



Totalrevision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG)

Ergebnisbericht der Vernehmlassung

Der Bericht liegt auf Deutsch, Französisch und Italienisch vor. Er ist auf dem Internet zugänglich unter <http://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2007.html#EDI>

Bern, 20. Oktober 2008

1	AUSGANGSLAGE	4
2	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	4
2.1	ALLGEMEINE BEURTEILUNG DES VORENTWURFS	5
2.2	BEURTEILUNG SPEZIFISCHER PUNKTE DES VORENTWURFS	6
2.3	STELLUNGNAHMEN ZU SPEZIFISCHEN FRAGEN	8
3	DIE ERGEBNISSE IM EINZELNEN	19
3.1	1. KAPITEL: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN UND GRUNDSÄTZE	19
	<i>Artikel 1</i> Gegenstand	19
	<i>Artikel 2</i> Zweck	19
	<i>Artikel 3</i> Ziele und Strategien	20
	<i>Artikel 4</i> Begriffe	20
	<i>Artikel 5</i> Besondere Lage	21
	<i>Artikel 6</i> Ausserordentliche Lage	22
	<i>Artikel 7</i> Vorsorgeprinzip	22
3.2	2. KAPITEL: AUFKLÄRUNG UND INFORMATION	23
	<i>Artikel 8</i>	23
	<i>Artikel 9</i> Information	23
	<i>Artikel 10</i> Informationsaustausch	24
3.3	3. KAPITEL: ERKENNUNG UND ÜBERWACHUNG	24
	1. Abschnitt: Meldewesen	24
	<i>Artikel 11</i> Grundsatz	24
	<i>Artikel 12</i> Früherkennungs- und Überwachungssysteme	24
	<i>Artikel 13</i> Meldepflicht	24
	<i>Artikel 14</i> Regelung des Meldewesens	25
	<i>Artikel 15</i> Freiwillige Meldungen	25
	<i>Artikel 16</i> Epidemiologische Abklärungen	26
	2. Abschnitt: Laboratorien	26
	<i>Artikel 17</i> Bewilligungspflicht	26
	<i>Artikel 18</i> Nationale Referenzzentren	27
	<i>Artikel 19</i> Labornetzwerk	27
3.4	4. KAPITEL: VERHÜTUNG	28
	1. Abschnitt: Allgemeine Verhütungsmassnahmen	28
	<i>Artikel 20</i>	28
	2. Abschnitt: Impfungen	29
	<i>Artikel 21</i> Förderung von Impfungen	29
	<i>Artikel 22</i> Bewilligungspflicht	30
	<i>Artikel 23</i> Überwachung der Impfungen	30
	3. Abschnitt: Biologische Sicherheit	31
	<i>Artikel 24</i> Sorgfaltspflicht	31
	<i>Artikel 25</i> Umgang mit Krankheitserregern in geschlossenen Systemen	31
	<i>Artikel 26</i> Freisetzung und Inverkehrbringen	31
	<i>Artikel 27</i> Informationspflicht gegenüber Abnehmerinnen und Abnehmern	31
	<i>Artikel 28</i> Weitere Vorschriften des Bundesrates	31
3.5	5. KAPITEL: BEKÄMPFUNG	31
	1. Abschnitt: Massnahmen gegenüber einzelnen Personen	31
	<i>Artikel 29</i> Grundsatz	31
	<i>Artikel 30</i> Anordnung von Massnahmen	32
	<i>Artikel 31</i> Identifizierung und Benachrichtigung	33
	<i>Artikel 32</i> Medizinische Überwachung	34
	<i>Artikel 33</i> Quarantäne und Absonderung	34
	<i>Artikel 34</i> Ärztliche Untersuchung	34
	<i>Artikel 35</i> Ärztliche Behandlung	34
	<i>Artikel 36</i> Einschränkung der Tätigkeit oder Berufsausübung	35
	<i>Artikel 37</i> Durchsetzung der Massnahmen	36
	<i>Artikel 38</i> Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte	36
	2. Abschnitt: Massnahmen gegenüber der Bevölkerung	37
	<i>Artikel 39</i>	37
	3. Abschnitt: Massnahmen im internationalen Personenverkehr	38
	<i>Artikel 40</i> Ein- und Ausreise	38
	<i>Artikel 41</i> Mitwirkungspflicht	39
	4. Abschnitt: Besondere Massnahmen	39

	Artikel 42	Bekämpfung nosokomialer Infektionen und resistenter Erreger	39
	Artikel 43	Aufzeichnungs- und Meldepflicht	39
	Artikel 44	Versorgung mit Heilmitteln	40
	Artikel 45	Waren- und Güterverkehr	41
	Artikel 46	Leichentransporte	41
	Artikel 47	Desinfektion und Entwesung	41
3.6	6. KAPITEL: FÖRDERUNGSMASSNAHMEN		42
	Artikel 48	Forschung	42
	Artikel 49	Förderung der Aus- und Weiterbildung	42
	Artikel 50	Finanzhilfen an Organisationen	42
	Artikel 51	Finanzhilfen zur Förderung der Herstellung von Heilmitteln	42
	Artikel 52	Abgeltung an Laboratorien	43
3.7	7. KAPITEL: ORGANISATION UND VERFAHREN		43
	1. Abschnitt: Organe der Kantone und des Bundes		43
	Artikel 53	Kantonsärztin oder Kantonsarzt	43
	Artikel 54	Koordinationsorgan	44
	Artikel 55	Krisenausschuss	45
	Artikel 56	Eidgenössische Kommission für Impffragen	46
	Artikel 57	Fachkommission für Biologische Sicherheit	46
	2. Abschnitt: Koordination der Massnahmen des Bundes		46
	Artikel 58		46
	3. Abschnitt: Datenbearbeitung		47
	Artikel 59	Grundsätze	47
	Artikel 60	Vertraulichkeit von Daten	47
	Artikel 61	Datenbekanntgabe	47
	Artikel 62	Datenaustausch mit dem Ausland und mit internationalen Organisationen	48
3.8	8. KAPITEL: FINANZIERUNG		48
	Artikel 63	Entschädigung für den Schaden aufgrund behördlicher Massnahmen	48
	Artikel 64	Entschädigung für den Schaden aus Impffolgen	49
	Artikel 65	Schadensdeckung	50
	Artikel 66	Kosten zulasten der Kantone	50
	Artikel 67	Kosten der Versorgung mit Heilmitteln	51
	Artikel 68	Kosten von Massnahmen im internationalen Personenverkehr	51
3.9	9. KAPITEL: VOLLZUG		52
	1. Abschnitt: Kantone		52
	Artikel 69	Grundsatz	52
	Artikel 70	Berichterstattung	52
	2. Abschnitt: Bund		52
	Artikel 71	Aufsicht und Koordination	52
	Artikel 72	Ausführungsbestimmungen	52
	Artikel 73	Übertragung von Vollzugsaufgaben	52
	Artikel 74	Internationale Zusammenarbeit	53
	Artikel 75	Evaluation	53
3.10	10. KAPITEL: STRAFBESTIMMUNGEN		53
	Artikel 76	Vergehen	53
	Artikel 77	Übertretungen	53
	Artikel 78	Zuständigkeit und Verwaltungsstrafrecht	53
3.11	11. KAPITEL: SCHLUSSBESTIMMUNGEN		54
	Artikel 79	Aufhebung bisherigen Rechts	54
	Artikel 80	Änderung bisherigen Rechts	54
	Artikel 81	Übergangsbestimmungen	54
	Artikel 82	Referendum und Inkrafttreten	54
	ANHANG 1	LISTE DER VERNEHMLASSUNGSADRESSATEN	55
	ANHANG 2	VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN	58
	ANHANG 3	STATISTIK – ANZAHL STELLUNGNAHMEN	60

1 Ausgangslage

Der Bundesrat beschloss am 21. Dezember 2007, den Vorentwurf zur Totalrevision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) in die Vernehmlassung zu geben. Die Totalrevision wurde notwendig, da sich seit dem Inkrafttreten des Epidemiengesetzes im Jahre 1974 viele Bedingungen verändert haben, die für die Übertragung von Infektionskrankheiten von Bedeutung sind. Die Vernehmlassung dauerte bis am 31. März 2008.

Die Totalrevision des Epidemiengesetzes (EpG) soll die gesetzlichen Voraussetzungen für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten verbessern und aktualisieren, damit Krankheitsausbrüche mit grosser Schadenswirkung für die öffentliche Gesundheit besser bewältigt werden können. Gleichzeitig sollen sich die neuen gesetzlichen Grundlagen an den Prinzipien der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Einzelnen orientieren und damit eine sinnvolle Krankheitsverhütung und eine effiziente Krankheitsbekämpfung ermöglichen.

Der Vorentwurf regelt die Aufgabenteilung und Kompetenzen der kantonalen Behörden und des Bundes und beschreibt die Verfahren bei der Anordnung von Massnahmen. Der Vollzug des Gesetzes bleibt bei den Kantonen, während dem Bund eine stärkere Führungs-, Koordinations- und Aufsichtsfunktion zukommt. Die Schaffung eines ständigen Koordinationsorgans und eines Krisenausschusses hat zum Ziel, die Zusammenarbeit von Bund und Kantonen zu verstärken und für Krisen besser gewappnet zu sein.

Der Informationsaustausch, die Zusammenarbeit sowie die Harmonisierung der Massnahmen mit internationalen Partnern, insbesondere der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Union, sollen im Gesetz verankert werden. Das revidierte EpG ermöglicht auch eine bessere Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der WHO.

Der Vorentwurf wurde unter Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erarbeitet. Neben Fachleuten des BAG beteiligten sich Vertreter und Vertreterinnen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK), der Kantonsärzteschaft sowie weitere Expertinnen und Experten aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit an der Totalrevision.

2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das BAG hat 87 Stellungnahmen erhalten. 25 Kantone, 6 politische Parteien und 45 Organisationen haben geantwortet. Zusätzlich sind 11 Stellungnahmen von Organisationen und Privatpersonen eingegangen, die nicht angeschrieben wurden. Für die Vernehmlassung wurde ein Fragebogen mit 10 wichtigen Punkten aus der Totalrevision mit den Unterlagen versandt. 50 Vernehmlassungsteilnehmende haben diesen Fragebogen beantwortet und Kommentare angefügt.

Statistik – Anzahl Stellungnahmen (Anhang 3)

Kategorie	Total Begrüsst	Antworten Begrüsst	Antworten Nicht-Begrüsst	Total Antworten
Kantone und Fürstentum Liechtenstein	27	25	-	25
Interkantonale Organisationen	10	6	0	6
Eidg. Kommissionen	3	1	-	1
Politische Parteien	14	6	-	6
Verbände der Wirtschaft	13	7	2	9
Personen und Gütertransport	21	9	1	10
Apothekerverbände	2	1	-	1
Wirtschaft (total)	36	17	3	20
ÄrztInnenverbände	11	5	1	6
Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens	18	10	-	10
Hochschulen, Forschung und Diagnostik	6	4	3	7
Gesundheit (total)	35	19	4	23
Weitere	5	2	4	6
Total	130	76	11	87

2.1 Allgemeine Beurteilung des Vorentwurfs

Der Vorentwurf zur Totalrevision des Epidemiengesetzes wird mehrheitlich begrüsst und positiv beurteilt. Die Vorlage wird als umfassend, ausgereift, solide und ausgewogen beurteilt, und die Massnahmen werden als zweckmässig eingestuft. Begrüsst wird insbesondere die klarere Kompetenz- und Aufgabenzuweisung zwischen Bund und Kantonen sowie die verstärkte Koordination der Vollzugsorgane. Zudem werden die Verpflichtung des Bundes zur internationalen Koordination und die Konformität mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften positiv aufgenommen.

Positiv bewertet wird ferner, dass der Vorentwurf neben der „ausserordentlichen Lage“ neu eine so genannte „besondere Lage“ definiert. Die Führungsrolle durch den Bund in besonderen und ausserordentlichen Lagen wird anerkannt. Begrüsst wird auch der höhere Stellenwert der individuellen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende sind ferner der Ansicht, dass der Revisionsentwurf im Bereich der Spitalhygiene wesentliche Qualitätsverbesserungen bringt.

Eine Partei (SVP) lehnt den Vorentwurf aus grundsätzlichen Überlegungen ab, der Gesetzesentwurf habe sich ausschliesslich auf die für die Verbesserung der Handhabung von Krisensituationen notwendigen Gesetzesanpassungen zu beschränken.

2.2 Beurteilung spezifischer Punkte des Vorentwurfs

Zahlreiche Stellungnahmen enthielten Vorbehalte zu einzelnen Artikeln und Neuerungen. So zum Einbezug der Kantone bei der Festlegung der Strategien und Ziele (Art. 3), zur fehlenden Definition der ausserordentlichen Lage (Art. 6), zur Notwendigkeit der neuen Koordinationsgremien (Art. 54 und 55), zur Ergänzung des Gesetzestextes bezüglich Veterinärbereich und Zoonosen, zum Einbezug der Kantonsapothekerinnen und Kantonsapotheker ins Gesetz, zur Problematik der Persönlichkeitsrechte (insbesondere Art. 35), oder in Bezug auf die Gleichbehandlung der Auslandschweizer. Zahlreiche Stellungnahmen mit unterschiedlichen Lösungsansätzen wurden zu den grundsätzlichen Fragen der Kostenfolge und der Finanzierung eingereicht. Im Bereich der Flughäfen, die eine wichtige Eintrittspforte für die Einschleppung von übertragbaren Krankheiten sein können, wird der Einbezug der bereits vorhandenen Notfallpläne für den Fall von Pandemien in den Gesetzesvollzug erwartet. Auch zu Grenzfragen bei Gewässern, die ans umliegende Ausland anstossen, sind internationale Rahmenbedingungen gesetzt.

Im Folgenden werden wesentliche Einwände und kontrovers diskutierte Eckpunkte dargestellt (Details siehe bei den entsprechenden Artikeln resp. Fragen).

- **Aufgabenteilung Bund / Kantone:** 36 Stellungnahmen, darunter 14 Kantone, unterstützen die Formulierung von Artikel 3 vorbehaltlos. 8 Kantone und 4 Organisationen lehnen die Lösung ab, da sie lediglich eine Anhörung der Kantone vorsieht. Auch die FDP erwartet einen engen Einbezug der Kantone in die Ziel- und Strategiefindung. Zur ausserordentlichen Lage (Art. 6) halten 5 Kantone (AI, GL, GR, SG, SH), 1 interkantonale Organisation (GDK), 1 Kommission (EKAF), 2 Parteien (CVP und SVP) und 4 Wirtschaftsverbände (Economiesuisse [ECON], Chemie Pharma Schweiz [SGCI], der Schweizerische Gewerbeverband [SGV] und Handel Schweiz [VSIG]) fest, dass diese analog zur besonderen Lage genau zu definieren sei. 11 Kantone (AI, AR, GE, GL, LU, OW, SG, SH, SZ, TG, ZH) und 2 Verbände (Vereinigung der Schweizer Kantonstierärztinnen und -tierärzte [VSKT] und Vereinigung der Kantonsärztinnen und -ärzte der Schweiz [VKS]) erwarten eine Ergänzung des Gesetzestextes bezüglich Veterinärbereich und Zoonosen. Vereinzelt wird bemängelt, dass die Gemeinden und Städte nicht einbezogen seien und das Gesetz ganz allgemein nur eine Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen regle.
- **Gremien / Organe:** 50 Vernehmlassungsteilnehmende begrüssen grundsätzlich sowohl das Koordinationsorgan (Art. 54) als auch den Krisenausschuss (Art. 55). Die Gründung eines neuen Koordinationsorgans wird von einer Minderheit (3 Kantone, AR, BL, ZG, und von 1 Partei, CSP) abgelehnt. Die Notwendigkeit des Koordinationsorgans stellen 1 Kanton (NW) und 2 Verbände (Santésuisse [SANTE] und Centre Patronal [Cpat]) in Frage. 2 Kantone (TG, ZH) und die Verbindung der schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH) erwarten eine Prüfung, ob der Bund anstelle der bestehenden Krisenstäbe eine einheitliche, departementsübergreifende Führungsstruktur schaffen wolle. Der Schweizerische Arbeitgeberverband (SAV) lehnt den Krisenausschuss ab und NW hinterfragt die Notwendigkeit des Krisenausschusses zusätzlich zum Koordinationsorgan. Die Stadt Bern (StBE) und 2 Verbände (FMH und Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene [SGSH]) fragen sich, ob diese Organe nicht in bereits bestehende Gremien integriert werden könnten. Der Kanton GR und GRÜNE sind der Meinung, dass das Koordinationsorgan mit punktuellen Erweiterungen als Krisenausschuss dienen könne. Die Kantone BS und SZ sowie die Kantonsapotheker-Vereinigung (KAV) und der Schweizerische Apothekerverband (SApV) halten es für notwendig, dass auch das Amt der Kantonsapothekerin bzw. des Kantonsapothekers ins EpG aufgenommen werde. CVP und SVP bemängeln die Vielzahl der Kommissionen und Gremien.
- **Massnahmen gegenüber einzelnen Personen bzw. der Bevölkerung:** Die Massnahmen, die im Interesse der öffentlichen Gesundheit und zum Schutz der Gesundheit gefährdeter Dritter die Freiheit des Einzelnen mehr oder weniger tangieren, werden von den Vernehmlassungsteilnehmenden verschiedentlich kommentiert. 31 Vernehmlassungsteilnehmende äussern sich grundsätzlich positiv, dass in Artikel 29 die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen zur Einschränkung von Grundrechten wiederholt würden. Eine

Minderheit von 11 Vernehmlassungsteilnehmenden äussert diesbezüglich Vorbehalte. Dem Artikel 36 (Einschränkung der Tätigkeit oder Berufsausübung) können 2 Parteien (CVP und SVP) und drei Verbände (Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin [SGIM], SGV und VSIG) in der vorliegenden Form nicht zustimmen. Die Regelung in Artikel 35, dass die ärztliche Behandlung nicht zwangsweise durchgesetzt werden kann, wurde von Seiten der Ärzteschaft begrüsst, in 2 Stellungnahmen allerdings als ungenügend eingestuft.

- **Finanzierung / Kosten:** 5 Kantone (GL, LU, SH, TG, ZH) und die VKS halten fest, Artikel 66 sei auf die von den Kantonen angeordneten Massnahmen zu beschränken und das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Art. 43a BV) sei zu respektieren. Eine Kostentragung der Kantone sei nicht angezeigt, soweit die Anordnung der Massnahmen wie etwa in Artikel 5 durch den Bund erfolge. 4 Kantone (AG, FR, UR, ZG) unterstützen die vorgeschlagene Lösung, erwarten aber eine finanzielle Beteiligung durch den Bund oder eine Möglichkeit zur Beschränkung der Kosten. 2 Verbände (ECON und Swiss International Airport Association [SIAA]) und die Flughäfen Genf (GVA) und Zürich (Unique) verlangen, Artikel 68 Absatz 2 ersatzlos zu streichen. Im Gegensatz zum geltenden Recht müssten die Unternehmen die aus der Mitwirkungspflicht entstehenden Kosten selbst übernehmen. Zumindest seien die auferlegten Pflichten jedoch abschliessend zu regeln oder es sei eine Möglichkeit der Refinanzierung der Kosten durch die Flughafenhalter vorzusehen.
- **Impfungen:** Für 6 Kantone (AI, BE, GL, GR, SG, SH) soll die Kompetenz, Impfungen für obligatorisch zu erklären, ausschliesslich beim Bund liegen. Zur Finanzierung der Impfungen äussern sich 18 Vernehmlassungsteilnehmende dahingehend, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Übernahme der Kosten zuständig sei. 6 Vernehmlassungsteilnehmende sprechen sich für die Übernahme der Kosten durch die Kantone aus, 18 für die Übernahme durch den Bund, 1 für die Übernahme durch die Leistungsempfänger. 9 Stellungnahmen schlagen mehrere Varianten vor (6 für Kostenübernahme Bund und/oder Kantone, 3 für Bund oder OKP und 1 Stellungnahme für Kanton oder OKP). In den Stellungnahmen der Kantone werden 7 Mal der Bund, 14 Mal die Krankenpflegeversicherung und 3 Mal die Kantone als Kostenträger für die Impfungen vorgeschlagen. Der Kanton Genf nennt neben der Krankenpflegeversicherung die Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Die FDP schlägt vor, diese Frage im Rahmen des künftigen Präventionsgesetzes zu lösen. Betreffend die Entschädigung von Impfschäden lehnen die Kantone FR, GE, NW, UR, VD sowie die FMH und Public Health Schweiz (PHS) die vorgeschlagene Lösung ab. Es wird eine zentrale Bundesstelle zur Beurteilung von Impfschäden gefordert. Unter den Vorbehalten von 6 Kantonen und 2 Verbänden wird eine nähere Beschreibung der Beteiligung des Bundes an den Kosten verlangt. Zudem werden zahlreiche Vorschläge für die Präzisierung des Entschädigungssystems vorgebracht.
- **Weitere Aspekte:** FMH und PHS kritisieren, dass mit der Aufhebung des Tuberkulosegesetzes die rechtliche Grundlage für die schulärztlichen Dienste entfalle. Von der Ärzteschaft werden Bedenken geäussert, dass die Praxislaboratorien auch von der im Vorentwurf vorgesehenen Bewilligungspflicht erfasst würden, was deren Existenz gefährde. Die Kantone LU und TG, die SVP und die VKS stellen mit Blick auf das Ausland fest, dass ein einziges nationales Referenzzentrum genügen würde. Sie schlagen vor, die Anzahl der nationalen Referenzzentren auf zwei bis maximal drei zu beschränken. Für die SVP und für 2 Verbände (SGV, VSIG) ist die gesetzliche Regelung betreffend die Untersuchung von Waren und Gütern auf bestimmte Krankheitserreger zu ergänzen, indem der Aspekt der Versorgungssicherheit zu berücksichtigen sei. 4 Kantone und die Kantonsärzteschaft fordern eine genaue Bestimmung der Voraussetzungen für die Übertragung von Aufgaben an Private.

2.3 Stellungnahmen zu spezifischen Fragen

Den Vernehmlassungsteilnehmenden wurden Fragen unterbreitet, die wesentliche Gesichtspunkte der Totalrevision betreffen und an deren Beantwortung ein spezifisches Interesse von Seiten des Bundes liegt.

Die Fragen 1–9 stehen in direkter Beziehung zu bestimmten Artikeln des Revisionsentwurfs. Frage 10 bezieht sich auf die Finanzierung von Impfungen. Zur Erleichterung wird hier eine Bezugstabelle eingefügt.

Frage Nr.	Artikel	Stichworte
01	5 + 6	Besondere und ausserordentliche Lage
02	3	Ziele und Strategie (Anhörung Kantone)
03a	54	Koordinationsorgan
03b	55	Krisenausschuss
04	29	Einschränkung der Grundrechte
05	35	Ärztliche Behandlung
06	39	Massnahmen gegenüber der Bevölkerung
07	2c + 7	Verantwortung des/der Einzelnen
08	66	Kantone tragen Kosten zu Massnahmen (Art. 31-36) und zu epidemiologischen Abklärungen (Art. 16)
09a	63	Entschädigung bei Schaden wegen Massnahmen durch Bundes- oder Kantonsbehörden
09b	63	Möglichkeit einer Billigungsentschädigung
10	--	Wer soll Kosten für Impfungen tragen?

Frage 1: Die Artikel 5 und 6 bringen eine verfassungsgerechte Regelung von Artikel 10 des geltenden Epidemiengesetzes (EpG). Das revidierte Gesetz definiert eine **besondere Lage** (Art. 5) und verankert die verfassungsmässige Kompetenz des Bundesrates (Art. 6), in **ausserordentlichen Situationen** Polizeinotverordnungsrecht zu erlassen (Art. 185 Abs. 3 BV). Es wird geregelt, wann eine besondere Lage vorliegt, die den Bundesrat zur Anordnung von spezifischen, im Gesetz umschriebenen Massnahmen berechtigt. Genügen diese Konkretisierungen von Artikel 10 des geltenden EpG?

Stellungnahmen:

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmende unterstützen die Einführung der besonderen und ausserordentlichen Lage. Generell wird die Regelung in Artikel 5 (besondere Lage) positiv aufgenommen. VD schlägt dazu Präzisierungen vor (siehe Art. 5). Die Beschreibung der ausserordentlichen Lage (Art. 6) wird aber als ungenügend beurteilt. Es wird eine Definition und zusätzliche Kriterien analog zur Regelung der besonderen Lage verlangt. FR schlägt einen direkten Verweis auf Artikel 185 Absatz 3 BV vor.

Der SBK erwartet eine genauere Umschreibung des Begriffs ‚Gesundheitsfachpersonen‘. BL verlangt, dass die Dienstverpflichtung nach Buchstabe d sich auf Personen beschränke, die in der Schweiz wohnhaft sind.

Die AHS hält den Begriff ‚besondere Gesundheitsgefährdung‘ für zu ungenau und schlägt eine Neuformulierung von Artikel 6 vor. GE wünscht eine Präzisierung zur Führungsrolle und Finanzierung, falls mehrere Kantone betroffen seien.

BL schlägt vor, ebenfalls die Einfuhr und das Inverkehrbringen von Heilmitteln im Bedarfsfall zu erleichtern (siehe Art. 5 Abs. 3 Bst. c).

IDS verweist darauf, dass der neue Artikel 5 gerade in Situationen wie bei SARS dem Bund erlaube, einheitlich vorzugehen und die notwendigen Massnahmen zu ergreifen. Dieser Fall unterscheide sich jedoch von den Konstellationen, die in Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b umschrieben werden, weswegen es sinnvoll wäre, die beiden Konstellationen besser zu unterscheiden.

Im Übrigen umschreibe Art. 58 die Zuständigkeiten des EDI für die Koordination der Massnahmen schon ausreichend. Es sei deswegen nicht notwendig, die Massnahmen in Art. 5 Abs. 3 zu präzisieren.

Frage 2: Die **nationalen Ziele und Strategien** sollen nach Artikel 3 **vom Bund nach Anhörung der Kantone** bestimmt werden. Sind damit die kantonalen Interessen genügend berücksichtigt?

Stellungnahmen:

36 Vernehmlassungsteilnehmende unterstützen den Vorschlag vorbehaltlos, darunter 14 Kantone.

AG, FR, LU, NE, NW, SG, VD und ZG lehnen die vorgeschlagene Lösung ab oder machen darauf aufmerksam, dass eine Anhörung der Kantone allein nicht genüge. 3 Kantone haben sich zur Frage nicht weiter geäußert. AG schlägt eine Änderung von Artikel 3 vor (siehe Ergebnisse im Einzelnen, Art. 3). Ebenfalls in diesem Sinne nehmen Stellung die SGPäd, VKS, VLA und der SGV. Auch die FDP erwartet einen engen Einbezug der Kantone in die Ziel- und Strategiefindung.

AHS und EKAF schlagen den Einbezug weiterer Kreise vor, die in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten aktiv sind. SGdV, SSV und StBE erwarten, dass auch weitere grössere Einheiten wie Gemeinden und Städte in die Ziel- und Strategiefindung einbezogen werden.

Frage 3: Zur Förderung der Zusammenarbeit wird ein Koordinationsorgan von Bund und Kantonen eingesetzt (Art. 54). Der Bundesrat kann zudem für die Dauer einer besonderen oder ausserordentlichen Lage einen Krisenausschuss einsetzen, der ihn berät und unterstützt (Art. 55). In diesen Organen sind Bundesstellen, die Kantone, die Wirtschaft und bedarfsweise weitere Fachpersonen vertreten.

a) Halten Sie die Einsetzung eines **ständigen Koordinationsorgans** unter Führung des Bundes für richtig? Wer sollte darin vertreten sein?

b) Halten Sie es für richtig, dass der Bundesrat bei Bedarf einen **Krisenausschusses** einsetzt?

Stellungnahmen:

Fünzig Vernehmlassungsteilnehmende begrüßen grundsätzlich sowohl das Koordinationsorgan als auch den Krisenausschuss. Abgelehnt wird die Gründung eines neuen Koordinationsorgans von 3 Kantonen (AR, BL, ZG) und einer Partei (CSP). Die Notwendigkeit des Koordinationsorgans stellen NW, Cpat und SANTE in Frage. Andere Vernehmlassungsteilnehmende wie TG, ZH und die FMH, erwarten eine Prüfung, ob der Bund anstelle der bestehenden Krisenstäbe eine einheitliche, departementsübergreifende Führungsstruktur schaffen könnte, wie dies die Eidg. Kommission für ABC-Schutz in ihrem Bericht vom 26. Juni 2007 empfohlen hatte. Der SAV lehnt den Krisenausschuss ab und NW hinterfragt die Notwendigkeit des Krisenausschusses zusätzlich zum Koordinationsorgan. FMH, SGSH und StBE fra-

gen sich, ob diese Organe nicht in bereits bestehende Gremien integriert werden könnten. GR und GRÜNE sind der Meinung, dass das Koordinationsorgan mit punktuellen Erweiterungen als Krisenausschuss dienen könnte.

Der GDK ist unklar, in welchem Verhältnis das Koordinationsorgan und der Krisenausschuss stehen. FR unterstützt die Organe, erwartet aber eine bessere Klärung deren Rollen und Funktionen. Die GDK zieht den Begriff eines Krisenstabes vor, da dieses Gremium Beratungs- und Unterstützungsaufgaben habe.

Die meisten Vernehmlassungsteilnehmenden machen unterschiedliche Vorschläge zur Zusammensetzung der Gremien. Während einerseits erwartet wird, die Gremien wegen ihrer Handlungsfähigkeit klein zu halten (KHM, FMH, AI, SH, ZH, STI), werden andererseits direkte Vertretungen von Fachgesellschaften, Experten (sowohl aus Medizin, öffentlicher Gesundheit, Infektionskrankheiten und Wissenschaft als auch mit logistischen und organisatorischen Fähigkeiten), Vertreter der Kantonsärzte-, Kantonstierärzte- und Kantonschemiker- und Kantonsapothekerschaft, Vertreter der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Vertreter der Gesellschaften der medizinischen Grundversorgung, Vertreter medizinischer Laboratorien, Vertreter der Flughafenbetreiber, von NGO's, Rotkreuzdienst und Samariterbund, Vertreter der kommunalen Ebene und von Städteverbänden, Vertreter von Patientinnen/Patienten- und Konsumentinnen/Konsumenten Organisationen und aus Ethik und Recht erwartet.

Der Einbezug von Veterinärbelangen wird als wichtig erachtet und die Integration von Vertretern aus dem Veterinärbereich in die Organe gefordert. AI, AR, LU, NW, OW, SH, SZ, TG, ZH, FMH, VKS und VSKT stehen für die Gründung einer eigenen, neuen Zoonoseplattform ein, die im EpG verankert werden sollte.

Es wird darauf hingewiesen, dass im Gesetz explizit erwähnt werden soll, dass es sich beim Koordinationsorgan um ein ständiges Organ handle. Cpat hingegen fragt sich, ob es nicht genüge, wenn das Koordinationsorgan nur in besonderen und ausserordentlichen Lagen zusammentreten würde.

Frage 4: Artikel 29 definiert im Grundsatz die **Voraussetzungen der Einschränkung der Grundrechte** im Zusammenhang mit der Anordnung einer medizinischen Überwachung, Quarantäne und Absonderung, Untersuchung und Behandlung. Gibt der Grundsatz den Kantonen eine genügende Rechtsgrundlage zum Ergreifen von Massnahmen?

Stellungnahmen:

31 Vernehmlassungsteilnehmende äussern sich grundsätzlich positiv, dass in Artikel 29 die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen zur Einschränkung von Grundrechten wiederholt werden. Eine Minderheit von 11 Vernehmlassungsteilnehmenden äussert diesbezüglich Vorbehalte.

VD hält den Artikel 29 für unnötig, da er lediglich Verfassungsrecht wiederhole und Grundrechte wie die Respektierung des Prinzips der Verhältnismässigkeit und der Achtung öffentlicher oder privater Interessen damit gegeben sei. Im gleichen Sinn äussert sich IDS. Für SANTE ist der Gesetzestext zu vage, um einer Einschränkung dieser elementaren Grundrechte zu genügen. FPP erachtet die Grundlage als ungenügend, da Persönlichkeitsrechte – zeitlich und örtlich limitiert – explizit ausser Kraft gesetzt werden müssten.

11 Vernehmlassungsteilnehmende stimmen dem Grundsatz unter gewissen Vorbehalten zu. FMH möchte eine Ergänzung betreffend der Zumutbarkeit; AHS betont die Notwendigkeit der Verhältnismässigkeit von Massnahmen und die EKAF erwartet eine nicht-diskriminierende Politik, die die Wahrung der Grundrechte des Einzelnen in Abwägung zu den Interessen der öffentlichen Gesundheit erlaube. SRK verweist auf die Sicherstellung von Informationen, damit Betroffene die Massnahmen verstehen können; GDK möchte das Wort 'zweckmässig' in Buchstabe a durch 'geeignet' ersetzen; FR schlägt eine Umformulierung von Buchstabe b vor; AI und AR verweisen darauf, dass gleiche Rechte auch im Veterinärbereich gelten soll-

ten; FDP erwartet eine weitere Konkretisierung auf Verordnungsstufe für Massnahmen, die einzelne Personen betreffen.

Frage 5: Es wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, damit eine Person, die krank, krankheitsverdächtig, angesteckt oder ansteckungsverdächtig ist oder Krankheitserreger ausscheidet, verpflichtet werden kann, sich einer **ärztlichen Behandlung** zu unterziehen, wenn die Verhütung der Weiterverbreitung einer übertragbaren Krankheit nicht anders möglich ist (Art. 35). Gibt der Artikel den Kantonen eine genügende Rechtsgrundlage zum Ergreifen von Massnahmen?

Stellungnahmen:

37 Vernehmlassungsteilnehmende sind der Ansicht, dass der Artikel eine genügende Rechtsgrundlage biete.

SGIM hält den Begriff 'ansteckungsverdächtig' für problematisch.

Für SSAI genügt der Artikel 35 als Grundsatz, er verweist aber auf mögliche problematische Folgen wie Untersagung der Berufsausübung (Art. 36). SSAI schlägt deshalb vor, dass diese Massnahmen versicherungstechnisch wie Unfälle gehandhabt werden sollten und eine Kostenbeteiligung durch den Bund (z.B. bei der Finanzierung der Prämien) vorzusehen sei.

AHS und GDK machen darauf aufmerksam, dass diese Verpflichtung aus Gründen der Menschenrechte nicht zwangsweise durchgesetzt werden könne, was im Text verdeutlicht werden sollte. Allerdings hält StBE dazu fest, dass die Bestimmung wohl wenig praxistauglich sei, falls bei Verweigerung auf die andern Massnahmen (gemäss Art. 32-34 und 36) ausgewichen werden müsse. Für SZ ist nicht einsehbar, weshalb die Massnahme nach Artikel 34 (ärztliche Untersuchung) zwangsweise durchgesetzt, hingegen betreffend Artikel 35 (ärztliche Behandlung) nicht durchgesetzt werden könne.

SG hält die Grundlage für ungenügend, da gemäss Artikel 37 für die ärztliche Behandlung Zwang ausgeschlossen werde.

VD erwartet noch Klärungen im Verordnungsrecht betreffend der Anwendung des Artikels.

AI und AR regen an, dass die Krankheiten bezeichnet werden sollten, für die solche Massnahmen ergriffen werden dürfen.

BL schlägt vor, in Artikel 53 die Kompetenz explizit dem Kantonsarzt zuzuordnen. Dies würde den Erlass von zusätzlichem kantonalem Recht erübrigen.

FR schlägt vor, den Artikel noch zu ergänzen "... wenn die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit, die die öffentliche Gesundheit gefährdet, nicht anders verhindert werden".

Gemäss EKAF stehen die vorgesehenen Massnahmen zwar unter dem Vorbehalt der „Eintrittsbedingungen“ nach Artikel 29, dennoch sei es ihres Erachtens unerlässlich, dass der Gesetzgeber klar festhalte, dass die behördlichen Massnahmen gegen einzelne Personen weder diskriminieren noch andere Grundrechte verletzen dürfen. EKAF schlägt deshalb vor, dass diese Grundsätze in Artikel 29 zusätzlich aufgenommen werden sollen.

GRÜNE möchten den Grundsatz der Verhältnismässigkeit im Gesetz festhalten, dass diese Massnahme nicht zwangsweise durchgesetzt werden könne, sondern dass im Falle der Weigerung Massnahmen nach Artikel 32-34 und Artikel 36 zur Anwendung kämen.

IDS lehnt den Artikel ab und führt ausführliche juristische Gründe dagegen an.

BSL fragt, ob der Artikel auch auf Schweizer Staatsangehörige anwendbar sei, die auf französischem Boden arbeiten.

Frage 6: Die Kantone erhalten in Artikel 39 neu die Kompetenz, **Massnahmen gegenüber der Bevölkerung** zu ergreifen. Gibt der Artikel den Kantonen dazu eine genügende Rechtsgrundlage?

Stellungnahmen:

Die rechtliche Grundlage wird von der grossen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden als genügend angesehen. Für SANTE ist der Gesetzestext zu vage, um einer Einschränkung dieser elementaren Grundrechte zu genügen. FPP äussert sich, dass zur Durchsetzung dieser Massnahmen das Polizeigesetz angepasst und die Bundesverfassung ausser Kraft gesetzt werden müssen. Auch dürften Einsprachen keine aufschiebende Wirkung haben. SSAI bemängelt, dass die Gemeinden nicht einbezogen seien und das EpG ganz allgemein nur eine Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen regle.

Mehrere Kantone weisen auf die Wichtigkeit der Koordination beim Ergreifen der Massnahmen zwischen Bund und Kantonen hin. VD äussert sich dazu, dass Artikel 39 als rechtliche Grundlage genüge, dass aber deren Ausführung im Verordnungsrecht präzisiert werden solle, um insbesondere eine einheitliche Praxis unter den Kantonen zu gewährleisten. AG erwartet vom Bund, dass dieser die Grundsätze und Entscheidungskriterien für diese Massnahmen festlege.

IDS bedauert, dass die Regelung keine Aussagen zur zeitlichen Begrenzung der Massnahmen enthalte und schlägt vor, die Formulierungen aus dem geltenden EpG zu übernehmen (Neuformulierung siehe bei Art. 39).

BL schlägt vor, in Artikel 53 die Kompetenz explizit dem Kantonsrat zuzuordnen. Dies würde den Erlass von zusätzlichem kantonalem Recht erübrigen.

BSL fragt, ob der Artikel auch auf den Flughafen Basel-Mulhouse anwendbar sei.

Frage 7: Der Zweckartikel (Art. 2) beschreibt, wie der Schutz des Menschen erreicht werden soll. Das Gesetz will neu **Personen, Bevölkerungsgruppen und Institutionen befähigen, zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten aktiv beizutragen** (Art. 2 Bst. c und Art. 7). Weitere Artikel beschreiben die Massnahmen dazu (insbesondere Art. 8, Art. 9, Art. 41, Art. 49, Art. 50, Art. 75). Wie beurteilen Sie diese Neuerung?

Stellungnahmen:

Siehe auch spezifische Stellungnahmen in den zitierten Artikeln.

Für die grosse Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden ist der Zweckartikel mit einem Doppelzweck wertvoll, insbesondere bezüglich des neuen Elements der Eigenverantwortlichkeit.

SRK weist darauf hin, dass es dabei wichtig sei, alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zu erreichen. AHS verweist darauf, dass zur Erreichung dieses Ziels das Bereitstellen von Grundwissen, der Einbezug der Akteure bei der Umsetzung der Massnahmen, die finanziellen Aspekte und die Evaluation wichtig seien. Für FPP ist der Einbezug der Gesellschaften der medizinischen Grundversorgung Voraussetzung, um das Ziel zu erreichen. StBE verweist auf die Tatsache, dass die Informationen grosse Teile der Bevölkerung nicht erreichen, weil sie sprachlich und inhaltlich zu kompliziert bzw. nicht zielgruppengerecht aufbereitet seien oder nicht im richtigen Medium erscheinen würden. Wer Eigenverantwortlichkeit verlange, müsse auch bereit sein, die entsprechenden Mittel für die Befähigung zur Verantwortungsübernahme einzusetzen.

Bezüglich der Eigenverantwortlichkeit verweist AACH darauf, dass es immer wieder Menschen gäbe, die unvernünftig handeln, was in der pluralistischen Gesellschaft mit verschiedenen Wertvorstellungen kaum zu vermeiden sei. Die Informationspolitik dürfe aber nicht so weit gehen, dass in jedem Lebensbereich Empfehlungen abgegeben würden. Es soll klar

sein, dass hier mit Steuergeldern Informationskampagnen durchgeführt werden. Wenn Organisationen diese Gelder für eigene politische Ziele missbrauchen, müsse die Politik Einschränkungen machen.

Die GDK hält die einzelnen Massnahmen für sich betrachtet für sinnvoll, steht aber der Vielfalt der Massnahmen in ihrer Gesamtheit mit einer gewissen Zurückhaltung gegenüber.

FR begrüsst diese Neuerung, die für ein modernes Verständnis der öffentlichen Gesundheit stehe. VD weist auf Schwierigkeiten im Bereich des Schaffens von Anreizen hin, da Anreize praktisch nur sehr schwierig umzusetzen seien. Es erscheine darüber hinaus sinnvoller, Institutionen oder Unternehmen zu präventiven Massnahmen anzuhalten, als Anreize für das Individuum oder für Personengruppen vorzusehen.

Die FDP unterstützt diese Neuerung im Wissen um das Ausmass von potentiellen epidemiologischen Gefahren und die rasche Ausbreitung von Epidemien. Damit das Prinzip der Verhältnismässigkeit nicht verletzt werde, sei jedoch die Deklaration einer besonderen Lage respektive einer ausserordentlichen Situation entscheidend. Es dürften keine Zweifel bzgl. der Notwendigkeit der durch Personen, Bevölkerungsgruppen und Institutionen zu unterstützenden Massnahmen auftreten, damit die Massnahmen dann auch wirklich konsequent umgesetzt würden und greifen könnten. Aus diesem Grund sei eine frühzeitige Information der Behörden und der Bevölkerung durch die Kantone und Gemeinden wichtig; die Informationen müssen bekannt sein, bevor eine ausserordentliche Situation eintreten könne.

GRÜNE fürchten, dass ohne grosse Wirkung ein Vorbereitungs- und Massnahmensalat angerührt werden könnte.

IDS bringt Vorbehalte an, was das Prinzip der Vorsorge betrifft. Zwar sei eine zusätzliche Anstrengung in den Bereichen der Prävention und der Sensibilisierung der Bevölkerung und bestimmter Personengruppen notwendig. Es müsse aber darauf geachtet werden, dass die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten als eigentlicher Zweck des Gesetzes dadurch nicht geschwächt würde.

FAMH und SGM weisen darauf hin, dass die Massnahmen im Einzelfall zu klären seien. Einzelne Formulierungen seien aber zu wenig eindeutig. Auf unscharfe Formulierungen weist auch ECON hin.

ICBM hält das Schaffen von generischen Richtlinien für den besseren Weg und möchte die Umsetzung den Kantonen überlassen.

SAPV erachtet die Bestimmungen als adäquat, soweit die Apothekerinnen und Apotheker endlich in die Präventionsaktivitäten eingebunden seien. Aufgrund ihrer anerkannten Kompetenz in diesem Bereich sei eine entsprechende Einbindung unerlässlich.

Für Cpat stellt die individuelle Verantwortung ein Prinzip dar, das gestärkt werden soll. Es dürfe jedoch nicht als Vorwand für zusätzliche staatliche Handlungen dienen. So sei es insbesondere nicht angebracht, dass der Bund im Bereich der Bildung, insbesondere im Bereich der Weiterbildung tätig werde.

AI hält die Massnahmen nach Artikel 42 für nicht ausreichend (siehe Stellungnahme bei Art. 42).

AHS fragt sich, ob den privaten Organisationen, die in der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten aktiv sind, ein Verbandsklagerecht eingeräumt werden sollte.

Die Flughäfen als direkt Betroffene machen auf die hohen Folgekosten aufmerksam (siehe dazu die Stellungnahmen zu den in der Frage zitierten spezifischen Artikeln).

Frage 8: Als Vollzugsorgane tragen die Kantone gemäss Artikel 66 die **Kosten für Massnahmen gegenüber einzelnen Personen** (Art. 31 – 36), soweit die Kosten nicht anderweitig gedeckt sind, sowie für die **epidemiologischen Abklärungen** nach Art. 16 Abs. 1. Erachten Sie dies als richtig?

Stellungnahmen:

39 Vernehmlassungsteilnehmende stimmen dem Vorschlag grundsätzlich zu. Darunter wird aber bezüglich der Kostenübernahme von epidemiologischen Studien häufig darauf verwiesen, dass diese durch den Bund getragen resp. mitfinanziert werden sollten, insbesondere wenn die Abklärungen und Resultate von nationaler Bedeutung seien oder mehrere Kantone betroffen seien. Damit müsste Artikel 66 Buchstabe b geändert werden.

NW ist der Meinung, dass die Kosten für Massnahmen von der Krankenpflegeversicherung getragen werden sollten.

FR weist die Kostenübernahme durch die Kantone zurück, wenngleich das Subsidiaritätsprinzip im Bereich der Epidemienbekämpfung auch gelte. Eine unbegrenzte Übernahme der Kosten für die Massnahmen gegenüber einzelnen Personen könne aber zu hohe und nicht tragbare Kosten für die Kantone nach sich ziehen. FR beantragt deshalb, dass der Artikel 66 um eine gesetzliche Grundlage ergänzt werde, wonach der Bund die Kantone unterstützen kann, wenn es um bedeutende Situationen geht, die Massnahmen zugunsten einer Vielzahl von Personen erfordern und die die Möglichkeiten und Mittel der Kantone übersteigen.

VD ist der Meinung, dass das Prinzip, wonach die Kantone die Massnahmen gegenüber einzelnen Personen anordnen (Art. 30) und die entsprechenden Kosten übernehmen, unerwünschte Folgen nach sich ziehen könnte. In diesem Bereich seien Anweisungen des Bundes notwendig, um Verspätungen bei der Umsetzung der Massnahmen zu vermeiden und um auf nationaler Ebene ein einheitliches Vorgehen zu garantieren. Derzeit zeigt etwa die Masernepidemie, dass nicht in allen Kantonen wirksame Kontrollmassnahmen bestehen. Im Übrigen solle der Vorentwurf klarer sein in Bezug auf die Kostenübernahme bei verschiedenen Massnahmen (dies bezieht sich insbesondere auf Art. 20, 39 und 47).

GL hält fest, dass Artikel 66 auf die von den Kantonen angeordneten Massnahmen zu beschränken sei. In Anlehnung an das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz seien die Kosten für Massnahmen von der anordnenden Behörde zu tragen (wer zahlt befiehlt resp. wer befiehlt/anordnet, der zahlt). Dergestalt sei es nicht nachvollziehbar, weshalb sich Artikel 66 lediglich auf die Kostenübernahme durch anordnende Kantone beziehe, wenn gleich auch der Bund in „besonderen Lagen“ gemäss Artikel 5 Absatz 3 Massnahmen anordne / anordnen könne. Eine Kostentragung der Kantone im Sinne von Artikel 66 sei nicht angezeigt, soweit die Anordnung der Massnahmen durch den Bundesrat erfolge (Art. 5 Abs. 3 Bst. b; Art. 20 Abs. 2).

AACH äussert sich dahingehend, dass der Bund zahlen solle, wenn er selber Massnahmen anordne und SGV findet, dass nach dem Verursacherprinzip die Kosten durch jene Institution übernommen werden soll, die die Massnahmen beschlossen habe.

SANTE weist darauf hin, dass in Ausnahmesituationen wie einer Pandemie absehbar sei, dass die gesetzlichen Reserven der Krankenversicherer nicht ausreichen würden, um die Kosten zu decken. Es müssten im Gesetz klare Prozesse erstellt werden, wie bei einer kantonal angeordneten Massnahme gestützt auf das EpG vergütet würde.

EKAF und SRK sind im Grundsatz einverstanden mit der Finanzierung der Massnahmen nach Artikel 31-36 durch die Kantone, verweisen aber darauf, dass es zur Aufsichtspflicht des Bundes gehöre, dass es im Vollzug bei den Kantonen nicht zu unterschiedlichen Standards komme. AHS verweist darauf, dass die Erfahrung zeige, dass sehr unterschiedlich damit umgegangen werde. Eine Richtlinie des Bundes oder Harmonisierungsvereinbarungen zwischen den Kantonen müssten noch präzisierend angefügt werden.

Für OW ist klar, dass es sich bei der Auslegung des Begriffs 'anderweitige Deckung' neben den Kosten, die nicht über die Krankenpflegeversicherung finanziert werden, nicht um die Übernahme der Franchise und des Selbstbehalts handeln könne.

AG schlägt vor, dass die Kantone die Kosten nur bis zur maximalen Höhe der Minimalfranchise übernehmen.

AHS ist der Meinung, die epidemiologische Abklärung erfordere ein zentralisiertes Vorgehen, was auch eine zentralisierte Kostenübernahme nach sich ziehe. STI meint, Kompetenzen und Kosten müssten beim Bund angesiedelt sein.

Nach Ansicht von IDS sei die Finanzierung der Massnahmen gegen Epidemien im Gesetzesentwurf nicht überzeugend gelöst. Die entsprechende Finanzierung müsse auch vor dem Hintergrund des Sozialversicherungssystems betrachtet werden, das dem Staat dabei lediglich eine subsidiäre Rolle zukommen lässt. In jedem Fall sei es zentral, ein Finanzierungssystem vorzusehen, das den Zielen des Gesetzes gerecht wird und die Umsetzung der Massnahmen erleichtert.

FAMH und SGM halten die Verlagerung der Kosten auf die Kantone durch eine Bundesgesetzgebung für heikel.

Frage 9: Artikel 63 regelt die **Entschädigung für den Schaden aufgrund behördlicher Massnahmen** (Quarantäne, Absonderung, medizinische Überwachung usw.). Zu den Folgeschäden gehören: Erwerbsausfall, entgangener Gewinn sowie weitere Kosten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der angeordneten Massnahme stehen.

a) Artikel 63 sieht vor, dass die Schäden von derjenigen Behörde entschädigt werden können, welche die Massnahmen anordnet (Bund oder Kantone). Erachten sie dies als richtig?

b) Artikel 63 sieht vor, dass eine (Billigkeits-)Entschädigung dann gewährt werden kann, wenn der von einer Individualmassnahme Betroffene, dessen Schaden nicht anderweitig gedeckt wird (Arbeitgeber, Krankenversicherung, Sozialversicherungen usw.), ohne Entschädigung in eine wirtschaftliche oder soziale Notlage geraten würde. Erachten sie dies als richtig?

Stellungnahmen:

51 Vernehmlassungsteilnehmende bejahen beide Fragen.

Frage a)

VD ist der Meinung, dass die Möglichkeit, eine Entschädigung zu erhalten, nicht sinnvoll sei.

FMH, KHM und SSAI sind der Meinung, dass der Bund die Finanzierung zu übernehmen habe.

Die GDK hält die vorgeschlagene Lösung für die Naheliegende. Die Entschädigungspflicht könnte aber auch davon abhängig gemacht werden, wer die Massnahmen anordne.

AI und AR möchten eine klare Regelung der Kostenübernahme (Art, Definition der Notlage) und eine Obergrenze, um Missbrauch zu verhindern.

BL wünscht eine Präzisierung, dass Unternehmen nicht gemeint seien und dass sich die Regelung nur auf Personen mit Wohnsitz oder Arbeitsort in der Schweiz beziehe.

EKAF wünscht eine genauere Bezeichnung, was genau gedeckt sei.

IDS findet das System gerecht und notwendig, erwartet aber eine Vereinfachung der heutigen Verfahren.

GVA fragt, ob bei Stilllegung von Flugzeugen Entschädigungen ausgerichtet würden.

AHS erwartet eine Präzisierung, damit es in den Verfahren keine kantonalen Unterschiede geben könne.

SBK erwartet die Klärung einzelner Begriffe wie 'entgangener Gewinn'.

KV-CH möchte eine Entschädigung zwingend vorsehen.

Frage b)

SSAI findet die Regelung 'soweit der Schaden nicht anderweitig gedeckt wird' als ungerecht. Der Staat sollte die Kosten übernehmen.

SGPäd hält eine grosszügige Lösung für richtig, da dies der Sache wesentlich mehr nütze als die Einsparungen durch Ablehnung der Kostenübernahme.

Für FPP sollte die Regelung bei Terroristen und Kriminellen nicht gelten.

Für SGIM müsste die Entschädigung immer erfolgen, unabhängig von der wirtschaftlichen Lage.

SZ stellt fest, dass der Gesetzestext nicht das wiedergäbe, was in der Fragestellung enthalten sei. Will man eine Billigkeitsentschädigung bei einer wirtschaftlichen oder sozialen Notlage ausrichten, so müsse dies im Gesetzestext auch zum Ausdruck kommen.

VD ist der Meinung, dass die Möglichkeit, eine Entschädigung zu erhalten, nicht sinnvoll sei.

AI und AR möchten eine klare Regelung der Kostenübernahme (Art, Definition der Notlage) und eine Obergrenze, um Missbrauch zu verhindern.

EKAF wünscht eine genauere Bezeichnung, was genau gedeckt sei.

GRÜNE und KV-CH möchten eine Entschädigung zwingend vorsehen.

IDS findet das System gerecht und notwendig, erwartet aber eine Vereinfachung der heutigen Verfahren.

Frage 10: Bestimmte **Präventionsmassnahmen**, die zur Verhütung einer Krankheitsübertragung aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit sinnvoll sein können, sind nicht im Leistungskatalog der Krankenpflege-Leistungsverordnung enthalten. Wer sollte Ihrer Meinung nach die **Kosten für Impfungen** im Interesse der öffentlichen Gesundheit tragen?

Stellungnahmen:

Die Frage nach der Übernahme der Kosten für Impfungen im Interesse der öffentlichen Gesundheit wird nicht einheitlich beantwortet. In den erhaltenen Stellungnahmen äusserten sich 18 Vernehmlassungsteilnehmende für die Übernahme der Kosten durch die Krankenpflegeversicherung (AG, AI, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, TG, VD, ZH, EKAF, FPP, IDS, SGPäd, VKS und VLA), 6 für die Übernahme durch die Kantone (AR, CVP, AHS, LUNG, SGIM und StBE), 18 für die Übernahme durch den Bund (FR, SO, SZ, UR, GRÜNE, AACH, BSL, Cpat, ECON, FAMH, FMH, GVA, ICMB, SBK, SGM, SGV, SSAI, Unique), eine für die Übernahme durch die Leistungsempfänger (GDK). Weitere Stellungnahmen nannten mehr als eine Lösungsvariante (BL, GE, VS, ZG, KHM, KV-CH, SANTE, SGB, SGSH, SRK und STI): 6 für die Übernahme durch Bund und/oder Kantone, 3 für die Übernahme durch Bund oder Krankenpflegeversicherung, 1 für die Übernahme durch Kanton oder Krankenpflegeversicherung. FPP hält die Frage der Finanzierung durch KUV/Bund/Kanton als zweitrangig, wichtig sei die betriebsökonomische Gerechtigkeit.

In 6 Stellungnahmen wurde auf die Nennung einer konkreten Lösung verzichtet.

In den Stellungnahmen der Kantone werden 7 mal der Bund, 14 mal die Krankenpflegeversicherung und 3 mal der Kanton als Kostenträger vorgeschlagen. Die GDK schlägt die Leistungsempfänger als Träger der Kosten vor. GE schlägt neben der Krankenpflegeversicherung die Möglichkeit der Übernahme durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vor.

Die FDP schlug vor, diese Frage im Rahmen des künftigen Präventionsgesetzes zu lösen. FMH, SRK und SSAI drängen auf eine rasche Lösung.

Im Folgenden werden wichtige Argumente zu den verschiedenen Lösungen angeführt.

Kostenübernahme durch den Bund:

ZG verweist auf die herausragende Bedeutung der Umsetzung des Impfplans, was die Kostenübernahme durch den Bund rechtfertige. UR ergänzt, dass eine Bundesfinanzierung auch in Analogie zu Präventionsmassnahmen im veterinärmedizinischen Bereich gerechtfertigt sei. FR wünscht zudem eine Präzisierung, dass die Finanzierung neben dem Impfstoff auch die ärztliche Handlung und das nötige Material beinhalte.

Die FMH argumentiert, dass die Kosten durch die Allgemeinheit zu tragen seien. Sie wünscht, dass diese Gesamtrevision des EpG zur Beseitigung finanzieller Hürden zur Erreichen von Präventionszielen beitrage und dass die Finanzierungsfrage zu den Impfungen nicht auf später (Präventionsgesetz) verschoben werde.

SSAI verweist darauf, dass Impfungen vorwiegend epidemiologisch begründet seien, weshalb die Kosten von Impfungen, die durch die EKIF und das BAG empfohlen werden, sinnvollerweise vom Staat zu übernehmen seien. Eine Entlastung der Krankenkassen sei zudem sinnvoll, da bei Impfungen vorwiegend Familien, Kinder und Jugendliche betroffen seien.

SANTE hält die Finanzierung von Massnahmen der Prävention über die Krankenpflegeversicherung vom System her als nicht richtig. Die Kosten von Massnahmen im Sinne der öffentlichen Gesundheit seien von der öffentlichen Hand zu tragen. Bei einer Finanzierung über das KVG-System bestehe die Gefahr, dass z.B. bei bestimmten Impfprogrammen viele Personen sich wegen der bei ihnen anfallenden Kosten (Selbstbehalt, allenfalls Franchise) nicht impfen liessen. Bei Leistungserbringern wie Versicherern entstehe zudem bei der KVG-konformen Rechnungsabwicklung (Einzelerfassung jedes Patienten, individuelle Rechnungsstellung, individuelle Abrechnung des Versicherers mit Kostenbeteiligung des Patienten) ein erheblicher und unnützer administrativer Aufwand.

SRK argumentiert, dass die Kostenübernahme durch die öffentliche Hand der Finanzierung durch Krankenversicherer vorzuziehen sei.

GRÜNE halten die Kostenübernahme durch den Bund für folgerichtig gemäss dem nationalen Primat des Bundes im EpG.

Unique verweist darauf, dass der Bund die Kosten tragen sollte, damit er Impfungen anordnen und bei Nichtbefolgung entsprechende Massnahmen ergreifen könne.

Kostenübernahme durch die Kantone:

AHS verweist darauf, dass allein die Kantone als vollzugsverantwortliche Organe die Massnahmen zu Impfungen durchsetzen und eben auch finanzieren können. Die Kosten auf Einzelpersonen abzuwälzen sei keine Lösung, da damit negative Anreize gesetzt würden und sich Einzelpersonen entscheiden könnten, die Impfung nicht zu tätigen und damit die öffentliche Gesundheit zu gefährden.

Gemäss StBE sollten die Kantone die Kosten für Impfungen übernehmen bzw. die Impfstoffe en gros einkaufen und die Leistungserbringer pauschal für die Impfleistung entschädigen. Dies würde die finanzielle Logistik der aus epidemiologischer Sicht wichtigen Impfungen vereinfachen bzw. Hürden wie Selbstbehalt, Franchise oder komplizierte Einzelabrechnungen beseitigen. Es wäre immer noch möglich, die Krankenkassen anschliessend prozentual zu ihrer Mitgliedergrösse zu belasten.

Kostenübernahme durch die Krankenversicherer:

AG, AI, GE, GL, LU, SH, TG, VD, ZH verweisen in ihren Stellungnahmen darauf, dass Impfungen in den Leistungskatalog der Krankenpflege-Leistungsverordnung gehören, beinhaltet doch jede Impfung neben dem günstigen Effekt für die Allgemeinheit vor allem auch einen persönlichen Schutz. Es erstaune zudem, dass dieses bei vielen Impfungen bewährte System neuerdings grundsätzlich in Frage gestellt würde (Beispiel Finanzierung der HPV-Impfung).

IDS schlägt vor, dass die Finanzierung auch über einen Versicherungspool auf kantonaler Ebene erfolgen könnte.

Kostenübernahme durch Leistungsempfänger:

Die GDK begründet die Übernahme von Impfkosten durch die Leistungsempfänger damit, dass Impfungen zur Verhütung der Übertragung von Krankheiten zum einen zwar im Interesse der öffentlichen Gesundheit erfolgten, aber auch im Interesse des Einzelnen seien. Zudem soll das revidierte Gesetz die Eigenverantwortlichkeit stärken, wobei ein aktiver Beitrag auch darin bestehen könnte, die Kostentragung nicht von andern zu erwarten, sondern sich auf eigene Kosten impfen zu lassen.

Weitere Stellungnahmen:

FPP verweist darauf, dass es den schulärztlichen Dienst als ausführendes Organ von Impfkampagnen nicht mehr gäbe und die Aufgabe der Umsetzung von Impfkampagnen durch die Grundversorger (Hausärzte) kompetent umgesetzt werden könne.

ASO verweist darauf, dass die Lösung zur Finanzierung von Impfungen auch für Auslandsschweizer gültig sein müsse.

KV-CH weist darauf hin, dass im Minimum zur Lösung der Finanzierung eine Subventionierung solcher Präventionsmassnahmen vorzusehen sei.

3 Die Ergebnisse im Einzelnen

3.1 1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen und Grundsätze

Artikel 1 Gegenstand

AG schlägt eine Änderung von Artikel 1 vor ("*Dieses Gesetz regelt den Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten im Rahmen der öffentlichen Gesundheit*"), da das EpG den Schutz im Rahmen der Individualmedizin nicht beinhaltet.

Artikel 2 Zweck

AI und GR vermissen in Artikel 2 einen expliziten Hinweis auf die Massnahmen gegenüber Einzelpersonen und gegenüber der Bevölkerung, die in den Artikeln 29-39 näher aufgeführt sind.

Absatz 1

Um dem Aspekt von Prävention und Gesundheitsförderung gerechter zu werden, schlägt AHS eine Ergänzung von Abs. 1 vor: "*Dieses Gesetz bezweckt, den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, indem sowohl dem Ansatz der öffentlichen Sicherheit als auch den Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung Geltung verschafft werden*".

Absatz 2

Zu Buchstabe c siehe auch Frage 7

EKAF schlägt vor, Buchstabe a in zwei Absätze aufzuteilen, da dieser zwei nicht unmittelbar zusammenhängende Aussagen enthalte.

AHS ersucht den Bundesrat zu prüfen, ob ein Verbandsklagerecht für private Organisationen, die aktiv in der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten tätig sind, opportun wäre. Damit hätten solche Organisationen nicht nur die Pflicht zur Zusammenarbeit in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, sondern auch eingeschränkte Rechte, dafür zu sorgen, dass staatliche Organe ihrer Pflicht zur Umsetzung der erforderlichen, geeigneten und zumutbaren Massnahmen nachkämen und dass die Verhältnismässigkeit der staatlichen Interventionen gewahrt bleibe. AHS umschreibt in der Stellungnahme ihre Vorstellung und schlägt folgende Änderung von Absatz 2 Buchstabe c vor: "*die einzelne Person, bestimmte Bevölkerungsgruppen, private Organisationen, die in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten aktiv sind sowie Institutionen veranlasst werden, zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beizutragen*".

SAPV weist darauf hin, dass die Apotheken die idealen Institutionen seien, um die in den Buchstaben c und d genannten Aufgaben zu erfüllen.

SGIM schlägt die Ergänzung von Buchstabe d mit "*Antibiotikaresistenzen*" vor.

SGV und VSIG weisen darauf hin, dass wie im erläuternden Bericht beschrieben, auch Arbeitgeber ihren Beitrag leisten würden, dass aber die öffentliche Hand für Kosten aufkomme, wenn der Aufwand ein gewisses Mass übersteige.

EKAF schlägt einen neuen Absatz 3 vor: "*Bund und Kantone sorgen dafür, dass die Massnahmen dieses Gesetzes die betroffenen Personen nicht diskriminieren und dass ihre Grundrechte respektiert werden*".

Artikel 3 Ziele und Strategien

Siehe auch Frage 2

Neben der vorbehaltlosen Unterstützung der Formulierung im Vorentwurf (36 Vernehmlassungsteilnehmende, darunter 14 Kantone) lehnen 8 Kantone und 4 Organisationen die Lösung ab, die nur eine Anhörung der Kantone vorsehe. Auch die FDP erwartet einen engen Einbezug der Kantone in die Ziel- und Strategiefindung.

Für SG, SGV und VSIG ist eine enge Zusammenarbeit Bund–Kantone für die Bestimmung von Strategien und Zielen unabdingbar und AG schlägt dazu folgende Änderung von Artikel 3 vor: „*Der Bund bestimmt unter Mitwirkung der Kantone die nationalen Ziele und Strategien der Verhütung, Erkennung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und sorgt für die internationale Koordination*“. Im Vorschlag wird bewusst die Reihenfolge Erkennung - Verhütung geändert, da dieser Vorschlag logischer sei.

NE, VD und IDS schlagen vor, die Ziel- und Strategieentwicklung zu einer festen Aufgabe des Koordinationsgremiums nach Artikel 54 zu machen. VD schlägt eine Anpassung von Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe a vor: *"Erkennung der Prioritäten, der Interventionsstrategien sowie Erarbeitung von Lösungen"*.

SGdV schlägt vor, die Gemeinden und Städte ebenfalls anzuhören.

SAPV schlägt vor, dass auch alle diejenigen einbezogen werden sollten, die die Massnahmen umsetzen müssten.

IDS schlägt vor, dem Vorsorgeprinzip eine symbolische Tragweite zu verleihen, indem ein zweiter Satz in Artikel 3 aufgenommen würde: *"Er berücksichtigt dabei das Vorsorgeprinzip"* (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 7).

Artikel 4 Begriffe

SSAI wünscht eine Klärung, dass auch die Allergien im Geltungsbereich eingeschlossen seien. Sie begründen dies dadurch, dass die meisten Allergien (neben pflanzlichen und tierischen Produkten) durch Übertragung von biologischen Organismen oder Teilen davon entstünden und dass epidemiologische Massnahmen zur Reduktion von Allergien ebenfalls notwendig seien.

SSV wünscht zusätzlich eine Definition der Heilmittel.

Buchstabe a

Für PHS gehören auch Epidemien, die durch unbekannte oder durch chemisch-toxische Substanzen ausgelöst werden, ins EpG und schlagen eine Ergänzung von Buchstabe a vor: *"Übertragbaren Krankheiten gleichgestellt sind Krankheitsausbrüche aufgrund der Verbreitung unbekannter Erreger oder chemisch-toxischer Stoffe"*.

FMH fragt, ob die Formulierung nicht auf künstlich hergestellte infektiöse Einheiten wie selbstreproduzierende Nanoroboter erweitert werden sollte.

Buchstabe c

Da auch gentechnisch veränderte Erreger 'biologisch' sind, sollte für ‚nicht gentechnisch veränderte‘ die Bezeichnung 'natürliche Erreger' oder 'natürlich entstandene Erreger' verwendet werden.

Buchstabe d

Für SSV fehlt in der Aufzählung das "Untersuchen" von Krankheitserregern, für EKAF das "Beschaffen".

Buchstabe e

VD weist darauf hin, dass Buchstabe e auf alle betroffenen Institutionen auszudehnen sei, auf *"Infizierung an sämtlichen Orten, wo Pflege ausgeübt wird"*. GE macht darauf aufmerk-

sam, dass in den einzelnen Kantonen unter dem Begriff nicht immer die gleichen Institutionen verstanden würden. LUNG weist darauf hin, dass nosokomiale Infekte auch in Laboratorien, Forschungszentren und ausserhalb von Spitälern auftreten würden.

BS hält es für verständlicher, wenn nosokomiale Infekte als *'im Spital erworbene Infektionskrankheit'* definiert werden. SG macht darauf aufmerksam, dass der Begriff ‚nosokomial‘ nicht korrekt verwendet werde (nosokomial heisst ‚im Spital erworben‘). Besser wäre der im englischen verwendete Begriff *‚health care associated‘*.

Artikel 5 Besondere Lage

Siehe auch Frage 1

Die Verankerung der besonderen Lage wird von der grossen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden unterstützt. GE wünscht eine ausdrückliche Erwähnung der Koordinationspflicht durch den Bund bei epidemischen Situationen, wenn zwei oder mehrere Kantone betroffen seien.

VLA macht darauf aufmerksam, dass die Formulierung in Artikel 5 Buchstabe a zwischen der deutschen und französischen Übersetzung nicht kongruent sei.

Absatz 1

AG schlägt eine Umformulierung von Absatz 1 Buchstabe a vor: *"Eine besondere Lage liegt vor, wenn: a. eine intensivierte Zusammenarbeit der Organe Bund und Kantone erforderlich ist, um folgende Gefahren abzuwenden:"* Der Vorschlag erfolge, da die derzeitige Formulierung missverstanden werden könnte, als ob die kantonalen Vollzugsorgane aus Inkompetenz überfordert wären.

Die AHS hält den Begriff ‚besondere Gesundheitsgefährdung‘ für zu ungenau.

AHS und EKAf schlagen vor, Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 3 zu streichen, da das wirtschaftliche Kriterium überflüssig sei, indem schwerwiegende Auswirkungen auf die Wirtschaft kaum auftreten würden, ohne dass gleichzeitig eine besondere Gesundheitsgefährdung gemäss Ziffer 2 vorliege.

Absatz 2

Cpat würde begrüssen, wenn Absatz 2 ergänzt würde, dass der Bundesrat das Koordinationsorgan vorgängig konsultiere.

Absatz 3

AHS erwartet eine Präzisierung von Absatz 3, dass alle Massnahmen dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu entsprechen hätten. Zudem wünscht AHS, dass besser zum Ausdruck gebracht werden soll, dass beim Ergreifen von Massnahmen zwischen Sicherheit, öffentlicher Gesundheit und den Grundrechtseingriffen abgewogen werden müsse.

Um bei Bedarf die Einfuhr von Heilmitteln ohne Verzögerung zu ermöglichen, schlägt BL vor, dem Bundesrat zusätzlich in Buchstabe c die Kompetenz einzuräumen, die Einfuhr und das Inverkehrbringen von Heilmitteln zu erleichtern. Ebenfalls darauf aufmerksam machen STI, ECON und SGCI und weisen darauf hin, dass Artikel 5 Absatz 3 offen lasse, wann Ausfuhrbeschränkungen und -verbote und weitere Massnahmen für die Sicherstellung der Versorgung zulässig wären und erwartet dazu eine Klärung auf Verordnungsstufe.

LU, VKS, SVP, ECON, SBK und SGCI erwarten eine genauere Umschreibung des Begriffs ‚Gesundheitsfachpersonen‘.

BS erachtet es als sinnvoll, dass Gesundheitsfachpersonen verpflichtet werden können. Unklar bleibe aber, ob diese nur für Militär oder auch für zivile Dienstleistungen bzw. ob Personen eines Kantons zur Arbeit in einem andern Kanton verpflichtet werden könnten.

Für BL ist die Verpflichtung von Gesundheitsfachpersonen auf Personen zu beschränken, die in der Schweiz wohnhaft sind. Zudem ist auf die Verpflichtung von Grenzgängern zu ver-

zichten. Begründet wird dies damit, dass die Spitalleistungen in Grenzgebieten zusammenbrechen würden, würden Nachbarstaaten nicht ebenfalls auf eine Dienstverpflichtung von (schweizerischen) Grenzgängern verzichten. Ähnliche Fragen werfen auch die SVP, ECON und SGCI auf.

Für OW darf sich die Dienstverpflichtung in Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe d nicht nur auf Gesundheitsfachpersonen beschränken. OW schlägt folgende Ergänzung des Buchstaben d vor: „... *sämtliche zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten notwendigen Einsatzkräfte* ..“.

SAPV regt an, die Gesundheitsfachpersonen von Anfang an in die Umsetzung der Massnahmen einzubeziehen und deren Verpflichtung, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken, danach im Rahmen einer gemeinsamen Übereinkunft zu regeln.

GE erwartet, dass zusätzlich zum Bundesrat auch der Kanton Massnahmen ergreifen könne, insbesondere solche, wie sie in Buchstabe d erwähnt sind.

VD schlägt eine Präzisierungen von Absatz 3 vor, insbesondere solle ein neuer Buchstabe e eingefügt werden, wonach der Bundesrat namentlich *„die Vorbereitungsmaßnahmen, die die Kantone ergreifen sollen“*, anordnen soll. Ebenfalls vorgeschlagen wird die explizite Nennung der *„Leitung der Kommunikation durch den Bund, die kohärent ausgestaltet werden soll“*.

Artikel 6 Ausserordentliche Lage

Siehe auch Frage 1

AI, GL, GR, SG, SH, GDK, CVP, SVP, ECON, EKAF, SGCI, SGV und VSIG halten fest, dass die ausserordentliche Lage analog zur besonderen Lage genau zu definieren sei.

Die SVP, ECON und SGCI schlagen folgende Neuformulierung vor: *„Eine ausserordentliche Lage liegt vor, wenn eine schwere Störung der öffentlichen Gesundheit eingetreten ist oder unmittelbar bevorsteht. Wenn es eine ausserordentliche Lage erfordert, kann der Bundesrat für das ganze Land die notwendigen Massnahmen anordnen“*.

AHS schlägt folgende Neuformulierung vor:

¹ *Eine ausserordentliche Lage liegt vor, wenn eine bisher unbekannte übertragbare Krankheit auftritt, für die das vorliegende Bundesgesetz keine spezifischen Regelungen bereithält, und eine akute Bedrohung der öffentlichen Gesundheit besteht.*

² *Der Bundesrat stellt das Vorliegen einer ausserordentlichen Lage in der Schweiz fest.*

³ *Der Bundesrat kann in einer ausserordentlichen Lage für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen anordnen.*

FR schlägt einen direkten Verweis auf Artikel 185 Absatz 3 BV vor.

Für VD ist der Unterschied zwischen Artikel 5 und Artikel 6 unklar und beantragt eine Vereinigung der beiden Artikel in 'Spezielle Situation'.

Artikel 7 Vorsorgeprinzip

Siehe auch Frage 7

AHS schlägt eine Erweiterung zur Beschreibung des Vorsorgeprinzips vor *„..., zumutbar und verhältnismässig unter Wahrung der Grundrechte sind“*.

ZG weist darauf hin, dass der Begriff 'vorsorgliche Massnahme' im Verfahrensrecht mit einer akuten Dringlichkeit verbunden sei, was für das Vorsorgeprinzip nicht zutreffe.

SGV und VSIG legen grossen Wert darauf, dass alle vorsorglichen Massnahmen jeweils sehr genau auf ihre Zumutbarkeit hin überprüft werden.

SVP schlägt die Streichung des Artikels vor, da er ansonsten dazu missbraucht würde, um unnötige Gesundheitsprävention von nicht übertragbaren Krankheiten zu forcieren.

Auch IDS schlägt die Streichung vor, weil die Tragweite der Bestimmung nicht klar sei. Es sei allenfalls möglich, dem Vorsorgeprinzip einen symbolischen Wert zu verleihen, indem ein zweiter Satz in Artikel 3 aufgenommen würde: *"Er berücksichtigt dabei das Vorsorgeprinzip"*.

3.2 2. Kapitel: Aufklärung und Information

CPat, SGV und VSIG machen darauf aufmerksam, im Titel des Kapitels das Wort ‚Aufklärung‘ zu streichen.

Artikel 8

Artikel 8 (Aufklärung) wurde im bundesinternen Mitberichtsverfahren gestrichen. Eine Anpassung von Gesetzestext und erläuterndem Bericht war nicht mehr möglich, weshalb Artikel 8 in der Vernehmlassungsvorlage leer blieb.

EKAF weist darauf hin, dass der Hinweis auf einen gestrichenen Artikel die Neugier über dessen Inhalt verstärkte. Sie hätte hier Transparenz vorgezogen.

Artikel 9 Information

ASO macht darauf aufmerksam, dass auch die Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer vom Bund angemessen informiert werden sollten, wobei die "Schweizer Revue" dafür einen geeigneten Informationsträger darstelle. Auch über die Schweizer Vertretungen im Ausland könne über übertragbare Krankheiten informiert werden. Falls eine Hotline eingerichtet würde, müssten die Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer ebenfalls Zugang erhalten. VD wünscht einen zusätzlichen Absatz, welcher die Kompetenzen der einzelnen Akteure (EDI, BAG, Kantone, Kantonsärztinnen/Kantonsärzte, Koordinationsorgan, Krisenausschuss) regelt.

SVP verlangt die Streichung des Artikels und stattdessen die Beibehaltung von Artikel 3 des geltenden EpG. Der neue Artikel würde einen Freipass für ausufernde Präventionstätigkeit des BAG darstellen. Von dieser habe die Öffentlichkeit langsam genug. Eine staatliche Um-erziehung der Bevölkerung in allen Lebenslagen sei nicht nötig.

Für STI ist es unverständlich, dass die hauptsächlich betroffene Gruppe der Reisenden nicht erwähnt ist.

Um eine wirkungsvolle Information sicherstellen zu können, ist es für SGV und VSIG uner-lässig, dass Bund und Kantone eng mit den Berufsverbänden aus dem Gesundheitsbereich zusammenarbeiten (Ärzte, Apotheker, Drogisten usw.).

Absatz 1

EKAF hält die Formulierung von Absatz 1 als sehr gelungen und SApV hofft, dass unter dem Begriff Fachpersonen auch die Apothekerinnen und Apotheker verstanden werden.

Absatz 3

Für AI, GL, LU, SH, TG, ZH und FMH ist dies eine sinnvolle Neuerung. Es wird eine Ergän-zung beantragt, die das BAG verpflichten würde, vorgängig zum Erlass der Empfehlungen mit dem Bundesamt für Umwelt und den für den kantonalen Vollzug der Störfallverordnung zuständigen Stellen die angestrebten Ziele sowie die Kostentragungspflicht zu vereinbaren.

Absatz 4

AI, AR, GL, LU, NW, SH, TG, ZH, VKS und VSKT machen darauf aufmerksam, dass auch das BVET im Falle von Zoonosen in die Koordination einzuschliessen sei. Diese Schlussfol-

gerung müsse insbesondere auch aus der ungenügenden Koordination im Vorfeld des Ausbruchs der Vogelgrippe in der Schweiz gezogen werden.

GE schlägt vor, "die Informationsaktivitäten" im Plural zu verwenden. Es wäre im Übrigen sinnvoll zu präzisieren, dass die Kantone die Ziele und Strategien von nationaler Bedeutung berücksichtigen und der Bund auf die sprachlichen und kulturellen Unterschiede Rücksicht nimmt.

Die EKAF schlägt eine Umformulierung vor *"Das BAG koordiniert die Informationstätigkeit mit den Kantonen"*.

SAPV weist darauf hin, dass es in diesem Bereich besser sei, sich direkt auch mit den medizinischen Dachverbänden abzustimmen.

Artikel 10 Informationsaustausch

SVP verlangt die Streichung des Artikels und stattdessen die Beibehaltung von Artikel 3 des geltenden EpG (siehe Stellungnahme zu Art. 9).

Für SGV seien auch die Gemeinden und Städte einzubeziehen.

3.3 3. Kapitel: Erkennung und Überwachung

1. Abschnitt: Meldewesen

Artikel 11 Grundsatz

AHS und EKAF verlangen, dass die Grundrechte gewahrt und der Datenschutz sichergestellt werde und schlagen eine Ergänzung vor: *"Bund und Kantone sorgen für die Erhebung von Beobachtungen zu übertragbaren Krankheiten. Dabei sind die Grundrechte der betroffenen Personen und die Grundsätze der Datenbearbeitung nach Artikel 59-62 zu beachten. Die Erhebung dient dazu:"*.

Für LUNG ist Artikel 11 sehr wichtig.

Buchstabe d

SAPV weist darauf hin, dass es in diesem Bereich besser sei, sich direkt auch mit den medizinischen Dachverbänden abzustimmen.

Artikel 12 Früherkennungs- und Überwachungssysteme

Für VD ist es aus der französischen Übersetzung nicht klar, ob hier das bereits bestehende Sentinella System oder ein neues System gemeint sei.

Artikel 13 Meldepflicht

SAMW, SGI und SGPäd halten es nicht für zweckmässig, statt wie gewohnt dem Kantonsarzt, nun direkt dem BAG zu melden.

SANTE findet, dass die Meldepflicht nach Artikel 13 und Artikel 14 in Bezug auf die Krankenversicherer wenig sinnvoll sei, da diese nicht systematisch alle relevanten Daten erhielten und nicht alle Versicherten erfassten. Hinzu komme eine zeitliche Verzögerung zwischen Behandlung des Patienten und dem Eintreffen eines Antrags auf Zahlung beim Versicherer.

VD beantragt einen neuen Absatz einzufügen, der die Liste der Krankheiten zur obligatorischen Meldung enthalte. Zusätzlich wünscht VD die Kompetenz, für den eigenen Kanton die Liste selber anpassen zu können.

SaPv hofft, dass unter dem Begriff der 'privaten Organisationen des Gesundheitswesens' auch die Apotheken verstanden würden.

Absatz 1

Die EKAF hält es für notwendig, zu definieren, in welchen Fällen und unter welchen Kriterien die personenidentifizierende Meldung ablaufe.

SSV verweist darauf, dass es bei so vielen Meldepflichtigen und Meldungen irrtumssicherer sei, eine einzige Meldestelle einzurichten, die die erhaltenen Meldungen triagiere und an die jeweils für die Massnahmen oder Registrierung zuständigen Stellen weiterleite. Die Ausweitung der Meldepflicht auf nicht-ärztliches Personal sei allen Betroffenen zu kommunizieren und allenfalls sei es sinnvoll, eine Liste zu erstellen.

Absatz 5 Buchstabe a

FMH und SGSH finden es wünschenswert, wenn der Bund eine aktivere Rolle übernehmen würde, als es die "Kann"-Formulierung impliziere, damit national die Datenlage über bestimmte Infektionen und Erreger und das Ergreifen von Massnahmen verbessert werde.

LUNG findet, dass auch Behandlungsergebnisse gemeldet werden sollten.

Artikel 14 Regelung des Meldewesens

SANTE findet, dass die Meldepflicht nach Artikel 13 und Artikel 14 in Bezug auf die Krankenversicherer wenig sinnvoll sei, da diese nicht systematisch alle relevanten Daten erhielten und nicht alle Versicherten erfassten. Hinzu komme eine zeitliche Verzögerung zwischen Behandlung des Patienten und dem Eintreffen eines Antrags auf Zahlung beim Versicherer.

Absatz 2

SaPv hofft, dass unter dem Begriff der 'privaten Organisationen des Gesundheitswesens' auch die Apotheken verstanden werden.

Artikel 15 Freiwillige Meldungen

Absatz 2

Die Auflage, bei freiwilligen epidemiologischen Überwachungen die Meldungen in anonymisierter Form zu gestalten, bedeutet für FMH, SAMW, SGI und SGPäd, eine schwerwiegende und oft unverhältnismässige Einschränkung. Freiwillige Überwachungen trügen heute wesentlich zur öffentlichen Gesundheit in der Schweiz bei und sollten deshalb nicht mit unverhältnismässigen Auflagen behaftet werden. Sie schlagen vor, dass hier eine Regelung gefunden werde, die eine Pseudoanonymisierung (die die Identifizierung des Betroffenen ausschliesst oder wesentlich erschwert) zulasse.

GE weist darauf hin, dass bestimmte Kantone wie etwa Genf ein freiwilliges Meldesystem für Ärzte und Laboratorien bereits eingeführt haben. Diese Meldungen könnten sich als sehr nützlich erweisen, wenn es um die Kontrolle und Prävention von übertragbaren Krankheiten gehe, die (erst) einen Kanton betreffen oder (noch) keine nationale Bedeutung erlangt haben. Im Kanton Genf hätten diese freiwilligen Meldungen von Ärzten und Laboratorien zum Beispiel bei MRSA und Lymphogranuloma (LGV) sehr gut funktioniert, weswegen es nicht sinnvoll sei, darauf zu verzichten. GE schlägt deswegen vor, freiwillige Meldungen nicht als ausschliessliche Zuständigkeit des Bundes vorzusehen. Darüber hinaus ist GE der Ansicht, dass freiwillige Meldungen nicht in anonymisierter Form erfolgen müssten, weswegen der Absatz 2 zu streichen sei.

SaPv hofft, dass unter dem Begriff der 'privaten Organisationen des Gesundheitswesens' auch die Apotheken verstanden werden.

Artikel 16 Epidemiologische Abklärungen

Für AG fehlt der Hinweis, wie und durch wen die Kriterien der Notwendigkeit einer epidemiologischen Abklärung bestimmt werden und erwartet deshalb vom Bund eine Klärung auf Verordnungsebene.

GE schlägt vor, den Artikel um einen Absatz 3 zu erweitern: *"Im Fall einer überregionalen Verbreitung einer übertragbaren Krankheit koordiniert das BAG die Abklärungen in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Kantonen"*.

Absatz 1

SH erwartet eine Kostenbeteiligung des Bundes (siehe Stellungnahmen zu Frage 8).

Absatz 2

Grundsätzlich erachtet es UR als richtig, dass die Kantone wie bis anhin für die notwendigen epidemiologischen Abklärungen zuständig seien. Darüber hinaus sollte jedoch dem Bund die Kompetenz eingeräumt werden, selber oder in Zusammenarbeit mit Kantonen epidemiologische Abklärungen durchzuführen, wenn dies das Krankheitsbild oder besondere Umstände erfordern würden. Dies sei insbesondere auch dann zweckmässig, wenn eine Vielzahl oder gar alle Kantone mit der gleichen epidemiologischen Fragestellung konfrontiert seien. Neben der fachlichen Unterstützung der Kantone soll das BAG auch die Möglichkeit erhalten, unter bestimmten Voraussetzungen finanzielle Beiträge an die Kantone zu leisten. UR schlägt vor, den ersten Satz von Absatz 2 wie folgt zu ergänzen: *"Das BAG leistet den Kantonen bei den epidemiologischen Abklärungen fachliche Unterstützung und kann finanzielle Beiträge leisten"*. In der Folge müsste auch Art. 66 Bst. b angepasst werden.

ZG wünscht neben der fachlichen auch eine finanzielle Unterstützung.

VD wünscht folgende Ergänzung: *"Das BAG koordiniert überregionale Erhebungen und liefert den Kantonen...."*.

GE schlägt vor, den ersten Satz zu ergänzen: *"... und bei Abklärungen im Veterinärbereich, falls das Risiko von Zoonosen besteht, ..."*. Der zweite Satz müsse abgeändert werden und würde dann folgendermassen lauten: *"Es kann selber in Zusammenarbeit mit den Kantonen und mit deren Zustimmung solche Abklärungen durchführen, wenn der betroffene Kanton darum ersucht, wenn mehrere Kantone aufgrund der epidemischen Lage betroffen sind oder wenn völkerrechtliche Vereinbarungen dies erfordern."*

2. Abschnitt: Laboratorien

Artikel 17 Bewilligungspflicht

EKAF unterstützt die neue Lösung, dass nur noch eine Behörde für die Bewilligung zuständig sei. Cpat, SGV und VSIG hinterfragen aber, ob Swissmedic nach der Erfahrung der letzten Jahre dazu die richtige Stelle sei. Zudem dürften den Laboratorien durch den Wechsel des Bewilligungsverfahrens zu Swissmedic keine zusätzliche neue Kosten entstehen.

SSAI macht darauf aufmerksam, dass zur Erkennung von übertragbaren Krankheiten auch andere als mikrobiologische und serologische Untersuchungen notwendig seien. Auch Untersuchungen an Schutzmaterialien wie Masken, Handschuhe usw. seien wichtig. Es wäre daher wünschenswert, dazu die Bewilligung auf Laboratorien, die Untersuchungen zur Erkennung von Krankheiten durchführen, auszudehnen.

SANTE begrüsst im Namen der Versicherer die Bewilligungspflicht, erwartet aber einen neuen Absatz 4, wonach die Liste der bewilligten Laboratorien zu veröffentlichen sei.

KAV wünscht eine Vereinfachung der Bewilligungen für Laboratorien, da sich diese aus folgenden Gründen immer mehr zersplitterten. Das Epidemiengesetz, das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen, das Krankenversicherungsgesetz sowie die Akkreditierung verlangten von den Laboratorien zahlreiche Bewilligungen, je nach dem, in

welchem Bereich die Analysen erfolgen. Diese Bewilligungen würden von verschiedenen Stellen erteilt (Swissmedic, BAG, EJPD, SECO). Darüber hinaus benötigten die medizinischen Laboratorien eine kantonale Betriebsbewilligung, wenn Analysen gemacht werden, die nicht in den Anwendungsbereich eines Bundesgesetzes fallen. Schliesslich sei die Pflicht, eine der verschiedenen Bewilligungen zu haben, immer mehr an das Ziel der Analyse als an die verwendete Methode gebunden. Dies würde die Kontrolle der Laboratorien erschweren, zumal das Ziel einer Analyse erst im Nachhinein festgelegt werden könne.

Absatz 1

SGIM befürchtet wegen der Einführung der Bewilligungspflicht das Ende der Praxislabors.

PHS schlägt vor, die Adjektive 'mikrobiologisch und serologisch' wegzulassen, da es bereits heute weitere Methoden gäbe, mittels derer Infektionen nachgewiesen werden können.

LU, TG und VKS wollen die Erteilung von Bewilligungen davon abhängig machen, dass Swissmedic regelmässig Inspektionen, in der Regel alle 2 Jahre, durchführe. Zudem seien akkreditierte Laboratorien nach Artikel 57a der Verordnung des EDI über den Vollzug der Lebensmittelgesetzgebung auszunehmen.

Absatz 3

SSAI beantragt Streichung von Absatz 3, da Absatz 2 bereits genüge.

Artikel 18 Nationale Referenzzentren

LU, TG, SVP und VKS stellen mit Blick auf das Ausland fest, dass ein einziges nationales Referenzzentrum vollauf genügen würde. Unter Berücksichtigung der schweizerischen Gegebenheiten, insbesondere der Sprachregionen, schlagen sie vor, die Anzahl der nationalen Referenzzentren auf zwei bis maximal drei zu beschränken. Damit könne verhindert werden, dass jeder Universitätskanton und alle Kantone mit einem Zentrumsspital ein nationales Referenzzentrum forderten.

EKAF erwartet eine Ergänzung, wonach die Nationalen Referenzzentren unter Mithilfe der Kantone durch den Bund finanziert werden sollen.

Artikel 19 Labornetzwerk

LU, TG und VKS fordern, es sei eine finanzielle Beteiligung des Bundes an den interkantonalen Labornetzwerken festzulegen (siehe auch Stellungnahmen zu Art. 52). Da auch der Bund wesentlich von den kantonalen Arbeiten in diesen Netzwerken profitiere, sei eine finanzielle Beteiligung des Bundes angezeigt. Dies sollte zumindest dann gelten, wenn zusätzliche Aufgaben vom Bund erteilt würden, die diagnostische Dienstleistungen seitens der Regionallaboratorien notwendig machen.

Da es sich vorwiegend um eine übergeordnete Aufgabe handle, beantragt ZG eine Umformulierung: "Das BAG sorgt unter Einbezug der Kantone im Bereich der Erkennung ...".

GE schlägt vor, den Artikel 19 folgendermassen zu ergänzen: *"Die Kantone sorgen im Bereich der Erkennung von besonders gefährlichen Erregern mit Unterstützung des Bundes für den Betrieb eines regionalen Labornetzwerks."*

STI fordert die Koordination durch den Bund.

3.4 4. Kapitel: Verhütung

1. Abschnitt: Allgemeine Verhütungsmassnahmen

Artikel 20

GE hält es für sinnvoll zu präzisieren, ob die Kantone auch die in Absatz 2 genannten Massnahmen ergreifen können oder ob diese ausschliesslich vom Bund ergriffen werden sollen.

EKAF hält den Artikel für wichtig bezüglich der Präventionsmassnahmen und unterstützt diesen. EKAF macht aber darauf aufmerksam, dass in Absatz 1 möglicherweise ein Kompetenzkonflikt angelegt sei und möchte Absatz 2 nicht abschliessend formuliert sehen und schlägt eine Änderung vor: "*Der Bundesrat kann namentlich:*". Zudem hält es EKAF für wichtig, dass die Nichteinhaltung entsprechender Verfügungen gemäss Artikel 77 sanktioniert werden können.

Gemäss BS muss sichergestellt sein, dass Präventions- und Informationsmaterial aus fachlicher Sicht zweckdienlich sei. Ausserdem müsse die korrekte Anwendung und Lagerung des Präventionsmaterials (z.B. Schutzmasken) gewährleistet sein. Fraglich sei, ob explizit erwähnt werden müsse, dass die Kosten vom Veranstalter zu tragen seien. Wider Erwarten äussere sich Artikel 20 des neuen EpG nicht zu weiteren Massnahmen wie beispielsweise einem Verbot. Gestützt auf Artikel 39 Absatz 2 Buchstabe a könnten die Kantone wie bisher aufgrund ihrer kantonalen Kompetenz Veranstaltungen verbieten oder einschränken. Nach diesem Artikel bzw. den entsprechenden Erläuterungen sei ein möglichst einheitlicher Vollzug durch Koordinationsmassnahmen seitens der Bundesbehörden sicherzustellen. Der Bundesrat koordiniere die Vollzugsmassnahmen der Kantone, soweit ein Interesse an einem einheitlichen Vollzug bestehe. Vor diesem Hintergrund soll der Bundesrat gestützt auf Artikel 71 Absatz 2 Buchstabe a die Kantone anweisen können, bestimmte Vollzugsmassnahmen zu treffen (z.B. Verbot). Bedauerlicherweise sei diese gerade für die urbanen Zentren in der Schweiz äusserst wichtige Regelung im Gesetzesentwurf schlecht zu finden, würde sie doch zunächst eher in den Artikeln 20 und 39 vermutet. Sofern es die Gesetzssystematik zulasse, sollte deshalb eine übersichtlichere Lösung gefunden werden oder zumindest ein Verweis auf Artikel 71 eingefügt werden.

Absatz 2 Buchstabe a

VD hinterfragt die Rolle der Kantone und moniert, ob die Kompetenz auch an die Kantone gegeben werden könnte.

Absatz 2 Buchstabe b

FMH und SGSH fordern, dass auf Verordnungsstufe die Verpflichtung zur Information über Verhaltensregeln (Bst. b und c) auf Spitäler und ähnliche Institutionen des Gesundheitswesens vorgesehen werde.

EKAF schlägt eine Ergänzung von Buchstabe b vor: "*.. die mit ihren Tätigkeiten und Anlässen das Risiko der Krankheitsübertragung bei nachweislicher Gefährdung der öffentlichen Gesundheit erhöhen, ..*".

SGV und VSIG weisen darauf hin, dass Betriebe und Veranstalter ihren Beitrag leisten würden, dass aber die öffentliche Hand für Kosten aufzukommen hätte, wenn der Aufwand ein gewisses Mass übersteige.

Absatz 2 Buchstabe c

SSAI stellt fest, dass gemäss Artikel 20 Bund und Kantone geeignete Massnahmen zur Kontrolle, Verminderung und Beseitigung von Risiken der Übertragung von Krankheiten treffen müssen. Gemäss Buchstabe c kann zwar der Bundesrat die Schulen noch verpflichten, Informationen und Beratungen anzubieten, die Schulärzte könnten aber nicht mehr Massnahmen treffen, wie Durchführen von Impfungen oder epidemiologische Kontrollen. Das Gesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose (Art. 79) werde aufgehoben. Dieses bildete

die rechtliche Grundlage für einen flächendeckenden Schularztdienst. Bei empfohlenen Impfungen können die Kantone Impfungen im Schularztdienst anbieten (Art. 21 Abs. b). Dieses Konzept verschlechtert die Impfrate und Massnahmen bei Epidemien in einer sehr wichtigen Bevölkerungsgruppe.

Für SSV sind die Schulen die einzigen Gefässe, in denen das Wissen zur Verhütung von übertragbaren Krankheiten flächendeckend an eine gesamte Altersgruppe vermittelt werden könne. Schulärztliche Dienste seien aus Ressourcengründen oft nicht fähig, den entsprechenden Unterricht im Alleingang anzubieten, aber sie könnten die Lehrpersonen als Mediatoren und Mediatorinnen ausbilden bzw. Fachwissen und Beratung anbieten.

Absatz 2 Buchstabe d

Für AHS ist der Begriff 'besondere Pflicht' im Gesetz genauer zu definieren.

LUNG erwartet eine Ergänzung, dass Institutionen, die nicht über geeignete Einrichtungen verfügen, die Kranken an andere Institutionen überweisen sollten.

AG schlägt eine Anpassung des erläuternden Texts vor, da eine vollständige Sicherheit nicht gewährleistet werden könne.

Absatz 2 Buchstabe e

GR schlägt eine restriktivere Formulierung vor: *"technische Anlagen, über die häufig schwere übertragbare ..."*.

EKAF schlägt einen neuen Buchstaben f vor, der *"Organisation, Koordination und Überwachung der öffentlichen Präventionspolitik und die Überprüfung der Kohärenz der Botschaften"* regeln solle.

EKAF schlägt einen neuen Absatz 3 vor: *"Der Bund koordiniert und steuert die Massnahmen mit den Kantonen"*.

VD wünscht eine Erweiterung von Artikel 20 in dem Sinne, dass eine nationale Impfkampagne (z.B. eine prä-pandemische Impfung) durch den Bund geplant und unter Leitung des Bundes durchgeführt würde.

2. Abschnitt: Impfungen

Artikel 21 Förderung von Impfungen

AACH, SAMW und SGPäd, stimmen dem Artikel zu, AG lehnt ihn ab. AI, BS, GR, LU, SH, TG, SVP, SANTE und VKS stimmen dem Artikel mit Vorbehalten zu. Die Vorbehalte beziehen sich u.a. auf einen angemessenen Einsitz in die EKIF für Vertreter der einzelnen Branchen oder Kantone, der von LU, TG, SVP, SANTE und VKS speziell gefordert wird.

Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die Umsetzung des nationalen Impfplans in der ganzen Schweiz einheitlich erfolgen müsse, weshalb die Kompetenz auf Bundesniveau anzusiedeln sei.

Absatz 1

AG schlägt eine Ergänzung von Absatz 1 vor, dass der Bund *„unter Einbezug der Kantone Impfkampagnen durchführen kann“*.

ZG schlägt die Streichung der EKIF vor, da eine gesetzliche Zementierung dieser Kommission unnötig sei. Vielmehr sei der Absatz anzupassen, dass die Zusammenarbeit mit ausgewiesenen Fachpersonen erfolgen sollte.

Absatz 2

AG schlägt die Streichung der Buchstaben a-c vor, da die Kantone diese bereits heute in eigener Kompetenz umsetzen könnten und dies durch die Einführung eines Impfbodigatoriums in Kapitel 1 (Art. 5 und 6) genügend abgedeckt sei.

BE erachtet es als unabdingbar, dass der Bund die Koordination übernimmt, wobei aber auch die Kostenfrage überprüft werden müsse, wozu in Artikel 2 ein neuer Abs. 3 einzufügen sei.

ZG wünscht eine Ergänzung von Absatz 2, indem der zweite Satz ergänzt wird *„Die Kantone können unter finanzieller Beteiligung des Bundes namentlich:“*.

SAPV macht darauf aufmerksam, dass Apothekerinnen und Apotheker in Impfkampagnen einbezogen werden müssten, insbesondere zur Gewährleistung der Kühlkette, der regionalen Verteilung, der Informationsvermittlung an die Bevölkerung. Der Einbezug der Apotheken im Pandemiefall eröffne zudem die Möglichkeit, die Wege zwischen Gesunden und Patienten besser zu trennen. Zudem geht SAPV davon aus, dass die Ärzte im Fall von Pandemien aus- oder überlastet seien.

SGSH weist darauf hin, dass zur Konkretisierung von Buchstabe a bereits eine Verordnung existiere und dass die Verpflichtung zur Information über Verhaltensregeln gemäss Buchstaben b und c auf Spitäler und ähnliche Institutionen des Gesundheitswesens auszudehnen sei.

SSV und VD begrüssen, dass Impfungen wegen der Möglichkeit der effizienten Information von Schülern und Eltern und der Möglichkeit der klassenweisen Impfung im Rahmen des schulärztlichen Dienstes angeboten werden können.

Für AI, BE, GL, GR, SG und SH soll die Kompetenz in Abs. 2 Bst. d, Impfungen für obligatorisch zu erklären, ausschliesslich beim Bund liegen.

FMH hält es für sinnvoll, dass für gefährdete Bevölkerungsgruppen oder für besonders exponierte Personen Impfungen für obligatorisch erklärt werden können. Es sei aber zu präzisieren, dass Zwangsimpfungen ausgeschlossen seien.

SSV bedauert, dass die Gelegenheit nicht genutzt werde, auch eine Impfpflicht für Berufsgruppen festzuschreiben. NW fordert, dass im Verordnungsrecht geregelt werde, dass Arbeitgeber für bestimmte gefährdete Berufsgruppen Impfungen als obligatorisch erklären können.

SG schlägt eine sprachlich korrekte Formulierung des Absatzes und GE eine Vereinfachung (*„Impfungen für obligatorisch erklären“*) vor. VS schlägt eine Ergänzung des Buchstabens d vor: *„für besonders exponierte Personen oder für solche, die Krankheitserreger ausscheiden können“*.

Artikel 22 Bewilligungspflicht

FDP, SAMW, SGI und STI befürworten die Einführung einer Bewilligungspflicht mit den vorgeschlagenen Anforderungen vorbehaltlos. GL, GR, NW, SH, TG, UR und SVP erwarten, dass die Bewilligung liberaler geregelt und auf Anforderungen wie der Besitz eines FMH-Titels für Tropenmedizin verzichtet werde. GR weist darauf hin, dass auch die Internationalen Gesundheitsvorschriften keine spezifischen Voraussetzungen wie Tropenarzt vorsehen würden.

Artikel 23 Überwachung der Impfungen

SH, TG und SVP schlagen vor, auf die Regelung zu verzichten, da diese einen unverhältnismässigen Aufwand auslöse und für die Kantone kaum machbar sei.

LU, NW, FMH, SGSH, SSV und VKS begrüssen die Regelung, weisen aber darauf hin, dass der Mehraufwand ein Problem darstelle. FMH und SGSH regen deshalb an, die nötigen Daten seien über Stichproben zu erheben. SSV erwartet zur Erhebung ein wenig aufwendiges Verfahren, da sonst eine neue Hürde und Demotivation der impfenden Stellen erfolgen könnte. In den Stellungnahmen wird teilweise vorgeschlagen, die Daten seien mit klinischen Studien zu erheben, andere weisen aber darauf hin, dass gerade diese Erhebung nicht über klinische Studien, sondern über bevölkerungsspezifische Beobachtungen erfolgen müsse.

AG, UR und ZG begrüßen grundsätzlich eine Regelung, schlagen jedoch eine Änderung von Artikel 23 vor, dass *"der Bund den Anteil der geimpften Personen erhebt, geeignete Massnahmen zur Erhöhung der Impfraten vorschlägt und die Kantone ihn dabei unterstützen"*. Die Änderung wird damit begründet, dass für die Erhebung in allen Kantonen die gleichen Erhebungskriterien angewendet werden sollen, um auch tatsächlich geeignete Massnahmen vorschlagen zu können. Zur Finanzierung könnten sich die Kantone an den Kosten des Bundes beteiligen.

3. Abschnitt: Biologische Sicherheit

Artikel 24 Sorgfaltspflicht

Die FMH begrüsst die Regelung, die SULM möchte den Begriff "alle Massnahmen" ersetzen durch ‚vernünftige‘, ‚angepasste‘ oder ‚verhältnismässige‘ Massnahmen.

Artikel 25 Umgang mit Krankheitserregern in geschlossenen Systemen

SAMW, SGI und SGPäd halten die heutige Umsetzung der Melde- und Bewilligungspflicht für Arbeiten in geschlossenen Systemen für unbefriedigend, da Dokumente unzweckmässig und die Bearbeitungszeiten durch die Behörden lang seien.

SULM wünscht einen Verweis auf die Einschliessungsverordnung.

Absatz 2

SGIM fragt sich, ob die Bedürfnisse von Hausarztpraxen berücksichtigt seien oder ob damit die Basisdiagnostik unnötig eingeschränkt würde.

Artikel 26 Freisetzung und Inverkehrbringen

Keine Stellungnahmen

Artikel 27 Informationspflicht gegenüber Abnehmerinnen und Abnehmern

Keine Stellungnahmen

Artikel 28 Weitere Vorschriften des Bundesrates

Keine Stellungnahmen

3.5 5. Kapitel: Bekämpfung

1. Abschnitt: Massnahmen gegenüber einzelnen Personen

Artikel 29 Grundsatz

Siehe auch Frage 4.

FMH wünscht eine vollständige Aufzählung der Anforderungen. Das Erfordernis der Verhältnismässigkeit, nämlich die Abwägung öffentlicher und privater Interessen im Einzelfall, fehle. Artikel 29 sollte kumulativ mit dem Erfordernis der Zumutbarkeit ergänzt werden.

AMar zweifelt in ihrer juristischen Stellungnahme (siehe Art. 35) an der Nützlichkeit von Artikel 29.

Für das SRK ist es ein zentrales Anliegen, dass bei der Umsetzung der Massnahmen, die wesentliche Einschränkungen der Grundrechte vorsehen, keine Benachteiligung von Men-

schen oder Menschengruppen erfolge, die Verhältnismässigkeit gewahrt und der Persönlichkeitsschutz von Betroffenen sicher gestellt sei.

SANTE plädiert im Namen der Krankenversicherer, dass alle Massnahmen gemäss Artikel 29 ff zulasten der öffentlichen Hand gehen sollen (siehe Stellungnahmen zu Art. 66).

VD hält den Artikel für unnötig, da er nur Verfassungsprinzipien wiederhole. Auch IDS hält den Artikel für unnötig. Für AG genügt der Artikel und SZ weist wie VD darauf hin, dass die Kriterien nicht mehr hergeben würden als schon das Verhältnismässigkeitsprinzip nach Artikel 36 BV verlange. Im Einzelfall blieben auch die Kriterien nach Artikel 29 interpretationsbedürftig.

Für die EKAF wird das Verhältnismässigkeitsprinzip nach BV nicht vollständig beachtet und verlangt deshalb eine Ergänzung von Artikel 29 mit einem neuen Buchstaben c *„und die Massnahme für die betroffene Person zumutbar ist“*. Zudem hält EKAF fest, dass der Gesetzgeber klar festhalte, dass behördliche Massnahmen gegen einzelne Personen weder diskriminieren noch andere Grundrechte verletzen dürften und fordert eine weitere Ergänzung von Artikel 29 mit Buchstabe d *„die Massnahme keine Grundrechte verletzt und nicht diskriminierend ist“*.

Für KV-CH ist es wichtig, dass die Verhältnismässigkeit der Massnahmen gewahrt und die Persönlichkeitsrechte geschützt seien.

Buchstabe a

Für SSV ist nicht klar, wer die Kriterien der Zweckmässigkeit definiere und hält den Bund als übergeordnete Instanz für die richtige Stelle.

GDK wünscht, ‚zweckmässig‘ durch ‚geeignet‘ zu ersetzen.

Buchstabe b

AHS wünscht eine Präzisierung, woraus klar hervorgehe, dass die Grund- und Freiheitsrechte der betroffenen Personen gewahrt blieben. Dazu schlägt FR eine Neuformulierung von Buchstabe b vor: *„Die Massnahme dient dazu, grosse Risiken für die öffentliche Gesundheit zu vermeiden“*.

Artikel 30 Anordnung von Massnahmen

ECON hält fest, dass im Rahmen der Massnahmen in Artikel 40–47, insbesondere der Mitwirkungspflichten in Artikel 41, die Unternehmen (Verkehrsbetriebe, Spitäler etc.) Personal und Infrastruktur zur Verfügung stellen müssten. Es sei daher unerlässlich, dass die Unternehmen konsultiert und in die Entscheidungsfindung einbezogen würden. In diesem Sinne begrüsst ECON die Schaffung eines beratenden Krisenausschusses für besondere und ausserordentliche Lagen in Artikel 55, und insbesondere die Möglichkeit eines Mitspracherechts der Wirtschaft innerhalb dieses Gremiums. In Artikel 30 fehle jedoch der Einbezug der Wirtschaft. Daher sollte Artikel 30 wie folgt ergänzt werden. ¹ *Die Kantone ordnen die Massnahmen nach den Artikeln 31-36 an. Sie konsultieren die Unternehmen, welche die Massnahmen vollziehen oder begleiten müssen.*

Absatz 1

Für GL sollte die Anordnung von Massnahmen auf Empfehlung des Bundes erfolgen. Gerade in „besonderen Lagen“ sei das Ergreifen von Massnahmen in den verschiedenen Kantonen möglichst kongruent und einheitlich zu gestalten. Es sei deshalb sinnvoll, dass die Kantone in diesen Lagen nur auf der Grundlage von Empfehlungen des Bundes Massnahmen im Rahmen der Artikel 31–36 ergreifen würden, dies unter Berücksichtigung von Artikel 29 und der lokalen Gegebenheiten.

AG erwartet, dass der Bund für die Erfüllung dieser kantonalen Aufgaben die notwendigen Kriterien und Grundlagen erarbeite und den Kantonen zur Verfügung stelle und beantragt

eine Ergänzung von Absatz 1: „Die Kantone ordnen die Massnahmen nach den Artikeln 31-36 an und der Bund legt dazu die Grundsätze fest“.

Absatz 2

LU und VKS begrünnen den Artikel, da es möglich sein müsse, die Identifizierung von Reisenden auch über die Grenzen hinaus nach zu verfolgen.

Da gemäss Artikel 41 Absatz 2 die Flughäfen das Personal und die Infrastruktur für die Information der Reisenden zur Verfügung stellen müssten, ist es für GVA und SIAA unerlässlich, dass die Vertreter der Flughäfen hinsichtlich der Informationen vorgängig konsultiert werden. Im Übrigen hoffen GVA und SIAA, dass das im BAG bereits bestehende Koordinationsorgan und Flughafenetzwerk, dem auch die Flughäfen angehören, bestehen bleibt oder ins Koordinationsorgan nach Artikel 54 integriert wird.

STI hält fest, dass die Aufteilung der Verantwortlichkeiten im Reiseverkehr auf die zahlreichen Kantone sich in den vergangenen 20 Jahren als sehr problematisch gestaltet habe. Eine Neufassung sei bei dieser Totalrevision leider erneut verpasst worden. Gerade in der Schweiz mit dem vermutlich höchsten Reiseaufkommen (spez. in epidemiologische Risikoländer) könnten seit 2003 keine zuverlässigen Daten mehr erhoben werden, da die Reisetatistik aus finanziellen Gründen eingestellt wurde. Das ist für STI ein unerklärliches Phänomen angesichts der möglichen Gefahren einer Einschleppung gefährlicher Krankheiten, die in der Planung der medizinischen Versorgung einen grossen Stellenwert hätten. Es gehe für die Verantwortlichen der bisher praktisch unentgeltlich für den Bund (BAG) arbeitenden Spezialisten der Reise- und Tropenmedizin (Expertenkomitee für Reisemedizin) nicht an, dass sie mit den verschiedenen Kantonen verhandeln müssten, wie ihre für die Gesamtbevölkerung relevanten Auskünfte finanziert werden könnten. Entsprechende Bemühungen seien von den Kantonen bisher ignoriert oder negativ beantwortet worden. Für die Mitglieder des Expertenkomitees für Reisemedizin sei es zudem entscheidend, solche Leistungen für die schweizerische Bevölkerung aus Gründen der Glaubwürdigkeit nicht von der (teilweise durchaus interessierten) Industrie finanzieren zu lassen. Der Gesetzgeber müsse entscheiden, ob der Bund oder die Kantone verantwortlich seien, aber eine Regelung müsse als Basis für ein konstruktives Arbeiten auf diesem Gebiet geschaffen werden.

Absatz 3

GE und VD weisen darauf hin, dass es nicht immer möglich sei, die Person zu informieren (Patient auf der Flucht, nicht erreichbar, verstorben, komatös). GE geht davon aus, dass die vorgesehenen Massnahmen im Notfall auch ergriffen werden könnten, wenn die betroffene Person nicht informiert werden könne. VD wünscht eine Ergänzung von Absatz 3: „...ist die betroffene Person soweit als möglich darüber aufzuklären...“.

Absatz 4

NE stellt fest, dass Artikel 30 Absatz 4 betreffend die Massnahmen (‘sie sind regelmässig auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen’) nicht genügend präzisiert und verpflichtender zu formulieren sei. Es könne zum Beispiel das Organ bezeichnet werden, das diese Berechtigung überprüft und sogar die Art und Weise der Überprüfung könne festgehalten werden. Auch VD stellt die Frage, wer die Berechtigung überprüfe.

Artikel 31 Identifizierung und Benachrichtigung

Für KHM und FMH sollte der Artikel in der ‚Muss‘-Form stehen.

VKS begrüsst die Unterstützung der Kantone bei der Identifizierung von Reisenden im internationalen Verkehr.

Für BS ist es aufgrund des Wortlauts von Artikel 31 unklar, ob beispielsweise die Anonymität eines HIV-Tests respektive die Geheimhaltungspflicht des Arztes in dieser Situation entfallende oder nicht. Da die Verletzung der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gemäss Artikel 321 StGB strafbar ist, sei eine eindeutigere Formulierung unerlässlich.

GE weist darauf hin, dass in der französischen Version 'alinea 1' zu streichen ist.

Für VD ist die Formulierung unklar.

Artikel 32 Medizinische Überwachung

AG regt an, den Begriff ‚Amtsperson‘ im erläuternden Text durch ‚ärztliche Person‘ zu ersetzen.

Absatz 2

Für VD wirft der Absatz einige Fragen auf. VD hält fest, dass die Information über den Kantonsarzt laufen müsste.

Artikel 33 Quarantäne und Absonderung

FMH, SAMW, SGI, SGPäd und SGSB begrüßen den Artikel sehr, da er für die Betreuung von Patienten im Spital von Relevanz sei. Dieser Artikel bilde die gesetzliche Grundlage für etwas, was bereits seit vielen Jahren getan wird, nämlich Patienten mit multiresistenten Infektionserregern oder anderen ansteckenden Erregern zu isolieren. Der vom Gesetz geforderte Schutz sei jedoch nur möglich, wenn der Bund die nötigen Voraussetzungen schaffe. Zum Beispiel verfüge heute kein Spital der Schweiz über die gesetzlich notwendige Voraussetzung, einen Patienten mit einem Infektionserreger der Biosicherheitsstufe 4 (Bsp. Ebolavirus) gemäss der Einschliessungsverordnung zu betreuen.

Die CVP vertritt die Auffassung, dass dem Gebot der Verhältnismässigkeit in diesem Artikel ungenügend Rechnung getragen werde und GRÜNE weisen darauf hin, dass der Grundsatz der Verhältnismässigkeit der Massnahme im Gesetz festgehalten werden sollte.

Artikel 34 Ärztliche Untersuchung

SGIM wünscht eine genauere Definition der ‚Entnahme‘ und weist darauf hin, dass eine Blutentnahme auch ohne Einwilligung möglich sein müsse.

VD regt an, allenfalls den Artikel zu ergänzen *„selbst bei Fehlen der Zustimmung“*.

SVP verlangt, dass die Zielsetzung der Motion Bortoluzzi (05.3587. Neue Massnahmen zur Aidsprävention), wonach Routinetests für Risikogruppen obligatorisch erklärt werden können, explizit im Gesetz Eingang finde (z.B. Syphilistest in Kliniken für Geschlechtskrankheiten, HIV-Tests bei schwangeren Frauen). Es sei aus Sicht der SVP vollkommen unverständlich, warum das BAG die positiven Erfahrungen aus anderen Ländern (etwa den USA) permanent ignoriere.

GRÜNE weisen darauf hin, dass der Grundsatz der Verhältnismässigkeit der Massnahme im Gesetz festgehalten werden sollte.

Artikel 35 Ärztliche Behandlung

Siehe auch Frage 5.

Die ärztliche Behandlung gehöre nicht zu den in Artikel 37 genannten zwangsweise durchsetzbaren Massnahmen. Im Bericht werde zudem präzisiert, dass die ärztliche Behandlung explizit ausgenommen sei und dass auf der Grundlage des EpG keine Zwangsmedikation erfolgen dürfe. FMH hält es für nötig, diese Präzisierung nicht nur im Bericht, sondern im Gesetz selber (Ergänzung von Art. 35 oder 37) anzubringen. Aus ärztlicher Sicht seien Zwangsbehandlungen auszuschliessen. Die Alternative wäre, Artikel 35 ersatzlos zu streichen.

Für GRÜNE sollte der Grundsatz der Verhältnismässigkeit der Massnahme im Gesetz festgehalten werden. Da es sich um einen sehr schwerwiegenden Eingriff in die persönliche Freiheit handle, sollte im Gesetzestext zudem deutlich werden, dass diese Verpflichtung nicht zwangsweise durchgesetzt werde, sondern im Falle der Weigerung die Massnahmen nach den Artikel 32–34 und 36 zur Anwendung kämen, die entgegen dem erläuternden Bericht zwar auch in Grundrechte eingreifen, jedoch weniger einschneidend seien.

AMar nimmt ausführlich aus juristischer Sicht Stellung und begründet, dass der vorliegende Artikel nicht angenommen werden könne.

IDS beantragt dringend Streichung des Artikels (siehe Stellungnahme zu Frage 5).

LUNG sieht ein praktisches Problem bei Personen, die unter einer übertragbaren Krankheit leiden und nicht urteilsfähig sind (etwa aufgrund einer psychischen Erkrankung). Die Erläuterungen seien für solche Fälle zu wenig spezifisch.

SBK unterstützt den in der Erläuterung ausgeführten Punkt, dass kein physischer Zwang bei der Verweigerung einer medikamentösen oder anderweitig in die körperliche Integrität eingreifenden Behandlung angewendet werdend dürfe. Es sei aber unzureichend, wenn eine angeordnete ärztliche Behandlung lediglich der herrschenden medizinischen Lehre entsprechen müsse. SBK erwartet, dass nur Behandlungen mit eindeutig wissenschaftlich bewiesener Wirksamkeit verpflichtend angeordnet werden dürfen. Zudem legt SBK grossen Wert auf die jeweilige Verhältnismässigkeit von angeordneten Massnahmen, falls diese Grundrechte einschränken.

Für SZ genügt Artikel 35 allein nicht, weil die zwangsweise Durchsetzung einer ärztlichen Behandlung in Artikel 37 gerade fehle. Wenn schon die ärztliche Untersuchung zwangsweise durchgesetzt werden könne, sei nicht einzusehen, wieso eine zwangsweise ärztliche Behandlung nicht auch möglich sei. Artikel 35 allein genüge nicht zum Ergreifen von Massnahmen durch den Kanton, weil die Verpflichtung ja gar nicht durchgesetzt werden könne, wenn sie nicht in Artikel 37 aufgeführt sei.

BL schlägt vor, in Artikel 53 die Kompetenz explizit dem Kantonsarzt zuzuordnen. Dies würde den Erlass von zusätzlichem kantonalem Recht erübrigen.

Für SG ist zu begrüssen, dass kein physischer Zwang angewendet werden dürfe. Aus Artikel 37 könnte aber auch geschlossen werden, dass nicht nur kein physischer, sondern überhaupt kein Zwang bei der ärztlichen Behandlung zulässig sei. Denn die Zwangsmöglichkeit werde für die einzelnen epidemiengesetzlichen Massnahmen einzeln aufgeführt; nicht aufgeführt sei aber Zwang bei der Weigerung, sich behandeln zu lassen. Bei dieser Weigerung würden auch keine Straffolgen (Art. 77) drohen. Wenn Zwang aber doch zulässig sein sollte, fragt SG, welche Zwangsmethoden dann in Frage kämen und ob ein Strafverfahren wegen Nichtbeachtung einer amtlichen Verfügung (Art. 292 StGB) geprüft werden müsste.

FR schlägt vor, den Artikel noch zu ergänzen "*... wenn die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit, die die öffentliche Gesundheit gefährdet, nicht anders verhindert werden*".

Artikel 36 Einschränkung der Tätigkeit oder Berufsausübung

Ein Verbot oder eine Einschränkung der Ausübung einer bestimmten Tätigkeit oder eines Berufes stelle einen gewichtigen Eingriff in die Freiheitsrechte jedes Einzelnen dar. In der vorliegenden Form können CVP und SVP dem Artikel nicht zustimmen. Eine bloss potentiell ansteckungsfähige Person von der Arbeit zu isolieren, sei aufgrund der Schwere des Eingriffes und mit Blick auf das Gebot der Erforderlichkeit bedenklich. Die CVP vertritt die Auffassung, dass dem Gebot der Verhältnismässigkeit in diesem Artikel ungenügend Rechnung getragen werde. Da eine solche Massnahme nur im Falle eines qualifizierten Verdachtes angeordnet werden dürfe, fordert die SVP die folgende Anpassung: *„Einer Person, die krank oder angesteckt ist oder Krankheitserreger ausscheidet, kann die Ausübung bestimmter Tätigkeiten oder Berufe ganz oder teilweise untersagt werden. Die gleichen Massnahmen können für den Fall angeordnet werden, dass einer Person ein qualifizierter Verdacht auf Krank-*

heit oder Ansteckung besteht. Der Bundesrat legt die Kriterien fest, was unter einem qualifizierten Verdacht zu verstehen ist“.

Wie CVP und SVP argumentieren SGIM, SGV, und VSIG. Eine solche Massnahme dürfe daher nur im Falle eines qualifizierten Verdachts angeordnet werden können, wobei die Festlegung der entsprechenden Kriterien auf Verordnungsstufe zu erfolgen habe. Ebenso soll zumindest auf Verordnungsstufe festgehalten werden, dass derjenige Teil der beruflichen Tätigkeit, der ohne Gefährdung für die Umgebung weiterhin ausgeübt werden könne, vom Verbot bzw. der Einschränkung auszunehmen sei (Gebot der Verhältnismässigkeit). Des Weiteren dürfe nicht leichthin eine Einschränkung oder ein Verbot einer beruflichen Tätigkeit verfügt werden können, sofern mit anderen, mildereren seuchenpolizeilichen Massnahmen (z.B. hygienischen Schutzmassnahmen, medizinischer Überwachung etc.) die Übertragung von Krankheiten verhindert werden könne. Auch sei Artikel 36 dahingehend zu ergänzen, dass Massnahmen nur solange andauern dürfen, als dies zur Verhinderung übertragbarer Krankheiten notwendig sei. Schliesslich müsse die Erforderlichkeit der Massnahmen regelmässig auf ihre Berechtigung hin überprüft werden können. Antrag auf Neuformulierung von Artikel 36:

¹ *Einer Person, die krank oder angesteckt ist oder Krankheitserreger ausscheidet, kann die Ausübung bestimmter Tätigkeiten oder Berufe ganz oder teilweise untersagt werden. Die gleichen Massnahmen können für den Fall angeordnet werden, dass bei einer Person ein qualifizierter Verdacht auf Krankheit oder Ansteckung besteht. Der Bundesrat legt die Kriterien fest, was unter einem qualifizierten Verdacht zu verstehen ist.*

² *Eine Person nach Abs. 1 kann verpflichtet werden, einen Wechsel der Beschäftigung der zuständigen Behörde zu melden.*

³ *Derjenige Teil der beruflichen Tätigkeit, der ohne Gefährdung für die Umgebung weiter ausgeübt werden kann, ist vom Verbot oder der Einschränkung auszunehmen.*

⁴ *Die Massnahmen dürfen nur so lange andauern, als es zur Verhinderung der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit notwendig ist. Sie sind sowohl in sachlicher als auch in zeitlicher Hinsicht regelmässig auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen.*

Für GRÜNE sollte der Grundsatz der Verhältnismässigkeit im Gesetz festgehalten werden.

Für SG hat die Einschränkung der Berufsausübung eine besondere Bedeutung, könnten doch Personen, die beruflich mit Patienten zusammenarbeiten, diese gefährden.

Für KV-CH ist es wichtig, dass die Verhältnismässigkeit der Massnahmen gewahrt und die Persönlichkeitsrechte geschützt werden. Dies gilt insbesondere für Artikel 36, wo neben einer Regelung der Entschädigungsfrage die Betroffenen die Möglichkeit haben sollten, solche Einschränkungen überprüfen zu können (Rechtsschutz).

Artikel 37 Durchsetzung der Massnahmen

Siehe insbesondere auch Stellungnahmen zu Artikel 35.

VD schlägt vor, um eine abschliessende Aufzählung zu vermeiden, den Artikel wie folgt anzupassen: „die Kantone, die Massnahmen im Sinne der Artikel 31-36 anordnen, können diese zwangsweise durchsetzen.“

Artikel 38 Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte

SAMW, SGI und SGPäd halten die Formulierung „...treffen die in ihrer Möglichkeit liegenden Massnahmen ...“ für zu unspezifisch, da die Massnahmen die Möglichkeiten ihrer Institutionen überschreiten könnten. Dies gehöre in die Pflicht der Kantonsärzte.

LU und TG halten es für notwendig, den Artikel zu ergänzen und ebenfalls die Lebensmittelkontrollbehörden zu informieren, um die in Artikel 57a der Verordnung über den Vollzug der Lebensmittelgesetzgebung geforderten Abklärungen erfolgreich zu gestalten. Diese Meldung könne unmittelbar nur durch die behandelnden Ärzte erfolgen.

Für VD mutet der Begriff „information conditionelle“ in der französischen Übersetzung seltsam an.

STI macht darauf aufmerksam, dass dringlich Richtlinien zur Verteilung von Isolierstationen an grossen Zentren zu formulieren seien.

SAPV macht darauf aufmerksam, dass ebenfalls die Aufgaben der Apotheker zu formulieren seien.

2. Abschnitt: Massnahmen gegenüber der Bevölkerung

Artikel 39

Siehe auch Frage 6.

BE fehlt der Hinweis, in welcher rechtlichen Form die Kantone anordnen und beantragt, dies ins Gesetz aufzunehmen.

Für BL ist die Regelung von Bedeutung. BL schlägt vor, in Artikel 53 die Kompetenz explizit dem Kantonsarzt zuzuordnen. Dies würde den Erlass von zusätzlichem kantonalem Recht erübrigen. Nur bei Schulschliessungen wäre die Kompetenz ev. nicht beim Kantonsarzt.

Für SVP und SGV muss die Schliessung eines Gewerbebetriebes mit Blick auf das Verhältnismässigkeitsprinzip ultima ratio sein. Um dem Gebot der Erforderlichkeit bei den Vollzugsbehörden Nachdruck zu verschaffen, sei der Gesetzeswortlaut derart zu wählen, dass die mildere der schärferen Massnahme vorangestellt werde.

Stellungnahme von BS siehe unter Artikel 20.

Absatz 1

SGdV wünscht folgende Ergänzung: „... *die Kantone ordnen nach Anhörung der Gemeinden Massnahmen an ...*“.

Für AG soll folgende Ergänzung angebracht werden: „Die Kantone ordnen Massnahmen an, um die Verbreitung übertragbarer Krankheiten in der Bevölkerung oder in bestimmten Bevölkerungsgruppen zu verhindern. *Der Bund regelt dazu die Grundsätze*“.

Absatz 2

Für AHS muss auch hier explizit erwähnt werden, dass solche Eingriffe von Seiten der Kantone nur dann vorgenommen werden können, wenn dafür eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit Dritter nachgewiesen werden könne.

Für SSV bedeuten die Massnahmen nach Buchstabe a einen Eingriff in die Autonomie der Gemeinden und der privaten Unternehmen. Es sei deshalb zusätzlich sinnvoll, die Gemeinden über die Auslösung solcher Massnahmen rechtzeitig zu informieren und die Kompetenz zur Umsetzung an die Städte zu delegieren.

Für SVP und SGV ist Artikel 39 Absatz 2 Buchstabe b in der vorgeschlagenen Fassung zu unbestimmt. Den Kantonen würde zu grosses Ermessen eingeräumt. Sie fordern daher die folgende Anpassung: „*den Betrieb von Schulen, anderen öffentlichen Institutionen und privaten Unternehmen einschränken oder diese schliessen. Der Bundesrat regelt die Art möglicher Anordnungen*“.

VD schlägt vor, Buchstabe b zu ergänzen: „*Schliessen von Schulen, Empfangsstellen, anderen privaten oder öffentlichen Institutionen oder Unternehmen ...*“.

EKAF schlägt die folgende Ergänzung vor: Artikel 39 Absatz 2 Buchstabe d (neu): „*Schliessung von öffentlichen Einrichtungen, die die Anordnungen im Kampf gegen die Epidemien nicht respektieren*“.

Absatz 3

SVP und SGV fordern folgende Formulierung von Absatz 3: *„Die Massnahmen dürfen nur so lange dauern, als es zur Verhinderung der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit notwendig ist. Es ist jeweils die mildeste zielführende Massnahme zu wählen. Die Massnahmen sind sowohl in sachlicher als auch in zeitlicher Hinsicht regelmässig auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen“.*

Für IDS ist es bedauerlich, dass Artikel 39 nicht mehr die in Artikel 21 Absatz 3 des geltenden EpG genannte Begrenzung erwähne. IDS beantragt deswegen, den Inhalt von Artikel 21 des geltenden EpG in Artikel 39 Absatz 3 aufzunehmen: *„Die Massnahmen dürfen nur so lange dauern, als es zur Verhinderung der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit notwendig ist. Die Absperrung ganzer Ortschaften oder Landesteile ist unzulässig.“* Betreffend Artikel 39 Absatz 3 verweist IDS auf die Bemerkungen zu Artikel 30.

3. Abschnitt: Massnahmen im internationalen Personenverkehr

Artikel 40 Ein- und Ausreise

LU und VD stimmen der Regelung zu und VD geht davon aus, dass der Vollzug in Zusammenarbeit mit den Kantonen erfolgen werde.

Die CVP vertritt die Auffassung, dass dem Gebot der Verhältnismässigkeit in diesem Artikel ungenügend Rechnung getragen werde.

ASO erwartet, dass keine Einreisehindernisse für Auslandschweizer gelten, da diese gleich zu behandeln seien wie alle übrigen Schweizerinnen und Schweizer.

Gemäss SVP sei mit der Annahme des Schengen-Abkommens für die Schweiz ein deutlicher Verlust an grenzsanitärer Sicherheit verbunden, da keine systematischen Kontrollen mehr durchgeführt werden dürfen. Der deutliche Anstieg der Tuberkulose in der Schweiz dürfte nur eine der negativen Auswirkungen der mangelnden grenzsanitären Sicherheit sein. Gemäss Artikel 13 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) müssten die Grenzschutzmassnahmen verstärkt statt geschwächt werden. Mit dem Beitritt zum Schengen-Abkommen und der damit verbundenen Aufgabe von systematischen Grenzkontrollen erführen die Grenzschutzmassnahmen aber eine deutliche Abwertung. Denn trotz den weiterhin bestehenden Grenzärzten sei es nach dem Schengen-Regime ohne systematische Kontrollen nicht mehr möglich, auffällige Risikogruppen gezielt zu untersuchen. Die SVP fordert vom Bundesrat, dass er Massnahmen zur Steigerung der grenzsanitären Sicherheit ergreife, um der Verbreitungsgefahr von Seuchen entgegenzutreten.

Absatz 1

PHS regt an, bei einreisenden Personen auch explizit den Herkunftsort zu erfassen.

SULM schlägt einen neuen Buchstaben vor: *„Labortests zu unterziehen“*

GVA erwartet mit dem neuen EpG, dass alle Fluggesellschaften gezwungen werden können, Passagierlisten, und zwar für Abflug wie Ankunft, zu führen.

Absatz 3

EKAF macht auf einen Widerspruch zu Artikel 37 aufmerksam; gemäss dieser Bestimmung sei die zwangsweise Behandlung von Personen gerade nicht vorgesehen. Personen sollten daher auch laut Artikel 40 nicht zwangsbehandelt werden dürfen – oder aber es müsse Artikel 37 angeglichen werden. Gemäss erläuterndem Bericht sollte das EpG keine gesetzliche Grundlage für eine Zwangsbehandlung hergeben. Es werde jedoch nicht genügend bzw. überhaupt nicht begründet, weshalb dies im Bereich der Aus- und Einreise nicht gelten solle.

Artikel 41 Mitwirkungspflicht

Gemäss BS sollten Unternehmen auch verpflichtet werden können, Transportmittel sachgerecht zu desinfizieren. Die Rückbehaltung von Passagieren z.B. auf Schiffen und die Kostenübernahme durch den verursachenden Betrieb seien ebenfalls nicht geregelt.

Absatz 1

Die SVP, ECON, SIAA und Unique fordern, dass die Mitwirkungspflichten der Unternehmen abschliessend geregelt werden, weshalb die Streichung des Wortes „insbesondere“ in Absatz 1 unumgänglich sei. Unique begrüsst, dass nun alle betroffenen Organisationen erfasst seien und hält die Mitwirkungspflicht grundsätzlich für sinnvoll. Unique verweist auf die bestehenden Notfallpläne, die ebenfalls gelten würden.

GVA fragt, ob mit Buchstabe d die Flughafenbetreiber gezwungen würden, im Flughafen Untersuchungszimmer bereit zu stellen.

Absatz 2

Absatz 2 sollte nach SVP, SIAA und Unique auf die bereits bestehenden Notfallpläne der Flughafenbetreiber wie folgt angepasst werden: „...*bereitstellen. Für Flughafenhalter sind die Massnahmen abschliessend in dem vom Bundesamt genehmigten Notfallplan genehmigt*“.

Nach ECON ist Absatz 2 zu offen formuliert und sollte ergänzt werden.

Für GVA stellt sich die Frage nach den direkten und indirekten Kosten, die sich aus einer solchen Bestimmung ergeben (vgl. dazu die Bemerkungen zu Art. 68 Abs. 2).

4. Abschnitt: Besondere Massnahmen

Artikel 42 Bekämpfung nosokomialer Infektionen und resistenter Erreger

FMH, SGI, SGPäd und SGSH begrüssen diese rechtliche Grundlage sehr. SGPäd betont eine einheitliche Koordination auf nationaler Ebene mit Experten und Behörden. FMH verweist darauf, dass die Bezeichnung der betroffenen Institutionen noch überarbeitungsbedürftig sei. Nach BE, BS, SG, VD, FMH und SBK gibt es Gesundheitsinstitutionen ausserhalb der genannten, die mit einem hohen nosokomialen Infektionsrisiko behaftet seien, wie z.B. ambulante onkologische Einrichtungen, die zentral-venöse Langzeitkatheter benützen, Arztpraxen, Spitexorganisationen, Physiotherapie. Ausserdem könnten Langzeiteinrichtungen wie Rehabilitationszentren und Pflegeheime wesentlich zur Ausbreitung von behandlungsresistenten Keimen beitragen.

SG macht darauf aufmerksam, dass der Begriff ‚nosokomial‘ nicht korrekt verwendet werde (nosokomial heisst ‚im Spital erworben‘). Besser wäre der im englischen verwendete Begriff ‚health care associated‘.

BE regt an, dass der Bund die Koordination übernehmen sollte und ist der Meinung, dass die Kantone vor Erlass einer Regelung anzuhören seien.

VD, SAMW und SGI schlagen vor, dazu sei auch eine Eidg. Kommission zu schaffen.

SGIM hält eine einheitliche Regelung nicht für sinnvoll, da die Epidemiologie dieser Erreger in verschiedenen Gebieten der Schweiz sehr unterschiedlich sei.

SAPV hofft, dass unter den Begriffen ‚betroffene Verbände‘ und ‚Fachgesellschaften‘ auch pharmasuisse verstanden wird.

Artikel 43 Aufzeichnungs- und Meldepflicht

BE, FMH und SGSH begrüssen die Aufzeichnungs- und Meldepflicht. In der Schweiz sei eine systematische Erfassung der Infektionsrate der wichtigsten nosokomialen Infektionen und auch der medikamentenresistenten Krankheitserreger notwendig. Viele Spitäler würden

solche Datenerhebungen bereits seit Jahren durchführen. Dieser Artikel werde dazu beitragen, dass Anstrengungen auf nationaler Ebene besser koordiniert würden.

Absatz 2

Mit Absatz 2 und der Verpflichtung, die Überwachungsdaten periodisch dem BAG zu melden, werde gemäss FMH und SGSH das BAG zur Überwachungszentrale von nosokomialen Infektionen. Sie stellen die Frage, wie dies gelöst und finanziert würde.

Für LU und TG muss sich Aufwand zur Erhebung statistischer Daten in Grenzen halten. Die Regelung sollte dahingehend ergänzt werden.

Gemäss SGIM verpflichtet dieser Artikel die Spitäler zu aufwändigen Infekterfassungssystemen, die mit einem erheblichen Personal- und Kostenaufwand verbunden seien. Die prospektive Meldung solcher Daten an das BAG sei höchst problematisch.

AI und GR erwarten eine Anpassung des Meldeweges, der über die Kantone erfolgen müsse, da diese Aufsichtsorgan seien und direkt Massnahmen ergreifen könnten. BE erwartet eine periodische Meldung an die Kantone und eine Anpassung von Absatz 2.

Artikel 44 Versorgung mit Heilmitteln

ASO bemerkt, dass die Auslandschweizer ihre Behandlungen und Heilmittel grundsätzlich an ihrem Wohnort erhielten. Das EpG solle jedoch in Betracht ziehen, Auslandschweizern Heilmittel zukommen zu lassen, wenn sie diese in spezifischen Situationen, wie etwa während einer Pandemie, nicht erhalten. Deswegen soll eine spezifische gesetzliche Grundlage für die Auslandschweizer in solchen Situationen geschaffen werden: *"Der Bund ergreift die notwendigen Massnahmen, um die Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer, die in Risikogebieten leben, mit Heilmitteln zu versorgen."* Auch sollten die Auslandschweizer, die vorübergehend in der Schweiz weilen, falls notwendig Zugang zu Behandlungen, Heilmitteln und Impfungen in der Schweiz haben. Für diese Massnahmen müsse die Kostenübernahme geprüft werden.

Für LUNG ist der Begriff 'wichtig zur Bekämpfung' zu ungenau.

SSV wünscht eine Definition der Heilmittel auch im EpG, damit klar sei, dass auch Verhütungsmittel wie Impfstoffe und Masken erfasst sind. SSV erwartet eine Ergänzung von Artikel 44 „... mit den wichtigsten zur *Verhütung* und Bekämpfung ...“.

Gemäss GE, VD und KAV sei die Versorgung der Bevölkerung mit Heilmitteln oft mit dem Problem von Versorgungsengpässen verbunden. Diese seien Folge von vorübergehenden logistischen Problemen bei der Pharmaindustrie oder von der Entfernung eines Heilmittels vom Markt. Um weitere solcher Gefährdungen für die öffentliche Gesundheit zu vermeiden, seien gesetzliche Grundlagen notwendig, insbesondere für Antibiotika, antivirale Medikamente und Impfungen. Es sei mit einer Bewilligung von Swissmedic möglich und mit Artikel 36 der Arzneimittel-Bewilligungsverordnung (SR 812.212.1) vereinbar, einzelne Importe vorzusehen und so die Kostenübernahme zu garantieren. GE, VD und KAV schlagen darüber hinaus vor, die Revision zum Anlass zu nehmen, um in den Artikel 80 eine Änderungsbestimmung aufzunehmen, die einen neuen Artikel 16a ins Heilmittelgesetz (SR 812.21) einfügt: *"Falls der Inhaber eines Zulassungsentscheids entscheidet, ein wichtiges Medikament vom Markt zu nehmen, muss er das Institut (Swissmedic) mindestens vier Monate im Voraus darüber informieren"*.

Um die Versorgung der Bevölkerung mit den wichtigsten Heilmitteln zu gewährleisten, sei es gemäss SApV unerlässlich, dass der Bundesrat auf das Netzwerk der schweizerischen Apotheken zurückgreift und diesem einen entsprechenden Leistungsauftrag erteilt.

Artikel 45 Waren- und Güterverkehr

SRH unterstützt die Regelung.

Für SVP, SGV und VSIG ist die gesetzliche Regelung betreffend die Untersuchung von Waren und Gütern auf bestimmte Krankheitserreger mit einem Zusatz zu ergänzen, wonach bei der Festlegung der Kriterien, bei denen eine Einschränkung oder ein Verbot des Imports aus Gesundheitsschutzgründen erforderlich sei, der Aspekt der Versorgungssicherheit berücksichtigt werden müsse. Als Zulässigkeitsvoraussetzung für den Import von Waren aus infektiösen Gebieten müsse das Erheben von repräsentativen Stichproben zumindest dann ausreichen, wenn flächendeckende Kontrollen einzig aufgrund der Kontrolltätigkeit einen Versorgungsengpass bei bestimmten Gütern nach sich ziehen würden. Ein Importverbot für bestimmte Güter aus Risikogebieten dürfe nur angeordnet werden können, wenn diese Güter in atypischer Häufigkeit Träger von Krankheitserregern im Sinne des EpG sind. Schliesslich sei im Rahmen von Absatz 2 sicherzustellen, dass die vom Bundesrat erlassenen Vorschriften von den Kantonen einheitlich umgesetzt werden.

Absatz 1

SGV schlägt eine Neuformulierung von Buchstabe b vor: *„Untersuchungen von Waren und Gütern auf bestimmte Krankheitserreger vorschreiben. Bei der Bestimmung der Kontrolldichte ist der Aspekt der Versorgungssicherheit miteinzubeziehen;“*

SGV schlägt eine Neuformulierung von Buchstabe c vor: *„Einschränkungen und Verbote für den Transport sowie die Ein-, Aus- und Durchfuhr von Waren und Gütern erlassen. Ein generelles Importverbot für bestimmte Güter aus Risikogebieten darf nur angeordnet werden, wenn diese Güter in atypischer Häufigkeit Träger von Krankheitserregern im Sinne dieses Gesetzes sind“.*

Absatz 2

AI, LU, SH, TG, ZG, ZH und VKS fordern, dass den Kantonen für Aufträge des Bundes eine Entschädigung zukommen müsse. Diejenige Behörde, die Massnahmen primär anordnet, sollte auch bei einer Delegation die Kosten tragen.

AG schlägt vor, dass die Kantone vorher angehört werden müssen und beantragt folgende Änderung: *„Er kann die Kantone nach deren Anhörung beauftragen, einzelne Massnahmen durchzuführen“.*

SGV beantragt eine Ergänzung von Absatz 2: *„...durchzuführen. Der Bundesrat stellt sicher, dass die Vorschriften von den Kantonen einheitlich umgesetzt werden“.*

Artikel 46 Leichentransporte

SRH unterstützt den Artikel und SSV schlägt eine Ergänzung der Überschrift des Kapitels vor: *„Leichentransporte und Beisetzung“*, da die Handhabung der korrekten Beisetzung im Rahmen der Verhütung von Krankheitsübertragungen eine ebenso, wenn nicht sogar noch eine gewichtigere Rolle spielen werde.

Artikel 47 Desinfektion und Entwesung

SRH unterstützt den Artikel.

Für GVA und SIAA ist nicht klar geregelt, welche Aufgaben der Flughafenhalter im Auftrag des Kantons zu übernehmen habe, wer für die Desinfektion von Flugzeugen zuständig sei, wer die Kosten trage und wer allenfalls Schadenersatzforderungen trage, wenn Flugzeuge blockiert werden müssten.

3.6 6. Kapitel: Förderungsmassnahmen

Artikel 48 Forschung

AHS fordert eine verbindliche Formulierung „Der Bund fördert ...“.

Absatz 1

Gemäss AHS sei zwar die nicht-medizinische Forschung in Absatz 2 Buchstabe b erwähnt, dies sollte aber bereits in Absatz 1 prominenter formuliert werden.

Absatz 2

EKAF würde eine Ausweitung der Forschungsförderung begrüssen und beantragt eine Änderung von Buchstabe c: *„Unterstützung der klinischen Forschung im Bereich der ansteckenden Epidemiologie und Unterstützung der Forschung in den Sozialwissenschaften, um die Verständlichkeit von sozialen Aspekten der Epidemie und die Präventionsmassnahmen zu verbessern“.*

GE und VD sehen Buchstabe c als zu eng formuliert und beantragen, das Wort ‚klinisch‘ zu streichen, da auch andere Forschung im Bereich der Epidemiologie von Infektionskrankheiten unterstützt werden sollte.

Artikel 49 Förderung der Aus- und Weiterbildung

FR schlägt vor, dass die Weiterbildung für bestimmte Berufsgruppen, denen bei der Umsetzung dieses Gesetzes eine zentrale Rolle zukommt, für obligatorisch erklärt wird.

Für CPat stellt die Fortbildung keine Bundesaufgabe dar.

Artikel 50 Finanzhilfen an Organisationen

GVA beurteilt den Artikel als sehr positiv für die Flughäfen, fragt sich aber, ob nicht ein Widerspruch zu Art. 68 Abs. 2 bestehe.

SRK begrüsst die Regelung ausdrücklich, macht aber darauf aufmerksam, dass den in diesem Bereich tätigen Organisationen bereits vor dem Inkrafttreten des revidierten Gesetzes erhebliche Kosten entstanden seien. SRK würde es daher sehr begrüssen, wenn auch die bereits entstandenen Kosten auf der neuen Gesetzesgrundlage abgegolten werden könnten.

Gemäss SANTE sei davon auszugehen, dass im Fall einer Epidemie, insbesondere bei einer Pandemie derart hohe Kosten auf die Krankenversicherer zukommen, dass die jüngst sogar noch reduzierten Reserven kaum ausreichen dürften. Aus diesem Grund wäre wenigstens Artikel 50 in dem Sinn zu ergänzen, dass die Krankenversicherer Beiträge des Bundes erhalten würden, um nach einer Epidemie die Reserven wieder aufbauen zu können.

VD beantragt Streichung der Formulierung ‚im Rahmen der bewilligten Kredite‘.

Die SVP fordert die ersatzlose Streichung dieses Artikels. Dies sei nicht Sache des Bundes.

Skyguide möchte sich auch unter den genannten Organisationen verstanden wissen.

Artikel 51 Finanzhilfen zur Förderung der Herstellung von Heilmitteln

SAPV erinnert daran, dass die 1680 öffentlichen Apotheken der Schweiz fähig seien, verwendungsfertige Heilmittel ausgehend von den eingelagerten Wirkstoffen zu produzieren. Dies sollte nicht vernachlässigt werden, auch wenn eine industrielle Produktion von Heilmitteln bei übermässigem Bedarf notwendig sein könne. So sei es sinnvoll, in jeder Apotheke ein Lager von Wirkstoffen für wichtige Heilmittel während der Phase einer Präpandemie vorzusehen.

Artikel 52 Abgeltung an Laboratorien

Siehe auch Stellungnahmen zu Artikel 19.

Da auch der Bund wesentlich von den kantonalen Arbeiten in den regionalen Labornetzwerken profitiere, ist für GE, LU, TG, ZG, ZH und VKS eine finanzielle Beteiligung des Bundes angezeigt. Dies sollte mindestens dann gelten, wenn zusätzliche Aufgaben vom Bund erteilt würden, die diagnostische Dienstleistungen seitens der Regionallaboratorien notwendig machen. Für ZG bedeutet diese Kostenbeteiligung auch ein Steuerungsinstrument im Rahmen der nationalen Planung. ZG schlägt folgende Änderung von Artikel 52 vor: „*Der Bund gewährt Abgeltungen an die als nationale Referenzzentren bezeichneten Laboratorien sowie an die regionalen Labornetzwerke für die Ausgaben, die ...*“.

SG macht darauf aufmerksam, dass auch Bestätigungslaboratorien gemäss HIV-Testkonzept Sonderaufgaben im Sinne des EpG erfüllen, jedoch in Artikel 52 nicht aufgeführt seien.

3.7 7. Kapitel: Organisation und Verfahren

1. Abschnitt: Organe der Kantone und des Bundes

Artikel 53 Kantonsärztin oder Kantonsarzt

BS, SZ, KAV und SApV halten es für nötig, dass auch das Amt der Kantonsapothekerin / des Kantonsapothekers ins EpG aufgenommen werde. Es habe sich anlässlich der Pandemie-vorbereitungsaktivitäten der Institutionen und Behörden, sowohl des Bundes als auch der Kantone, gezeigt, dass den heilmittelrechtlichen Belangen zuwenig Beachtung geschenkt worden sei, weil oft vergessen werde, die Kantonsapothekerschaft zu involvieren. Bezüglich Anwendungssicherheit und haftungsrechtlicher Fragen sei die GMP-mässige Beschaffenheit prophylaktisch oder therapeutisch eingesetzter Arzneimittel von entscheidender Bedeutung, wie auch die Gewährleistung GDP-konformer Bedingungen für Lieferung und Abgabe. Die Kantonsapotheker und Kantonsapothekerinnen seien auch massgeblich an Logistikfragen bei der Verteilung von Arzneimitteln wie Impfstoffen oder antiviralen Mitteln beteiligt.

Absatz 1

AG und FMH beantragen Anpassungen im erläuternden Text, da die personellen Ressourcen auch in grösseren Kantonen knapp seien.

NW begrüsst die Regelung, dass die Kantone die Möglichkeit erhalten würden, Kantonsarzt-dienste zusammen zu legen.

Absatz 2

GL macht darauf aufmerksam, dass auch andere kantonale Behörden in Vollzugsaufgaben eingebunden seien, die wie die Kantonsapothekerinnen und Kantonsapotheker in Absatz 2 explizit genannt sein sollten.

Absatz 3

AG und FMH halten es für wünschenswert, dass bei den kantonsärztlichen Diensten hinsichtlich des fachlichen Hintergrunds eine gemeinsame Basis vorhanden sei. Sie verweisen auf Ungenauigkeiten im erläuternden Text betreffend den Facharztstitel, der für die Botschaft anzupassen sei. Sie sind einverstanden, dass der Bund die erforderlichen Voraussetzungen zur Erfüllung der kantonsärztlichen Aufgaben festlege. Diese seien aber auf Aufgaben im Rahmen des EpG zu beschränken, da der kantonsärztliche Dienst zahlreiche weitere Aufgaben wahrnehme. Die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt sollten auch die Möglichkeit behal-

ten, gewisse Aufgaben nach dem EpG an entsprechend qualifizierte Mitarbeitende delegieren zu können.

LU und VKS halten die Festlegung der Anforderungen durch den Bund für richtig, erwarten aber, dass sich der Bund an den Konsequenzen und Kosten beteilige.

UR beantragt Streichung von Absatz 3, da dessen Inhalt als unzulässiger Eingriff in die Souveränität des Kantons erachtet werde. Auch der Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz gebiete dem Bund eine hohe Zurückhaltung, da die Kantone die kantonsärztlichen Kosten alleine trügen.

SG lehnt den Mastertitel als fachliche Anforderung ab, da die Kantone die Möglichkeiten haben sollten, nach eigenen Kriterien zu wählen. Es wird darauf hingewiesen, dass Kantonsärztinnen und Kantonsärzte jeweils auf fachkundige Beratung in kantonalen Spitälern zurückgreifen oder andere Fachpersonen konsultieren würden.

ZG regt eine Erweiterung von Absatz 3 an, wonach die Kantone bei der Festlegung der Voraussetzungen angehört werden sollten und der Bund zusätzlich für die spezielle fachliche Aus- und Weiterbildung vergleichbar zu den Amtstierärzten sorgen müsste.

Artikel 54 Koordinationsorgan

Siehe auch Frage 3a.

GDK begrüsst das Koordinationsorgan als wichtiges Instrument in der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen. Entgegen dem erläuternden Text sei allerdings die führende Rolle des Bundes aus dem derzeitigen Gesetzestext zu wenig ablesbar und sollte ergänzt werden. Ebenfalls macht GDK darauf aufmerksam, dass das Verhältnis von Koordinationsorgan und Krisenausschuss nicht klar sei.

Die EKAF verweist darauf, dass Artikel 54 nicht regle, wer das Organ leite. Ebenso seien Fragen der Finanzierung, der Befugnisse und Kompetenzen nicht klar definiert.

Für GR fehlt im Gesetz, wer die Vertreter benenne. Denkbar wäre die Ernennung der Kantonsvertreter durch die GDK.

SIAA und Unique wünschen die Nennung des Flughafennetzwerks in Artikel 54 oder in der Botschaft.

BL zweifelt Sinn und Nutzen des Organs an, da bereits heute Treffen zwischen Bund und Kantonen stattfänden. VD stellt das Konzept in Frage und ZG schlägt die Streichung des Artikels vor, da auf ein solches Organ ohne Weiteres verzichtet werden könne, da bereits genügend Plattformen existierten. Auch Cpat und SGB halten die Schaffung des Organs nicht für nötig.

SVP bemängelt, dass die Verwaltung lieber neue Gremien schaffe, als Probleme effizient zu lösen. Anstelle der zahlreichen Gremien sollte ein einziges Organ geschaffen werden, welches als eigentlicher Führungsstab mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sei. Dabei sei die Mitsprache der Wirtschaft zu gewährleisten. Auch die CVP fordert eine schlanke und effiziente Organisationsstruktur, welche im Normalfall wie auch im Notfall ein effizientes staatliches Handeln ermögliche.

SZ weist darauf hin, dass ein gewichtiger Teil der übertragbaren Krankheiten Zoonosen seien und fordert deshalb die Etablierung einer ständigen Koordinationsplattform für Zoonosen. Zudem wird von diversen Vernehmlassungsteilnehmenden der Aufbau einer Zoonosendatenbank gefordert.

Absatz 1

Für EKAF wird aus dem Gesetzestext nicht klar, ob es sich um ein ständiges Organ handle.

Absatz 2

SGIM begrüsst das Koordinationsorgan und hält eine Vertretung von BAG, Kantonen und Fachkompetenz in Infektionskrankheiten für richtig. SAMW und SGI erwarten einen festen Einsitz von Fachexperten der relevanten Fachgebiete im Organ. SGdV und SSV fordern den Einsitz von Vertretern der kommunalen Ebene und SBB beantragt, einbezogen zu werden. LU, TG, VKS und VSKT schlagen vor, damit das Ziel der umfassenden Koordination erreichbar sei, dass ebenfalls Vertreter des BVET, der Kantonschemiker und der Kantonstierärzte Einsitz ins Organ finden sollten. GVA fordert eine Vertretung der Flughafenbetreiber.

Für AG ist auch eine Vertretung von organisatorischen und führungsmässigen Kompetenzen im Organ wichtig.

SAPV äussert, dass das Organ bürokratisch erscheine und hofft, dass das Organ bald mit Experten, namentlich Vertretern aus Medizinalberufen ergänzt werde.

Absatz 3

SG fordert, dass das Koordinationsgremium zudem die nationalen Ziele und Strategien festlege (siehe Art. 3). Damit sei die Zusammenarbeit und die Mitwirkung der Kantone gewährleistet.

Zu Buchstabe a sollte gemäss VD ergänzt werden "*... prioritäre Probleme ...*".

SAPV äussert sich zu Buchstabe d, dass eine Koordination der Information und Kommunikation ohne Einbezug der Apothekerschaft schlicht undenkbar sei.

ECON fordert die Ergänzung mit einem Buchstaben f: "*Konsultation der von den Massnahmen betroffenen Unternehmen oder Branchen*".

Absatz 4

VSKT begrüsst den Absatz als wesentliches Element des Koordinationsorgans.

Artikel 55 Krisenausschuss

Siehe auch Frage 3b.

AHS, KV-CH, SAMV und SGIM beurteilen den Krisenausschuss als zweckmässig.

LU, TG und VKS verstehen das Organ als Beratungs- und Koordinationsorgan und fragen sich, ob es in besonderen und ausserordentlichen Lagen nicht richtig wäre, den Krisenausschuss als eigentliches Führungsorgan einzusetzen und als 'Führungsstab Epidemien' zu bezeichnen.

Für die CVP gibt es keinen Grund, neben dem Koordinationsorgan auch noch einen Krisenausschuss ins Leben zu rufen. Zudem sollten die Spezialisten für Impffragen und biologische Sicherheit ebenfalls im Koordinationsorgan vertreten sein und diese Kommissionen aufgehoben werden. Ebenso sieht es die SVP, die fordert, dass nur ein Gremium geschaffen werde, welches als eigentlicher 'Führungsstab Epidemien' mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sei. Dabei sei die Mitsprache der Wirtschaft zu gewährleisten (siehe Kommentare zu Art. 54, 56 und 57).

GDK begrüsst den Krisenausschuss als wichtiges Instrument zwischen Bund und Kantonen, hält aber den Begriff 'Ausschuss' für wenig geeignet und schlägt wegen der Beratungs- und Unterstützungsaufgaben des Gremiums die Bezeichnung 'Krisenstab' vor. Zudem stelle sich die Frage, ob in diesem Gremium die Fachkompetenz im Vordergrund stehe oder ob nicht mindestens ebenso organisatorische bzw. logistische und ausgeprägte Führungskompetenzen gefragt seien. Ebenfalls macht GDK darauf aufmerksam, dass das Verhältnis von Koordinationsorgan und Krisenausschuss nicht klar sei.

Für SO muss der Krisenausschuss zwingend Teil der sicherheitspolitischen Führungsorganisation des Bundes sein und dem Stab Sicherheitsausschuss des Bundesrates sollte die Koordination obliegen.

Für AG ist die inhaltliche Abgrenzung zwischen Artikel 55 und Artikel 58 unklar.

SGL erwartet einen festen Einsitz von Fachexperten der relevanten Fachgebiete im Ausschuss.

SGdV und SSV fordern den Einsitz von Vertretern der kommunalen Ebene.

Absatz 1

Die FMH hält es für nicht nachvollziehbar, weshalb die Wirtschaft genannt sei, die Ärzteschaft und die Apotheker jedoch fehlten, da diese bei der Bewältigung einer besonderen oder ausserordentlichen Lage eine wichtige Rolle spielten.

Absatz 2

KV-CH erwartet die Präzisierung, dass unter dem Begriff Wirtschaft die Sozialpartner bzw. eine paritätische Vertretung gemeint sei. Es sei sachgerecht und zwingend, hier (sinngemäss) die Vertretungsregelung aus dem Bereich der Arbeitssicherheit zu übernehmen.

GVA fordert Vertreter der Flughafenbetreiber.

Für AHS und LUNG fehlt neben den genannten Vertretern die Kategorie der privaten Organisationen, die ebenfalls in der Bekämpfung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten aktiv seien.

Die SGCI begrüsst die Mitsprache der Wirtschaft im Krisenausschuss.

SAPV hofft, dass der Ausschuss bald mit Experten, namentlich Vertretern aus Medizinalberufen ergänzt werde.

Artikel 56 Eidgenössische Kommission für Impffragen

Die CVP fordert schlanke Organisationsstrukturen und bemängelt die vielen Kommissionen. Die Spezialisten für Impffragen und biologische Sicherheit sollten im Koordinationsorgan vertreten sein. Ebenso sieht es die SVP, die fordert, dass nur ein Gremium geschaffen werde, welches als eigentlicher 'Führungsstab Epidemien' mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sei. Dabei sei die Mitsprache der Wirtschaft zu gewährleisten (siehe auch Stellungnahmen zu Art. 54, 55 und 57).

AHS erwartet, dass neben der EKIF und der EFBS auch die Eidg. Kommission für Aids-Fragen (EKAF) ins Gesetz aufgenommen wird.

Absatz 1

Die SBB und SANTE fordern, dass ihre Vertreter im Gremium einbezogen werden. Die SVP fordert eine angemessene Vertretung der Kantone.

Artikel 57 Fachkommission für Biologische Sicherheit

Siehe Kommentare zu Artikel 54, 55 und 56.

2. Abschnitt: Koordination der Massnahmen des Bundes

Artikel 58

VD stimmt dem Artikel zu.

VKS fragt sich, ob es in besonderen oder ausserordentlichen Lagen nicht richtig wäre, den Krisenausschuss als eigentliches Führungsorgan einzusetzen und als „Führungsstab Epidemien“ zu bezeichnen.

Gemäss AG sind in Artikel 55 und 58 Aufgaben und Zuständigkeiten des Bundes aufgeführt, wobei die inhaltliche Abgrenzung unklar sei.

EKAF schlägt eine Neuformulierung vor: „Der Bundesrat kann weitere Kommissionen einsetzen, namentlich im Bereich sexuell übertragbarer Krankheiten. Diese Kommissionen beraten den Bundesrat beim Erlass von Vorschriften und die Behörden beim Vollzug“.

3. Abschnitt: Datenbearbeitung

Artikel 59 Grundsätze

SIAA stellt sich die Frage, ob der Flughafenhalter an der Rückverfolgung mitwirken müsse. Auf dem Flughafen Zürich sei dies im Notfallplan bereits geregelt.

Absatz 1

ECON stellt die Frage nach der Mitwirkungspflicht der Wirtschaft. Insbesondere in Absatz 1 würde die Formulierung „bearbeiten oder bearbeiten lassen“ gebraucht. Um Rechtssicherheit zu wahren (siehe auch Stellungnahmen zu Art. 30) sei es daher unerlässlich, dass die Unternehmen konsultiert und in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

Für GVA erweckt der Artikel den Anschein, dass die Flughäfen die Verantwortung erhielten, die Passagiere, die sich auf einem Flug mit krankheitsverdächtigen oder kranken Menschen befänden, zurück zu verfolgen. GVA fragt deswegen das BAG an, ob dieses entsprechende Fragebögen zur Verfügung stelle, oder ob sich die Flughäfen selbst darum kümmern müssten. Diese Frage sei zentral, denn der Flughafen und die involvierten Stellen seien derzeit daran, die Arbeiten und Verfahren zu den Risiken kranker Reisender abzuschliessen.

Absatz 3

LU, NW, FMH, PHS, SAMW, SGI, SGIM, SGPäd, SSAI und VKS, machen darauf aufmerksam, dass die kurze Aufbewahrungsfrist weit über die Bedürfnisse des Datenschutzes hinaus gehe und in vielen Fällen die epidemiologische Forschung verhindere. Für epidemiologische Untersuchungen seien der Wohnort und das Geburtsdatum wichtig, anonymisierte Daten genügten oft nicht und für übliche medizinische Daten gelte eine Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren. Eine solche Aufbewahrungsfrist, welche mit besonderer Begründung verlängert werden könnte (siehe auch Stellungnahmen zu Art. 61), wäre angemessen. Das Problem des Datenschutzes liege nicht bei der Aufbewahrungsfrist, sondern beim Missbrauch von Daten.

BE erwartet für besondere Krankheiten, dass der Bund per Verordnung regeln sollte, wann längere Aufbewahrungszeiten nötig seien.

Artikel 60 Vertraulichkeit von Daten

Keine Stellungnahmen

Artikel 61 Datenbekanntgabe

FMH, PHS, SAMW und SSAI fordern einen neuen Absatz 5, um Teilnehmende an Studien vor Diskriminierung zu schützen. Personenbezogene Daten aus epidemiologischen Studien sollten nicht an Krankenkassen oder Versicherer weitergeleitet werden dürfen. Damit werde bezweckt, dass diese Daten nicht für die Beurteilung eines Versicherungsrisikos zum Nachteil eines Antragstellers verwendet werden dürfen. Dies gelte auch für eine Selbstdeklaration vor Versicherungsabschlüssen. Eine Person dürfe nicht verpflichtet werden, persönliche Daten weiterzuleiten, welche beispielsweise bei einer epidemiologischen Untersuchung erhoben wurden. Der Schutz vor Diskriminierung der Teilnehmenden an Studien sei wichtig. Dies müsse im Gesetz ausdrücklich festgehalten werden. Folgende Formulierung wird vorgeschlagen: ⁵ „*Persönliche Daten, welche bei epidemiologischen Untersuchungen erhoben*

wurden, dürfen nicht an Versicherungen weitergeleitet werden. Sie dürfen insbesondere bei einem Versicherungsantrag nicht für eine individuelle Risikoabschätzung verwendet werden“.

LUNG ist der Meinung, dass der Bund auch von der Ärzteschaft Daten verlangen können müsse, wenn dies für die Prävention im Bereich der übertragbaren Krankheiten erforderlich sei.

Artikel 62 Datenaustausch mit dem Ausland und mit internationalen Organisationen

SVP verlangt ohne weiteren Kommentar ersatzlose Streichung des Artikels.

Absatz 2

PHS findet, dass in Buchstabe b eine Einschränkung auf ‚wesentliche Gesundheitsrisiken‘ gemacht werden sollte.

3.8 8. Kapitel: Finanzierung

Artikel 63 Entschädigung für den Schaden aufgrund behördlicher Massnahmen

Siehe auch Frage 9.

AG und GR stimmen dem Artikel zu. Für SG klärt der Artikel im Prinzip die Entschädigung. Nicht geklärt sei aber, ob eine allfällige Verweigerung einer Massnahme die Behörde verpflichte, auch eine teurere Massnahme zu finanzieren.

Für BS sollte die Entschädigungspflicht ausdrücklich nicht auf Unternehmen ausgedehnt werden. Die Kantone wären finanziell kaum in der Lage, von behördlichen Massnahmen besonders betroffene Unternehmen zu entschädigen. Gemäss Erläuterungen übernimmt diejenige Behörde die Kosten der Folgeschäden, welche die Massnahmen angeordnet hat. Diese Regelung werde jedoch nicht explizit in Artikel 63 festgehalten. Ausserdem sei es nicht nachvollziehbar, weshalb sich die Kantone gemäss Wortlaut von Artikel 63 an den Entschädigungen von Massnahmen gemäss Artikel 40 Absatz 3 beteiligen sollten, werden die Massnahmen doch ausdrücklich vom BAG angeordnet. Im Übrigen sollte deutlich auf die Anwendbarkeit des Verursacherprinzips hingewiesen und ein entsprechender Passus in diese Bestimmung aufgenommen werden.

Für SZ muss im Gesetzestext auch zum Ausdruck kommen, dass der Gesetzgeber eine Billigkeitsentschädigung bei einer wirtschaftlichen oder sozialen Notlage vorsehe. Dort sei nur von der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage die Rede. Zudem müsse auch berücksichtigt werden, ob sich diese Person zuerst geweigert habe, Massnahmen zu akzeptieren.

VD erachtet die Konzeption der Entschädigung als nicht sinnvoll. Wenn überhaupt, dann solle die Entschädigung auch für Schäden, die aufgrund behördlich angeordneter Massnahmen entstehen, entrichtet werden, wenn die Schäden eine Auswirkung auf die berufliche Aktivität des Einzelnen hätten. Dasselbe gelte für Unternehmen, die durch eine individuelle Schädigung betroffen seien. Generell sei es am Einzelnen oder an den Unternehmen, selbst für den Schaden aufzukommen. Bei finanziellen Notlagen seien die Schäden durch die Sozialversicherungen abgedeckt.

KV-CH spricht sich für eine zwingende Formulierung aus *„Bund und Kantone haben Personen Entschädigungen auszurichten,“*. Auch SGB spricht sich gegen die Kann-Formulierung aus.

SGV und VSIG erwarten eine Ergänzung, damit einem übertriebenen Aktivismus seitens der Vollzugsorgane vorgebeugt werde. *„Erweisen sich die nach diesem Gesetz angeordneten behördlichen Massnahmen im Nachhinein als nicht gesetzeskonform oder weder als not-*

wendig, geeignet noch sachlich oder zeitlich verhältnismässig, so ist der betroffenen Person bzw. dem betroffenen Betrieb für den aus der Massnahme erwachsenden Schaden voll umfänglich Ersatz zu leisten“.

Artikel 64 Entschädigung für den Schaden aus Impffolgen

AI, GR und IDS stimmen dem Artikel zu, da die neue Regelung den Kantonen entgegenkomme. FR, GE, NW, UR, VD, FMH und PHS lehnen diesen ab. AG, LU, SG, SH, TG, ZH, SSAI und VKS stimmen dem Artikel mit Vorbehalten zu.

NW hält den Artikel für problematisch und beantragt dessen Streichung. Eine derart globale Schadenersatzpflicht zu Lasten der Kantone und des Bundes sei fragwürdig und langwierige Rechtsstreitigkeiten vorprogrammiert, da es in vielen Fällen ausserordentlich schwierig sein dürfte, einen Schaden aus Impffolgen nachzuweisen bzw. in Abrede zu stellen.

FR hält fest, dass die neue Regelung nach wie vor vom korrekten Prinzip ausgehe, dass jede Person für den Folgeschaden selbst aufkomme, und begrüsst die gesetzliche Grundlage, die den Staat für Härtefälle ausnahmsweise aufkommen lasse. Demgegenüber ist FR gegen die vorgesehene Verpflichtung der Kantone, für solche Schäden aufzukommen und beantragt deswegen die Streichung von Artikel 64. Die Entschädigung von Impfschäden seien unter Artikel 63 zu subsumieren.

GE, UR, VD und FMH halten die vorgeschlagene Lösung für problematisch und beantragen, es sei eine zentrale Stelle auf Bundesniveau zu schaffen, welche sich mit solchen Fällen befasst. Die Ausfallhaftung sei durch eine Staatshaftung zu ersetzen. Eine solche Neuregelung würde das Vertrauen in die Massnahmen und Empfehlungen der Gesundheitsbehörden stärken. FMH bemängelt an der Lösung zudem die Reihenfolge im Vorgehen, insbesondere dass der Arzt grundsätzlich zuerst ins Visier genommen werde. UR stimmt dem Grundsatz nicht zu, dass sich die Kantone für die Bearbeitung von Schäden oder an den Kosten für Impfschäden beteiligen müssten.

Die SVP erwartet, dass sich der Bund für Schäden aus Impffolgen finanziell beteilige ("wer befiehlt, zahlt"). Siehe Stellungnahme zu Artikel 21.

Absatz 1

LU, SH, TG, ZH und VKS fordern eine Präzisierung, dass die Geschädigten vor Inanspruchnahme des Kantons lediglich dann gegen die Ärztin oder den Arzt, die Impfstoffhersteller und die Sozialversicherer vorzugehen hätten, wenn gegen die Genannten konkrete Anhaltspunkte für eine Schadenersatzpflicht vorlägen.

AG schlägt eine Umformulierung von Absatz 1 vor, wonach „beim vom Bund angeordneten oder empfohlenen Impfungen der Bund vollständigen Schadenersatz leistet“, sofern keine anderweitige Deckung vorhanden sei.

SG schlägt vor, die Unterscheidung „behördlich angeordnet oder empfohlen“ fallen zu lassen, da der Unterschied unklar sei. Vielmehr soll auf Artikel 21 verwiesen werden (nationaler Impfplan, der von den Kantonen umzusetzen sei).

IDS hält die Schadenersatzpflicht für notwendig, bemängelt aber an der heutigen Praxis die lange Zeit, die die Verfahren für die Geschädigten in Anspruch nehmen.

SSAI beantragt die Streichung „soweit der Schaden nicht anderweitig gedeckt ist“. Der Staat übernehme nur Kosten für Schäden, welche von der Krankenkasse des Patienten oder der Haftpflichtversicherung des Arztes nicht bezahlt würden. Dies führe bei schwerwiegenden Impfkomplicationen zu langwierigen, zermürenden Abklärungen. Schwere Reaktionen sollen haftpflichtmässig wie ein Unfall behandelt werden. Der Bund soll diese Kosten übernehmen, da er ja auch zuständig sei für die Empfehlung. Es sei wichtig, dass sowohl der Arzt als auch der Patient (Eltern) einer Impfung zustimmen könnten, ohne Ängste, auch noch finanzielle Folgen selbst tragen zu müssen. Diese Regelung erlaube auch, dass mögliche Impf-

schäden nach UVG rasch, kompetent und ohne juristische Risiken für Patient und Arzt abgeklärt werden könnten.

Absatz 2

AG beantragt Streichung von Absatz 2, indem diejenige Stelle, die die Impfung anordne oder empfehle, auch für Schäden aufkommen soll.

LU, SH, TG, ZH und VKS erwarten eine nähere Beschreibung der Beteiligung des Bundes, wobei die Beteiligung an sich begrüsst werde, da diese dem Prinzip der gemeinsamen Verantwortung für das Impfprogramm entspreche.

Artikel 65 Schadensdeckung

SVP, ECON und SGCI schlagen eine Anpassung an das EU Recht vor, da nach europäischem Recht die Haftung des Herstellers gesetzlich ausgeschlossen sei (Art. 5 Abs. 3 RL 2001/83/EWG).

Artikel 66 Kosten zulasten der Kantone

Siehe auch Frage 8.

LUNG und SGV stimmen dem Artikel zu.

SANTE verweist darauf, dass die Regelung in Artikel 66 aus Sicht der Versicherer zu ungenau sei. Der Versicherer werde sich auf den Standpunkt stellen, Untersuchungsmaßnahmen, welche durch den Kanton gegenüber einer Person aufgrund des Verdachts angeordnet würden, dass sie vielleicht krank sei, könnten nicht zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen. Die Krankenversicherer plädierten dafür, dass alle Massnahmen gemäss Artikel 29 ff. zulasten der öffentlichen Hand gehen sollten. Andernfalls drohten langwierige Auseinandersetzungen zwischen den potentiellen Kostenträgern. In Bezug auf die Massnahmen der Prävention, wie z.B. Impfungen, seien die Versicherer ganz generell der Meinung, diese sollten besser in einem Präventionsgesetz als im KVG geregelt werden. Die Abwicklung über die Krankenversicherer jedenfalls sei nicht nur eigentlich systemfremd, sondern vor allem sehr aufwändig, da im Prinzip jede Leistung einzeln erfasst, fakturiert und vom Versicherer individuell unter Abzug von Selbstbehalt und Franchise abgerechnet werden müsste. Wesentlich sinnvoller würden daher Pauschalbeträge der öffentlichen Hand an jene Personen, welche sich impfen lassen, erscheinen.

UR verlangt eine Anpassung von Artikel 66 Buchstabe b, wonach der Bund die Kantone bei den Abklärungen unterstützen müsse, sobald ein nationales Interesse bestehe.

GL, LU, SH, TG, ZH und VKS halten fest, Artikel 66 sei auf die von den Kantonen angeordneten Massnahmen zu beschränken. In Anlehnung an das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz seien die Kosten für Massnahmen von der anordnenden Behörde zu tragen (wer zahlt befiehlt resp. wer befiehlt/anordnet, der zahlt). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb sich Artikel 66 lediglich auf die Kostenübernahme durch anordnende Kantone beziehe, wenn gleich auch der Bund in „besonderen Lagen“ gemäss Artikel 5 Absatz 3 Massnahmen anordne / anordnen könne. Eine Kostentragung der Kantone im Sinne von Artikel 66 sei nicht angezeigt, soweit die Anordnung der Massnahmen durch den Bundesrat erfolgt.

FR weist die unbegrenzte Kostenübernahme durch die Kantone zurück, wenngleich das Subsidiaritätsprinzip im Bereich der Epidemienbekämpfung auch gelte. Eine unbegrenzte Übernahme der Kosten für die Massnahmen gegenüber einzelnen Personen könne aber zu hohe und nicht tragbare Kosten für die Kantone nach sich ziehen. FR beantragt deshalb, dass der Artikel 66 um eine gesetzliche Grundlage ergänzt werde, wonach der Bund die Kantone unterstützen kann, wenn es um bedeutende Situationen geht, die Massnahmen zugunsten einer Vielzahl von Personen erfordern und die die Möglichkeiten und Mittel der Kantone übersteigen.

AG hält die Regelung grundsätzlich für richtig, schlägt aber vor, dass die Kostenübernahme durch die Kantone nur bis zur maximalen Höhe der Minimalfranchise erfolgen soll.

ZG schlägt vor, einen neuen Absatz 2 einzufügen: „Der Bund beteiligt sich zur Hälfte an den Kosten der Kantone gemäss Abs. 1 Bst. b“. Für eine finanzielle Beteiligung des Bundes an Abklärungen nach Buchstabe b spricht sich auch UR aus.

GE fände es sinnvoll zu präzisieren, dass sich die Massnahmen gegenüber einzelnen Personen auf diejenigen beziehen, die in den Artikeln 29 bis 36 genannt sind. Des Weiteren müsse im Bereich der epidemiologischen Abklärungen eine finanzielle Beteiligung des BAG vorgesehen sein, wenn an den Abklärungen mehrere Kantone beteiligt sind.

Artikel 67 Kosten der Versorgung mit Heilmitteln

LUNG spricht sich dafür aus, dass auch Arzneimittel, die nicht in der Spezialitätenliste sind, erfasst werden sollen (z.B. second line Medikamente gegen Tuberkulose).

SULM wünscht einen Querverweis auf die Einschliessungsverordnung.

Artikel 68 Kosten von Massnahmen im internationalen Personenverkehr

Absatz 2

Für ECON, GVA, SIAA und Unique ist Absatz 2 ersatzlos zu streichen. Im Gegensatz zum bisherigen Recht sollten neu die jeweiligen Unternehmen, u.a. der Flugplatzhalter, die aus der Mitwirkungspflicht entstehenden Kosten selbst übernehmen. Im Sinne einer Kann-Bestimmung werde die Beteiligung des Bundes geregelt. SIAA kann nicht beipflichten, dass die Massnahmen kosteneffizient seien. Dies sei vor allem so lange nicht der Fall, als die für den Flughafenhalter auferlegten Pflichten nicht abschliessend geregelt und konkretisiert seien. Ohne abschliessende Regelung sowie Konkretisierung seien die Kosten für den Flughafenhalter nicht abschätzbar, weshalb auch nicht von einer Kosteneffizienz ausgegangen werden könne. Auch halte der erläuternde Bericht des BAG zu den internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der WHO fest, dass die Kosten für die Umsetzung des IGV hauptsächlich vom Bund getragen würden. Die eingangs erwähnten Leitlinien wurden unter Berücksichtigung der IGV entwickelt. Daraus sei zu schliessen, dass die aus den Notfallplänen resultierenden Aufwendungen vom Bund getragen werden sollten. Auch widerspreche Artikel 68 Absatz 2 dem Artikel 73, wonach private Personen Anspruch auf Entschädigung hätten. Die Flughafenhalter vollzögen Aufgaben nach diesem Gesetz und verfügten ausserdem über eine Organisation sowie Personen zur Erfüllung dieser Aufgaben und arbeiteten eng mit Bund und Kanton zusammen. Eine Kostenbeteiligung durch den Flughafenhalter sei nicht vertretbar und Artikel 68 Absatz 2 sei ersatzlos zu streichen. Der Bund solle zumindest in jedem Fall die direkt aus den Mitwirkungspflichten und den angeordneten Massnahmen resultierenden Kosten und Aufwendungen übernehmen. Falls dennoch an der Kostenbeteiligung der Flughafenhalter festgehalten werde, sei dringend eine Bestimmung in das Gesetz aufzunehmen, wonach der Flughafenhalter ermächtigt werde, die durch die Mitwirkungspflichten entstandenen zusätzlichen Kosten zu refinanzieren. Ohne gesetzliche Grundlage könne der Flughafenhalter, im Unterschied zu anderen privaten Anbietern im Transportbereich, die Kosten nicht refinanzieren.

Für die SVP ist Absatz 2 ebenfalls ersatzlos zu streichen.

SBB beantragt eine Anpassung von Absatz 2: „..... entstehen. Der Bund beteiligt sich an ausserordentlichen Auslagen und Aufwendungen, wenn diese erheblich und langfristig zur Eindämmung von Gesundheitsgefahren beitragen“. Da die SBB einschneidende Massnahmen wie etwa die Beschränkung oder das Einstellen des Zugverkehrs nicht aus eigener Verantwortung heraus treffen könnten oder sollten, begrüssen die SBB die mit dem EpG vorgesehene rechtliche Grundlage für Eingriffe der Kantone und des Bundes auf das Dienstleistungsangebot der SBB. Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Kontrollen im internationalen Personenverkehr könnten allerdings zu gravierenden Veränderungen des internationalen

Verkehrs führen. Aus Sicht der SBB sei deshalb von elementarer Bedeutung, dass die Zusatzkosten für die von Bund angeordneten Massnahmen sowie der Ertragsausfall vom Bund getragen würden.

Auch für SRH soll die Kostenübernahme durch den Bund verpflichtend sein.

GVA macht zudem darauf aufmerksam, dass das Schliessen des Betriebs gemäss den IGV und dem ‚Accord de Vienne‘ im Falle einer Pandemie unmöglich sei.

Skyguide möchte sich auch unter den genannten Organisationen verstanden wissen.

3.9 9. Kapitel: Vollzug

1. Abschnitt: Kantone

Artikel 69 Grundsatz

Keine Stellungnahmen

Artikel 70 Berichterstattung

Gemäss GR, LU, SH, TG, SVP und VKS sei im Verordnungsrecht darauf zu achten, dass sich die Berichterstattung auf das Notwendige beschränke und die Berichte schlank blieben.

AG und ZG beantragen ersatzlose Streichung, da die Kantone nicht mit zusätzlichem administrativem Aufwand belastet werden dürften und da institutionalisierte Berichterstattung zu unnötiger und teurer Bürokratie führe.

2. Abschnitt: Bund

Artikel 71 Aufsicht und Koordination

LU und VKS erwarten, dass die Delegation dieser Anordnungscompetenz definiert werde und dass die Kompetenz entweder auf der Ebene Bundesrat oder Leitung BAG verbleibe.

Absatz 2

Gemäss AG sind die Formulierungen „Zu diesem Zweck kann er insbesondere die Kantone anweisen“ und die Bst. a-c zu streichen, da eine derart weitgehende Bundeskompetenz als nicht angebracht erachtet werde.

Artikel 72 Ausführungsbestimmungen

Keine Stellungnahmen

Artikel 73 Übertragung von Vollzugsaufgaben

Für Unique widerspricht Artikel 73 dem Artikel 68 (Anspruch für Private auf Entschädigung). Siehe Stellungnahme zu Artikel 68.

LU, SH, TG, ZH und VKS erwarten, dass die Voraussetzungen zur Übertragung von Aufgaben an Private genauer zu bestimmt werden. Es sei zu hinterfragen, ob die Delegation von Vollzugsmassnahmen an Organisationen des privaten Rechts sinnvoll sei. Vollzugsaufgaben aus dem EpG könnten durchaus in Grundrechte eingreifen, wobei insbesondere gesundheitspolizeiliche Massnahmen regelmässig die persönliche Freiheit tangieren werde. Des-

halb wäre es sinnvoll, die Voraussetzungen zur Übertragung von Aufgaben an Private im Gesetz genauer zu bestimmen oder dieses Vorhaben wegzulassen.

Absatz 1

ZG beantragt eine Anpassung von Artikel 73 Absatz 1: *"Der Bundesrat kann in begründeten Ausnahmefällen und nach Anhörung der Kantone Vollzugsaufgaben auf Organisationen und Personen des öffentlichen oder privaten Rechts übertragen"*. Es sei äusserste Zurückhaltung zu üben mit der Übertragung von Vollzugsaufgaben aus dem EpG auf Private. Übertragbare Krankheiten, insbesondere wenn sie epidemisch auftreten, hätten ein sehr hohes volkswirtschaftliches Schädigungspotential und einen enormen psychologischen Stellenwert. Der Schutz vor dieser Bedrohung stelle eine herausragende gemeinschaftliche Aufgabe dar, die nicht zuletzt auch das Bild des Staates in der Bevölkerung zeichne.

Für SVP können nur Aufgaben von nicht übertragbaren Krankheiten delegiert werden.

Für SApV ist der Artikel zu begrüßen, da damit der Bundesrat Vollzugsaufgaben z.B. an die Apotheken delegieren könne.

Artikel 74 Internationale Zusammenarbeit

SVP beantragt ersatzlose Streichung des Artikels.

Artikel 75 Evaluation

Keine Stellungnahmen

3.10 10. Kapitel: Strafbestimmungen

Artikel 76 Vergehen

Absatz 2

ZG beantragt folgende Anpassung: *"Wer fahrlässig handelt, wird für Vergehen nach Absatz 1 mit Geldstrafe bis zu 50'000.-- Franken bestraft"*.

GE regt an, den Betrag der Geldstrafe im neuen Epidemiengesetz an dasjenige des Lebensmittelgesetzes anzupassen und infolgedessen 20'000 Franken Geldstrafe vorzusehen.

Artikel 77 Übertretungen

In Analogie zum Heilmittelgesetz sollte auf die Strafverfolgung in Bagatellfällen verzichtet werden, weshalb ZG einen neuen Abs. 2 beantragt: *"In besonders leichten Fällen kann auf Strafverfolgung und Bestrafung verzichtet werden"*.

Für SULM sollte ein Verweis auf die Einschliessungsverordnung angefügt werden.

Artikel 78 Zuständigkeit und Verwaltungsstrafrecht

Keine Stellungnahmen

3.11 11. Kapitel: Schlussbestimmungen

Artikel 79 Aufhebung bisherigen Rechts

Mit der Aufhebung dieser Bestimmungen verlieren nach FMH die schulärztlichen Dienste ihre bundesrechtliche Grundlage. Im Kommentar zum neuen EpG werde ausgesagt, der Gegenstand dieses Gesetzes erlaube es nicht, die Gesetzesgrundlage für schulärztliche Dienste aus dem Tuberkulosegesetz zu übernehmen. Dieser Meinung kann sich FMH nicht anschliessen.

Auch für PHS muss der schulärztliche Dienst erhalten bleiben.

Artikel 80 Änderung bisherigen Rechts

GDK begrüsst den Artikel in seiner derzeitigen Form sehr.

Für EKAF ist dieser Artikel besonders wichtig und absolut notwendig. EKAF sei sehr zufrieden, dass dieser Artikel in diesem Gesetz integriert sei und ihre Kommentare bereits in den Gesetzesentwurf aufgenommen wurden.

AHS bekräftigt, dass sie weiterhin an ihrem im Positionspapier zur Strafbarkeit der HIV-Übertragung verankerten Grundsatz festhalte, dass Artikel 231 StGB nicht auf HIV-Übertragungen angewendet werden soll. Stattdessen soll die Präventionspolitik, welche an die Eigenverantwortung appelliert, fortgeführt werden. Sollte an der Anwendung von Artikel 231 StGB auf HIV-Übertragungen trotzdem festgehalten werden, würde AHS grundsätzlich die Einführung des Tatbestandsmerkmals der Böswilligkeit begrüssen, um die eventualvorsätzliche Begehung von der Strafbarkeit auszuschliessen. Die Aufhebung der fahrlässigen Begehung (Art. 231 Ziff. 2 StGB) werde begrüsst.

Für FBeg ist das nicht offen gelegte, aber leicht erkennbare Ziel der Revision, dass die sexuelle Übertragung von HIV nicht mehr nach Artikel 231 StGB geahndet werden könne, berechtigt. Die geplante Revision dürfte dieses Ziel weitgehend erreichen, auch wenn weiterhin mit der Eröffnung einzelner Strafuntersuchungen zu rechnen wäre. Trotzdem überzeuge der Vorschlag nicht. Der Grund sei, dass er mit seinen erhöhten Anforderungen an den Willen des Täters das Problem nicht löse, sondern verdränge, nämlich auf die nach wie vor strafbaren Fälle der Böswilligkeit. Nachdem die HIV-Praxis gar nicht bezüglich des subjektiven, sondern bezüglich des objektiven Tatbestands aus dem Ruder gelaufen sei, sei letzterer zu revidieren. FBeg schlägt daher vor, das Erfordernis einer konkreten Gemeingefahr einzuführen. Damit würde das angestrebte Ziel genau so gut, wenn nicht besser erreicht, der Tatbestand aber grundlegend saniert. Insbesondere würde er im internationalen Vergleich standhalten. Dieser Gegenvorschlag beruhe letztlich auf einer neueren Auslegung des geltenden Tatbestands, die dem Willen des historischen Gesetzgebers eher entsprechen dürfte.

VD et KAV schlagen vor, die Revision zum Anlass zu nehmen, um in den Artikel 80 eine Änderungsbestimmung aufzunehmen, die einen neuen Artikel 16a ins Heilmittelgesetz (SR 812.21) einfügt: *"Falls der Inhaber einer Zulassungsentscheidung entscheidet, ein wichtiges Medikament vom Markt zu nehmen, muss er das Institut (Swissmedic) mindestens vier Monate im Voraus darüber informieren"*. (Siehe auch Stellungnahme zu Art. 44).

Artikel 81 Übergangsbestimmungen

Keine Stellungnahmen

Artikel 82 Referendum und Inkrafttreten

Keine Stellungnahmen

Anhang 1 Liste der Vernehmlassungsadressaten

Liste der Vernehmlassungsadressaten

Liste des destinataires

Elenco dei destinatari

1. Kantonsregierungen und interkantonale Organisationen Gouvernements cantonaux et organisations intercantionales Governamenti cantonali ed organizzazioni intercantionali

- Alle Kantonsregierungen / tous les gouvernements cantonaux
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein / Gouvernement de la principauté du Liechtenstein
- Konferenz der Kantonsregierungen / Conférence des gouvernements cantonaux
- Interkantonale Erfahrungsaustauschgruppe von Fachstellen im Bereich der Bio- und Gentechnologie (ERFA BIO) /
Groupe d'échange intercantonal des services spécialisés en biotechnologie et en génie génétique
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) /
Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Verband der Kantonschemiker der Schweiz (VKCS) / Association des chimistes cantonaux de suisse (ACCS)
- Vereinigung der Kantonsapotheker (KAV) / Association des pharmaciens cantonaux (APC)
- Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) /
Association des médecins cantonaux de suisse (AMCS)
- Vereinigung der Schweizer Kantonstierärztinnen und Kantonstierärzte (VSKT) /
Association suisse des vétérinaires cantonaux (ASVC)

2. Politische Parteien / Partis politiques / Partiti politici

- CVP Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz
PDC Parti démocrate-chrétien suisse / PPD Partito popolare democratico svizzero
- FDP Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz
PRD Parti radical-démocratique suisse / PLR Partito liberale-radicale svizzero
- SP Schweiz Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PRD Parti radical-démocratique suisse / PS Partito socialista svizzero
- SVP Schweizerische Volkspartei
UDC Union Démocratique du Centre / UDC Unione Democratica di Centro
- CSP Christlich-soziale Partei / PCS Parti chrétien-social / PCS Partito cristiano sociale
- EDU Eidgenössisch-Demokratische Union
UDF Union Démocratique Fédérale / UDF Unione Democratica Federale
- EVP Evangelische Volkspartei der Schweiz
PEV Parti évangélique suisse / PEV Partito evangelico svizzero
- Grüne Partei der Schweiz / Les Verts Parti écologiste suisse / I Verdi Partito ecologista svizzero
- GB Grünes Bündnis / AVeS: Alliance Verte et Sociale / AVeS: Alleanza Verde e Sociale
- Grünliberale Zürich
- Lega dei Ticinesi
- LPS Liberale Partei der Schweiz / PLS Parti libéral suisse / PLS Partito liberale svizzero
- PdAS Partei der Arbeit der Schweiz
PST Parti suisse du Travail – POP / PSdL Partito svizzero del Lavoro
- Alternative Kanton Zug

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete Associations faitières 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

- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
- Schweizerischer Gemeindeverband
- Schweizerischer Städteverband

4. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft
Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national
Associazioni mantello nazionali dell'economia

- economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen
Fédération des entreprises suisses / Federazione delle imprese svizzere
- Kaufmännischer Verband Schweiz (KV Schweiz)
Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) /
Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)
- Schweizerische Bankiervereinigung (SBV)
Association suisse des banquiers (ASB) / Associazione svizzera dei banchieri (ASB)
- Schweizerischer Arbeitgeberverband
Union patronale suisse / Unione svizzera degli imprenditori
- Schweizerischer Bauernverband (SBV)
Union suisse des paysans (USP) / Unione svizzera dei contadini (USC)
- Schweizerischer Gewerbeverband (SGV)
Union suisse des arts et métiers (USAM) / Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)
- Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
Union syndicale suisse (USS) / Unione sindacale svizzera (USS)
- Travail.Suisse

5. Übrige Organisationen / Autres organisations / Altre organizzazioni

- Aéroport International de Genève, Genève
- AIDS-Aufklärung Schweiz, Uster
- Aids-Hilfe Schweiz (AHS), Zürich
- Akademie der Naturwissenschaften Schweiz (SCNAT), Bern
- Ärzte und Ärztinnen für Umweltschutz (aefu), Basel
- Associations des armateurs suisses, Renens
- Auslandschweizer-Organisation (ASO), Bern*
- Belair Airlines AG, Zürich-Flughafen
- Chemie Pharma Schweiz (SGCI), Zürich
- Die Schweizerische Post, Bern
- Edelweiss Air AG, Zürich-Flughafen
- Eidg. Fachkommission für biologische Sicherheit, Bern*
- Eidg. Kommission für Aidsfragen (EKAF), Bern
- Eidg. Kommission für Impffragen (EKIF), Bern*
- EuroAirport Basel-Mulhouse-Freiburg, Basel
- Fédération romande des consommateurs (FRC), Lausanne
- Flughafen Bern-Belp, Belp
- Flughafen Lugano-Agno, Agno
- Flughafen Sion-Sitten, Sion
- Flughafen St. Gallen-Altenrhein, Altenrhein
- Forum für Praxispädiatrie, Zürich*
- Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker (GSASA), Bern
- Gesellschaft Schweizerischer Tierärzte (GST), Thörishaus
- Interpharma Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz, Basel
- Jet Aviation Management AG, Zürich
- Kollegium für Hausarztmedizin (KHM), Bern
- Lungenliga Schweiz, Bern
- Nationale Organisation von Menschen mit HIV und Aids (LHIVE), Hölstein
- Public Health Schweiz - Santé publique Suisse - Salute pubblica Svizzera, Bern
- Radix Gesundheitsförderung, Bern
- Santésuisse, Solothurn
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Bern
- Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW), Bern
- Schweizerische Bundesbahnen (SBB), Bern
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin (SGAM), Lichtensteig
- Schweizerische Gesellschaft für Arbeitshygiene (SGAH), Lausanne

- Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (SGARM), Lausanne
- Schweizerische Gesellschaft für Arbeitssicherheit (SGAS), Spiez
- Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie, Lausanne
- Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM), Basel
- Schweizerische Gesellschaft für Mikrobiologie (SGM), Schwarzenburg
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, Freiburg*
- Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Bern
- Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH), Zürich
- Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie, Bern
- Schweizerische Patientenorganisation (SPO), Zürich
- Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega), Zürich-Flughafen
- Schweizerische Rheinhäfen, Basel
- Schweizerische Unfallversicherungsgesellschaft (SUVA), Bern
- Schweizerische Vereinigung für Schifffahrt und Hafenwirtschaft, Basel
- Schweizerischer Apothekerverband (pharmaSuisse), Liebefeld
- Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien (FAMH), Les Vieux-Prés*
- Schweizerischer Nutzfahrzeugverband (ASTAG), Bern
- Schweizerischer Reisebüro-Verband, Zürich
- Schweizerischer Tourismus-Verband (STV), Bern
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Bern
- Schweizerisches Tropeninstitut (STI), Basel
- Sentinella Programmkommission, Vallorbe
- SOS Assistance SA, Meyrin
- Spitalverband H+, Bern
- Stiftung für Konsumentenschutz (SKS), Bern
- Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Bern
- strasseschweiz - Verband des Strassenverkehrs (FRS), Bern
- Suissepro, Zürich
- Swiss International Airlines AG (SWISS), Basel
- Swiss International Airports Association (SIAA), Zürich-Flughafen
- Swissport International Ltd., Zürich-Flughafen
- Union Schweizerischer Gesellschaften für experimentelle Biologie (USGEB), Zürich
- Unique (Flughafen Zürich AG), Zürich-Flughafen
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Bern
- Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips), Zug

* nachträglich begrüsst

Anhang 2

Verzeichnis der Abkürzungen

Abk.	Name	begrüsst
AACH	AIDS-Aufklärung Schweiz	ja
AG	Kanton Aargau	ja
AHS	Aids-Hilfe Schweiz	ja
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden	ja
AMar	Anna Marchesi	nein
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden	ja
ASO	Auslandschweizer-Organisation	ja*
ASTAG	Schweizerischer Nutzfahrzeugverband	ja
BE	Kanton Bern	ja
BL	Kanton Basel-Landschaft	ja
BS	Kanton Basel-Stadt	ja
BSL	EuroAirport Basel-Mulhouse-Freiburg	ja
Cpat	Centre Patronal	nein
CSP	Christlich-soziale Partei	ja
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei	ja
ECON	economiesuisse	ja
EKAF	Eidgenössische Kommission für Aidsfragen	ja
FAMH	Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien	ja*
FBeg	Fridolin Beglinger	nein
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz	ja
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	ja
FPP	Forum für Praxispädiatrie	ja*
FR	Kanton Freiburg	ja
FRS	strasseschweiz - Verband des Strassenverkehrs	ja
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren	ja
GE	Kanton Genf	ja
GL	Kanton Glarus	ja
GR	Kanton Graubünden	ja
GRÜNE	Grüne Partei der Schweiz	ja
GVA	Aéroport International de Genève	ja
H+	Spitalverband H+	ja
ICMB	Istituto Cantonale di Microbiologia Bellinzona	nein
IDS	Institut de droit de la santé	nein
JU	Kanton Jura	ja
KAV	Vereinigung der Kantonsapotheker	ja
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin	ja
KV-CH	Kaufmännischer Verband Schweiz	ja
LU	Kanton Luzern	ja
LUNG	Lungenliga Schweiz	ja
NE	Kanton Neuenburg	ja
NW	Kanton Nidwalden	ja
OW	Kanton Obwalden	ja
PHS	Public Health Schweiz	ja
POST	Die Schweizerische Post	ja
SAMW	Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften	ja
SANTE	Santésuisse	ja
SAPV	Schweizerischer Apothekerverband	ja

SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband	ja
SBB	Schweizerische Bundesbahnen	ja
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	ja
SG	Kanton St. Gallen	ja
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund	ja
SGCI	Chemie Pharma Schweiz	ja
SGdV	Schweizerischer Gemeindeverband	ja
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie	ja
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin	ja
SGM	Schweizerische Gesellschaft für Mikrobiologie	ja
SGPäd	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie	ja*
SGSH	Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene	ja
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband	ja
SH	Kanton Schaffhausen	ja
SIAA	Swiss International Airports Association	ja
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz	ja
skyguide	swiss air navigation services ltd	nein
SO	Kanton Solothurn	ja
SP	Schweiz Sozialdemokratische Partei der Schweiz	ja
SRH	Schweizerische Rheinhäfen	ja
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz	ja
SSAI	Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie	nein
SSV	Schweizerischer Städteverband	ja
StBE	Stadt Bern	nein
STI	Schweizerisches Tropeninstitut	ja
STV	Schweizerischer Tourismus-Verband	ja
SULM	Schweiz. Union für Labormedizin	nein
SVP	Schweizerische Volkspartei	ja
SZ	Kanton Schwyz	ja
TG	Kanton Thurgau	ja
Unique	Unique (Flughafen Zürich AG)	ja
UR	Kanton Uri	ja
VD	Kanton Waadt	ja
VKS	Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz	ja
VLA	Stadt Lausanne	nein
VS	Kanton Wallis	ja
VSIG	Handel Schweiz	nein
VSKT	Vereinigung der Schweizer Kantonstierärztinnen und Kantonstierärzte	ja
ZG	Kanton Zug	ja
ZH	Kanton Zürich	ja

* nachträglich begrüsst

Weitere Abkürzungen

MRSA	Multiresistente Staphylococcus aureus
LGV	Lymphogranuloma venereum
GMP	Good Manufacturing Practice
GDP	Good Distribution Practice

Anhang 3

Statistik – Anzahl Stellungnahmen

Kategorie	Total Begrüsst	Antworten Begrüsst	Antworten Nicht-Begrüsst	Total Antworten
Kantone und Fürstentum Liechtenstein	27	25	-	25
Interkantonale Organisationen	10	6	0	6
Eidg. Kommissionen	3	1	-	1
Politische Parteien	14	6	-	6
Verbände der Wirtschaft	13	7	2	9
Personen und Gütertransport	21	9	1	10
Apothekerverbände	2	1	-	1
Wirtschaft (total)	36	17	3	20
ÄrztInnenverbände	11	5	1	6
Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens	18	10	-	10
Hochschulen, Forschung und Diagnostik	6	4	3	7
Gesundheit (total)	35	19	4	23
Weitere	5	2	4	6
Total	130	76	11	87