesverfassung widersprechen.

**ABBV, Economiesuisse, GRIP, Interpharma, SVV** und **VIPS** weisen darauf hin, dass höhere Gewalt oder eine weltweite Mangellage bei Medizingütern oder Herstell- und Verpackungsmaterialien nicht zu Strafe führen dürfen. Die Akteure fordern eine entsprechende Anpassung von Abs. 1 Bst. a bis Bst. l<sup>bis</sup> sowie Abs. 2.

**BE, SG und SSK** verlangen die Streichung der Erwähnung des Art. 40 in Abs. 1 Bst. j, da dieser Verweis in der Covid-19-Epidemie wiederholt zu Unklarheiten betreffend Art. 1 StGB (Legalitätsprinzip/Bestimmtheitsgebot) geführt habe. Alternativ könnte Bst. j auch auf Art. 6c EpG, [Art. 7 EpG], [Art. 40 EpG], Art. 40a EpG und Art. 40b EpG erweitert werden.

**Intergenerika** und **scin** sind mit dem Abs. 1 einverstanden, fordern jedoch die Streichung von Abs. 2, da strafrechtliche Verfolgungen die klare Ausnahme sein und nur bei vorsätzlichem Handeln zum Zug kommen sollten. Sie weisen auch darauf hin, dass das Problem oftmals an mangelnden Kenntnissen der Rechtslage läge und dies entsprechend allenfalls über einen Verbotsirrtum nach Art. 21 StGB erledigt werden kann.

**BS** fordert die Ergänzung um einen neuen Buchstaben, der sich auf die Verletzung der neuen wie auch der bereits bestehenden Auskunftspflicht (Art. 33 Abs. 2 und Art. 34 Abs. 2) bezieht.

**ZH** verlangt Abs. 1 um die Zwangsmedikation zu ergänzen.

**LV** wünscht das Ersetzen des Wortes «und» in Abs. 1 Bst. j durch «oder», sowie die Streichung des Bst. n.

**SBK** erachtet eine Strafe bei Missachtung der Vorratshaltung als sinnvoll.

#### **Art. 84 Zuständigkeit und Verwaltungsstrafrecht**

<sup>1</sup> Die Verfolgung und Beurteilung der strafbaren Handlungen nach den Artikeln 82 Absätze 1 und 2, 83 Absätze 1 Buchstaben a–n und 2 sind Sache der Kantone.

<sup>2</sup> Widerhandlungen nach den Artikeln 82 Absatz 3 und 83 Absatz 1 Buchstabe o werden nach dem Bundesgesetz vom 22. März 1974<sup>27</sup> über das Verwaltungsstrafrecht vom BAG verfolgt und beurteilt.

<sup>3</sup> Erhält eine der folgenden Stellen Kenntnis einer Widerhandlung nach den Artikeln 82 Absatz 3 und 83 Absatz 1 Buchstabe o, so benachrichtigt sie sofort die zuständige Behörde des Bundes:

- a. eine Amtsstelle des Bundes oder eines Kantons, die zuständig ist für die Überprüfung oder Kontrolle der vom Bund getragenen Kosten nach den Artikeln 74–74d;
- b. eine Amtsstelle, die zuständig ist für die Verhinderung, die Bekämpfung oder die Verfolgung von Missbrauch;
- c. die Eidgenössische Finanzkontrolle;
- d. das kantonale Finanzkontrollorgan

<sup>4</sup> Die Artikel 6, 7 und 15 des Bundesgesetzes vom 22. März 1974<sup>28</sup> über das Verwaltungsstrafrecht gelten auch für die kantonalen Behörden.

**BE, SG und SSK** erachten Art. 84 Abs. 2 als zu komplex und nicht praktikabel, da sich der Anwendungsbereich betreffend Art. 74–74d EpG auf Kostenübernahmen durch den Bund beschränkt und die Verhältnisse zum anwendbaren materiellen und prozessualen Recht sowie zur behördlichen Zuständigkeit entsprechend unklar sind.

**ABUK, AS und LIBERTÉ** fordern die Streichung des Artikels.

**GR** verlangt die Streichung des Abs. 3 Bst. c, da die Finanzkontrolle im Kanton Graubünden von Gesetzes wegen keine Vollzugsaufgaben übernehmen darf und es ausreiche, wenn mit Art. 84 Abs. 3 Bst. a die Meldepflicht für die verantwortliche kantonale Vollzugsbehörde vorgesehen ist. Aufgrund des präjudiziellen Charakters sei eine Meldepflicht abzulehnen.

**ZH** weist darauf hin, dass definiert werden muss, was unter «sofortiger Benachrichtigung» zu verstehen ist.

**SFF** erachtet die Unterteilung der Strafverfolgungszuständigkeit nach Abs. 1 und 2 in materiellrechtlicher Sicht als sinnvoll und heisst Abs. 3 als Durchsetzungsinstrument ausdrücklich gut.

<sup>27</sup> SR 313.0

<sup>28</sup> SR 313.0

### **Art. 84a Verwaltungsrechtliche Sanktionen**

<sup>1</sup> Bei einer Verletzung der Auskunftspflicht nach Artikel 74f Absatz 2 kann die zuständige Behörde die Zusicherung oder Ausrichtung weiterer Leistungen ablehnen oder bereits geleistete Zahlungen zurückfordern. Sie kann auf bereits geleistete Zahlungen ab dem Zeitpunkt der Auszahlung einen Zins von 5 Prozent erheben.

<sup>2</sup> Werden fehlbare natürliche Personen oder von ihnen vertretene juristische Personen für ein Straftatbestand nach den Artikeln 82 Absatz 3 oder 83 Absatz 1 Buchstabe o dieses Gesetzes verurteilt, so kann die zuständige Behörde diese Personen für eine bestimmte Dauer von der Gewährung von Leistungen, Abgeltungen und Finanzhilfen ausschliessen.

**ABUK, AS und ASS-l'addition** fordern die Streichung des Artikels.

**ZH** stimmt diesem Artikel zu. Auch **SFF** begrüßt diesen Artikel, der eine Sanktionierungsmöglichkeit bei Verstößen klar definiert und eine klare Grundlage für die Rückforderung von bereits geleisteten Kostenübernahmen bildet.

## **4.4 Beurteilung Artikel weiterer Erlasse**

### **4.4.1 Ordnungsbussengesetz vom 18. März 2016<sup>29</sup>**

#### **Art. 1 Abs. 1 Bst. a Ziff. 16**

<sup>1</sup> Mit Ordnungsbussen wird in einem vereinfachten Verfahren (Ordnungsbussenverfahren) bestraft, wer eine Übertretung begeht, die:

- a. in einem der folgenden Gesetze aufgeführt ist:  
16. Epidemiengesetz vom 28. September 2012<sup>30</sup>,

**BE, GE, SG, SZ, ZH** und **SSK** begrüßen den Artikel ausdrücklich und befürworten, dass geringfügige Übertretungen im Ordnungsbussenverfahren geahndet werden.

**BE, SG** und **SSK** stellen die Frage, wie die Verstöße gegen Massnahmen der Kantone in der OBV gesetzestechisch umgesetzt werden können.

**ALETHEIA** und **LIBERTÉ** lehnen Geldstrafen für Nichtbefolgung von Massnahmen ab und fordern die Streichung des Artikels, da sie die Massnahmen als solche für schädlich empfinden.

### **4.4.2 Militärgesetz vom 3. Februar 1995<sup>31</sup>**

#### **Art. 35 Abs. 2**

<sup>2</sup> Er kann für Personen, die für die Armee tätig sind und einer gefährdeten Personengruppe angehören oder aufgrund ihrer Funktion besonders exponiert sind, Impfungen für obligatorisch erklären und von ihnen vorbeugende Blutuntersuchungen verlangen, sofern dies für die Gewährleistung der Einsatzbereitschaft der Armee oder den Schutz der Patientinnen und Patienten des militärischen Gesundheitswesens erforderlich ist.

**Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, SFV, SGS, SMGP, SVHA, TVS, UNION** und **VRMS** betonen die Unterscheidung zwischen einem Impfobligatorium und einem Impfzwang und verlangen, dass Personen, welche sich im Militär nicht impfen lassen wollen, ihre Dienstpflicht anderweitig erfüllen können. **N.I.E.** betont ebenfalls, dass Personen die Möglichkeit haben müssen einer anderen Tätigkeit nachzugehen, falls sie sich gegen eine Impfung entscheiden.

**ABUK, ALETHEIA, DVF CH, LB, MV, PVS** und **vbfn** lehnen entschieden ein Impfobligatorium in jeglicher Form ab und fordern, dass die Impfung ein freiwilliger und individuell selbst gewählter Entscheid bleibt. **ABUK** spricht sich ebenfalls gegen eine Pflichtuntersuchung aus.

<sup>29</sup> SR 314.1

<sup>30</sup> SR 818.101

<sup>31</sup> SR 510.10

**BFS, DV, LIBERTÉ und VB** lehnen ein Impfobligatorium für Personen, die einer gefährdeten Gruppe angehören oder aufgrund ihrer Funktion besonders exponiert sind, im Militärgesetz ab.

#### 4.4.3 Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000<sup>32</sup>

##### Art. 9a Befristete Zulassung

<sup>1</sup> Das Institut kann folgende Arzneimittel in einem vereinfachten Verfahren nach Artikel 14 Absatz 1 befristet zulassen:

- a. Arzneimittel gegen Krankheiten, die lebensbedrohend sind oder eine Invalidität zur Folge haben;
- b. Arzneimittel, die in einer besonderen oder ausserordentlichen Lage nach Artikel 6–6d beziehungsweise 7 des Epidemiengesetzes vom 28. September 2012<sup>33</sup> zur Verhütung und Bekämpfung einer übertragbaren Krankheit erforderlich sind.

<sup>2</sup> Es kann die Arzneimittel befristet zulassen, wenn:

- a. der Schutz der Gesundheit gewährleistet ist;
- b. von der Anwendung ein grosser therapeutischer Nutzen zu erwarten ist; und
- c. in der Schweiz kein zugelassenes, alternativ anwendbares und gleichwertiges Arzneimittel verfügbar ist.

<sup>3</sup> Das Institut legt die Nachweise fest, die für die Beurteilung eines Zulassungsgesuchs einzureichen sind.

**ABUK, ALETHEIA, FS, LIBERTÉ, MV, N.I.E., VB** und **LB** stehen dem Artikel kritisch gegenüber und sprechen sich grundsätzlich gegen vereinfachte Verfahren in der Zulassung aus, damit Sicherheitsbestimmungen nicht umgangen werden können. **ALETHEIA** lehnt Notfallzulassungen für Impfungen strikt ab, solange alle bestehenden Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind. **N.I.E.** ist der Ansicht, dass es unabhängige Studien und ausgewählte Instanzen braucht, um festzustellen, wann der Schutz der Gesundheit gemäss Abs. 2 Bst. a gewährleistet ist. Des Weiteren ergänzt **N.I.E.**, dass ein unabhängiges Institut Nachweise festlegen soll. **MV** und **LB** fordern zwingend auf Abs. 1 zu verzichten. Die bisherige Regelung soll beibehalten werden und zentrale heilmittelrechtliche Sicherheitsmechanismen dürfen nicht ignoriert werden.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, PharmaSuisse, Sphf** und **SVPh** begrüssen explizit, dass die Möglichkeit für befristete Zulassung von Arzneimittel ausgebaut wird.

**Economiesuisse, Intergenerika, scin** und **SVV** wünschen die Streichung von Bedingungen aus Bst. a-c, da diese gemäss Regeln des HMG ohnehin bereits gelten. Außerdem kritisieren **Economiesuisse, Intergenerika, scin, SVDI** und **SVV**, dass zu viele unbestimmte Begriffe in Abs. 2 verwendet werden, was die Bestimmung für den Krisenfall kaum brauchbar macht.

**SG** und **ZH** befürworten Art. 9a ausdrücklich. **SG** betont, dass mit dem Mittel der befristeten Zulassungen auf gesundheitliche Krisensituationen schnell und flexibel reagiert werden kann.

**Oda AM** und **NVS** verweisen auf ihre jeweilige Vernehmlassungsantwort zur HMG-Revision.

**BS** schlägt vor in Art. 9a den Begriff «Institut» durch Swissmedic zu ersetzen, da Swissmedic in der Revision des HMG ebenfalls direkt bezeichnet wird.

**EKSI** ist grundsätzlich mit dem Vorschlag einverstanden. Die Kommission merkt aber an, dass die Möglichkeit eines befristeten vereinfachten Zulassungsverfahren nur bei lebensbedrohender oder invalidisierender Krankheit zu kurz greift. Eine Zulassung könnte auch erforderlich sein, wenn die beobachteten Erkrankungen schwer sind, aber à priori im Einzelfall nicht voraussehbar lebensbedrohlich oder invalidisierend verlaufen müssen.

**ABBV** merkt an, dass durch die Verwendung des Begriffes «gewährleistet» in Abs. 2 Bst. a dieser Punkt streng ausgelegt wird. Es würde bedeuten, dass Daten / Beweise präsentiert werden müssten, um die Gesundheit zu gewährleisten. Dies könnte im Falle einer Epidemie eine Hürde darstellen und wird deshalb nicht als sinnvoll betrachtet.

<sup>32</sup> SR 812.21

<sup>33</sup> SR 818.101

**FAMH** schlagen einen zusätzlichen Artikel für MD/IVD- Produkte, analog zu Art. 9a HMG, vor. **FAMH** stellt fest, dass die Beschränkung auf Arzneimittel zu eng sei. Es sei wichtig, dass die notwendige Analysenkapazität ebenfalls rasch aufgebaut werden kann.

#### 4.5 Beurteilung einer gesetzlichen Grundlage für digitale Contact-Tracing Apps

**Für** die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für digitale Contact-Tracing Apps sprachen sich im Grundsatz die folgenden Akteure aus: **GDK, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG, ZH, Die Mitte, GRÜNE, SP, EKIF, KomABC, SSV, Privatim, VKS** sowie **ABBV, AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, AHS, ANQ, ASO, ASS-l'addition, avsga, BAV, BBV, BEKAG, BLAV, Btvv, BüAeV, CH++, Cranio Suisse, Dakomed, Economiesuisse, FAMH, FG TRM, FMCH, FMH, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, GRIP, GSASA, Gastrosuisse, GST, HIA, Hotelleriesuisse, IDS NE, Intergenerika, IMM, Interpharma, ISPM BE, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, MCID, MedGes BS, MFÄF, MFE, NVS, OdA AM, OdA KT, PD, PharmaSuisse, PINK CROSS, PIGS, PTK, SAMW, SAV, SBCK, SCA, scin, SDV, Senesuisse, SFF, SFGV, SGAIM, SGAS, SGB, SGCH, SGDV, SGED, SGI, SGN, SGP, SGS, SGSH, SGTP, SMGP, SMVS, SNM, SPHD, Sphf, SRF, SRO, SSAI, SSAPM, SSI, SSPH+, STV, SVBG, SVHA, SVPh, SVV, Swiss TPH, Swissnoso, TVS, UNION, USB, USZ, VBSAE, VIPS und VRMS.**

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FG TRM, FMCH, FMH, MedGes BS, MFÄF, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SMGP, SMVS, SNM, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE** und **VSAO** betonen, dass ein Contact-Tracing eine gesetzliche Grundlage benötigt und nur befristet zugelassen werden darf, sofern eine besondere / ausserordentliche Lage dies erfordert und keine anderen technologischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Die Akteure gehen davon aus, dass eine entsprechende Formulierung vernehmlassst wird.

**GDK, AI, AR, BE, BL, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, TI, UR, VD, ZG** sowie **VKS** sind der Ansicht, dass die «SwissCovidApp» nicht alle Erwartungen zur Rückverfolgung von Kontakten erfüllte, trotzdem konnte die App in bestimmten Situationen einen Beitrag zur Eindämmung leisten. Die Erfahrungen aus der Covid-19-Epidemie seien jedoch bei der Neu- oder Weiter-entwicklung der Applikation zu berücksichtigen. **BE** ergänzt, dass bei der Entwicklung von Contact-Tracing-Systemen zudem die Bedürfnisse und Anliegen vom Terrain abzuholen und die Kantone in geeigneter Weise einzubeziehen sind. **GE** betont zudem, dass die Aspekte des Datenschutzes gewährleistet sein müssen. **OW** fügt an, dass durch die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage eine klare Rechtsgrundlage geschaffen werden kann, was gerade im Zusammenhang mit den Änderungen in Art. 60a sinnvoll ist. **SH** ergänzt, dass Angesichts der Dringlichkeit zu erwarten sei, dass die Tracing App parallel zur Digitalisierung der Gesundheitsdaten schnell aufgebaut sein wird. Zu diesem Zweck müssen Standards für die Datenübermittlung festgelegt werden. **VD** ergänzt, dass es sinnvoll wäre, Bestimmungen im Zusammenhang mit der Kontrolle der ordnungsgemässen Nutzung von sensiblen Daten hinzuzufügen, wobei die Organisation dieser Kontrollen von den Kantonen festgelegt werden sollte. **FR** sowie **SP** fügen an, dass der Bund mit einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage im EpG die Möglichkeit hätte, solche Contact-Tracing Apps weiterzuentwickeln und zu betreiben, weist aber darauf hin, dass dies entsprechende finanzielle Konsequenzen für die Entwicklung und den Betrieb hätte.

**Cranio Suisse, Dakomed, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, OdA AM, OdA KT, SDV, SFV, SGS, SMGP, SVHA, TVS, UNION** und **VRMS** betonen, dass der Bund die Hoheit über das Tracing haben soll. Menschen dürfen zudem nicht verpflichtet werden teilzunehmen und insbesondere für elektrosensitive Menschen müsste es eine Alternative geben.

**avsga, BAV, BLAV, GSASA, Sphf, SVPh** und **PharmaSuisse** wünschen, dass eine nationale Lösung angestrebt wird, um die Nachverfolgerbarkeit in der Schweiz zu ermöglichen. Dabei soll die Lösung auch möglichst kompatibel mit internationalen Lösungen sein, insbesondere solchen der Nachbarstaaten.

Gemäss **Economiesuisse, Hotelleriesuisse, Intergenerika, scin, STV** und **SVV** muss die Umsetzung des Contact-Tracings digital erfolgen, weshalb die entsprechenden rechtlichen Grundlagen erarbeitet werden sollten. **Economiesuisse, Hotelleriesuisse, Intergenerika, scin** und **SVV** betonen, dass bei der Umsetzung darauf zu achten ist, dass nur ein Grundsystem entwickelt wird, das in das zukünftige digitale Gesundheitssystem integriert ist. Gleichzeitig muss die Flexibilität gewährleistet sein, um das System schnell einzusetzen, wenn eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit droht. **Economiesuisse** und **SVV** ergänzen, dass soweit möglich international anwendbare Systeme eingesetzt werden und private Anbieterinnen und Anbieter für deren Erarbeitung miteinbezogen werden können sollten.

**CH++, IDS NE, ISPM BE, SPHD** und **SSPH+** plädieren dafür, dass wie bei der «SwissCovidApp» das Gesetz vorschreiben sollte, dass solche Technologien dezentralisiert und datenschutzfreundlich sind. **IDS NE, SPHD** und **SSPH+** verlangen zudem, dass das Gesetz die Erhebung und Integration von Daten über die Nutzung digitaler Contact-Tracing-Tools und den Erhalt von Expositionsmeldungen in die zentralisierte Kontaktnachverfolgungsdatenbank regelt, um die Wirkung und Kosteneffizienz dieser Technologien zu messen. **CH++** betont, dass das manuelle Contact-Tracing in Zukunft das digitale unterstützen sollte, nicht umgekehrt. **HIA** sieht den Nutzen insbesondere darin, dass eine solche App von vielen Menschen genutzt wird und sich anpassen und erweitern lässt.

**H+** und **GSASA** sehen ohne Gesetzesvorschlag und entsprechende Erläuterungen inkl. RFA, keine Veranlassung und Möglichkeit, hier Stellung zu nehmen. **EKSI** bemängelt ebenfalls, dass sich weder in der Vernehmlassungsvorlage noch im erläuternden Bericht weiterführenden Informationen zu dieser Frage finden, weshalb sie keine Stellungnahme beziehen können. **Spitex** kann die Frage nach einer gesetzlichen Grundlage für eine Contact-Tracing App zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend beantworten. Hier braucht es mehr wissenschaftliche Erkenntnis, um den Nutzen klarer zu benennen und auch die rechtliche Situation zu klären.

**AHS, PINK CROSS** und **SGCH** merken an, dass gerade im Bereich der sexuell übertragbaren Infektionen, allfällige, freiwillige Zusatzfunktionen in einer solchen App die Partnerinnen- und Partner-Information bei einer allfälligen Infektion erleichtern könnten.

**SBK, SVBG** und **PH CH** erachtet als zielführender, eine generelle rechtliche Basis zu etablieren, die es ermöglicht, digitale Systeme oder andere IT-Lösungen bei Bedarf zügig einzuführen. Diese Herangehensweise stelle sicher, dass man für zukünftige technologische Fortschritte gerüstet ist, ohne sich aktuell auf einen spezifischen Lösungsansatz festzulegen.

**BL** unterstreicht, dass im Falle einer Einführung die Fragen zu Einverständnis, Freiwilligkeit, Datenschutz und Datensicherheit angemessen adressiert werden müssen.

**SO** begrüsst, dass dadurch Rechtssicherheit für den Bedarfs- bzw. Krisenfall geschaffen wird.

**SZ** weist darauf hin, dass die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage die rasche Entwicklung entsprechender Applikationen erleichtert, welche die Bekämpfung von Gefährdungen für die öffentliche Gesundheit mit geringem Eingriff in die Persönlichkeitsrechte ermöglichen können.

**VS** betont, dass eine solche Rechtsgrundlage nur dann geschaffen werden sollte, wenn die zusätzlichen Kosten vollständig vom Bund übernommen werden.

Für **GRÜNE** muss sichergestellt werden, dass eine solche App nach den Prinzipien «Privacy first» respektive «Privacy by Design» konzipiert ist. Die App solle zudem datensparsam und dezentral konzipiert werden, sowie freiwillig und anonym verwendet werden können, um deren Akzeptanz in einer zukünftigen Krise sicherzustellen.

**KomABC** betont, dass die Integration der Regelung für den Betrieb von digitalen Contact-Tracing Apps die nötige gesetzliche Grundlage einerseits für die Entwicklung von Apps und andererseits für die Verwendung der in diesem Rahmen gesammelten Daten schafft. Es ermöglicht dem Bund, auf nationaler Ebene zu handeln und schnell aktiv zu werden.

**Privatim** betont, dass Informationen über die Impfung einer Person besonders schützenswerte Personendaten sind, bei denen die erhöhte Gefahr einer Grundrechtsverletzung geben ist und für die es eine Grundlage in einem formellen Gesetz braucht. Aus datenschutzrechtlicher Perspektive spielt es aber keine Rolle, ob eine kantonale oder bundesrechtliche Grundlage geschaffen werde.

**ASS-l'addition** bemängelt, dass in der Vergangenheit die kantonalen Behörden die Grundsätze der Zweckbestimmung der Verarbeitung nicht immer einhielten und dass die Daten zu anderen Zwecken als der Bekämpfung der Epidemie gesammelt wurden. Private Anwendungen waren nicht verlässlich.

**FAMH** erachtet als wichtig, dass die Systeme und Schnittstellen vorsorglich aufgebaut und regelmässig getestet werden.

**IFF** ist der Ansicht, dass weitere Bundeserlasse geändert werden müssen. So soll ParlG, Anhang 2 Ziff. 6 mit Art. 70f EpG ergänzt werden, damit die zuständigen Kommissionen vorgängig konsultiert werden müssen durch den Bundesrat. Ausserdem muss der Bundesrat gemäss IFF systematisch prüfen, wo Notrechtklauseln in anderen Bundeserlässen (ZPO, StPO, VwVG, BPR, etc.) von Nutzen wären.

**Piraten** betont, dass bei der Ausgestaltung die Wahrung der Privatsphäre sichergestellt werden muss.

**SAMW** betont, dass eine Contact-Tracing App auch die Möglichkeit haben muss, wichtige Gesundheitsaspekte zu erfassen. Zudem braucht es die Möglichkeit, explizit und elektronisch Einverständnis zu geben für die Erfassung weiterer Gesundheitsaspekte, etwa psychischer Faktoren. Es sollte zudem nur einen Anbieter für eine Contact-Tracing App geben.

**SFF** betont die Wichtigkeit, dass die Entwicklung wie auch die Umsetzung zeitnah, professionell und vor allem mit Blick auf die Anwenderfreundlichkeit erfolgt.

**SGAS** unterstreicht die Wichtigkeit, dass die in der App ausgewiesenen Resultate auch im Ausland akzeptiert werden.

**SGTP** betont die Wichtigkeit der Interoperabilität mit weiteren Surveillance und Tracing Systemen, da eine digitale Contact-Tracing App nie ein Stand-alone Instrument sein könne. Zudem müsse die zu schaffende gesetzliche Grundlage klarstellen, dass die Verwendung solcher Tools durch die Bevölkerung freiwillig bleibt, und deren Nutzung nicht als Bedingungen für Zugang zu Dienstleistungen, Veranstaltungen, etc. verwendet werden könne.

**SSV** weist auf das Spannungsfeld zwischen der Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit und dem Gebot der Grundrechtswahrung (Schutz der Privatsphäre) hin und betont, dass das digitale Contact-Tracing zwingend unter der Berücksichtigung der Grundprinzipien der Datenschutzgesetzgebung angegangen werden soll.

**Gegen** die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für digitale Contact-Tracing Apps sprachen sich im Grundsatz die folgenden Akteure aus: **SVP, NEK** sowie **ALETHEIA, AS, BFS, BK-SBK, DVF CH, EDU SG, HLI, LB, LIBERTÉ, LV, MV, NFP 80, N.I.E., PH CH, SBK, SCRHG, SGBE, SSO, Uni GE** und **WiBeG**.

**AS, LIBERTÉ, MFR, MV, N.I.E.** und **Réinfo Santé** betonen, dass das Tracking und Tracing gegen grundlegende Rechte hinsichtlich Privatsphäre verstößt und gemäss **LIBERTÉ** auch gegen die Freiheit der medizinischen Wahl. **N.I.E.** führt aus, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu teuer und zu unsicher und vom Volk nicht gewünscht ist. **ALETHEIA** ist der Ansicht, dass das Contact-Tracing keine evidenzbasierte Massnahme sei. **MFR** und **Réinfo Santé** unterstreichen, dass zahlreiche Studien gezeigt haben, dass die Rückverfolgung von Kontakten für das Management einer Pandemie nicht per se relevant ist. Diese Massnahme sei weder effektiv, effizient noch verhältnismässig.

**SGBE, Uni GE** und **WiBeG** weisen darauf hin, dass die Nutzung einer solchen Anwendung datenschutzrechtliche Fragen aufwirft. Die für die Entwicklung einer neuen Anwendung erforderlichen Mittel könnten zudem bereits im Rahmen von Art. 51 des vorliegenden Entwurfs bereitgestellt

werden. Auch die Definition von «wichtigen medizinischen Gütern» in Art. 3 Bst. e müsse so weit gefasst sein, dass sie auch digitale Anwendungen umfasse, wenn diese für die Prävention der Übertragung eines Krankheitserregers wichtig werden.

**EDU SG** äussert die Befürchtung, dass eine solche App früher oder später für eine weitergehende Überwachung missbraucht wird.

**NEK** weist darauf hin, dass die Nutzung einer solchen Anwendung datenschutzrechtliche Fragen aufwerfe, die an anderer Stelle geregelt werden: Die für die Entwicklung einer neuen Anwendung erforderlichen Mittel könnten im Rahmen von Art. 51 des vorliegenden Entwurfs bereitgestellt werden. Die Definition von «wichtigen medizinischen Gütern» in Art. 3 Bst. e muss so weit gefasst sein, dass sie alle für die Prävention erforderlichen Mittel umfasst, unabhängig vom Krankheitserreger und seiner Übertragungsart. Diese Definition solle daher auch digitale Anwendungen umfassen, wenn diese für die Prävention der Übertragung eines Krankheitserregers wichtig werden.

**BK-SBK** ist der Ansicht, dass Massnahmen bevorzugt werden sollten, die an das Verantwortungsbewusstsein und die Kooperationsbereitschaft der Bevölkerung appellieren, und Zwangsmassnahmen oder strenge Überwachung möglichst vermieden werden sollten.

**DVF CH** ist der Ansicht, dass sich die App nicht bewährt hat. Die Contact-Tracing App zur Eingangskontrolle bei religiösen Veranstaltungen verletze übergeordnete Artikel in der Bundesverfassung, in der das Recht auf freie Religionsausübung ohne Eingangskontrolle geschützt wird.

**HLI** ergänzt, dass Contact-Tracing Apps aus Persönlichkeits- und Datenschutzgründen als bedenklich einzustufen sind. Durch Entwicklung und Betrieb würden Steuergelder verschleudert.

**LB** ist der Ansicht, dass das digitale Contact-Tracing zu wenig gebracht hat, um solche Kosten und Risiken betreffend Missbrauch zu verursachen.

**LV** merkt an, dass ein solches Projekt in einer normalen Situation nicht gerechtfertigt sei. In einer aussergewöhnlichen Situation, die per Definition nicht vorhersehbar ist, sei eine gesetzliche Grundlage nicht erforderlich und es mache daher keinen Sinn, sie im Voraus zu schaffen.

**SSO** betont, dass Der Nutzen von Contact-Tracing nicht belegt ist.

#### 4.6 Weitere Anmerkungen zum VE-EpG

Verschiedene Anmerkungen konnten keinem Artikel zugeordnet werden oder betreffen den gesamten VE-EpG. Diese werden nachfolgend zusammengefasst wiedergegeben.

**AeG BL, AeG LU, AGGL, AGSG, AGZ, BBV, BEKAG, BüAeV, FMCH, FMH, MFÄF, MedGes BS, PIGS, SGDV, SGED, SGN, SGP, SNM, SMGP, SMVS, SRO, SSAI, SSAPM, SVHA, UNION, VBSAE und VSAO** kritisieren, dass im VE-EpG die ambulante Grundversorgung weder erwähnt noch berücksichtigt werde. Zudem sei bezüglich Datenbearbeitung mit Bezug auf die gesamte Vernehmlassungsvorlage auf den in Art. 5 Abs. 2 BV verankerten Grundsatz der Verhältnismässigkeit der Datenbearbeitung hinzuweisen. Auch **MFE** kritisiert die fehlende Erwähnung und Berücksichtigung der ambulanten Grundversorgung im VE-EpG.

**Aerosuisse, CP, EXPO, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrouisse, GSASA, H+, SBCK, SCA, SFGV und SVTB** befürworten, dass das Epidemiengesetz revidiert wird. Der vorliegende Vernehmlassungsentwurf zur Änderung des Epidemiengesetz genügt leider nicht, um die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen effektiv und rasch einzudämmen. Neben der Revision des EpG drängt sich eine Anpassung des AVIG auf. Das Parlament hat den Reformbedarf bereits erkannt und sich deutlich dafür ausgesprochen, dass Berufsbildnerinnen und Berufsbildner Lernende auch im Falle von Kurzarbeit weiter ausbilden dürfen (Art. 37 Bst. d neu).

**SGDA, SMPA, SONART, SuisseCulture, TFC** und **tpunkt** schlagen vor, gesetzlich festzuhalten, dass der Bundesrat die Ausrichtung von Entschädigungen des Erwerbsausfalls bei Personen vorsehen kann, die ihre Erwerbstätigkeit aufgrund von Massnahmen im Zusammenhang mit der Bewältigung

der Epidemie unterbrechen oder massgeblich einschränken müssen. Zu den Anspruchsberechtigten gehören insbesondere auch Selbstständige sowie Personen in arbeitgeberähnlicher Stellung. Es werden entsprechend verschiedenen Anpassungen im AVIG vorgeschlagen.

**Dakomed, Cranio Suisse, Kinesuisse, KT Yoga Schweiz, NVS, Oda AM, Oda KT, SFV, SDV, SGS, SMGP, SVHA, TVS, UNION und VRMS** kritisieren, dass die Behörden mit den Änderungen viele Befugnisse für Massnahmen gegenüber der Bevölkerung erhalten, jedoch nur beschränkte bis keine Befugnisse gegenüber der Industrie bzgl. Produktion, Preis, Lizenzvergabe, Schadenersatz usw. haben. Die Akteure fordern, dass Bund und Kantone ihrer Verpflichtung gemäss Art. 118a der Bundesverfassung nachkommen - auch in der Bewältigung von Epidemien.

Gemäss **Btvv, Ga-LU, Ga-NE, Ga-NW, Ga-VS, GGR, Gastrosuisse, SBCK, SCA, SCRHG und SFGV** sei im Covid-19-Gesetz (Art. 1 Abs. 2<sup>bis</sup>) sinnvollerweise geregelt, dass der Bundesrat seine Strategie auf die mildest- und kürzestmögliche Einschränkung des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens ausrichtet. Dieser Grundsatz habe sich bewährt und sollte deshalb in einem Art. 4 Abs. 4 EpG aufgenommen werden.

**AG, AR, BE, BS, NE, VD** und **VSKT** sind der Ansicht, dass Schnittstellen zwischen dem EpG, dem HMG, dem LMG und dem TSG besser geklärt und dass die Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen klar geregelt sein müssen. **LU, TG** und **VKCS**, wünschen, dass die in der Lebensmittelgesetzgebung und der Epidemiengesetzgebung festgelegten Zuständigkeiten und Kompetenzen sowohl in den Kantonen als auch auf Bundesebene klarer aufeinander abgestimmt bzw. Überschneidungen bereinigt werden. **AG, BE** und **LU** fehlen eine Grundlage, um in Tierhaltungen bei einer Zoonose Überwachungs- und Bekämpfungsmassnahmen anordnen zu können. **LU** und **TG** sehen es als zweckmässig an, durch Lebensmittel übertragbare Krankheiten sowie allenfalls auch durch Tiere übertragene Krankheiten in einem eigenen Kapitel in der Epidemiengesetzgebung zu regeln.

**EDU, SVP** sowie **AS, KMUfamilie, LB, N.I.E** und **vbfn** fordern eine Aufarbeitung der Covid-19-Epidemie seitens Behörden und Politik, ohne welche eine Revision des EpG nicht möglich sei. Auch **Gastrosuisse, SFGV** und **SGV USAM** kritisieren, dass wesentliche Faktoren aus der Covid-19-Epidemie nicht in die Revision des EpG eingeflossen sind. **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** und **KF** bedauern, dass vorgängig zur Teilrevision EpG keine verwaltungsexterne Aufarbeitung der Covid-19-Epidemie erfolgte sowie, dass keine strukturierte und transparente Regulierungsfolgenabschätzung vorgenommen worden sei. Auch handle es sich beim VE-EpG um ein heterogenes Reformpaket ohne klares Konzept und inneren Zusammenhang. **LB** fordert eine gründliche Evaluation der bereits getroffenen Massnahmen. **vbfn** bewertet unter anderem kritisch, dass die möglichen Schädigungen durch Impfungen nicht aufgearbeitet und die Herstellerverträge nicht ungeschwärzt veröffentlicht wurden.

**AG, AR, BS, LU, ZH** und **VSKT** würden es begrüssen, wenn im EpG die Grundlage für ein ständiges, gemäss dem One-Health-Prinzip zusammengesetztes, wissenschaftliches Begleitgremium, welches sich mit dem Koordinationsorgan von Bund und Kantonen auch in «Friedenszeiten» regelmäßig austauscht, geschaffen würde. Auch **VD** bedauert, dass ein solches ständiges Gremium oder auch die Thematik der Verbesserung der Organisation in Krisenzeiten der Bundesverwaltung in der Vernehmlassungsvorlage nicht thematisiert werden.

**CH++, ISPM BE, MCID** und **PD** kritisieren, dass Kohortenstudien in der Vernehmlassungsvorlage nicht erwähnt werden.

**AZ, MFR** und **Réinfo Santé** sind der Ansicht, dass im Vorentwurf von falschen Annahmen ausgegangen wird. Massnahmen und Entscheidungen während der Covid-19-Epidemie seien nicht ausreichend berücksichtigt und negative Auswirkungen auf die Gesellschaft und die öffentliche Gesundheit ignoriert worden. Alternative Ansätze und individuelle Behandlungen sollen stärker berücksichtigt werden. **SFV** und **VRMS** weisen darauf hin, dass die Komplementärmedizin traditionell viel Erfahrung in der Behandlung und Prävention von Infektionskrankheiten hat, indem sie einen

salutogenetischen und autoregulativen Ansatz verfolgt, was zu einem sachgerechten Einsatz von Antibiotika führt.

**BL** und **ZH** kritisieren, dass Art. 18 EpG betreffend Regionallaboratorien unklar formuliert ist und schlagen eine Neuformulierung vor.

**FDP** und **AVV** stellen fest, dass die jahrzehntelangen Erfahrungen im Bereich HIV und die jüngsten Erfahrungen mit Mpox gezeigt haben, dass erfolgreiche Prävention bedingt, dass die betroffenen Gruppen in ihren selbstorganisierten Strukturen (Dachverbände, Patienten-Organisationen, Community-Vereine) von Anfang an eingebunden werden. Die revidierte Vorlage wird diesem Kriterium weder in der Surveillance noch in der Vorsorge oder Bekämpfung gerecht.

**Hotelleriesuisse** und **STV** kritisieren, dass wirtschaftliche Interessen der Unternehmen im vorliegenden Entwurf zu wenig berücksichtigt werden.

**JUFA** und **KPC** kritisieren, dass die VE-EpG das System der Krankheitsüberwachung von einer Meldung von Krankheiten hin zu einer Überwachung von Personen verändert. Dabei wird jeder Mensch zunächst als potenziell krank oder ansteckend betrachtet und muss seine Gesundheit beweisen. Dies missachtet sowohl die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit als auch die objektive klinische Feststellung. Zudem wird die Verantwortung der Eltern für die Gesundheit ihrer Kinder nicht berücksichtigt.

**PD** möchte den VE-EpG dahingehend genutzt sehen, um die Laborsicherheit angemessen zu stärken. **Pro Schweiz** kritisiert die fehlenden Schutzvorkehrungen gegenüber Labor-Viren. Es stösst auf Unverständnis, dass der Bundesrat auf taugliche gesetzliche regulatorische Kontrollnormen zum Schutz vor laborgenerierten Pathogenen verzichtet.

**PH CH** und **SBK** sind insgesamt der Meinung, dass die vorgeschlagenen Revisionen im EpG einen wichtigen Schritt darstellen, um die Resilienz und Reaktionsfähigkeit des Schweizer Gesundheitssystems im Angesicht von epidemischen Bedrohungen zu stärken.

**GE** würde in Bezug auf den internationalen Leichentransport für angebracht halten, die aktuelle Revision zu nutzen, um ein flexibleres Abkommen als das internationale Abkommen vom 10. Februar 1937 über den Leichentransport zu ratifizieren, das den wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen im Bereich des Leichentransports Rechnung trägt.

**ZH** kritisiert, dass im VE-EpG für einige Massnahmen aus der Covid-19-Epidemie keine gesetzliche Grundlage geschaffen wurde (Fristen im Ausländerrecht, Rechte bei Versammlungen, Fristenstillstand im Zivil- und Verwaltungsverfahren).

**EDU** kritisiert, dass die vorgeschlagenen Änderungen die bestehenden Regelungen willkürlich erweitern, insbesondere hinsichtlich der Voraussetzungen für die Ausrufung einer besonderen oder ausserordentlichen Lage.

**SVP** fordert, dass die finanziellen Auswirkungen des EpG für die Normallage auf den absoluten Kompetenzerhalt ausgerichtet und so gering wie möglich gehalten werden.

**SSV** fordert über das gesamte EpG hinweg eine klare Definition der Begriffe «öffentliche und private Institutionen des Gesundheitswesens» und stellt die Frage, ob «sozialmedizinische Institutionen» als gleichbedeutend zu betrachten sind.

**EKK** ist der Ansicht, dass eine Diskussion über die Schaffung einer neuen Rechtsgrundlage geführt werden muss, die es ermöglicht, Arzneimittel, die zur Verhütung und Bekämpfung einer übertragbaren Krankheit notwendig sind, in besonderen oder aussergewöhnlichen Situationen auf den Markt zu bringen. Diese Rechtsgrundlage sollte Leitlinien enthalten, die der Behörde bei der heiklen Prüfung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit als Orientierungshilfe dienen.

**EKSI** wünscht, dass im VE-EpG verstärkt die notwendigen Instrumente und Regelungen auch für mögliche Szenarien bereitgestellt werden, welche vom aktuellen Wissen und von bisherigen Erfahrungen abweichen.

**NEK** wünscht, dass das Prinzip der Gesundheitskompetenz im EpG aufgenommen wird. Auch Die Hilfe und Pflege zuhause (Spitex) und generell der Privathaushalt als Gesundheits- und Behandlungsstandort sollen konsequent in das Gesetz aufgenommen werden.

**Aerosuisse** sieht die Bedürfnisse der Luftfahrt in der Vorlage als nicht berücksichtigt an.

**ALETHEIA** fordert, dass sich der Bundesrat und generell die Politik aus dem Gesundheitsmanagement zurückzieht. Die Politik in der Gesundheitspolitik sollte lediglich eine Unterstützungsfunction haben.

**ARTISSET** schlägt eine Erweiterung im Titel durch die Begriffe Epidemien- und Pandemiengesetz vor, um Unklarheiten vorzubeugen und den Geltungsbereich dieses Gesetzes zu unterstreichen.

**Caritas** bittet zu prüfen, inwiefern die Frage, wie benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit Informations- und Impfkampagnen besser erreicht und damit auch besser geschützt werden können, in der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung) aufgenommen werden kann.

**FS** kritisiert, dass international Gesundheitsvorschriften und ein Pandemievertrag mit der WHO ausgetauscht wird und man gleichzeitig parallel bereits mit der Revision des EpG beginnt. Der Akteur fordert zudem, dass die Gain-of-Function-Forschung weltweit verboten wird.

**EAWAG** hält es für eine syndromische Überwachung als unabdingbar, dass die Verbrauchszahlen aller Wirkstoffe (nicht nur Antibiotika) kostenfrei zugänglich sind.

**IFF** kritisiert, dass im Zusammenhang mit der Mitwirkung der Kantone an Entscheiden des Bundesrates in der Revision unterschiedliche Begriffe verwendet werden. Außerdem beschränkt die Revision sich im Grossen und Ganzen auf punktuelle Klärungen und teilweise kosmetische Retuschen. Viele Fragen, die sich im Verlaufe der vergangenen Pandemie gestellt haben, bleiben unterbelichtet. Es fällt auf, dass die Auswirkungen auf die Wirtschaft stark im Vordergrund stehen. Von den Auswirkungen der Epidemie und epidemischer Massnahmen auf die Grund- und Menschenrechte ist nicht die Rede. Es wird zusätzlich bemängelt, dass sich die Revision nicht in genügendem Ausmass mit dem Einbezug der Wissenschaft und dem Umgang mit Unsicherheit befasst. Schliesslich ist zu bedauern, dass keine neuen Ideen in Bezug auf das Beschwerderecht aufgenommen worden sind.

**JUFA** lehnt den VE-EpG insbesondere auch deswegen ab, weil eine Erweiterung der Kompetenzen vorgesehen sei, in den verfassungsrechtlich geschützten Bereich des innerfamiliären Zusammenlebens einzutreten. Zudem müssten Einschränkungen der verfassungsrechtlich garantierten Familiensicherheit und der elterlichen Erziehungsrechte im ordentlichen Rechtssetzungsverfahren erfolgen.

**KF** fände es begrüssenswert, wenn im EpG die Wichtigkeit von sauberer Luft Erwähnung findet und ein Präventionskonzept die Wichtigkeit dieses Themas hervorstreicht.

**KMU-Forum** ist der Ansicht, dass im EpG verankert werden sollte, dass die vom Bund und den Sozialversicherungen zur Verfügung gestellten Mittel einer gerechten Verteilung unterliegen. Mehrere Mitgliederinnen und Mitglieder des KMU-Forums sind ausserdem der Ansicht, dass eine Bestimmung in den Gesetzentwurf aufgenommen werden sollte, die die Möglichkeit vorsieht, Unternehmen im Falle einer Epidemie finanzielle und praktische Unterstützung für Massnahmen im öffentlichen Interesse zu gewähren, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und ihrer Folgen dienen.

**Pro Senectute** begrüsst, dass sowohl im Gesetzestext wie auch im erläuternden Bericht auf die Verwendung starrer Altersgrenzen zur Definition von Risikogruppen verzichtet wird.

**LIBERTÉ** fordert von den Personen, welche diese Revision des EpG verfasst haben, eine vollständige Transparenz ihrer Interessensbindungen im medizinischen Bereich, insbesondere an

Pharmaunternehmen oder Krankenversicherungen, sowie einer systematischen Streichung von Artikel, die von Personen mit solchen Interessensbindungen verfasst wurden.

**MV** fordert eine Abkehr vom eingeschlagenen Weg der Zwangsmassnahmen, welche zu einer Schädigung der Demokratie und einer gefährlichen Spaltung der Gesellschaft führen könnte.

Gemäss **ospita** kann der VE-EpG nicht akzeptiert werden, bis die herrschende Diskriminierung privater Leistungserbringer beseitigt und die Gleichbehandlung öffentlicher und privater Institutionen des Gesundheitswesens – und insbesondere der Spitäler – umfassend gesetzlich garantiert und gesichert ist. Die anerkanntmassen zweckmässig ausgestalteten neuen Pflichten, die das teilrevidierte EpG für öffentliche und private Institutionen des Gesundheitswesens stipuliert, können deshalb nur dann in Kraft gesetzt werden, wenn vorher das Gleichgewicht zwischen Rechten und Pflichten geschaffen wird (Entflechtung Mehrfachrolle Kantone, Einführung zeitgemäss Governance, Unterbindung rechtswidrigen und wettbewerbsverfälschenden Subventionen).

**RLN** fordert, dass Art. 18 wie folgt angepasst wird: «Die Kantone betreiben ein Netzwerk von Regionallaboratorien, um Analysen von seltenen, neuauftretenden und/oder pathogenen Mikroorganismen durchzuführen. Sie koordinieren diese Analysen und stellen die Zusammenarbeit mit den zuständigen Bundesbehörden und den Hochsicherheitslaboratorien sicher».

**SAV** fordert eine gesetzliche Grundlage, anhand derer Arbeitgebende ihre Arbeitnehmende in die Pflicht nehmen können (z.B. bezüglich Testen).

**SGV USAM** ist der Ansicht, dass das Parlamentsgesetz mindestens der parlamentarischen Delegation erlauben sollte, verschiedene Technologien, namentlich digitale Mittel, einzusetzen, um ohne Zeitverzug ihre Pflichten und Rechte wahrnehmen zu können. Es wird ausserdem darauf verwiesen, dass die Digitalisierung der verwaltungsinternen Prozesse sowie der Informationsprozesse zwischen den Ebenen Bund und Kantonen schlicht mangelhaft sei. Es brauche eine nationale, digitalisierte Lösung, welche nicht nur die Sammlung von Daten erlaubt, sondern die Grundlage für eine fundierte Lageanalyse bildet sowie insbesondere den Führungsrythmus erleichtert und unterstützt.

**SMVS** hält es für unerlässlich, dass das EpG auch geschützte Übertragungs- und Kommunikationsnetze oder den Zugang zu solchen Netzen vorsieht bzw. zur Verfügung stellt.

**SWISS** würde es begrüssen, wenn Akteure des Luftverkehrs, namentlich die Schweizer Luftverkehrsgesellschaften und Flughafenhalter rechtzeitig konsultiert werden zu Massnahmen im internationalen Personenverkehr. Da der internationale Luftverkehr ein 24/7 Betrieb ist und sich zu jedem Zeitpunkt Schweizer Flugzeuge und Besatzungen in der Luft oder auf einem anderen Kontinent befinden beansprucht die Umsetzung von angeordneten Massnahmen Zeit. Zwischen der Anordnung und der Umsetzung einer Massnahme im internationalen Luftverkehr muss eine Zeitspanne von mindestens 48 Stunden, idealerweise gar 72 Stunden vorgesehen werden.

**Swissgrid** regt an, dass in den Ausführungsbestimmungen und/oder der Gesetzesbotschaft der Begriff «bestimmte Personengruppen» näher erläutert wird (Art. 2 Abs. 2 Bst. c; Art. 6c, Art. 19a, Art. 40, Art. 40a und Art. 83). Diesbezüglich seien auch das systemrelevante Swissgrid-Personal bzw. Swissgrid-Dienstleister zur Aufrechterhaltung des Netzbetriebs und zur Störungsbehebung dazuzählen.

## 5 Anhänge

### 5.1 Liste der Vernehmlassungadressaten bzw. -teilnehmenden

Hinweis: Es ist möglich, dass Abkürzungen für Vernehmlassungsteilnehmende in diesem Bericht nicht exakt den üblicherweise von den Vernehmlassungsteilnehmenden selbst verwendeten Abkürzungen entsprechen. Die hier verwendeten Kürzel dienen einzig der übersichtlichen Darstellung zentraler Aussagen im Ergebnisbericht. Zudem werden aus Gründen der Einheitlichkeit und Übersichtlichkeit alle Abkürzungen in der Einzahl und im Nominativ behandelt, ungeachtet der korrekten grammatischen Form, die angewendet würde, wenn der Akteur ausgeschrieben würde.

#### Kantone und Fürstentum Liechtenstein / Cantons et Principauté de Liechtenstein / Cantoni e Principato del Liechtenstein

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari	Begrüßt	Stellung- nahme
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	ja	ja
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno	ja	ja
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno	ja	ja
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	ja	ja
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna	ja	ja
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	ja	ja
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	ja	ja
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle diretrici e dei direttori cantonali della sanità	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	ja	ja
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona	ja	ja
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	ja	ja
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura	ja	ja
KdK CdC CdC	Konferenz der Kantonsregierungen Conférence des gouvernements cantonaux Conferenza dei governi cantonali	ja	nein
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	ja	ja
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	ja	ja
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo	ja	ja
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo	ja	ja
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo	ja	ja
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	ja	ja
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	ja	ja
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	ja	ja
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	ja	ja
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	ja	ja
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	ja	ja
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	ja	ja
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	ja	ja
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	ja	ja
FL	Regierung des Fürstentums Liechtenstein Gouvernement de la Principauté de Liechtenstein Governo del Principato del Liechtenstein	ja	nein

**In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale**

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
EDU	Eidgenössisch-Demokratische Union	ja	ja
UDF	Union Démocratique Fédérale		
UDF	Unione Democratica Federale		
EAG	Ensemble à gauche	ja	nein
EVP	Evangelische Volkspartei der Schweiz	ja	nein
PEV	Parti évangélique Suisse		
PEV	Partito evangelico svizzero		
FDP	FDP. Die Liberalen	ja	ja
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux		
PLR	PLR. I Liberali Radicali		
GRÜNE	GRÜNE Schweiz	ja	ja
Les VERT-E-S	Les VERT-E-S suisses		
VERDI	I Verdi Svizzeri		
GLP	Grünliberale Partei	ja	nein
PVL	Parti vert/libéral		

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari	Begrüsst	Stellung- nahme
PVL	Partito verde-liberale		
Lega	Lega dei Ticinesi	ja	nein
Die Mitte Le Centre il Centro	Die Mitte Le Centre il Centro	ja	ja
PDA PST PSdL	Partei der Arbeit Parti suisse du travail Partitio svizzero del lavoro	ja	nein
SP PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero	ja	ja
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du centre Unione democratica di centro	ja	ja

**Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna**

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari	Begrüsst	Stellung- nahme
SAB SAB SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupe suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna	ja	nein
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri	ja	ja
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses Unione delle città svizzere	ja	ja

**Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia**

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari	Begrüsst	Stellung- nahme
Economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere	ja	ja
KV Schweiz SEC Suisse SIC Svizzera	Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce Società svizzera degli impiegati di commercio	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband	ja	ja
UPS	Union patronale suisse		
USI	Unione svizzera degli imprenditori		
SBV	Schweizerischer Bauernverband	ja	ja
USP	Union suisse des paysans		
USC	Unione svizzera dei contadini		
SBVg	Schweizerische Bankervereinigung	ja	ja
ASB	Association suisse des banquiers		
ASB	Associazione svizzera dei banchieri		
	Swiss Bankers Association		
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund	ja	ja
USS	Union syndicale suisse		
USS	Unione sindacale svizzera		
SGV USAM	Schweizerischer Gewerbeverband	ja	ja
USAM	Union suisse des arts et métiers		
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri		
Travail.Suisse	Travail.Suisse	ja	ja

**Liste der zusätzlichen Vernehmlassungsadressaten / -teilnehmenden**

**Liste des destinataires supplémentaires**

**Elenco di ulteriori destinatari / partecipanti**

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
A+	Akademien der Wissenschaften Schweiz Académies suisses des sciences Accademia svizzera delle scienze	ja	nein
AÄV	Aargauischer Ärzteverband	nein	ja
ABBV	AbbVie AG	nein	ja
ABUK	Aktionsbündnis Urkantone	nein	ja
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne	ja	nein
AeG BL	Ärztegesellschaft Baselland	nein	ja
AeG LU	Ärztegesellschaft Luzern	nein	ja
Aerosuisse	Dachverband der schweizerischen Luft- und Raumfahrt Fédération faîtière de l'aéronautique et de l'aérospatiale suisses	nein	ja
AGGL	Ärztegesellschaft des Kantons Glarus	nein	ja
Agricura	Agricura Genossenschaft Agricura Société coopérative	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Agricura società cooperativa		
AGSG	Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen	nein	ja
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich	nein	ja
AHS	Aids-Hilfe Schweiz Aide suisse contre le sida Aiuto Aids Svizzero	ja	ja
AIG	Aéroport International de Genève	ja	ja
ALETHEIA	Menschenwürdige Medizin und Wissenschaft Médecine et science humaine	nein	ja
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche	ja	ja
Anresis.ch	Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen Centre suisse pour le contrôle de l'antibiorésistance Centro svizzero per la resistenza agli antibiotici	ja	nein
Anthrosana	Verein für anthroposophisch erweitertes Heilwesen Association pour une médecine élargie par l'anthroposophie Associazione per una medicina ampliata dall'antroposofia	ja	nein
ARTISET	Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien Federazione dei fornitori di servizi per persone bisognose di assistenza	ja	ja
AS	Aufrecht Schweiz	nein	ja
ASO	Auslandschweizer-Organisation Organisation des Suisses de l'étranger Organizzazione degli Svizzeri all'estero	nein	ja
ASPS	Association Spitex privée Suisse	ja	nein
ASS-l'addition	Association Qui va payer l'addition?	nein	ja
avsga	Apothekenverband St. Gallen / Appenzell	nein	ja
AVV	Allianz der Veranstalterverbände	nein	ja
AZ	Aufrecht Zürich	nein	ja
BAV	Bündner Apothekerverband	nein	ja
BBV	Berner Belegärzte-Vereinigung+	nein	ja
B-CH	Blutspende SRK Schweiz Transfusion CRS Suisse	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Trasfusione CRS Svizzera		
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne Società dei medici del Cantone di Berna	nein	ja
BFS	Bürgerforum Schweiz	nein	ja
BK-SBK	Bioethik-Kommission der Schweizerischen Bischofskonferenz Commission bioéthique de la Conférence des évêques suisses Commissione bioetica della Conferenza dei vescovi svizzeri	nein	ja
BLAV	Basellandschaftlicher Apotheker-Verband	nein	ja
Btvv	Bindella terra vite vita SA	nein	ja
BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei medici Grigioni	nein	ja
BVCH	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali	ja	nein
Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral	nein	ja
CARB-X	Combating Antibiotic-Resistant Bacteria Biopharmaceutical Accelerator	nein	ja
Caritas	Caritas Schweiz Caritas Suisse Caritas Svizzera	nein	ja
CCCM	Abt. Klinische Bakteriologie und Mykologie USB und Coordination Commission of Clinical Microbiology Département de bactériologie/mycologie clinique de l'Université de Bâle et commission de coordination de microbiologie clinique	ja	nein
CER-VD	Commission d'éthique de la recherche du canton de Vaud	nein	ja
CH++	Verein CH++ Organisation CH++	nein	ja
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne Waadtländer Universitätsspital, Lausanne Centro ospedaliero universitario vodese, Losanna	ja	nein
CNRM	Referenzzentrum für invasive Meningokokken	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüßt</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Centre national de référence des méningocoques invasifs Centro di riferimento per meningococchi invasivi		
CNRR	Referenzzentrum für Masern und Röteln Centre national de référence pour la rougeole et la rubéole Centro di riferimento per morbillo e rosolia	ja	nein
CP	Centre Patronal	nein	ja
Cranio Suisse	Schweizerische Gesellschaft für Craniosacral Therapie Société suisse de thérapie craniosacrale Società Svizzera per la Terapia Craniosacrale	nein	ja
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuatori-malattia innovativi	ja	nein
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	ja	nein
Dakomed	Dachverband Komplementärmedizin Fédération de la médecine complémentaire Federazione della medicina complementare	ja	ja
Debiopharm	Debiopharm International	nein	ja
DVF CH	Dachverband freikirchen.ch Association faîtière des Églises libres	nein	ja
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients	ja	ja
EAWAG	Das Wasserforschungs-Institut des ETH-Bereichs L'Institut de Recherche de l'Eau du Domaine des EPF Istituto per la Ricerca sulle acque nel Settore dei Politecnici Federali Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology	ja	ja
EBPI ZH	Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich Istituto di epidemiologia, biostatistica e prevenzione dell'Università di Zurigo Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute of the University of Zurich	ja	nein
Eco-swiss	Schweizerische Organisation der Wirtschaft für Umweltschutz, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Organisation de l'économie suisse pour la protection de l'environnement, la sécurité et la santé au travail	ja	nein
EDU SG	EDU Kanton St. Gallen	nein	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüßt</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	UDF du canton de St-Gall		
EFBS	Eidgenössische Fachkommission für biologische Sicherheit Commission fédérale d'experts pour la sécurité biologique Commissione federale per la sicurezza biologica	ja	ja
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen Commission fédérale pour les vaccinations Commissione federale per le vaccinazioni	ja	ja
EKK	Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen Commission fédérale de la consommation Commissione federale del consumo	ja	ja
EKP	Eidgenössische Kommission für Pandemievorbereitung und -bewältigung Commission fédérale pour la préparation en cas de pandémie Commissione federale per la preparazione alle pandemie	ja	nein
EKRM	Schweizerisches Expertenkomitee für Reisemedizin Comité d'experts suisse pour la médecine des voyages Comitato di esperti per la medicina di viaggio	ja	nein
EKSI	Eidgenössische Kommission für Fragen zu sexuell übertragbaren Infektionen Commission fédérale pour les questions liées aux infections sexuellement transmissibles Commissione federale per le questioni relative alle infezioni sessualmente trasmissibili	ja	ja
EXPO	Swiss LiveCom Association EXPO EVENT	nein	ja
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera	ja	ja
FAMS	Föderation Alternativ Medizin Schweiz Fédération suisse de la médecine alternative Federazione svizzera della medicina alternativa	ja	nein
FBS	Freiheitliche Bewegung Schweiz Mouvement suisse pour la liberté Movimento svizzero per la libertà	nein	ja
FENACO	Fenaco	ja	nein
FG TRM	Schweizerische Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin	ja	ja
FIALI	Föderation der Schweizerischen Nahrungsmittel-Industrien Fédération des industries alimentaires suisses Federazione delle industrie alimentari svizzere	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
FIT	FARMA INDUSTRIA TICINO - Associazione ticinese delle industrie chimiche e farmaceutiche	ja	nein
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgorum Helvetica	ja	ja
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	ja	ja
FPTH	Foederatio Phytotherapica Helvetica Schweizerische Foederation für Phytotherapie Fédération suisse de phytothérapie Federazione Svizzera di Fitoterapia Federaziun Svizra da Fitoterapia	ja	ja
FRC	Fédération romande des consommateurs	nein	ja
FS	Frye Schwyzer	nein	ja
FZH	Flughafen Zürich AG Aéroport de Zürich SA	nein	ja
Ga-LU	Gastro Luzern	nein	ja
Ga-NE	Gastro Neuchâtel	nein	ja
Ga-NW	Gastro Nidwalden	nein	ja
Ga-VS	GASTROVALAIS	nein	ja
GARDP	GARDP Foundation	nein	ja
Gastrosuisse	Verband für Hotellerie und Restauration in der Schweiz Fédération de l'hôtellerie et de la restauration en Suisse Federazione dell'Albergheria e della Ristorazione svizzera	ja	ja
GE-KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	ja	nein
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute	ja	nein
GF CH	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera	ja	ja
GGR	Gastro Graubünden	nein	ja
GRIP	Groupe ment romand de l'industrie pharmaceutique	ja	ja
GSASA	Gesellschaft der Schweizerischen Amts- und Spitalapotheke Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
GSIA	Gesellschaft der Schweizerischen Industrie-Apotheke- rInnen Société suisse des pharmaciens(ne)s d'industrie	ja	nein
GST	Gesellschaft Schweizer Tierärztinnen und Tierärzte Société des vétérinaires suisses Società dei veterinari svizzeri	ja	ja
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	ja	ja
H-CH	Hepatitis Schweiz Hépatite Suisse Epatite Svizzera	ja	ja
HÄ CH	Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kin- derärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	ja	nein
HEdS-GE	Haute École de Santé Genève	ja	nein
Helvecura	Helvecura Genossenschaft Société coopérative Helvecura Società cooperativa Helvecura	nein	ja
HelvEthica	HelvEthica	nein	ja
HelvEthica TI	HelvEthica Ticino	nein	ja
HIA	healthyindoorair.ch	nein	ja
HKBB	Handelskammer beider Basel	ja	nein
HLI	Human Life International Schweiz Human Life International Suisse Human Life International Svizzera	nein	ja
HMK	Heilmittelkunde Regionale Fachstelle der Ost- und Zentralschweiz	ja	nein
HVS	Homöopathieverband Schweiz Association suisse d'homéopathie Associazione svizzera di omeopatia	ja	nein
Hotelleriesuisse	Unternehmerverband der Schweizer Hotellerie Association des entrepreneurs de l'hôtellerie suisse Associazione degli albergatori svizzeri	nein	ja
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève Universitätsspital Genf Ospedali universitari di Ginevra	ja	nein
IDS NE	Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Institut für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg Istituto di diritto sanitario dell'Università di Neuchâtel		
IFF	Institut für Föderalismus, Universität Freiburg i.Ue. Institut du fédéralisme de l'Université de Fribourg Istituto del federalismo dell'Università di Friburgo	nein	ja
IFIK	Institut für Infektionskrankheiten Institut des maladies infectieuses Istituto di malattie infettive	ja	ja
IG DHS	Interessengemeinschaft Detailhandel Schweiz Communauté d'intérêt du commerce de détail suisse	ja	ja
IMD	Institut für medizinische und molekulare Diagnostik Institut de diagnostic médical et moléculaire	ja	nein
IMM	Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universität Zürich Institut de microbiologie médicale, Université de Zürich Istituto di microbiologia medica dell'Università di Zurigo	nein	ja
Inclusion Handicap	Dachverband der Behindertenorganisationen Schweiz Association faîtière des organisations suisses de personnes handicapées Associazione mantello delle organizzazioni delle persone con disabilità in Svizzera	ja	nein
Inno CH	Switzerland Innovation	ja	nein
Insel	Inselspital Universitätsspital Bern Hôpital universitaire de l'Île, Berne Inselspital Ospedale universitario di Berna	ja	nein
Insieme	insieme Schweiz insieme Suisse insieme Svizzera	ja	nein
Insos	Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung Association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap Associazione nazionale di categoria delle istituzioni per persone con handicap	ja	nein
Intergenerika	Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller Organisation faîtière des fabricants de génériques et de biosimilaires	ja	ja
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche		
IRM-S	Ispettorato regionale dei Medicamenti della Svizzera del Sud	ja	nein
ISE-LU	Institut für Sozialethik der Universität Luzern Institut d'éthique sociale de l'Université de Lucerne Istituto di etica sociale dell'Università di Lucerna	ja	nein
ISE-ZH	Institut für Sozialethik der Universität Zürich Institut d'éthique sociale de l'Université de Zurich Istituto di etica sociale dell'Università di Zurigo	ja	nein
ISMAC	Infirmières spécialisées en médecine alternative et complémentaire	ja	nein
ISPM BE	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Berna	ja	ja
JUFA	Verein «Arbeitsgruppe Jugend und Familie» / IG «Familie 3plus»	nein	ja
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände	ja	nein
KAV	Schweizerische Kantonsapothekevereinigung Association des pharmaciens cantonaux Associazione dei farmacisti cantonali	ja	ja
KF	Konsumentenforum Forum des consommateurs Forum dei consumatori	nein	ja
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin Collège de médecine de premier recours Collegio di medicina di base	ja	nein
Kinesuisse	KineSuisse Berufsverband für Kinesiologie Association professionnelle de kinésiologie Associazione professionale di kinesiologia	nein	ja
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften Conférence des sociétés cantonales de médecine Conferenza delle società mediche cantonali	ja	nein
KKPKS	Konferenz der kantonalen Polizeikommandanten der Schweiz Conférence des commandants des polices cantonales de Suisse	ja	nein
KMU-Forum	Ausserparlamentarische Kommission KMU-Forum Commission extraparlementaire Forum PME Commissione extraparlamentare di esperti Forum PMI	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
KMUfamilie	KMUfamilie	nein	ja
KomABC	Eidgenössische Kommission für ABC Schutz Commission fédérale pour la protection ABC Commissione federale per la protezione NBC	ja	ja
KPC	KMU-Plan-C	nein	ja
KSG	Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte Conférence des médecins pénitentiaires suisses Conferenza dei medici penitenziari svizzeri	ja	nein
KT Yoga Schweiz	Yoga Komplementär Therapie Schweiz	nein	ja
Kuren	Heilbäder & Kurhäuser Schweiz Espaces thermaux et maisons de cure Suisse	ja	nein
KWSSS	Überparteiliches Komitee des Kantons Graubünden zur Wahrung von Selbstbestimmung und Souveränität der Schweiz	nein	ja
LB	Verein linksbündig	nein	ja
LIBERTÉ	Mouvement LIBERTÉ	nein	ja
LL CH	Lungenliga Schweiz Ligue pulmonaire suisse Lega polmonare svizzera	ja	nein
LV	Ligue Vaudoise	nein	ja
MCID	Multidisciplinary Center for Infectious Diseases MCID Universität Bern Centre multidisciplinaire pour les maladies infectieuses de l'Université de Berne	nein	ja
MedGes BS	Medizinische Gesellschaft Basel	nein	ja
MERH	Kompetenzzentrum Medizin - Ethik - Recht Helvetiae	ja	nein
MFÄF	Médecins Fribourg - Ärztinnen und Ärzte Freiburg	nein	ja
MFE	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	ja	ja
MFR	Mouvement Fédératif Romand	nein	ja
Migros	Migros	nein	ja
MQ	Verein für medizinische Qualitätskontrolle Association pour le contrôle de qualité médicale Associazione per il controllo di qualità medico	ja	nein
MV	MASS-VOLL!	nein	ja
MWS	medical women switzerland ärztinnen schweiz femmes médecins suisse donne medico svizzera	ja	nein
NABA	Referenzzentrum für hochpathogene Bakterien	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüßt</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Centre national de référence pour les bactéries hautement pathogéniques Centro nazionale di riferimento per i batteri altamente patogeni		
NAVI	Referenzzentrum für neuauftretende Viruskrankheiten Centre national de référence pour les infections virales émergentes Centro nazionale di riferimento per le infezioni virali emergenti	ja	nein
NBR	Netzwerk Biologische Risiken	nein	ja
NCCR AntiResist	National Centre of Competence in Research AntiResist: New approaches to combat antibiotic-resistant bacteria	nein	ja
N.I.E.	Netzwerk Impfentscheid Réseau Choix Vaccinal Rete Info Vaccini	nein	ja
NEK	Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana	ja	ja
NENT	Referenzzentrum für enteropathogene Bakterien und Listerien Centre national de référence pour les bactéries entéro-pathogènes et listeria Centro di riferimento per i batteri enteropatogeni e le listerie	ja	nein
NFP 80	Nationales Forschungsprogramm «Covid-19 in der Gesellschaft» Programme national de recherche « COVID-19 et société » Programma nazionale di ricerca «COVID-19 e società»	nein	ja
NRZK	Referenzzentrum für durch Zecken übertragene Krankheiten Centre national de référence pour les maladies transmises par les tiques Centro nazionale di riferimento per le malattie trasmesse dalle zecche	ja	nein
NRZL	Nationales Referenzzentrum für Legionellen Centre national de référence Legionella Centro nazionale di riferimento per la legionella	ja	nein
NRZ PE	Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren Centre national de référence pour la poliomyélite et les entérovirus	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Centro nazionale di riferimento per poliomielite ed enterovirus		
NVS	Naturärzte Vereinigung der Schweiz Association suisse en naturopathie Associazione svizzera di naturopatia	ja	ja
NZI	Referenzzentrum für Influenza Centre national de référence pour l’Influenza Centro nazionale di riferimento per l’influenza	ja	nein
NZM	Nationales Zentrum für Mykobakterien Centre national des mycobactéries Centro nazionale per i micobatteri	ja	ja
NZPn	Referenzzentrum für invasive Pneumokokken Centre national de référence pour les pneumocoques invasifs Centro nazionale per gli pneumococchi invasivi	ja	nein
NZR	Referenzzentrum für Retroviren Centre national de rétrovirus Centro nazionale di riferimento per i retrovirus	ja	nein
OdA AM	Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin Schweiz Organisation du monde du travail de la médecine alternative Suisse Organizzazione del mondo del lavoro della medicina alternativa svizzera	ja	ja
OdA KT	Organisation der Arbeitswelt KomplementärTherapie Organisation du monde du travail Thérapie Complémentaire Organizzazione del mondo del Lavoro Terapia Complementare	ja	ja
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario	ja	nein
OFAC	Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker La coopérative professionnelle des pharmaciens suisses La cooperativa professionale dei farmacisti svizzeri	ja	nein
ospita	ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen ospita – Les entreprises suisses de santé ospita – Le aziende sanitarie svizzere	ja	ja
Pat.ch	Verein patienten.ch	ja	nein
PD	Pour Demain	nein	ja
PH CH	Public Health Schweiz Santé publique Suisse	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Salute pubblica Svizzera		
PharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	ja	ja
PINK CROSS	Schweizerische Schwulenorganisation Association faîtière des organisations gays de Suisse Associazione mantello degli uomini gay in Svizzera	nein	ja
PIGS	Pediatric Infectious Disease Group	ja	ja
Piraten	Piratenpartei Schweiz Parti pirate suisse Partito Pirata Svizzero	nein	ja
PK Sentinella	Programmkommission Sentinella Commission des programmes Sentinella Commissione dei programmi Sentinella	ja	nein
PKS	Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere Swiss Private Hospitals	ja	nein
politbeobachter	politbeobachter	nein	ja
Privatim	privatim, Die schweizerischen Datenschutzbeauftragten privatim, Les préposé(e)s suisses à la protection des données privatim, Gli incaricati svizzeri della protezione dei dati	nein	ja
Pro Infirmis	Pro Infirmis	ja	nein
Pro Juventute	Schweizerische Stiftung Pro Juventute Fondation suisse Pro Juventute Fondazione svizzera Pro Juventute	ja	nein
pro-salute ch	pro-salute Schweiz	nein	ja
Pro Schweiz	Pro Schweiz Pro Suisse Pro Svizzera	nein	ja
Pro Senectute	Pro Senectute Schweiz Pro Senectute Suisse Pro Senectute Svizzera	ja	ja
Procap	Schweizerischer Invalidenverband Association suisse des invalides Associazione svizzera degli invalidi	ja	nein
ProCoRe	Prostitution Collective Reflexion	ja	nein
PTK	#ProtectTheKids (Schweiz) #ProtectTheKids (Suisse) #ProtectTheKids (Svizzera)	nein	ja
Public Eye	Erklärung von Bern	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Association fondée sur la Déclaration de Berne Associazione fondata sulla Dichiarazione di Berna		
Pulsus	Pulsus	ja	nein
PVS	Verein Post-Vakzin-Syndrom (Schweiz)	ja	ja
PZ	Projekt Zwischentöne - Lernen aus Krisen	nein	ja
QUALAB	Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor Commission suisse pour l'assurance de qualité dans le laboratoire médical Commissione svizzera per l'assicurazione di qualità nel laboratorio medico	ja	nein
Réinfo Santé	Réinfo Santé Suisse International	nein	ja
RHI	Regionales Heilmittelinspektorat der Nordwestschweiz	ja	nein
RLN	Regionallabor Netzwerk Réseaux de laboratoire nationaux	ja	ja
RTA	Round Table Antibiotika Schweiz Table ronde suisse sur les antibiotiques	ja	ja
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	ja	nein
SAG	Schweizerische Arbeitsgruppe Gentechnologie Coordination romande sur le génie génétique	ja	nein
SAGH	Schweizerische Apotheker-Gesellschaft für Homöopathie	ja	nein
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche	ja	ja
Santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri	ja	ja
SAPhW	Schweizerische Akademie der Pharmazeutischen Wissenschaften Académie suisse des sciences pharmaceutiques Accademia svizzera delle scienze farmaceutiche	ja	nein
SAPI	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Patienteninteressen	ja	nein
SAQM	Schweizerische Akademie der Qualität in der Medizin Académie suisse pour la qualité en médecine Accademia svizzera per la qualità della medicina	ja	nein
SASPA	Swiss Aviation Services Providers Association	nein	ja
SATW	Schweizerische Akademie der Technischen Wissenschaften	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Académie suisse des sciences techniques		
SBB	Schweizerische Bundesbahnen SBB Chemins de fer fédéraux suisses CFF Ferrovie federali svizzere FFS	nein	ja
SBCK	Schweizer Bar und Club Kommission Commission suisse Bar et Club	nein	ja
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri	ja	ja
SBNet	Swiss Biosafety Network	nein	ja
SBO TCM	Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin Organisation professionnelle suisse de médecine traditionnelle chinoise Organizzazione Professionale Svizzera della Medicina Tradizionale Cinese	ja	nein
SCA	Swiss Catering Association	nein	ja
Science-industries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia	ja	nein
scin	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Life Sciences Association des industries Chimie Pharma Life Sciences	nein	ja
SCNAT	Akademie der Naturwissenschaften Schweiz Académie suisse des sciences naturelles Accademia svizzera di scienze naturali	ja	nein
SCRHG	voqui / Société des Cafetiers, Restaurateurs et Hôteliers de Genève	nein	ja
SDV	Schweizerischer Drogistenverband Association suisse des droguistes Associazione svizzera dei droghieri	ja	ja
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées	ja	ja
SFF	Schweizer Fleisch-Fachverband Union professionnelle suisse de la viande Unione professionale svizzera della carne	nein	ja
SFGV	Schweizerischer Fitness- und Gesundheitscenter Verband Fédération suisse des centres fitness et de santé Federazione Svizzera dei Centri Fitness e di Salute	nein	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
SFV	Schweizerischer Feldenkrais Verband Association suisse Feldenkrais	nein	ja
SGAH	Schweizerische Gesellschaft für Arbeitshygiene Société suisse d'hygiène du travail Società svizzera di igiene del lavoro Swiss Society for Occupational Hygiene	ja	nein
SGAI	Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie Société suisse d'allergologie et d'Immunologie Società Svizzera di Allergologia e Immunologia	ja	nein
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecine interne générale Società Svizzera di Medicina Interna Generale	ja	ja
SGARM	Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin Société suisse de médecine du travail Società svizzera di medicina del lavoro Swiss Society for Occupational Medicine	ja	nein
SGAS	Schweizerische Gesellschaft für Arbeitssicherheit Société suisse de la sécurité au travail Società svizzera di sicurezza sul lavoro	ja	ja
SGBE	Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik Société suisse d'éthique biomédicale Società Svizzera di Etica Biomedica	ja	ja
SGC	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie Société suisse de chirurgie Le Chirurgh e i Chirurghi Svizzeri	ja	nein
SGDA	Swiss Game Developers Association	nein	ja
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie Société suisse de dermatologie et vénérérologie Società svizzera di dermatologia e venereologia	nein	ja
SGED	Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie Société suisse d'endocrinologie et diabétologie Società svizzera di endocrinologia e diabetologia	nein	ja
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik Société suisse pour la politique de la santé Società svizzera per la politica della salute	ja	nein
SGH	Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie Société suisse d'hématologie Società Svizzera di Ematologia	ja	nein
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Société suisse de médecine intensive Società svizzera di medicina intensiva		
SGM	Schweizerische Gesellschaft für Mikrobiologie Société suisse de microbiologie Società svizzera di microbiologia	ja	nein
SGMI	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik Société suisse d'informatique médicale Società Svizzera d'Informatica Medica	ja	nein
SGN	Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie Société suisse de néphrologie Società Svizzera di Nefrologia	nein	ja
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Société suisse de pédiatrie Società svizzera di pediatria Swiss Society of Paediatrics	ja	ja
SGPath	Schweizer Gesellschaft für Pathologie Société suisse de pathologie Società svizzera di patologia Swiss Society of Pathology	ja	nein
SGCH	Sexuelle Gesundheit Schweiz Santé sexuelle Suisse Salute sessuale Svizzera	ja	ja
SGS	Shiatsu Gesellschaft Schweiz Association suisse de shiatsu Associazione Svizzera di Shiatsu	nein	ja
SGSH	Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene Société suisse d'hygiène hospitalière Società svizzera di igiene ospedaliera	nein	ja
SGTP	Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie Société suisse de médecine tropicale et de parasitologie Società svizzera di medicina tropicale e parassitologia	ja	ja
SGVÄ	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances	ja	nein
SHCS	Swiss HIV Cohort Study	ja	nein
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	ja	nein
SKVJ	Schweizerisches Kompetenzzentrum für Justizvollzug	ja	nein

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Centre suisse de compétence en matière d'exécution des sanctions pénales Centro svizzero di competenze per in materia di esecuzione di sanzioni penali		
SMGP	Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie Société suisse de phytothérapie médicale Società svizzera di fitoterapia medica	ja	ja
SMI	Schweizerische Medikamenten-Informationsstelle Bureau d'information suisse sur les médicaments	ja	nein
SMPA	Swiss Music Promoters Association	nein	ja
SMSR	Société médicale de la Suisse romande	ja	nein
SMVS	Société médicale du Valais Walliser Ärztegesellschaft	nein	ja
SNF	Schweizerische Nationalfonds Fonds national suisse Fondo nazionale svizzero	ja	nein
SNM	Société neuchâteloise de médecine	nein	ja
SONART	Musikschaffende Schweiz Association suisse de musique Associazione Svizzera di Musica	nein	ja
SPHD	Schweizerische Gesellschaft der Fachärztinnen und Fachärzte für Prävention und Public Health Association des spécialistes de la santé publique	nein	ja
Sphf	Freiburger Apothekergesellschaft Société des pharmaciens fribourgeois	nein	ja
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	ja	ja
SPO	Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation Fondation Organisation suisse des patients Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti	ja	nein
SPS	Stiftung für Patientensicherheit Fondation pour la sécurité des patients	ja	nein
SPSP	Swiss Pathogen Surveillance Platform	nein	ja
SRF	Swiss Retail Federation	nein	ja
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz Croix-Rouge suisse Croce Rossa svizzera	ja	nein
SRO	Schweizerische Gesellschaft für Radio-Onkologie	nein	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Société suisse de radio-oncologie Società svizzera della radio-oncologia Swiss Society for Radiation Oncology		
SSAI	Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie Société suisse d'allergologie et d'immunologie Società Svizzera di Allergologia e Immunologia	ja	ja
SSAPM	Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine	nein	ja
SSI	Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie Société suisse d'infectiologie Società svizzera di malattie infettive	ja	ja
SSK	Schweizerische Staatsanwälte-Konferenz Conférence des procureurs de Suisse Conferenza dei procuratori della Svizzera	nein	ja
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri	ja	ja
SSPH+	Swiss School of Public Health	nein	ja
SSR	Schweizerischer Seniorenrat Conseil suisse des aînés Consiglio svizzero degli anziani	ja	nein
STL	Swiss Testing Labs – Association of Swiss Laboratories Verband Schweizer Laboratorien Association des Laboratoires Suisses Associazione dei Laboratori Svizzeri	ja	ja
STV	Schweizer Tourismus-Verband Fédération suisse du tourisme Federazione svizzera del turismo	nein	ja
SuisseCulture	SuisseCulture	nein	ja
SULM	Schweizerische Union für Labormedizin Union suisse de médecine de laboratoire Unione svizzera di medicina di laboratorio	ja	nein
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana	ja	nein
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni	nein	ja
SVANAH	Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker	ja	nein
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari		
SVDI	Schweizerischer Verband der Diagnostica- und Diagnosica-Geräte-Industrie Association Suisse de l'industrie des équipements et produits diagnostiques Associazione Svizzera dell'Industria degli Apparecchi e Prodotti Diagnostici	ja	ja
SVHA	Schweizerischer Verein homöopathischer Ärztinnen und Ärzte Société suisse des médecins homéopathes Società Svizzera dei Medici Omeopati	ja	ja
SVKV	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuatori malattia	ja	nein
SVKH	Schweizerischer Verband für komplementärmedizinische Heilmittel Association suisse pour les médicaments de la médecine complémentaire Associazione Svizzera per i medicamenti della medicina complementare	ja	nein
SVMAV	Schweizerischer Verband für Maharishi Ayurveda	ja	nein
SVMTT	Schweizerischer Verband der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe Association suisse des professions médico-techniques et médico-thérapeutiques de la santé Associazione svizzera delle professioni sanitarie medico-tecniche e medico-terapeutiche	ja	nein
SVNH	Schweizerischer Verband für natürliches Heilen	ja	nein
SVPh	Société vaudoise de pharmacie	nein	ja
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux	ja	nein
SVSH	Schweizerische Vereinigung für Schifffahrt und Hafenvirtschaft	ja	nein
SVTB	Schweizer Verband technischer Bühnen- und Veranstaltungsberufe Association suisse des techniciens de théâtre et de spectacle	nein	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	ja	ja
SwAPP	Swiss Association of Pharmaceutical Professionals	ja	nein
SWISS	Swiss International Air Lines AG	nein	ja
SwissDRG	SwissDRG AG SwissDRG SA SwissDRG SA	ja	nein
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere	ja	nein
Swiss TPH	Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut Institut Tropical et de Santé Publique Suisse Istituto Tropicale e di salute pubblica svizzera Swiss Tropical and Public Health Institute	ja	ja
Swissethics	Schweizerische Ethikkommissionen für Forschung am Menschen Commissions d'éthique suisses relative à la recherche sur l'être humain Commissioni etiche svizzere per la ricerca sull'essere umano	ja	nein
Swissgrid	Swissgrid AG Swissgrid SA Swissgrid SA	nein	ja
Swissnoso	Swissnoso. Nationales Zentrum für Infektionsprävention Swissnoso. Centre national de prévention des infections Swissnoso. Centro nazionale per la prevenzione delle infezioni	ja	ja
Swissuniversities	Rektorenkonferenz der schweizerischen Hochschulen Conférence des recteurs des hautes écoles suisses Conferenza dei rettori delle università svizzere Rectors' Conference of Swiss Higher Education Institutions	ja	ja
SWR	Schweizerischer Wissenschaftsrat Conseil suisse de la science Consiglio svizzero della scienza Swiss Science Council	ja	nein
TFC	Taskforce Culture	nein	ja
TopPharm	TopPharm Apotheken	ja	nein
tpunkt	t.Theaterschaffen Schweiz t.Professions du spectacle Suisse	nein	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	t. Professioni dello spettacolo Svizzera		
TVS	Trager Verband Schweiz Association Trager Suisse	nein	ja
Uni BE	Universität Bern Université de Berne	ja	nein
Uni BS	Universität Basel	ja	ja
Uni FR	Universität Freiburg Université de Fribourg	ja	ja
Uni GE	Université de Genève	ja	ja
Uni LU	Universität Luzern	ja	nein
Uni NE	Université de Neuchâtel	ja	nein
Uni SG	Universität St. Gallen	ja	nein
Uni TI	Università della Svizzera italiana	ja	nein
Uni VD	Université de Lausanne	ja	nein
Uni ZH	Universität Zürich	ja	nein
UniBa	Universitätsspital Basel Hôpital universitaire de Bâle Ospedale universitario di Basilea	ja	nein
Unimedssuisse	Universitaire Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera	ja	nein
UNION	Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Union des sociétés suisses de médecine complémentaire Unione delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare	ja	ja
USB	Universitätsspital Basel Infektiologie und Spitalhygiene Clinique d' infectiologie et d'hygiène hospitalière de l'Hôpital universitaire de Bâle Ospedale universitario di Basilea, Infettivologia e igiene ospedaliera	ja	ja
USZ	Universitätsspital Zürich Hôpital universitaire de Zurich Ospedale universitario di Zurigo	ja	ja
VAOAS	Vereinigung anthroposophisch orientierter Ärzte in der Schweiz Association suisse des médecins d'orientation anthroposophique Associazione svizzera dei medici ad orientamento antroposofico	ja	nein
VASOS	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz	nein	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
	Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera		
VB	Verein Bauernverstand	nein	ja
vbfn	Vereinigung Bürger fragen nach	nein	ja
VBSAE	Vereinigung Bündner Spitalärzte	nein	ja
VIPS	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera	ja	ja
VKCS	Verband der Kantonschemiker der Schweiz Association des chimistes cantonaux de Suisse Associazione dei chimici cantonali svizzeri	ja	ja
VKS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz Association des médecins cantonaux de Suisse Associazione dei medici cantonali svizzeri	ja	ja
VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz Association des médecins dentistes cantonaux de Suisse Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera	ja	nein
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri	ja	nein
VöV	Verband öffentlicher Verkehr Union des transports publics Unione dei trasporti pubblici	nein	ja
VRMS	Verband Rhythmische Massage Schweiz	nein	ja
VRS	Vereinigung Rettungssanitäter Schweiz Association suisse des ambulanciers Associazione svizzera soccorritori	ja	nein
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	ja	ja
VSKT	Vereinigung der Schweizer Kantonstierärztinnen und Kantonstierärzte Association suisse des vétérinaires cantonaux Associazione svizzera dei veterinari cantonali	ja	ja

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	<b>Adressaten / Destinataires / Destinatari</b>	<b>Begrüsst</b>	<b>Stellung- nahme</b>
VSVA	Verband der Schweizerischen Versandapothen Association suisse des pharmacies de service direct Associazione svizzera delle farmacie per corrispondenza	ja	nein
WiBeG	Wissenschaftliches Beratungsgremium COVID-19 Comité consultatif scientifique COVID-19 Comitato scientifico consultivo COVID-19	nein	ja
Xund	Dachverband Xund (natürliche Methoden der KomplementärTherapie)	ja	nein
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Haute école zurichoise de sciences appliquées Scuola universitaria di scienze applicate di Zurigo	ja	nein

## 5.2 Abkürzungen

<b>Abkürzung</b>	<b>Ausführung</b>
AHVG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenensicherung (SR 831.10)
AMR	Antimicrobial Resistance
AVIG	Bundesgesetz 25. Juni 1982 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzschädigung (Arbeitslosenversicherungsgesetz; SR 837.0)
BABS	Bundesamt für Bevölkerungsschutz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BLV	Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen
BPR	Bundesgesetz vom 17. Dezember 1976 über die politischen Rechte (SR 161.1)
BV	Bundesverfassung vom 18. April 1999 der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101)
CJK	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
DSG	Bundesgesetz vom 25. September 2020 über den Datenschutz (Datenschutzgesetz; (SR 235.1)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EKAS	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
EPD	Elektronisches Patientendossier
EpG	Bundesgesetz vom 28. September 2012 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz; SR 818.101)
E-ID	Elektronische Identität
HFG	Bundesgesetz vom 30. September 2011 über die Forschung am Menschen, (Humanforschungsgesetz (SR 810.30)
HMG	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte, (Heilmittelgesetz (SR 812.21)

<b>Abkürzung</b>	<b>Ausführung</b>
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften (2005), angenommen an der 58. Weltgesundheitsversammlung am 23. Mai 2005, für die Schweiz in Kraft getreten am 15. Juni 2007 (SR 0.818.103)
KKPD	Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren
KRG	Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (Krebsregistrierungsgesetz; SR 818.33)
KSD	Koordinierter Sanitätsdienst
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
LMG	Bundesgesetz vom 20. Juni 2014 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz; SR 817.0)
LMVV	Verordnung vom 27. Mai 2020 über den Vollzug der Lebensmittelgesetzgebung (SR 817.042)
LVG	Bundesgesetz vom 17. Juni 2016 über die wirtschaftliche Landesversorgung (Landesversorgungsgesetz; SR 531)
MedBG	Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz; SR 811.11)
MepV	Medizinprodukteverordnung vom 1. Juli 2020 (SR 812.213)
Mpox	monkeypox, ehemals «Affenpocken» genannt
NAPS	Nationales Programm: Stopp HIV, Hepatitis B-, Hepatitis C-Virus und übertragene Infektionen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OR	Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) (SR 220) Obligationenrecht
ParlG	Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Bundesversammlung (Parlamentsgesetz; SR 171.10)
SDG	Sustainable Development Goals / Ziele für nachhaltige Entwicklung
SIB	Swiss Institute of Bioinformatics
SPOC	Single point of contact
SR	Systematische Rechtssammlung
STI	Sexuell übertragbare Infektionen (STI, für den englischen Begriff Sexually Transmitted Infections)
StPO	Schweizerische Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007 (Strafprozessordnung; SR 312.0)
StromVG	Bundesgesetz über die Stromversorgung vom 23. März 2007 (Stromversorgungsgesetz; SR 734.7)
TSV	Tierseuchenverordnung vom 27. Juni 1995 (SR 916.401)
VE-EpG	Vorentwurf des Epidemiengesetzes (EpG) für die Vernehmlassungsvorlage
VIG	Bundesgesetz vom 18. März 2005 über das Vernehmlassungsverfahren (Vernehmlassungsgesetz; SR 172.061)
VwVG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz; SR 172.021)

<b>Abkürzung</b>	<b>Ausführung</b>
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit
ZPO	Schweizerische Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung; SR 272)