

## Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG): Vernehmlassungsantwort

*"Ich habe nicht die Kraft, als kleines Individuum, das ich bin, mich der riesigen totalitären Lügenmaschinerie zu widersetzen, aber ich kann zumindest dafür sorgen, dass ich kein Durchgangspunkt für die Lüge bin." Alexander Solschenizyn*

### Inhaltsverzeichnis

1	Ziele des Dokuments.....	2
2	Warum Sie dieses Dokument vielleicht nicht lesen wollen.....	2
3	Zusammenfassung .....	3
3.1	Aus der Sicht des Krisenmanagements.....	3
3.2	Aus juristisch-demokratischer Sicht.....	3
3.3	Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit .....	4
3.4	Aus ethischer Sicht .....	4
3.5	Aus psychologischer Sicht.....	4
3.6	Kurz gesagt: eine juristisch-politische Doppelbotschaft .....	5
4	Der Prozess .....	6
5	Der größere Zusammenhang .....	6
6	Analyse der Vorannahmen und Auslassungen, die dem Vorentwurf zugrunde liegen .....	7
6.1	Die dominierenden Themen der Revision .....	7
6.2	Was implizit behauptet wird.....	9
6.3	Was nicht gesagt wird.....	9
7	Einige kommentierte Schlüsselartikel .....	11
7.1	Art. 2: Zweck.....	11
7.2	Art. 5a: Besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit.....	11
7.3	Art. 6: Besondere Lage / Grundsätze.....	11
7.4	Art. 12: Meldepflicht; Art. 58: Verarbeitung sensibler Daten.....	12
7.5	Art. 49b: Impf-, Test- und Genesungsnachweise .....	13
7.6	Art. 33 und Art. 60a: Nationales Informationssystem "Contact-Tracing" .....	13
7.7	Art. 19 Überschrift und Abs. 2 Bst. a : Verhütungsmaßnahmen in Einrichtungen.....	13
8	Politische Fragen, die Sie sich stellen sollten (für Bundes- und Kantonsbehörden) .....	14
9	Grundsätze für eine wirksame und humane Prävention, Vorsorge und Bewältigung einer Pandemie.....	14
9.1	Prämisse .....	14
9.2	Schlüsselemente für eine wünschenswerte öffentliche Politik .....	14

### 1 Ziele des Dokuments

Dieser Text analysiert den Vorentwurf zur Teilrevision des EpG, dessen Vernehmlassung, die der Bundesrat am 29.11.2023 eröffnet hat, bis zum 22. März 2024 läuft<sup>1</sup>. Der Text beschränkt sich auf den Teil "Pandemievorbereitung" des Vorentwurfs. Er befasst sich weder mit wirtschaftlichen Fragen noch mit dem Thema der Antibiotikaresistenzen.

Er soll einen bescheidenen Beitrag zu den gesellschaftlichen Überlegungen leisten, die rund um Fragen der Rechte und Freiheiten im Zusammenhang mit den Herausforderungen des öffentlichen Gesundheitswesens angestellt werden müssen. Er ist zwangsläufig unvollständig und unausgereift sowie unvermeidlich subjektiv (wenn auch qualifiziert) und kann nicht die gesamte Komplexität der Themen dieser Überarbeitung abdecken.

Es ist frei von Rechten Dritter und darf ohne Angabe der Herkunft und des Autors verwendet werden.

### 2 Warum Sie dieses Dokument vielleicht nicht lesen wollen

*"Der menschliche Geist verfügt über ein primitives Verteidigungssystem, um allzu belastende Fakten, die das Gehirn nicht verarbeiten kann, zu verdrängen. Es wird Verleugnung genannt." Dan Brown*

Je nach Funktion und Verantwortung, die Sie ausüben, könnte es triftige Gründe geben, weshalb Sie die Argumente in diesem Dokument ablehnen könnten.

- **Bedürfnis nach Kohärenz:** Es ist schwierig, sich selbst in Frage zu stellen, da Meinungsänderungen fälschlicherweise oft mit psychologischer Schwäche gleichgesetzt werden.
- **Kognitive Dissonanz:** Diskrepanz zwischen einer wahrgenommenen Realität und einer Überzeugung, die meist dazu führt, dass man die Realität eher leugnet als seine Überzeugungen zu aktualisieren.
- **Soziale Zugehörigkeit:** Eine "Minderheiten"-Meinung zu äußern, könnte zur Ablehnung durch Ihre berufliche, soziale, akademische oder politische Gemeinschaft führen. Konformität auf Kosten Ihrer eigenen Meinung wird zu einer Herausforderung für das soziale Überleben.
- **Verlustaversion:** Seine Meinung zu ändern und dies zu zeigen, könnte auf verschiedene Weise bestraft werden: Verlust von Freundschaften, Arbeitsplätzen, Zukunftsperspektiven, sozialer Sichtbarkeit usw.; unerwünschte Konsequenzen, die Menschen zu vermeiden suchen (vgl. D. Kahneman).

Diese Fallen sind jedoch nicht unausweichlich: Wer den Mut aufbringt, kann ihnen entkommen. Denn wir sind mehr als das, was wir denken und glauben.

---

<sup>1</sup><https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/revision-epidemiengesetz.html>

### 3 Zusammenfassung

*"Gott lacht über die Menschen, die die Wirkungen beklagen, deren Ursachen sie schätzen."  
Jacques-Bénigne Bossuet*

#### 3.1 Aus der Sicht des Krisenmanagements

- Der Vorentwurf erfüllt den Grundsatz des **einfachen Handelns** nicht: Er schlägt ein komplexes technisch-rechtliches Konstrukt vor, das sowohl in seiner Beschreibung als auch in seiner Umsetzung schwer verständlich ist.
- Er widerspricht den Grundprinzipien der **Widerstandsfähigkeit komplexer Systeme**, die nicht auf Standardisierung, Zentralisierung und Top-down-Anweisungen beruhen, sondern im Gegenteil auf Vielfalt, Redundanzen, Auslagerung, Selbstorganisation, Innovation und Zusammenarbeit: Er sieht vor, **noch mehr Vorrechte auf Bundesebene zu konzentrieren** – auf Kosten der Bürger (die in erster Linie für ihre Gesundheit verantwortlich sind), der Kantone und der im Gesundheitswesen tätigen Personen und Institutionen.
- Er entspricht nicht dem Grundsatz **der Effizienz und Effektivität**, da er nicht zur Erreichung der Ziele der öffentlichen Gesundheit beiträgt, sondern vielmehr zu einem weiteren **Anstieg der Gesundheitskosten** führt.
- Er bezieht die **Lehren** aus der vorherigen Krise nicht mit ein.
- Er berücksichtigt die **nachgewiesenen schädlichen Auswirkungen** nicht.
- Er wird erhebliche **Reaktionen des Ungehorsams und Widerstands** erzeugen.
- Durch die Digitalisierung und Vernetzung der Systeme wird er die **Anfälligkeit der Systeme auf Störungen** erhöhen.
- Er enthält weder **einen Mechanismus zur Überwachung** (mit der Möglichkeit, zu lernen und zu verbessern) noch explizite Kriterien für die **Beendigung** der Krise.

#### 3.2 Aus juristisch-demokratischer Sicht

- Der Vorentwurf sieht vor, **Notstandsrecht in ordentliches Recht umzuwandeln**, indem die Regierung die Möglichkeit erhält, Notstandsgesetze in ordentliches Recht umzuwandeln. **Bestimmungen** werden eingeführt, die noch weiter gehen als das, was während der Covid-Krise praktiziert wurde.
- Er berücksichtigt die **Komplementärmedizin** nicht und verletzt damit die Verfassung (Art. Art 118a BV).
- Er bietet **sichere Freiheitsverluste** (freiwillige Versklavung) gegen ein trügerisches Sicherheitsversprechen an.
- Er **beraubt die Kantone noch weiter** ihrer Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verhindert eine Anpassung an die spezifischen territorialen und demografischen Gegebenheiten.
- Er fordert die Entblößung jedes Bürgers (**Zugang zu Daten aus der Intimsphäre**).
- Er sieht einen **automatischen, von der WHO ausgelösten Mechanismus** für den Übergang zu einer besonderen Lage vor, was einer **Abgabe von Souveränität** entspricht.
- Er integriert mehrere Bestimmungen des in **Verhandlung befindlichen** Pandemievertrags CA+ (darunter das "OneHealth"-Prinzip), obwohl die endgültigen Ergebnisse nach eigenem Bekunden des Bundesrats frühestens im Mai 2024 vorliegen werden.

## Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG): Vernehmlassungsantwort

- Durch das Fehlen von Kriterien für den Ausstieg aus der Krise und durch allgemeine Formulierungen öffnet er einer **willkürlichen Auslegung durch die Behörden** Tür und Tor.

### 3.3 Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit

- Der Vorentwurf nimmt **keinen Bezug auf die Gesundheitsförderung** oder die Ottawa-Charta, dem zentralen Dokument der WHO.
- Er setzt das öffentliche Gesundheitsrisiko einer Pandemie nicht in Bezug **zu anderen Risiken oder sogar nachgewiesenen Problemen der öffentlichen Gesundheit** (chronische Krankheiten, Rauchen, psychische Gesundheit, usw.).
- **Die psychische Gesundheit wird nicht erwähnt**, obwohl sie von den vorgeschlagenen Maßnahmen betroffen ist.
- Er macht die Angehörigen der Gesundheitsberufe zu gewöhnlichen **Vollstreckern** politischer Entscheidungen.
- Er priorisiert in erster Linie und als zentrale Säule seiner Strategie die **Impfung** - selbst mit heute noch unbekanntem Mitteln und gegen eine heute noch unbekannt Krankheit.
- Er **verallgemeinert und legt einen Schwerpunkt auf die Antibiotikaresistenz**, obwohl es sich dabei um ein alltägliches Thema handelt, das im Einzelfall zu behandeln ist.
- Er berücksichtigt den **Einsatz von Antibiotika in der Agrar- und Ernährungswirtschaft** und in der Tiermedizin nicht.
- Er **schränkt den Handlungsspielraum von Krankenhäusern und Angehörigen der Gesundheitsberufe ein**, darunter insbesondere die Freiheit, Verschreibungen auszustellen.

### 3.4 Aus ethischer Sicht

- Der Vorentwurf hält sich nicht an den Grundsatz "**primum non nocere**".
- Er wechselt von einer Logik der individuellen Gesundheit zu einer **veterinärmedizinischen Logik des Massenmanagements**.
- Er führt zu einem **Paradigmenwechsel**: von der Überwachung und Meldung von Krankheiten hin zur **Überwachung und Meldung von Personen**.
- Er sieht einen **Paradigmenwechsel** vor, bei dem jeder Mensch **a priori zu einer (vermeintlich) kranken oder ansteckenden Person wird** (Standardstatus), die durch willkürliche und unwissenschaftliche, administrative Anforderungen das Gegenteil beweisen muss. Dabei werden die Wahrnehmung des Einzelnen (subjektive Gesundheit) und jede klinische Feststellung (objektive Gesundheit) außer Acht gelassen.
- Er plant, Zusammenarbeit durch **Zwang zu** ersetzen.

### 3.5 Aus psychologischer Sicht

- Der Vorentwurf **wählt nur bestimmte Informationen aus**, die das Krisenmanagement von Covid-19 bestätigen, und blendet die vielen im Widerspruch dazu stehenden wissenschaftlichen Belege aus.
- Er stützt sich auf die **Angst als** Faktor zur Beeinflussung der Massen ("Risiken", "Krisen", "Kampf", "Sicherheit", "Gefahr", "kämpfen").
- Er verwendet ein **juristisch-medizinisches Kauderwelsch**, das wie während der Covid-19-Krise **Verwirrung stiftet** und die Gemüter manipulierbar macht.

## Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG): Vernehmlassungsantwort

- Er verwendet eine Sprache mit allgemeinen Aussagen (z. B. "Antibiotikaresistenz"), die **Mehrdeutigkeiten** erzeugen und ein gemeinsames Verständnis verhindern.
- Er tauscht die Gewissheit einer schweren Verletzung der Grundfreiheiten gegen eine **Illusion von Kontrolle ein**.
- Er lässt jegliches Hinterfragen und ein **ehrlisches Lernen** aus dem Umgang mit der Covid-19-Krise und ihren Folgen vermissen.
- Er setzt voraus, dass es zu dieser komplizierten juristisch-medizinischen Konstruktion **keine Alternative** gibt, außer Leid und Tod.

### 3.6 Kurz gesagt: eine juristisch-politische Doppelbotschaft

Der Vorentwurf lässt sich wie folgt zusammenfassen:

**Es versetzt die Bevölkerung und die Kantone in eine Situation, in der sie vom Bundesrat oder sogar von der WHO beherrscht werden. Dabei wird die Struktur einer Doppelbotschaft (Double Bind)<sup>2</sup> aufgebaut, d.h. es besteht eine Illusion über die Wahlmöglichkeit zwischen zwei inakzeptablen Vorschlägen. Eine psychologische Falle wie sich zeigt, die darin besteht**

1. **die hypothetischen katastrophalen Schäden einer neuen Pandemie, die als unausweichlich verkauft wird, akzeptieren zu müssen;**
2. **den Verlust von Souveränität und Freiheiten durch die Einführung eines umfassenden technisch-rechtlichen Überwachungs- und Zwangssystems hinnehmen zu müssen;**
3. **einen Verbotsmechanismus, der kritische Stimmen zensiert oder sie durch die Bezeichnung als "Verschwörungstheoretiker" ausgrenzt, akzeptieren zu müssen.**

Die Entscheidungsträger, die Gesundheitsfachkräfte, die Kantone und die Bevölkerung werden individuell wie kollektiv die Wahl haben, ob sie sich auf dieses psychologische Spiel einlassen und damit **mit Sicherheit ihre Freiheiten im Gegenzug für eine Illusion von Sicherheit aufgeben** oder ob sie es **ablehnen und einen anderen**, leistungsfähigeren, würdigeren und wünschenswerteren **Weg** mit und für die Bevölkerung und die Kantone **suchen**.

Es wird die Aufgabe jeder und jedes Einzelnen sein, sich in ihrer oder seiner Funktion und Verantwortung eine eigene Meinung zu bilden und die Position einzunehmen, die sie oder er für richtig hält.

---

<sup>2</sup> Ancelin-Bourguignon, A. (2018). La dynamique des doubles contraintes dans les organisations: Propositions pour limiter leur caractère toxique. *Revue française de gestion*, 270, 143-157.  
<https://doi.org/10.3166/rfg.2017.00167>

### 4 Der Prozess

*"Man denkt mit Eile und drückt sich mit Sorgfalt, mit Studium, mit Anstrengung aus. Das ist ein Fehler des Jahrhunderts." Joseph Joubert*

Am 19. Juni 2020 beauftragte der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), die Arbeiten zur Revision des EpG in Angriff zu nehmen und bis spätestens November 2023 eine Vernehmlassungsvorlage zu unterbreiten. Der vom BAG mitgeteilte voraussichtliche Zeitplan sieht wie folgt aus:

- 2024 / 2025: Überweisung des Gesetzentwurfs und der Botschaft an das Parlament
- 2025: Parlamentarische Beratungen
- 2025: Konsultation zur Revision der Verordnung zum EpG
- 2027: Voraussichtliches Inkrafttreten des revidierten Epidemiegesetzes und der revidierten Epidemieverordnung.

Die Dringlichkeit des Vorgehens wirft einige Fragen auf:

- Warum enthält der Vorentwurf zur Revision des EpG bereits Inhalte aus den Entwürfen des WHO-Pandemievertrags CA+, obwohl die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen sind?
- Warum legt der Bundesrat diesen Entwurf vor, obwohl eine unabhängige Auswertung der Covid-Krise noch nicht stattgefunden hat und eine Volksinitiative zu diesem Thema zur Unterzeichnung vorliegt, siehe Eidgenössische Volksinitiative Aufarbeitung der Hintergründe der Covid-19 Pandemie (Aufarbeitungsinitiative)?
- Warum legt der Bundesrat diese Vorlage vor, obwohl sie weder in der Botschaft vom 29. Januar 2020 über die Legislaturplanung 2019 bis 2023 noch im Bundesbeschluss vom 21. September 2020 über die Legislaturplanung 2019 bis 2023 angekündigt wurde?
- Warum hält der Bundesrat eine Verschärfung des Gesetzeswerks für so dringend notwendig?
- Warum hielt es der Bundesrat im Juni 2020 - mitten in einem Krisenmanagement, welches die Bundesverwaltungsstellen mehr als forderte - für relevant, Ressourcen für die Umwandlung von Notrecht in ordentliches Recht bereit zu stellen ?

### 5 Der größere Zusammenhang

*"If the problem is too big to be solved, enlarge it." (Wenn das Problem zu groß ist, um gelöst zu werden, erweitern Sie es.) Dwight Eisenhower*

In einem größeren nationalen und internationalen Kontext sind folgende Ereignisse zu beobachten:

- Verhandlungen der WHO über einen neuen Pandemievertrag CA+ und eine Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, die von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2024 gebilligt werden sollen;
- Teilrevision des Heilmittelgesetzes (offene Konsultation am 8.12.2023), die unter anderem die gesetzlichen Grundlagen für das elektronische Rezept und den elektronischen Medikationsplan schaffen will, wodurch jedes Rezept standardmäßig digital wird;
- Vollständige Revision des Gesetzes über das elektronische Patientendossier (Vernehmlassung bis 19.10.2023);
- Vorentwurf des Bundesgesetzes über den elektronischen Identitätsnachweis und andere elektronische Nachweise (E-ID-Gesetz) (Konsultation bis 20.10.2022), der die Schaffung einer neuen elektronischen Identität (E-ID) vorsieht, die vom Bund ausgestellt wird;

## Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG): Vernehmlassungsantwort

- Am 1.4.2024 treten verbesserte Sicherheitsstandards für Fahrzeuge in Kraft. Gemäß den europäischen Bestimmungen für die Zulassung zum Straßenverkehr müssen neue Fahrzeuge mit einem Unfalldatenschreiber und neuen Fahrerassistenzsystemen ausgestattet sein;
- Am 1.1.2024 treten drei Verordnungen zum Fernmeldeüberwachungsgesetz in Kraft, die unter anderem eine genauere Positionsbestimmung und die Nachverfolgung anonymer Anrufe vorsehen;
- Teilrevision der Verordnung über die Überwachung des Post- und Fernmeldeverkehrs (Konsultation voraussichtlich ab Juni 2024), die den Bundesrat ermächtigen würde, die Kategorien von Personen, die zur Zusammenarbeit verpflichtet sind, genauer zu beschreiben.

Diese verschiedenen Rechtsakte, die in der Regel jeweils für sich allein betrachtet werden, scheinen auf eine zunehmende und erzwungene Digitalisierung hinzudeuten, die durch die Erfassung von immer mehr personenbezogenen Daten in interoperablen Systemen erfolgt.

Gleichzeitig berichten die Medien, dass medizinische Daten ein Drittel aller Daten ausmachen und sehr anfällig für Cyberangriffe sind<sup>3</sup>. Ganz zu schweigen von möglichen Stromausfällen, die das System unbrauchbar machen und das gesamte Gesundheitssystem lahmlegen würden.

## 6 Analyse der Vorannahmen und Auslassungen, die dem Vorentwurf zugrunde liegen

*"Ausgehend von falschen Prämissen kann alles bewiesen werden. Nur weil eine Argumentation unerbittlich ist, heißt das nicht, dass sie nicht wahrhaft ist." François Lelord*

Bei der Lektüre des Vorentwurfs und des erläuternden Berichts tauchen mehrere Annahmen auf, die als "selbstverständlich" dargelegt werden. Annahmen sind die impliziten Prinzipien, die der Position des Bundesrates zugrunde liegen und die weder dokumentiert noch in Frage gestellt werden.

Darüber hinaus lässt der erläuternde Bericht viele Informationen aus, die öffentlich weitgehend verfügbar sind und die für alle Überlegungen zur öffentlichen Gesundheit von entscheidender Bedeutung sind.

### 6.1 Die dominierenden Themen der Revision

Hier sind die dominierenden Themen im erläuternden Bericht:

Wort	Anzahl der Zitate im erläuternden Bericht
Impf*	364
Krank, Krankheit	387
Gesundheit	385
Daten	308
Risiko/en, Gefahr, Gefährdung, gefährlich	243
Krise	157
Schutz, schützen	155
Bekämpfen, Bekämpfung	144
Armee, Militär	71
Dringend, dringend	24

<sup>3</sup> <https://www.rts.ch/info/suisse/14566290-les-donnees-medicales-toujours-plus-vulnerables-face-aux-cyberattaques.html>

## Teilrevision des Epidemien-gesetzes (EpG): Vernehmlassungsantwort

Wort	Anzahl der Zitate im erläuternden Bericht
Bedrohung, (be)droht	31
Sicherheit	35
Beschleunigen, Beschleunigung	6
Gegenmassnahmen	3
Soll, sollen	342
Muss, müssen	175
Verpflichten, Pflicht, obligatorisch	255
Verschreiben, Verschreibung	20
Vorschrift, vorschreiben	42
Anordnen	13
Verbieten, Verbot	31
Einschränken	23
Der Bundesrat kann	25
Die Kantone müssen	4
Die Kantone können	2
Überwachen, Überwachung	114
Testen, testen	136
Digitalisierung, digital	47
Tracing	26
Zertifikat	23
Maske	17
Medikament	15
Therapie	37
Tod*, Sterben	16
Genesung, genesen	13
Resilienz	2
Gesunde Patienten (sic)	1
Frühe Behandlung	0
Komplementäre Medizin	0
Gesundheitsförderung	0
Vitamin	0
Ottawa-Charta	0
Konvaleszenz, Rekonvaleszenz	0

Auffällig ist eine **stark befehlende und autoritäre Sprache**, eine **kriegerische Terminologie** und eine Fokussierung auf sehr invasive Massnahmen, insbesondere der **Impfung, die im Durchschnitt dreimal pro Seite erwähnt wird**.

Es ist auch festzustellen, dass **praktisch kein Begriff von Prävention und Gesundheitsförderung** durch natürliche, nicht-pharmakologische Mittel existiert. Diese haben nachweislich eine höhere Wirksamkeit als Impfstoffe, wenn es darum geht, Infektionen zu verhindern und zu behandeln<sup>4</sup> - und das bei sehr geringen Kosten.

<sup>4</sup> BMJ Nutr Prev Health. 2021 Jun 7;4(1):257-266. doi: 10.1136/bmjnph-2021-000272. eCollection 2021

### 6.2 Was implizit behauptet wird

Die folgenden Vorannahmen werden nur implizit geäußert. Entsprechen sie auch der Wahrheit?

- Sowohl die SARS-CoV2-Infektion als auch die COVID-19-Krankheit stellten eine große Krise der öffentlichen Gesundheit dar, mit einem deutlichen Übermaß an Morbidität und Mortalität.
- Im Falle einer Pandemie kann jeder Mensch unabhängig von seinem Alter und seinem Gesundheitszustand für andere gefährlich sein; ein schwerer Ausgang (schwere Krankheit oder Tod) ist lediglich das Ergebnis der Gefährlichkeit eines Krankheitserregers.
- Die von den Behörden während der Covid-Krise ergriffenen Maßnahmen waren notwendig, nützlich, wirksam und verhältnismäßig:
  - die Immunisierung erfolgt in erster Linie durch eine Impfung;
  - die RNAmo-Injektionen spielen eine entscheidende Rolle bei der Bekämpfung der Pandemie;
  - Masken haben in der Allgemeinbevölkerung eine Schutzwirkung;
  - nur moderne Medikamente sind wirksam;
  - das Gesundheitszeugnis beweist die Immunität einer Person;
  - das Zertifikat hat einen positiven Einfluss auf die öffentliche Gesundheit;
  - es gibt keine unerwünschten Nebenwirkungen, weder von den Testungen noch von den Injektionen.
- Es gibt keine andere relevante Art und Weise, um mit einer Pandemie umzugehen.
- Die fehlende freiwillige Mitwirkung eines Teils der Bevölkerung ist ein Problem, das mit Zwang ("zu ihrem Besten") angegangen werden muss.
- Das Schweizer Gesundheitssystem ist - außerhalb einer Pandemie - voll funktionsfähig, es fehlt weder an Betten, noch an Personal, Medikamenten oder Material.
- Weitere Pandemien sind unmittelbar zu befürchten.
- Die WHO spielt unter allen Umständen eine heilsame Rolle.
- Es ist möglich und wünschenswert, eine komplexe Situation von einem zentralen Punkt aus zu beherrschen: folglich sind nur die Bundesbehörden in der Lage, eine solche Krise zu bewältigen, und es ist daher unerlässlich, ihnen mehr Kompetenzen und Befugnisse zu übertragen.
- Die Gesetzesrevision wird für die Gesellschaft nur positive Auswirkungen haben.
- Die Behörden verhalten sich ehrlich, transparent und wahrheitsgemäß und kommunizieren auch so.

### 6.3 Was nicht gesagt wird

Die Teilrevision des EpG lässt folgende Punkte der öffentlichen Gesundheit aus:

- Sie erfüllt die verfassungsrechtliche Verpflichtung, die Komplementärmedizin zu berücksichtigen, nicht (Art. Art 118a BV).
- Sie nimmt keinen Bezug auf die Gesundheitsförderung und die Ottawa-Charta, das zentrale Dokument der WHO.

## Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG): Vernehmlassungsantwort

- Sie geht nicht auf die Behandlung und die Frühbehandlung ein, obwohl diese für den therapeutischen Verlauf einer Krankheit entscheidend sind.
- Sie geht nicht darauf ein, dass viele Länder andere strategische Entscheidungen getroffen haben und damit besser gefahren sind, insbesondere was die Morbidität und Mortalität sowie die negativen Auswirkungen auf die Gesellschaft betrifft.
- Sie stellt die Pandemieproblematik nicht in einen breiteren Kontext der öffentlichen Gesundheit: sie geht nicht auf beunruhigenden Signale ein, wie z.B. den Gesundheitszustand der Bevölkerung (2'200'000 chronisch Kranke, Zunahme von Krebserkrankungen, Geburtenrückgang, Verschlechterung der psychischen Gesundheit usw.) oder andere wichtige Themenbereiche (chronische Krankheiten: 75'000 Todesfälle pro Jahr; Rauchen: 10'000 Todesfälle pro Jahr) und überschätzt einige Krankheiten (z. B. Creutzfeldt-Jakob).
- Sie berücksichtigt die Tatsache, dass 95% der Covid-Toten chronisch krank waren, nicht.
- Sie berücksichtigt nicht, dass 75% der Sterblichkeit auf chronische Krankheiten zurückzuführen sind, während Infektionskrankheiten etwa 1% der Sterblichkeit ausmachen.
- Sie geht nicht auf die schädlichen Auswirkungen ein, die die Maßnahmen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung hatten und immer noch haben (soziale Isolation, wirtschaftliche Schäden, unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten und Injektionen usw.).
- Sie unterschlägt, dass jede medizinische Behandlung, jede Maßnahme im Bereich der öffentlichen Gesundheit kurz-, mittel- und langfristig auch schädliche Auswirkungen hat (Nocebo-Effekt).
- Sie ignoriert das Grundprinzip des medizinischen Ansatzes aus dem Eid des Hippokrates "primum non nocere" (in erster Linie nicht schaden).
- Sie schlägt einen standardisierten Ansatz für die Behandlung vor, der im Widerspruch zu der Notwendigkeit steht, jeden einzelnen Fall individuell zu betrachten.
- Sie degradiert den Arzt und andere Angehörige der Gesundheitsberufe zu bloßen Befehlsempfängern.
- Durch die Zentralisierung und die Verpflichtung, sich an die Richtlinien der WHO zu halten, verhindert sie die Suche nach alternativen, effektiveren und kostengünstigeren Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten.

### 7 Einige kommentierte Schlüsselartikel

*"Der Teufel steckt im Detail".*

#### 7.1 Art. 2: Zweck

Der Begriff "Chancengleichheit beim Zugang" wurde während der Covid-Krise vom Bund selber nicht angewendet, als viele nicht geimpfte Personen keinen Zugang zu medizinischer Versorgung hatten. Im Gegenteil gab es sogar Äusserungen, dass nicht geimpfte Personen auf eine medizinische Versorgung verzichten sollten. Darüber hinaus wird die medizinische Grundversorgung in der Verfassung geregelt (Art. 117a BV) und muss deshalb im EpG nicht wiederholt werden.

Paradox: Der Bund schlägt auf der einen Seite eine Ausweitung seiner Kompetenzen vor, was im **Widerspruch zum Subsidiaritätsprinzip** steht. Auf der anderen Seite setzt er sich in Art. 41 BV dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält, womit er sich auch für das Prinzip der **individuellen Souveränität für die Gesundheit** ausspricht.

Jeder Verweis auf OneHealth, ein Konzept, das abstrakt sinnvoll erscheint, bringt keinen wirklichen Mehrwert, außer dass es Gehorsam gegenüber den Plänen der WHO signalisiert und Mutmaßungen über diffuse Risiken eröffnet, die instrumentalisiert werden könnten.

#### 7.2 Art. 5a: Besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit

**Das Gesundheitssystem ist bereits heute periodisch überlastet.** Es handelt sich dabei um eine Tatsache, nicht um ein Risiko. Die Ursachen sind vielfältig und miteinander verknüpft. Zu erwähnen sind insbesondere der kontinuierliche Rückgang der Anzahl der Krankenhausbetten (die Anzahl der Betten pro Einwohner ist seit den 1980er Jahren um zwei Drittel zurückgegangen) sowie die Zunahme und die Alterung der Bevölkerung.<sup>5</sup>

#### 7.3 Art. 6: Besondere Lage / Grundsätze

Die WHO-Dokumente, die derzeit ausgearbeitet und verhandelt werden (WHO-Pandemievertrag CA+ und Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften IGV), sehen folgende Änderungen vor:

- Der WHO-Pandemievertrag CA+ soll rechtsverbindliche Bestimmungen enthalten, um (Zitat) "die dramatische Unfähigkeit der internationalen Gemeinschaft, Solidarität und Fairness bei der Reaktion auf die SARS-CoV2-Pandemie (Covid-19) aufzuzeigen" und zu beheben.
- Im Zusammenhang mit der Prävention einer Pandemie und der Reaktion darauf im Falle ihres Auftretens würde der WHO eine zentrale Führungs- und Koordinierungsrolle als "Leiterin der multilateralen Koordinierung in der globalen Gesundheitssteuerung" (Artikel 3 Ziffer 11) übertragen, wobei die Staaten verpflichtet wären, die als geeignet erklärten Maßnahmen umzusetzen (Artikel 3 Ziffer 6).
- Der geänderte Artikel 12 der IGV würde dem Generaldirektor der WHO nach Anhörung eines Notstandsausschusses die Befugnis übertragen, allein und ohne die Möglichkeit eines Widerspruchs das potenzielle oder aktuelle Auftreten einer Gesundheitskrise von internationaler Tragweite (Public Health Emergency of International Concern PHEIC), insbesondere einer Pandemie, zu verkünden und deren Ende zu erklären.

---

<sup>5</sup> <https://bonpourlatete.com/actuel/surcharge-systeme-hospitalier>

## Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG): Vernehmlassungsantwort

- Der neue Artikel 13A würde vorschreiben, dass die Mitgliedsstaaten die WHO während einer solchen Krise als Führungs- und Koordinierungsinstanz für Präventions- und Gegenmaßnahmen anerkennen und sich verpflichten, deren Vorgaben zu befolgen.
- Der geänderte Artikel 42 würde vorschreiben, dass die angeordneten Maßnahmen unverzüglich umgesetzt und von den Mitgliedstaaten gegenüber allen nichtstaatlichen Akteuren durchgesetzt werden.

Der Bundesrat hat seine Unterstützung für die Stärkung der Rolle der WHO wiederholt offen zum Ausdruck gebracht. Es ist daher nicht nachvollziehbar, wie er zum Schluss kommt, dass (Zitat) *"die Feststellung eines gesundheitlichen Notfalls von internationaler Tragweite durch die WHO nicht automatisch bedeutet, dass in der Schweiz eine besondere Situation herrscht; es wird immer darum gehen, das im Land vorhandene Risiko zu bewerten."* Die Bemerkung im erläuternden Bericht, dass die Buchstaben a. und b. von Art. 6 auch alternativ angewendet werden können, ändern daran nichts.

### 7.4 Art. 12: Meldepflicht; Art. 58: Verarbeitung sensibler Daten

Unter dem Titel einer "Meldepflicht" stellt dieser Artikel einen **wichtigen Paradigmenwechsel** dar im Sinne von:

- Übergang von einem System zur Meldung von *Krankheiten* zu einem **System zur Meldung von Personen**.
- Übergang von der Identifizierung von "kranken oder infizierten Personen" zur Identifizierung von "kranken, mutmaßlich kranken, infizierten, mutmaßlich infizierten oder Krankheitserreger ausscheidenden Personen", **unabhängig davon, ob sie krank oder infiziert ("mutmaßlich") sind oder nicht**. Dies führt von einem System, in dem eine Person von vornherein gesund ist und die Krankheit oder Infektion medizinisch festgestellt wird, zu einem neuen System, in dem *jede Person von vornherein "mutmaßlich" krank oder infiziert ist, wenn keine medizinische Anamnese vorliegt*. Es handelt sich um einen neuen Gesundheitsstatus, der nicht mehr biologisch ist und auf den Feststellungen der Person selbst, eines Arztes oder eines Labors beruht, sondern um einen *administrativen Standard-Gesundheitsstatus*, bei dem die Person mit nicht definierten Mitteln nachweisen muss, dass sie weder krank noch infiziert ist. Die COVID-Erfahrung hat gezeigt, dass dies durch einen ungeeigneten Labortest geschehen kann, ohne dass sich die Person krank oder infiziert fühlt (subjektiver Gesundheitszustand) resp. ohne dass ein Arzt eine Diagnose stellt (objektiver Gesundheitszustand).
- Diese neue Meldepflicht für Personen ist mit der Erfassung von Daten "über Verhaltensweisen einschließlich Daten über die Intimsphäre" gekoppelt. Der Begriff "Verhaltensweisen" wird jedoch nicht spezifiziert: Handelt es sich dabei um sexuelle, politische oder Konsumverhaltensweisen? In der Botschaft zum Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) vom 23. März 1998 wird die Intimsphäre wie folgt definiert: *"Die Intimsphäre umfasst alle Tatsachen und Ereignisse des Lebens, von denen nur die betroffene Person oder Personen, die ihr Vertrauen geniessen, Kenntnis haben."* *"Als Intimsphäre gelten Daten, die eine starke affektive Konnotation haben und die die betroffene Person nur nahestehenden Personen zur Kenntnis bringen will"*.

Artikel 58 bekräftigt und bestätigt damit Art. 12, d. h. der Fokus liegt auf der Identifizierung von Personen und nicht mehr von Krankheiten sowie dem Zugang zur Intimsphäre.

### 7.5 Art. 49b: Impf-, Test- und Genesungsnachweise

Ein Zertifikat an sich kann nicht beweisen, dass eine Person nicht ansteckend ist, und hat daher keine positiven Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit. Es ist insbesondere allgemein bekannt, dass RNAmoD-Injektionen weder vor einer Infektion noch vor einer Übertragung schützen und dass bei Fehlen einer medizinischen Anamnese ein negativer Covid-Test keine Garantie dafür ist, dass eine Person nicht ansteckend ist, ebenso wenig wie ein positiver Test ein Beweis für die Ansteckungsfähigkeit ist. Es handelt sich also um ein **rein administratives Dokument, das keinerlei Nutzen für die öffentliche Gesundheit** hat.

Außerdem ähnelt eine "Heilungs"-Bescheinigung einer "Gesundheitsbescheinigung" und bestätigt damit den Paradigmenwechsel, der in Art. 12 angesprochen wurde: Es wäre ein administrativer Nachweis der Gesundheit erforderlich, der jedoch nur Personen vorbehalten ist, die beweisen können (wie?), dass sie die genannte Krankheit durchlebt haben. Gesunde Menschen ohne Symptome, ohne spezifische Antikörper, mit einer starken natürlichen Immunität, die nicht durch einen bestimmten Test gemessen wird (z. B. Kreuzimmunität, Schleimhautimmunität), die die Krankheit nicht bekommen, werden niemals Zugang zu einem solchen Nachweis haben. Dies stellt eine **Diskriminierung von besonders gesunden Menschen** dar - Menschen, die gerade dazu beitragen, die Ausbreitung einer übertragbaren Krankheit einzudämmen.

Der Hinweis, dass das Dokument auf Antrag ausgestellt wird, bedeutet nicht, dass es nicht zwingend erforderlich ist, um Zugang zum beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu erhalten. Das ist aus der Covid-19-Krise bekannt.

### 7.6 Art. 33 und Art. 60a: Nationales Informationssystem "Contact-Tracing"

Es wurde in zahlreichen Studien festgestellt, dass **Kontaktverfolgung an sich nicht relevant** für das Management einer Pandemie ist, da dies nicht nur stark von der Krankheit abhängt, sondern vor allem von der Art und Weise, wie die Rückverfolgung von Kontakten durchgeführt wird.

Auch in diesem Artikel wird der Identifizierung von Personen und dem Zugang zu ihrer Intimsphäre Vorrang eingeräumt. Darüber hinaus wird der derzeit geltende Grundsatz der Zusammenarbeit durch eine **Verpflichtung** ersetzt, wodurch die invasive und polizeiliche Seite der vorgeschlagenen Maßnahmen noch verstärkt wird. Diese Maßnahme ist daher weder wirksam, noch effizient, noch verhältnismäßig.

### 7.7 Art. 19 Überschrift und Abs. 2 Bst. a : Verhütungsmaßnahmen in Einrichtungen

Dieser Artikel wirft die grundsätzliche Frage auf, ob **der Bundesrat in die kantonalen, managerialen und medizinischen Kompetenzen für die Leitung von Einrichtungen eingreifen kann**.

### 8 Politische Fragen, die Sie sich stellen sollten (für Bundes- und Kantonsbehörden)

- Sind die Informationen des Bundesrates - wissenschaftlich wie rechtlich - in gutem Glauben und mit gutem Willen veröffentlicht worden?
- Ist der Vorschlag des Bundesrats die einzige Möglichkeit, mit einer Pandemie umzugehen?
- Nach welchen Kriterien priorisiert der Bundesrat die Pandemievorbereitungen im Hinblick auf andere Problembereiche der öffentlichen Gesundheit (z.B. chronische Krankheiten, Rauchen, psychische Gesundheit usw.)? Ist das Verhältnis zwischen Investition und Gewinn für die öffentliche Gesundheit angemessen?
- Ist die Dringlichkeit der Revision gerechtfertigt?
- Stärkt der Bundesrat mit seinem Vorgehen das Vertrauen der Bürger in ihre Behörden?
- Stellt der Vorschlag des Bundesrats eine wünschenswerte Zukunft dar?

### 9 Grundsätze für eine wirksame und humane Prävention, Vorsorge und Bewältigung einer Pandemie

*"Du kannst nichts ändern, indem du die bestehende Realität bekämpfst. Um etwas zu ändern, baue ein neues Modell, das das alte überflüssig macht."* Buckminster Fuller

#### 9.1 Prämisse

Sowohl die Menschenrechte als auch die ethischen Grundlagen der Medizin (Genfer Schwur des Weltärztebundes, Nürnberger Kodex, Hippokratischer Eid) und die Bundesverfassung sollten in einem demokratischen Land gewissenhaft und bedingungslos eingehalten werden, insbesondere in Krisenzeiten. Sie sind zu beachtende Zwänge, Leitplanken und keine Anpassungsvariablen.

Das Wissen über die Widerstandsfähigkeit komplexer Systeme sollte eine Referenzgrundlage für die Bewältigung jeder Systemkrise darstellen.

Der gesunde Menschenverstand gebietet, dass das, was nicht funktioniert hat, nicht wiederholt werden sollte: *"Errare humanum est, perseverare diabolicum"*.

Andere Nationen haben das Covid-19-Ereignis mit anderen, weniger invasiven, kostengünstigeren und effektiveren Ansätzen bewältigt. Es geht darum, sich von ihnen inspirieren zu lassen.

#### 9.2 Schlüsselemente für eine wünschenswerte öffentliche Politik

Diese Elemente sind Ansätze, die zeigen sollen, dass es möglich ist, eine Pandemievorbereitung aufzubauen, ohne die Illusion der Wahlmöglichkeit akzeptieren zu müssen, in die der Bundesrat die Bevölkerung und die Kantone versetzen will.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Gesundheit vor allem durch die Selbstheilungskräfte des Lebendigen aufrechterhalten wird, soll ein System der Zukunft auf zwei einfachen Säulen aufgebaut werden: 1.) die natürliche Immunität stärken und heilen, und 2.) die folgenden Prinzipien anwenden:

- **Prävention und Gesundheitsförderung**
  - Unterstützung der allgemein guten Gesundheit der Bevölkerung;
  - Immunstärkung erleichtern;
  - Chronische Krankheiten behandeln;

## Teilrevision des Epidemiengesetzes (EpG): Vernehmlassungsantwort

- Frühzeitige Behandlungen erleichtern ;
- Unterlassen von Maßnahmen, die bekanntermaßen schädlich für die physische oder psychische Gesundheit sind (Hygienemasken in der Allgemeinbevölkerung, soziale Distanzierung, Eingrenzung usw.).
- **Dezentralisierung, Vielfalt und Redundanzen**
  - Den Kantonen möglichst viel Verantwortung übertragen;
  - Freie Hand für Erstversorger und Pflegeeinrichtungen;
  - Förderung vielfältiger Ansätze: Ernährung, natürliche und konventionelle Medizin;
  - Differenzierung von Bevölkerungsgruppen (statt Standardisierung);
  - Sich jeglicher zentralistischer Tendenzen enthalten, die der lokalen Widerstandsfähigkeit und Agilität abträglich sind.
- **Lernen**
  - Das Lernen und den Rückfluss von Erfahrungen aus der Praxis fördern - dazu empirische Ansätze mathematischen Modellen vorziehen ;
  - Maßnahmen bewerten und Strategien neu anpassen (dazu gehört auch, rechtzeitig zu stoppen, was nicht funktioniert) ;
  - Einbezug von Praktikern aus der Praxis und der Bevölkerung ;
  - Berücksichtigung der Minderheitsmeinungen.

---

### Autor

Philippe Vallat, Dr. ès sc., unabhängiger Experte für öffentliche Gesundheit  
<https://www.linkedin.com/in/philippevallat/>

Kontakt: [comitans@proton.me](mailto:comitans@proton.me)

---