

**Impfen und Umsetzung der Covid-19 Schutzmassnahmen  
bei Menschen in prekären Lebenssituationen:  
«Lessons Learned»  
Berichterstattung und Evaluation**

**Corina Salis Gross  
Emine Sariaslan  
Laura Kronenberg**

Finanziert durch das Bundesamt für Gesundheit

Bern, Dezember 2023

Im Auftrag von



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

## **Impressum**

### **Autorinnen der Studie**

Public Health Services (PHS), Bereich «Diversität und Chancengleichheit»:  
Dr. phil. Corina Salis Gross, Emine Sariaslan, Laura Kronenberg

### **Projektleitung BAG**

Morgane Pochon, Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung, Sektion  
Gesundheitliche Chancengleichheit

### **Zusammenarbeit**

Prof. em. Dr. med. Christoph Hatz, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel

### **Zitierweise**

Salis Gross, C., Sariaslan, E., Kronenberg, L., (2023): Impfen und Umsetzung der Covid-19 Schutzmassnahmen bei Menschen in prekären Lebenssituationen: «Lessons Learned». Schlussbericht und Evaluation. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: BAG und PHS Public Health Services

Für die Inhalte dieses im Auftrag des BAG entstandenen Berichts sind die Autorinnen verantwortlich.

### **Kontakt**

PHS Public Health Services, Sulgeneckstrasse 35, CH-3007 Bern [info@public-health-services.ch](mailto:info@public-health-services.ch) 031 331 21 22

Bundesamt für Gesundheit, Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Bern,  
[healthequity@bag.admin.ch](mailto:healthequity@bag.admin.ch)

© BAG 2023

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Ausgangslage .....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Leistungsauftrag.....</b>	<b>4</b>
2.1.	Ziele .....	4
2.2.	Gegenstand des Leistungsauftrages.....	5
<b>3.</b>	<b>Berichterstattung und Evaluation.....</b>	<b>6</b>
3.1.	Vorgehen .....	6
3.2.	Vorbereitung des Terrains.....	6
3.3.	Rekrutierung und Coaching der Ärztinnen und Ärzte .....	9
3.4.	Bereitstellen von Unterlagen .....	13
3.5.	Umsetzung der Interventionen .....	15
3.6.	Dissemination.....	21
<b>4.</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>22</b>
<b>5.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>24</b>
5.1.	Projektorganisation.....	24

## 1. Ausgangslage

Mit Kampagnen und Webseiten kommunizierte das BAG in Zusammenarbeit mit den Kantonen während der Pandemie laufend zu den Schutzmassnahmen sowie zu Verhaltens- und Hygieneregeln und informierte die Bevölkerung breit zum neuen Coronavirus und zu den Impfungen. Zentrale Botschaften und Informationen wurden dabei auch in leichter verständlicher Sprache und in Sprachen der Migrationsbevölkerung bereitgestellt.

Trotzdem konnten stark sozial benachteiligte Gruppen in prekären Lebenslagen (Sans Papiers, Sexarbeitende, Obdachlose, Suchtbetroffene) über die üblichen Kommunikationskanäle oft nicht erreicht werden. Zudem sind schriftliche Informationen und Kampagnen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, oft kein geeignetes Mittel, um sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, insbesondere jene mit wenig formaler Bildung, wenig finanziellen Ressourcen, in prekären Lebenslagen und/oder mit wenig Kenntnissen einer Landessprache.

Als Ergänzung zur gängigen Informationstätigkeit des BAG sollten deshalb zusätzlich zielgruppengerechte und niederschwellige Informationskanäle genutzt werden, um damit auch die Menschen in prekären Lebenssituation zu erreichen, so dass auch sie sich sachlich mit den Schutzmassnahmen auseinandersetzen konnten, diese befolgten und sie mit speziellen Bestrebungen zum Impfen motiviert würden.

PHS Public Health Services war vom Bundesamt für Gesundheit von Oktober 2021 bis Ende Mai 2023 mit einem entsprechenden Mandat inkl. einer Selbstevaluation betraut. Personen in prekären Lebenslagen sollten in Zusammenarbeit mit ihnen nahestehenden Organisationen (z.B. Fachstellen, Notschlafstellen, Vereine) mit den wichtigsten Botschaften und Informationen des BAG zu Covid-19 erreicht werden. Sie sollten sich mit diesen Inhalten auseinandersetzen können und darin gestärkt werden, sich entsprechend der Empfehlungen zu verhalten. Ein besonderer Fokus sollte auf das Impfen gelegt werden.

Im Folgenden wird umfassend Bericht erstattet und die Evaluationsergebnisse präsentiert. Die Schlussfolgerungen ziehen wir in Form von «*Lessons Learned*» für zukünftige analoge Krisensituationen.

## 2. Leistungsauftrag

### 2.1. Ziele

Es sollte ein Beitrag zu folgenden übergeordneten Kommunikationszielen des BAGs geleistet werden:

1. Die Bevölkerung kennt die Covid-19 Impfung.
2. Die Bevölkerung kennt die Wirkung, Nutzung, Sicherheit und die niederschwellige Zugänglichkeit der Impfung.
3. Die Informationen ermöglichen es der Bevölkerung, eine persönliche Impfentscheidung zu treffen.
4. Die Bevölkerung kennt die individuellen Verhaltens- und Hygienemassnahmen und wendet sie an.
5. Die Bevölkerung bleibt während einer starken Ausbreitung solidarisch.

## Spezifische Ziele

Die Intervention verfolgte folgende Ziele:

- Menschen in prekären Lebenssituationen sind in Zusammenarbeit mit Fach-, Beratungs- und Anlaufstellen mit den wichtigsten Botschaften und Informationen des BAGs betreffend das Impfen erreicht.
- Sie kennen die Bedeutung der Erhöhung der Impfbereitschaft und die Schutzmassnahmen.
- Sie setzen sich mit den Botschaften und Informationen direkt auseinander, indem sie von Ärztinnen und Ärzten vor Ort oder online informiert werden und mit ihnen ihre Fragen besprechen.
- Sie werden zum Impfen motiviert und soweit möglich dem niederschweligen Impfen zugeführt.

## 2.2. Gegenstand des Leistungsauftrages

- 1) Mit nationalen Organisationen, die sich mit den Zielgruppen beschäftigen, mit dem SRK Schweiz und mit ausgewählten sechs Kantonen wird abgeklärt, welche Impfangebote bereits für diese Zielgruppen bestehen und in welcher Form die Zielgruppen bereits niederschwellig bedient sind, resp. ob noch zusätzlicher Bedarf an Motivieren zum Impfen und im Zuführen zu Impfungen besteht.
- 2) Für jede Zielgruppe wird für die sechs Kantone mit den zuständigen Fach-, Beratungs- und Anlaufstellen entschieden, welche Form der Unterstützung im Impfentscheid (Art der Intervention, aufsuchend etc.) und in der niederschweligen Zuführung zum (mobilen) Impfen adäquat ist. Falls ein mobiles Impfteam nötig ist, wird das bestehende Angebot des SRK nach Möglichkeit in Anspruch genommen.
- 3) Die wichtigsten Botschaften und Informationen des BAG zur Covid-19 Impfung und zum Testen werden mittels Interventionen, aufsuchender Informations- und Sensibilisierungsarbeit in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und Organisationen der Zielgruppe vermittelt.
- 4) Die Interventionen werden durch rekrutierte und gecoachte Ärztinnen und Ärzte in den jeweiligen Kantonen in Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen der Organisationen durchgeführt. Ihre Aufgabe ist es, die Zielgruppen niederschwellig und in einfacher Sprache zum Impfen zu motivieren (informieren, diskutieren, Fragen beantworten). Falls möglich wird mit vorhandenen Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzten von Fach-, Anlauf- und Beratungsstellen zusammengearbeitet.
- 5) Zur Qualitätssicherung steht für die Ärztinnen und Ärzte ein Coaching zur Verfügung. Sie können Fragen besprechen und sich austauschen.
- 6) Ein Ablaufbeschrieb je Intervention wird erstellt.
- 7) Eine Präsentation als Grundlage für die Ärztinnen und Ärzte zur Informationsvermittlung an den Interventionen liegt vor.
- 8) Zielgruppengerechte Flyer je Zielgruppe werden bei Bedarf erstellt. Bei Bedarf werden sie übersetzt.
- 9) Es werden niederschwellige Vermittlungsformen genutzt, die es den sozial benachteiligten Personen erlauben, sich mit den Botschaften und Informationen auseinanderzusetzen.
- 10) Bei Anpassung der BAG-Botschaften und Informationen werden die Kommunikationsmittel angepasst.
- 11) Insgesamt werden ca. 40 Interventionen stattfinden.
- 12) Ein besonderer Fokus liegt auf der Information zum Thema Covid-19-Impfung. Die Mandatnehmerin stellt sicher, dass die medizinischen Fachpersonen ausgewogen über die Impfung informieren und sich auf die diesbezüglichen Informationen des

BAGs beziehen. Die Qualitätssicherung der vermittelten Informationen liegt in der Verantwortung der Mandatnehmerin.

- 13) Rückmeldungen aus den Interventionen in den Fachstellen und Organisationen der Zielgruppen (z.B. weiterer Informationsbedarf zu bestimmten Themen, Stimmung gegenüber Impfungen etc.) werden erfasst und der Kontaktperson im BAG mitgeteilt.
- 14) Die Mandatnehmerin stellt sicher, dass die geplanten Aktivitäten dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) mitgeteilt werden und sie sich nach Möglichkeit mit dem SRK koordiniert.
- 15) Eine umfassende Evaluation / Berichterstattung wird durchgeführt.

### 3. Berichterstattung und Evaluation

#### 3.1. Vorgehen

Für die Berichterstattung und Evaluation folgen wir den 15 Punkten des Leistungsauftrages. Datengrundlagen für die Evaluation bilden das Datenmonitoring (kommentierte Liste zu den Interventionen), Protokolle und Notizen aus Teamsitzungen, Sitzungen mit anderen Akteuren und mit dem Auftraggeber BAG, zum Austausch zwischen allen Involvierten während der Laufzeit der Interventionen.

Rückblickend wurden zudem Einzelinterviews zu ihren Erfahrungen und Empfehlungen mit fünf der zwölf am Projekt beteiligten Fachstellen (angefragt wurden sieben Fachstellen), mit vier von fünf Ärzt:innen unseres Teams (eine war im Laufe des Projektes ausgestiegen), und je ein Gespräch mit der Projektleiterin und den beiden Projektmitarbeitenden im Feld und der medizinischen Team-Fachperson Prof. em. Dr. med. Chr. Hatz geführt. Es wurden Themenblöcke erstellt, die besprochen werden sollten und es wurde mit ihnen jede Intervention, an denen sie beteiligt waren, hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit dieser Intervention besprochen. Die Interviews wurden per zoom oder vor Ort durchgeführt und die Inhalte via zoom aufgenommen oder schriftlich protokolliert. Die Durchführung und inhaltliche Auswertung der Interviews erfolgten nach den Prinzipien der Grounded Theory, indem wir unsere Vorannahmen festhielten und jeweils nach Kontrastierungen oder Bestätigungen, nach neuen Dimensionen und Differenzierungen suchten. Notizen aus dem Projektverlauf wurden ebenfalls berücksichtigt (aus Sitzungen im Team, mit dem BAG, aus informellen Gesprächen mit den Fachstellen und mit den Ärzt:innen). Diese Erkenntnisse flossen in die Vorannahmen ein. Die Ergebnisse werden im Folgenden zu jedem Leistungselement angeführt und in den Schussfolgerungen auf den Punkt gebracht.

#### 3.2. Vorbereitung des Terrains

Die folgenden Ausführungen betreffen die Leistungen 1) und 2) des Leistungsauftrages.

##### **Berichterstattung**

Beschreibung des Vorgehens und der Ergebnisse.

*Datengrundlage:* Monitoringdaten zu den Aktivitäten in den Kantonen (Tabellen mit Beschreibungen), Protokolle und Notizen aus den Teamsitzungen und aus den Sitzungen mit dem SRK, Reflexionsgespräch im Team, Interviews mit jedem Teammitglied.

Bei der Auswahl der sechs Kantone stützten wir uns auf die Bereitschaft der Kantone, auf die Interessen des BAGs betr. Impfquoten und auf die Möglichkeiten des SRK Schweiz betr. mobiles Impfen. Ausgewählt wurden die Kantone BE, NE, SO, AG, SG, TG.

### *Strategie zum Vorgehen:*

1. Kantonale Impfverantwortliche eruieren, kontaktieren und motivieren
2. Kantonale Impfverantwortliche empfehlen das Projekt den Fachstellen und relevanten Akteuren der NGOs
3. Die Fachstellen/NGOs sowie ihre Dachorganisationen motivieren und mit ihnen Interventionen planen und umsetzen.
4. Einbezug des mobilen Impfens des SRK oder von anderen Angeboten in den Kantonen

Bis Ende November verfolgten wir v.a. diese Strategie. Da wir damit nicht überall erfolgreich waren, begannen wir anschliessend weitere Kantone anzufragen (FR, BL/BS, VD, ZH). Insgesamt kamen so Kontaktaufnahmen mit 10 Kantonen zustande, wobei die Kantone Zürich und Waadt keine Möglichkeiten einer Zusammenarbeit sahen.

Da wir mit diesem *top-down-Ansatz* nicht zum Ziel kamen, begannen wir parallel zum Kontaktaufbau mit den kantonalen Impfverantwortlichen v.a. auch *bottom up* vorzugehen, indem wir Fachstellen oder auch Organisationen in den Kantonen direkt anfragten, die mit den Zielgruppen arbeiten. Dies war auch eine Empfehlung der vorgängig kontaktierten Dachorganisationen der Fachstellen. Die kantonalen Impfverantwortlichen beteiligten sich z.T. an dieser Rekrutierung, indem sie Zugänge eröffneten, oder Fachstellen und Organisationen empfahlen.

Abklärungen zu den Möglichkeiten des mobilen Impfteams der Kantone oder des SRK wurden jeweils ebenfalls vorgenommen. Hier waren die Möglichkeiten jedoch sehr beschränkt, da entweder zu grosse Personengruppen verlangt wurden (z.B. mind. 20 Personen), oder das SRK noch nicht bereit war (nach und nach stellte sich heraus, dass der Start des SRK-Projekts erst Anfang 2022 erfolgen konnte - vor allem wegen unerwartet aufwändiger Vorarbeiten mit Vertreter:innen der Kantone) oder nicht in den entsprechenden Kantonen aktiv war (ihre Aktivitäten beschränkten sich auf die Kantone Bern und Neuenburg). In Einzelfällen konnte jedoch mit mobilen Impfteams zusammengearbeitet werden. Ein Beispiel ist das Sleep-In in Biel, wo am Tag nach unserer Intervention eine Impfkation organisiert und 13 Personen geimpft werden konnten.

### **Evaluation**

*Evaluationsfragen:* Erfolgsfaktoren, Stolpersteine, Verbesserungsmöglichkeiten?

*Datengrundlage:* Protokolle und Notizen aus Teamsitzungen und aus Sitzungen mit dem SRK, Einzelinterviews mit den drei Feld-Mitarbeitenden aus dem Team, Einzelgespräch mit der PL, Reflexionsgespräch im Team.

### **Stolperstein 1:**

#### **Zu spätes Einsetzen der Intervention**

Die erste Projektphase war geprägt durch das späte Einsetzen der Intervention. Der grösste Stolperstein zeigte sich also im Zeitpunkt der Intervention. Die Pandemie befand sich in ihrer «Spätphase», so dass viele Kantone und Fachstellen eine erneute Sensibilisierung der Zielgruppen als nicht dringend ansahen. Gleichzeitig stand der Herbst/Winter bevor, und man erwartete aus Sicht des Public Health eine erneute Welle mit neuen Mutationen des Virus (Omikron), deren Gefährlichkeit noch nicht bekannt waren. Im Projekt bedeutete dies, dass während der Rekrutierungsphase intensive Motivationsarbeit geleistet werden musste. Wir fokussierten dabei auf die Zielgruppen des Projektes, die wahrscheinlich noch nicht ein zweites oder drittes Mal

geimpft waren und zudem eine hohe Vulnerabilität aufwiesen. Was schliesslich oft überzeugte, war die Erfahrung insbesondere der Fachstellen, dass sowohl Mitarbeitende als auch die Betroffenen selbst viele Unsicherheiten und Fragen hatten zum Sinn einer erneuten Herbst-Impfung, zu Impffolgen, zu Long Covid und zum Impfen generell. Da in unserem Projekt solche Fragen kompetenten Ärzt:innen gestellt werden konnten, erhielten wir trotz der grundsätzlichen Skepsis der Anbieter den Zugang zu ihren Zielgruppen und zu ihren Fachpersonen.

Wie erwähnt konnte auch die Zusammenarbeit mit dem mobilen Impfen des SRK Schweiz faktisch nur sehr punktuell erfolgen. Nach und nach wurde bekannt, dass das mobile Impfen erst Anfang 2022 und nur in zwei Kantonen angeboten werden würde (BE und NE). Wir reagierten darauf, dass wir mit jeder Fachstelle oder Organisation separat abklärten, ob ein Impfen organisiert werden könne. Dies war in sehr unterschiedlichem Ausmass der Fall. In den meisten Interventionen unsererseits konnten wir nur darauf verweisen, wo das Impfen niederschwellig (z.B. anonym) möglich war - oder die Fachstellen und Organisationen übernahmen die Begleitung.

***Verbesserungsoption:***

***Zielgruppen der Betroffenen und ihre Fachpersonen frühzeitig motivieren und informieren***

In Verlauf des Projektes und in allen Interviews der Nachbefragung wurde dieser Punkt als wichtigste «lesson learned» genannt: Die Zielgruppen der Menschen in prekären Lebenssituationen sollten viel früher mit einer solchen Intervention angegangen werden. Die interviewten Fachstellen etwa verwiesen darauf, dass ihre Klient:innen sehr dankbar für diese Anerkennung als nicht vernachlässigter Teil der Bevölkerung gewesen seien. Der Impfexperte, die Projektleiterin und der Projektmitarbeitenden betonten im Interview, dass auch der Informationsbedarf der Fachpersonen an den Fachstellen nicht zu unterschätzen sei, auch sie hätten jeweils Fragen gehabt. Als Multiplikator:innen könnten sie wichtige Motivator:innen sein, wenn sie ihre Fragen diskutieren könnten. Auch sie hätten es geschätzt, im Austausch mit medizinischen Impfexpert:innen sein zu können. Als Beispiel wurde eine «misslungene» Veranstaltung zu Beginn unseres Projektes erwähnt: Sie wurde als «Hol-Angebot» in einer Beratungsstelle für Suchtbetroffene geplant und beworben. Da keine Betroffenen erschienen waren, nutzten die anwesenden Fachpersonen die Gelegenheit, sich mit dem Impfexperten auszutauschen. Er machte also eine kleine Schulung und ein Coaching mit ihnen, was sie sehr schätzten. Herr Hatz betonte im Interview, dass dies eine sehr wichtige Intervention gewesen sei, ihre Verunsicherung sei gross gewesen und diese Unsicherheit übertrage sich dann auch auf die Klient:innen.

***Erfolgsfaktor: Agile Nutzung von Opportunitäten***

Angesichts der Komplexität der Absprachen mit Kantonen und anderen Akteuren scheint in Krisensituationen ein agiles Vorgehen und die rasche und zeitnahe Nutzung aller möglichen Opportunitäten zielführend zu sein. Statt abzuwarten und auf die Bereitschaft der Kantone und das mobile Impfen des SRK zu warten, war es sinnvoll, parallel zu den top-down-Ansätzen bereits andere Aktivitäten voranzutreiben. Diese strategische «Umstellung» im Projekt hat sich bewährt. Zudem kann so die Strategie leichter verfolgt werden, «*low hanging fruits*» unverzüglich zu «pflücken». Diese können Synergien und Kooperationen mit anderen Akteuren zur Folge haben oder weitere Akteure dazu motivieren, auch auf sehr niederschwellige Formen der Impfinformation und des Impfens umzusteigen. Ein Beispiel: Im Projekt errichteten wir mit einer Fachstelle eine Telefon-Hotline für Sexarbeitende (auf Wunsch der Fachstelle mit einer



Spanisch sprechenden Ärztin), damit sie ihre Fragen anonym stellen konnten. Diese wurde jedoch nicht genutzt. Also wechselten wir kurzerhand auf aufsuchende Strassenarbeit via Fachstelle und das SRK wiederum bot Hand dazu, dass die Sexarbeitenden anschliessend an der Impfstelle für Sans Papiers anonym mitgeimpft werden konnten.

### **Stolperstein 2: Personelle und Finanzielle Ressourcen**

Bei der Rekrutierung von Kantonen und Fachstellen / Organisationen war der zweite grosse Stolperstein deren knappe personellen und oder finanziellen Ressourcen. Die Projektleiterin und die Mitarbeitenden berichteten an Austauschsitzungen während der Aufbauphase laufend davon, dass in Zeiten der Krise zusätzliche Aufgaben von den Ansprechpartnern kaum auch noch wahrgenommen werden wollten oder konnten. Bei niederschwellig arbeitenden Organisationen (Vereine etc.), welche kaum Mittel und Personal haben, war dies noch zugespitzt der Fall.

### **Erfolgsfaktor und Verbesserungsoption:**

Den Akteuren ist bei der Einführung von zusätzlichen Interventionen folglich Entlastung anzubieten. Diese kann personell und finanziell ausgerichtet sein. Im Projekt versuchten wir deshalb, ihren Organisationsaufwand für sie möglichst gering zu halten, indem wir entweder möglichst vieles übernahmen (personelle Entlastung) oder sie mit kleineren Beträgen finanziell entschädigten (*Incentives*). Diese Strategie hat sich bewährt. Insbesondere das Interesse und die Motivation der kleineren Organisationen wurde durch die finanziellen Beiträge stark gefördert. In Zukunft könnten analoge Entlastungsformen zielführend sein.

## **3.3. Rekrutierung und Coaching der Ärztinnen und Ärzte**

Die folgenden Ausführungen betreffen die Leistungen 4) und 5) des Leistungsauftrages.

### **Berichterstattung Rekrutierung der Ärztinnen und Ärzte:**

*Berichterstattung:* Beschreibung des Vorgehens und kritische Reflexion durch das Projektteam

*Evaluationsfragen:* Welche Wege waren in einer Krisensituation nötig, um die Ärztinnen und Ärzte rekrutieren zu können? Inwiefern ist die Rekrutierung gelungen oder nicht genügend gelungen? Welche Anforderungen wurden an sie gestellt?

*Datengrundlage:* Rückmeldungen des Coaches, Rückmeldungen der Ärzt:innen, Rückmeldungen der Projektleiterin, Reflexionen im Team

Die Rekrutierung erfolgte einerseits durch das bereits bestehende Netzwerk an Ärztinnen und Ärzten, welche bereits im parallellaufenden Projekt Covid-19 Migration aktiv waren:

- Prof. em. Dr. med. Chr. Hatz, Impfspezialist (ehem. Mitglied EKSI) Tropeninstitut Basel, pensioniert (ganze Schweiz, Sprachen D/F/E). Rekrutiert aufgrund früherer Forschungsprojekte und Covid-19 Migration.
- Dr. med. Solanghe Cruz, Kantonsarztamt Kanton Luzern (Contact Tracing), zuständig für die Schulung der Contact-Tracer:innen. (ganze Schweiz, Sprachen ESP/D). Rekrutiert aufgrund anderer Projekte (Rauchstopp Benachteiligte TPF und Covid 19 Migration)

Weitere Ärztinnen und Ärzte rekrutierten wir in spezifischen Kantonen:

- Dr. med. Adham Mancini, Médecin Chef de Clinique adjoint, Centre Neuchâtois de Psychiatrie. (Sprachen F/E, Arabisch) Rekrutiert mit Unterstützung einer Fachstelle in Neuenburg.
- Dr. med. Gül Efe, FMH allg. innere Medizin, Psychosomatische und psychosoziale Medizin, delegierte Psychotherapie. Gemeinschaftspraxis in Zürich. (Sprachen TR/D). Sie konnte rekrutiert werden, weil sie bereits in einem anderen Projekt (Rauchstopp Benachteiligte TPF) mit uns zusammenarbeitete.
- Nadja Mrosek, MD PhD, Medical Expert im Kantonsarztamt des Kantons Solothurn, Schulung von Contact-Tracer:innen und aufsuchend Impfenden im Kanton Solothurn. Wir rekrutierten sie, weil wir schon in anderen Projekten mit ihr zusammengearbeitet hatten (Covid 19 Migration BAG, Rauchstopp Benachteiligte TPF). (Sprache D)

### Evaluation Rekrutierung

Für das Projekt konnten wir also insgesamt drei Ärztinnen und zwei Ärzte rekrutieren. Sie reisten z.T. in mehrere Kantone, da wir nicht für jeden Kanton eigene Ärzt:innen oder Vertrauensärzt:innen der Kantone rekrutieren konnten. Einige angefragte Kantone verwiesen darauf, dass ihre Ärzt:innen bereits sehr in die eigenen Impf-Aktivitäten oder in die klinische Arbeit mit Covid-Patient:innen eingebunden und deshalb nicht disponibel seien. Wir liessen also vor allem unser Netzwerk spielen und griffen auf Ärztinnen und Ärzte zurück, mit denen wir bereits in anderen Projekten zusammenarbeiten. Die Fachstellen hatten in der Regel keine eigenen Ärzt:innen zur Verfügung, nur in einem Fall wurde medizinisches Personal von einer Fachstelle eingesetzt.

Wir achteten darauf, dass die Ärzt:innen bereits Erfahrungen mit Impffragen hatten und dem Impfen offen gegenüber standen, da sie es im Sinne des BAGs vertreten mussten, dies wurde beim Coaching geprüft. Zudem klärten wir mit ihnen ab, ob sie es gewohnt waren, auch mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen zu arbeiten und ob sie eine Haltung der Akzeptanz gegenüber den Zielgruppen aufweisen. Alle mussten weiter bereit sein, auch aufsuchend und flexibel in den Settings unserer Zielgruppen zu arbeiten. Für eine Person erwies sich dies im Verlauf des Projektes als zu belastend (Sexarbeit), so dass sie aus dem Projekt ausstieg. Wir fuhren dann in diesem Setting anschliessend mit einer anderen Ärztin aus dem Team weiter. Andere Ausfälle kamen nicht vor. Für die Intervention bei den Sans Papiers in Zürich arbeiteten wir mit einer Ärztin des SRK und mit einer spanischsprechenden Ärztin aus unserem Team (Spanisch wurde verlangt).

Bei der Rekrutierung wurde nach Möglichkeit auch die Mehrsprachigkeit der Ärztinnen als Kriterium beachtet, da wir möglichst ohne Übersetzer:innen informieren wollten. In den meisten Interventionen ist dies auch gelungen. Wenn eine sprachlich sehr heterogene Gruppe anwesend war (z.B. in Notschlafstellen), behelfen wir uns dann mit Verkehrssprachen oder mit spontanen Übersetzungshilfen untereinander oder mit Hilfe der Mitarbeitenden.

**Fazit:** Wiederum war ein agiles Vorgehen und ein Nutzen von Opportunitäten auch bei der Rekrutierung nötig, da wir mit einem Top-Down Ansatz (Anfragen an Kantone zur Rekrutierung von Ärzt:innen) nicht zum Ziel kamen. Hilfreich war ein intaktes vorhandenes Netzwerk an Ärzt:innen durch uns als Mandatsnehmerin. Zu rechnen ist in einer Krisensituation zudem mit Ausfällen, was wieder ein rasches und unkompliziertes Umdisponieren v.a. durch die Projektleitung und das Projektteam verlangt. Trotzdem ist

an den folgenden Kriterien festzuhalten: Positive Haltung gegenüber dem Impfen, Bereitschaft zur aufsuchenden Arbeit, Bereitschaft zur Arbeit mit Menschen in prekären Lebenssituationen, Haltung der Akzeptanz, möglichst Mehrsprachigkeit oder Übung im Arbeiten mit (spontaner) Übersetzung in einfacher Sprache, hohe Flexibilität etc.

### **Berichterstattung Coaching der Ärztinnen und Ärzte**

*Berichterstattung:* Beschreibung des Vorgehens und kritische Reflexion durch das Projektteam und die Ärzt:innen

*Datengrundlage:* Interviews mit den Ärzt:innen, Rückmeldungen des Coaches, Rückmeldungen der PL, Reflexion im Team

Die Ärzt:innen erhielten zu Beginn eine standardisierte Präsentation als Grundlage, die das Projektteam zusammen mit dem Impfexperten und mit dem BAG erarbeitete. Bei Änderungen im Verlauf der Pandemie wurde sie kontinuierlich angepasst und an die Ärzt:innen geschickt. Alle Ärzt:innen erhielten die Auflage, die Inhalte gemäss dieser Präsentation zu kommunizieren. Sie setzten sich in der Folge selbständig mit der Präsentation auseinander und wurden anschliessend noch persönlich gecoacht.

Das Coaching führte wie im bereits laufenden Parallel-Projekt zur Migrationsbevölkerung Prof. em. Dr. med. Christoph Hatz durch. Er war vor seiner Emeritierung Mitglied der eidgenössischen Kommission für Impffragen und während der Pandemie aktiv im Kantonsspital St. Gallen (Coaching der Mitarbeitenden etc.). Zudem hat er grosse Erfahrung in der Beratung von sog. schwer erreichbaren Zielgruppen und in der aufsuchenden Arbeit in schwierigen Kontexten. Er begleitete beide Projekte sehr engagiert und stand bei Fachfragen permanent zur Verfügung.

Das erste Coaching des Teams erfolgte bei drei Ärzt:innen online zusammen mit den Ärzt:innen aus dem Projekt Covid Migration. Mit den anderen beiden Ärzt:innen wurden individuelle Schulungen mit jeder Ärzt:in durchgeführt. Der nur Französisch und Arabisch sprechende Arzt wurde einzeln in französischer Sprache geschult. Im Coaching wurde neben den Inhalten zum Impfen und zur Impfung ein Schwerpunkt auf die einfache Vermittlung des komplexen Themas Impfen gelegt, zumal dieses nun in einer Spätphase der Pandemie nochmals empfohlen werden sollte. In der Folge erfolgte das Coaching durch unseren Experten via Anfragen durch das Projektteam und Video Calls oder Anrufe. Die Projektleiterin leitete während oder nach den jeweiligen Interventionen, bei denen neue Fragen auftauchten, diese an den Coach weiter. Dieser beantwortete die Fragen schriftlich und die Projektleiterin speiste sie wieder zurück an die Ärzt:innen-Gruppe. Allenfalls nahm die Projektleiterin auch noch Rücksprache mit dem BAG und klärte dort offene Fragen. Dies war insbesondere bei jeweiligen Anpassungen der staatlichen Empfehlungen (z.B. Anerkennung von Impfungen aus dem Ausland), bei neuen Forschungserkenntnissen oder bei zirkulierenden Informationen in den Medien wichtig (z.B. bei Falschinformationen oder stark verunsichernden Informationen). Bei Bedarf wurden zudem Besprechungen per Video oder Telefon genutzt. Manchmal wurde auch direkt während der Intervention angerufen, wenn die Antwort nicht warten konnte (z.B. in Notschlafstellen, im Setting der Strassenprostitution), da die Fluktuation in gewissen Settings sehr gross war. Da die Empfehlungen und das Wissen zu Covid-19 sich im Verlauf des Projektes ständig veränderten, waren wir alle (Ärzt:innen und Projektteam) in permanentem Austausch mit unserem Impfexperten. Die Projektleiterin stand für Auskünfte und für Coachings zur aufsuchenden Arbeit etc. ebenfalls in engem Austausch mit den Ärzt:innen. Sie fungierte als erste Anlaufstelle für Fragen oder Anliegen von ihnen. Sie kontrollierte zudem regelmässig die Webseiten

des BAGs zu neuen Informationen oder wurde vom zuständigen Team innerhalb des BAGs über neue Web-Inhalte informiert, die weiterzureichen waren. Die Projektleiterin schickte diese jeweils an die Ärzt:innen und bei Bedarf wurden sie noch mit dem Team besprochen.

### Evaluation Coaching

*Evaluationsfragen speziell zum Coaching:*

Welche Formen des Coachings haben sich bewährt? (Akzeptanz, Lerneffekte) Entsprach das Coaching den Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte? Konnte es adäquat durchgeführt werden?

*Datengrundlage:* Interviews mit den Ärzt:innen, Rückmeldungen des Coaches, Rückmeldungen der PL, Reflexion im Team.

In den Interviews mit den Ärzt:innen betonten alle Befragten, dass ihnen das Coaching zur Kommunikation mit den Zielgruppen geholfen habe. Man habe gemerkt, dass der Coach grosse Erfahrung im Zugang zu marginalisierten Gruppen habe (akzeptierende Haltung vermitteln und Vertrauen schaffen als erster Schritt, sie ernst nehmen, einfache Kommunikation zum Impfthema, ihre Fragen mit ihnen diskutieren etc.). Einige Befragte bemerkten zudem, dass auch der Austausch untereinander interessant gewesen sei und ihnen Ideen bei impfkritischen Personen oder Gruppen gegeben habe. Der Bedarf an Grundinformationen zum Impfen und zur Covid-19 Impfung war sehr unterschiedlich: Jene Ärztinnen, die bereits selbst in der Schulung von Contact-Tracern aktiv waren, hatten einen geringen Bedarf, die anderen einen grösseren. Die Ärzt:innen schätzten es, dass der Coach auch individuelles Coaching anbot. Auch sei es hilfreich gewesen, bei jeder Neuerung unverzüglich durch die Projektleiterin nach deren Rückfragen an den Coach oder durch das BAG informiert worden zu sein. Es habe noch eine grosse Unsicherheit zur neuen Variante Omikron bestanden, gleichzeitig seien die Zielgruppen und teilweise auch das Fachstellen-Personal impfmüde geworden. Es habe eine starke Ambivalenz gegenüber dem Impfen in dieser Pandemie-Phase bestanden. Hier gemeinsam Argumente für ein erneutes oder erstes Impfen zu erkennen und besprechen zu können, sei essenziell gewesen. Der Coach selbst bemerkte im rückblickenden Interview, dass man in diesen Situationen in der Interaktion mit den Zielgruppen oder mit dem Fachstellen-Personal die Unklarheiten benennen, und diese keinesfalls mittels scheinbarer Faktizität übergehen solle, da in den (sozialen) Medien u.U. die unterschiedlichsten und gegensätzlichsten «Fakten» zirkulierten.

Weiter wurde in den rückblickenden Interviews und in den Rückmeldungen während der Feldarbeit hervorgehoben, dass der Coach nicht nur Wissen und Didaktik vermittelt habe, sondern v.a. ein gutes «Vorbild» gewesen sei, was die Haltung gegenüber der Zielgruppe der Menschen in prekären Lebenssituationen betreffe. Er habe nicht nur erklärt und besprochen, sondern Akzeptanz auf Augenhöhe als Vertrauen schaffende Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen in diesen Gruppen und bei diesem ambivalenten Thema vorgelebt (*Role Model*-Funktion). Dies habe sie motiviert.

**Fazit:** Aus der Sicht der Ärzt:innen, des Coaches und des Projektteams hat sich das Vorgehen beim Coaching bewährt. Alle bemerkten, dass sie zufrieden mit dieser Form waren. Es musste jedoch auch beim Coaching des Öfteren sehr schnell gehen: wiederum war also Agilität und Flexibilität unabdingbar. In dieser Situation war es schwierig, alle zusammen gleichzeitig für einen Austausch oder für eine Lernsequenz einzubinden. Das bedauerten alle etwas, inklusive das Projektteam. Man hätte durch mehr solcher Sessions sicher noch mehr voneinander lernen und einander unterstützen können. Leider

war dies nicht möglich: Die meisten Ärzt:innen arbeiteten, und dies zu unterschiedlichen Tages- oder Nachtzeiten. Oder die Interventionen fanden bereits am Wochenende oder abends statt etc., so dass auch diese Zeitfenster kaum in Fragen kamen. Es gelang gemäss den Aussagen der Befragten trotzdem, mit diesem Vorgehen gute Lerneffekte und einen wahrscheinlich sehr aktuellen und guten Stand des Wissens zum Impfen zu erreichen. Wichtig ist auch die Personenabhängigkeit: Es lohnt sich, einen Coach zu rekrutieren, der sowohl hohe Kompetenzen im Thema Impfen und Impfberatung (auch bei impfkritischen Zielgruppen) aufweist und diese mit einer Zugänglichkeit zu den anzusprechenden Zielgruppen vereint. Gerade bei stark stigmatisierten und marginalisierten Zielgruppen dürfte diese «*Role-Model*» Funktion nicht zu unterschätzen sein.

### 3.4. Bereitstellen von Unterlagen

Die folgenden Ausführungen betreffen die Leistungen 7), 8), 10) des Leistungsauftrages.

#### **Berichterstattung**

*Berichterstattung:* Beschreibung des Vorgehens bei der Entwicklung und Distribution der Unterlagen, kritische Reflexion durch das Projektteam.

*Datengrundlage:* Produkte, Gesprächsnotizen, Monitoringdaten zur Distribution, Rückmeldungen der Fachstellen und der Ärzt:innen.

Präsentation: Für die Ärzt:innen erstellten wir eine Präsentation mit den wichtigen Informationen, die zu vermitteln waren (vgl. oben) und aktualisierten diese laufend. Das Team und nach Bedarf auch die Fachstellen wurden ebenfalls mit der Präsentation bedient. Falls Fragen auftauchten, wurde diese durch das Team oder den Coach erläutert. Als Grundlage zum Thema Impfen diente die Präsentation aus dem BAG-Projekt «Covid-19 Migration». Es wurde versucht, diese Präsentation an die Bedürfnisse der Zielgruppen von Menschen in prekären Lebenssituationen anzupassen – einfach formuliert, mit Hinweisen für die Ärzt:innen in den Notizen. Anders als im Projekt Covid-19 Migration zeigten wir die Präsentation im vorliegenden Projekt zu Menschen in prekären Lebenssituationen jedoch nicht, da diese Settings und Personen eher auf ganz kurze mündliche Inputs und auf Gespräche angewiesen waren. Die Präsentation diente vielmehr dazu, dass alle Projektakteure im Feld sich auf die gleichen Grundlagen beziehen und die gleichen Inhalte vermitteln. Eine Ausnahme war eine Bildungsveranstaltung für Menschen in prekären Lebenssituationen (Sozialhilfebezügler, Obdachlose, Asylsuchende, Sans Papiers, Armutsbetroffene) in der Organisation Planet 13 in Basel. Dort hielt die Ärztin ein interaktives Referat anhand der Präsentation mit anschliessender längerer Diskussion.

Flyer: Je nach Bedarf der Fachstellen erstellten wir zielgruppengerecht aufbereitete Flyer, die dann allenfalls auch in unterschiedliche Sprachen übersetzt wurden. Grundsätzlich versuchten wir, sie in möglichst einfacher Sprache und wenig textlastig zu halten. Wir arbeiteten hier stark partizipativ: Die Teammitglieder im Feld besprachen sich mit den Fachstellen und erstellten entsprechende Flyer: z.B. zur Bewerbung der Intervention oder Flyer mit Hinweisen zu lokalen Impfmöglichkeiten oder Impftagen. Die Flyer wurden anschliessend von den Fachstellen verteilt und einmal nur aufgelegt.

Angepasste Kommunikationsmittel: Die Kommunikationsmittel wurden gemäss den jeweils neuen Botschaften und Informationen des BAGs angepasst und aktualisiert. Dies betraf wie erwähnt insbesondere die Präsentation und das entsprechende Coaching

der Feldmitarbeitenden und der Ärzt:innen. Wir arbeiteten hier eng mit der Vertreterin M. Pochon aus dem BAG zusammen. Falls es zu Fragen betreffend die Anpassungen kam, wurden diese umgehend zu beantworten versucht.

Distribution von Unterlagen des BAGs: Die Unterlagen des BAGs wurden direkt bei den meisten Zielgruppen eher wenig distribuiert (Videos, Info-Flyer etc.), da bei ihnen die mündliche Intervention im Vordergrund stand. Sie hatten dafür oft keine Kapazitäten (z.B. bei psychischen Belastungen, Sucht). Die Ärzt:innen und die Fachstellen wurden jedoch laufend informiert und das Material wurde durch die Projektleiterin weitergeleitet oder bei Fragen auch diskutiert. Was spezifische Zielgruppen jedoch sehr interessierte, waren die Informationen zur Gültigkeit von Impfungen aus dem Ausland (z.B. bei den Sexarbeitenden und bei den Personen in den Notschlafstellen), weil einige dort bereits geimpft wurden, allerdings mit anderen Impfstoffen und jetzt ein Booster anstand. Oder zum Erhalt von Zertifikaten (z.B. bei Obdachlosen ohne Adresse oder Handy). Hier stellten wir die Informationen zusammen und gaben sie an die Fachstellen zur Distribution weiter. Manchmal schaffte auch ein sofortiger telefonischer Austausch mit dem Coach Klarheit. Wir versuchten weiter, die Fachstellen zu motivieren, Hilfestellungen zu geben, damit sie diesen Personen dabei helfen konnten, zu einem Zertifikat zu kommen (z.B. die Möglichkeit, die Adresse der Fachstelle anzugeben statt eine Wohnadresse). Einige der Zielgruppen brauchten die Zertifikate dringend, z.B. zum Aufenthalt in der Wärme eines Restaurants.

### Evaluation

Akzeptanz und geschätzter Nutzen (durch das Projektteam), Verbesserungsmöglichkeiten in einer nächsten Krise?

#### Akzeptanz

Die Akzeptanz zu diesem Vorgehen bei der Entwicklung, Anpassung und Distribution der Kommunikationsmittel betreffend die Botschaften und Informationen des BAGs war bei den Fachstellen und bei den Ärzt:innen sehr gross. In Rückmeldungen während der Feldarbeit und in den rückblickenden Interviews wurde von den Fachstellen wieder vor allem erwähnt, dass auf ihren Bedarf eingegangen und dass sie entlastet wurden, indem das Projekt zwar die Produktion der Unterlagen übernahm, sie aber trotzdem mitbestimmten, was auf den Flyern stehen sollte, in welcher Form und in welche Sprachen übersetzt werden sollte, so dass die Botschaften ihren Zielgruppen entsprechen würden, resp. sie ansprachen. So hatten sie keinen zusätzlichen Aufwand. Wir übernahmen ihre Empfehlungen betr. die Vermittlung der Inhalte und gingen auf ihre Bedürfnisse ein. Zu den Inhalten in der Präsentation gab es von allen Beteiligten (Team, Fachstellen, Ärzt:innen) immer wieder Fragen wie: «Wie vermittele ich, dass in dieser späten Phase Booster-Impfungen noch wichtig sind?» «Ist die Omikron-Variante gefährlich?» etc. Hier war unser Coach sowohl inhaltlich wie auch didaktisch eine wichtige Instanz, aber auch die Vertreterin des BAGs, die uns immer auf dem Laufenden über die neuesten Entwicklungen im Wissensstand hielt. Zur Akzeptanz der Informationsunterlagen des BAGs bei den Zielgruppen der Betroffenen können wir weniger sagen, da sie eher indirekt zum Zuge kamen. Unsere Interventionen mit ihnen waren v.a. auf Mündlichkeit ausgerichtet. Falls Anliegen auftauchten, die mittels Informationsmaterials des BAGs zugänglich waren, schickten wir diese Informationen an die Fachstellen, so dass sie sich informieren konnten und dann die Information wieder (v.a. mündlich) weitergaben.

### **Geschätzter Nutzen**

Die Informationen kamen durch die laufenden Anpassungen und durch die rasche Weiterleitung und Diskussion (bei Bedarf) wahrscheinlich sehr gut bei den Fachstellen an. Zumindest gaben sie in den Interviews an, dass sie dies geschätzt hätten. So waren sie immer auf dem Laufenden. Die Zielgruppen der Betroffenen waren eher auf direkte mündliche Information und auf Hilfestellungen durch die Fachstellen angewiesen. Die neuen und angepassten Informationen mussten auch immer wieder erklärt werden (Weshalb hat eine Anpassung stattgefunden? Was geschieht, wenn man die neue Regelung nicht einhält? etc.). Ohne eine solche Informationsverarbeitung wäre wahrscheinlich kaum etwas hängengeblieben. Der informative und sensibilisierende Nutzen auf Seiten der Betroffenen und des Fachstellenpersonals dürfte mit diesem Vorgehen gemäss den Rückmeldungen des Projektteams gut gewesen sein. Einen eher direkten Einfluss auf das Impfverhalten der Betroffenen durch die Informationsanpassung konnte das Projektteam an vereinzelt Stellen beobachten, wenn sie z.B. anschliessend konkrete Impftermine abmachten. Aber das Projekt setzte wie erwähnt zu einem sehr späten Zeitpunkt der Pandemie ein und von daher wäre wahrscheinlich ein erheblich grösserer Nutzen beim direkten Impfverhalten bei frühzeitigem Projektstart möglich gewesen.

### **Verbesserungsmöglichkeiten**

Die Art der Entwicklung und Anpassung von Materialien zur Informationstätigkeit war in allen Interviews und Rückmeldungen als sehr gut gelungen taxiert. Geschätzt wurden die sofortige Reaktion und Anpassung, sobald eine Neuerung vorlag und wie erwähnt, die partizipative Entwicklung der Flyer. Auch das BAG reagierte rasch auf neue Bedürfnisse an Informationen – wenn wir diese meldeten, wurden rasch neue Inhalte zur Verfügung gestellt. Hier sehen wir keine Verbesserungsmöglichkeiten.

## **3.5. Umsetzung der Interventionen**

Die folgenden Ausführungen betreffen die Leistungen 3), 9), und 11) bis 14) des Leistungsauftrages.

### **Berichterstattung**

*Berichterstattung:* Beschreibung und kritische Reflexion des niederschweligen Vorgehens und Auswertung der quantitativen Daten.

*Datengrundlage:* Monitoringliste, Rückmeldungen aus dem Team.

### **Vorgehen und Vermittlungsformen**

Die wichtigsten Botschaften und Informationen des BAGs zur Covid-19 Impfung und zum Testen sollten mittels Interventionen, aufsuchender Informations- und Sensibilisierungsarbeit in Zusammenarbeit mit Ärzt:innen und Fachstellen niederschwellig vermittelt werden.

### Zusammenarbeit mit Fachstellen und Ärzt:innen:

Wie schon erwähnt, führte der erste *top-down* Versuch via Kantone in den meisten Kantonen nicht zum Ziel. Auch bei den Fachstellen zeigte sich eine analoge Erfahrung: Die Projektleiterin hatte zuerst mit nationalen Organisationen der Fachstellen Kontakt aufgenommen (z.B. Infodrog, Pro CoRe) und diese informierten dann die Fachstellen in den Kantonen, was aber kaum zu konkreten Interessensmeldungen führte. Wir mussten proaktiv vorgehen: Die Projektleiterin und die beiden anderen Feldmitarbeitenden im Team kontaktierten Fachstellen in den jeweiligen Kantonen direkt, oder in den Kantonen unterstützten die jeweiligen Impfverantwortlichen (St. Gallen und Bern). Die

Projektleiterin oder die Teammitglieder führten dann in den verschiedenen Kantonen Austauschsitzen mit den interessierten Fachstellen durch.

Anschliessend erfolgte das Vorgehen mit den Fachstellen stark partizipativ. Gemeinsam wurde jeweils besprochen, welche Interventionsformen für die jeweilige Zielgruppe in ihrem Kanton zielführend wären. Einige Fachstellen wurden persönlich besucht, mit anderen erfolgte die konkrete Planung via Videocall oder Telefon.

#### Niederschwellige Settings:

Es wurde bei diesem Austausch mit den Fachstellen in den Kantonen rasch klar, dass wir bei diesen Zielgruppen auf sehr niederschwellige (v.a. mündliche kurze Inputs und Gespräche) und aufsuchende Vermittlungsformen angewiesen waren, die sehr unterschiedlich ausgestaltet werden mussten, da die Settings stark variierten.

- *Sexarbeitende:* Arbeitsort «Strasse» wie Langstrasse in Zürich oder in Betrieben des Nachtlebens (z.B. Clubs)
- *Suchtbetroffene:* z.B. Drogen-Abgabezentren, Mittagstische, Abendessen, Gassenküchen, Notschlafstellen
- *Obdachlose:* Notschlafstellen oder Essensstellen (Gassenküchen, Heilsarmee-Essentische)
- *Sans Papiers, Armutsbetroffene, Sozialhilfeempfänger:innen:* Hybride/online Intervention, Treffpunkte, Bildungsangebote, (z.B. Basel Planet 13, Espaces La-Chaux-de-Fonds), in Zürich online Veranstaltung für Sans Papiers zusammen mit SRK zur Bewerbung der Impfangebote.

#### Niederschwellige Interventionen:

Die konkreten Interventionen wurden in der Folge stark an die Bedürfnisse der Fachstellen und ihrer Klient:innen ausgerichtet, so dass verschiedenste Formen zum Einsatz kamen. Folgende Beispiele illustrieren diese Vorgehensweise. Die detaillierten Ablaufbeschreibungen je Intervention liegen in Form einer Monitoringtabelle vor.

- **Sans Papiers:** Für die Gruppe der Sans Papiers wurde z.B. ein Gruppen-Videocall aufgebaut, wo sie sich ohne Sichtbarkeit informieren und ihre Fragen stellen konnten. Hier wurde durch eine Ärzt:in des SRK informiert, welche die Sans Papiers an der für sie eingerichteten Impfstelle impfte. Sie fungierte hier als Vertrauensperson.
- **Sexarbeitende:** Für die Sexarbeitenden in Zürich wurde entweder in Einzel- oder Kleingruppengesprächen vor Ort (z.B. auf der Strasse, in den Betrieben des Nachtlebens oder in der Fachstelle) informiert. Es war immer eine Ärztin aus unserem Team anwesend. Die Mitarbeitenden der Fachstelle konnten dann für das Impfen motivierte Sexarbeitende einen Termin abmachen und sie zum Impfen begleiten. In Winterthur übernahm eine Beratungsstelle mit ihrem bereits bestehenden Team aus Fachpersonen (aus Medizin und Pflege) die Interventionen. Die Anwesenheit der Fachpersonen der Fachstelle war in dieser Gruppe wichtig für die Vertrauensbildung. Für die Sexarbeitenden waren Flyer mit Impfinformationen in mehreren Sprachen nötig. Eine Fachstelle stellte die gewünschten Informationen zusammen und PHS übersetzte sie. Im Kanton Bern wurde gemeinsam mit dem Kanton eine Lösung gesucht: Das Impfen der Sexarbeitenden konnte schliesslich in einer speziell vorbereiteten Apotheke in der Stadt Bern erfolgen und in Zusammenarbeit mit dem SRK an der Impfstelle für Sans Papiers. Allerdings galt es noch, die Sexarbeitenden zu motivieren. Dafür waren zwei Anläufe nötig: Mit der Fachstelle Xenia wurde zuerst die Einführung einer Hotline mit einer unserer Ärztinnen (in spanischer Sprache) in



Erwägung gezogen und auch eingeführt. Dieses Hol-Angebot nutzte jedoch niemand, da sie offenbar Angst hatten, dass ihre Telefonnummer bekannt werden könnte durch einen Anruf. Schliesslich war es zielführender, Flyer für sie zu erstellen mit den Informationen für die Impfmöglichkeiten. Xenia gab diese ab und begleitete die Abgabe durch Gespräche.

Im Kanton Aargau besuchten eine Ärztin und zwei Mitarbeitende der Fachstelle Betriebe des Nachtlebens (Clubs etc.) und verteilten dort die Flyer, kamen mit ihnen ins Gespräch und beantworteten ihre Fragen.

- **Suchtbetroffene:** Hier kam aufgrund der hohen Fluktuation im Setting der Suchtmittelabgabe eine weitere Form zum Zug: Ein kurzer Input unseres Arztes, anschliessend wurden ihre Fragen in Einzelgesprächen oder Kleingruppen (z.B. beim Mittagessen) durch den Arzt besprochen. Dann hat die jeweilige Fachstelle über die bestehenden Impfangebote informiert. In einer Abgabestelle wurde die Intervention mit Kaffee und Gipfeli kombiniert, um einen Anreiz zu schaffen. Diese Strategie, *Incentives* einzusetzen, hat sich bewährt.

In einer geschlossenen Selbsthilfegruppe von Suchtbetroffenen, die sich regelmässig trifft, wurde ein Input durch eine Ärztin gegeben und die Fragen der Anwesenden beantwortet (in diesem Treffpunkt in Olten treffen sich die Menschen mit Suchtproblemen regelmässig).

- **Obdachlose, Suchtbetroffene und andere Menschen in prekären Lebenssituationen:** In den Interventionen bei Institutionen der Heilsarme wurde beispielsweise am Abendessen durch den Arzt/die Ärztin an den Tischen informiert und Fragen besprochen. Wiederum hatte jeweils vorgängig die Leitung der Institution die Anwesenden informiert und den Arzt und die Projektleiterin vorgestellt. In den meisten anderen Interventionen fanden sehr niederschwellige Kurz-Beratungen in Form von Einzel- oder Kleingruppengesprächen mit unseren Ärzt:innen statt.

In der Notschlafstelle in Biel waren alle unsere Ärzt:innen verhindert, so dass C. Salis Gross als Forscherin diese Rolle übernahm. Hier informierte das Fachstellenteam beim Nachtessen die Anwesenden, dass anschliessend die Interessierten bleiben könnten für eine Information und für Fragen zum Impfen. Am nächsten Morgen werde dann ein Impfteam anwesend sein, so dass man gleich auch impfen könne. Wir diskutierten dann mit ihnen in Kleingruppen oder einzeln während des ganzen Abends. Laufend kamen neue Personen in der Notschlafstelle an, die sich z.T. auch interessierten und mitmachten. Wir kommunizierten in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch. Am nächsten Tag liessen sich 13 Personen impfen.

In Basel und im Kanton Neuenburg wurden auch Treffpunkte mit Bildungsanteilen angesprochen. In Basel wurde in einem solchen Treffpunkt ein Referatinput durch unsere Ärztin gegeben, mit anschliessender Diskussion. In einer anderen Intervention in Basel wurden nur Frauen erreicht, da die Intervention an einem internen «Frauentag» stattfand. Bei einem weiteren Einsatz in Basel waren von der Fachstelle nur Flyer gewünscht (erstellen und in verschiedene Sprachen übersetzen) die sie dann selbst auflegten und verteilten.

### Quantitative Berichterstattung

*Datenbeschreibung und Auswertung:* Zielerreichung Menge (Anzahl Interventionen, Anzahl erreichte Personen in den verschiedenen Subgruppen, Geschlechterverteilung, Anzahl Kantone, Anzahl Fachstellen), Interpretationen durch das Projektteam.

## Durchgeführte Interventionen

Ziel war es, insgesamt ca. 40 Interventionen durchzuführen in mind. 6 Kantonen. Menschen in prekären Lebenslagen aus den Gruppen «Sans Papiers», «Obdachlose», «Sexarbeitende» und «Suchtbetroffene» sollten niederschwellig durch Ärzt:innen informiert und in ihrem Impfscheiden gestärkt werden.

Die folgende Tabelle zeigt, dass insgesamt in 8 Kantonen Interventionen stattfanden. Ein zusätzlicher Kanton (TG) wurde durch die Projektleiterin zu diesem Approach «gecoacht», worauf dort der Kanton eine analoge Intervention selbst durchführte. Das Ziel wurde betreffend die Anzahl erreichter Kantone also etwas übertroffen. Auch gelang es, fast alle Interventionen durch Ärzt:innen durchzuführen. Dies ist beachtlich, wenn man bedenkt, dass die Ärzt:innen hochflexibel sein mussten, ihre Einsätze meist kurzfristig angesagt wurden und zudem noch in mehreren Kantonen Einsätze durch die gleichen Ärzt:innen erfolgte. In einer nächsten Krise wäre dieser Bedarf nach sehr hoher Flexibilität zu bedenken.

Ärzt:innen	Anzahl Interventionen	Kantone
Lenny Solanghe	8	Aargau, Basel, Bern, Zürich
Gül Efe	1	Zürich
Christoph Hatz	9	Aargau, Basel, Neuenburg, Solothurn, St. Gallen
Adham Mancini	2	Freiburg, Neuenburg
Nadja Mrosek	5	Basel, Solothurn
Medizinisches Personal der Fachstelle Isla Victoria	12	Zürich
<b>Andere Fachpersonen</b>		
Forscherin statt Ärztin	1	Bern
Zuführen zum Impfen durch Projektleiterin und Fachstelle	1	Bern
Flyer verteilt durch Fachperson Team und Fachstelle	2-3	Basel, Bern

*Tabelle 1: Anzahl Interventionen durch Ärzt:innen und Fachpersonen aus dem Team in den Kantonen*

Das Ziel, insgesamt ca. 40 Interventionen durchzuführen, wurde ebenfalls erreicht: Es erfolgten 41 Interventionen (drei grössere Flyeraktionen wurden als 2-3 Interventionen gezählt). Alle Zielgruppen wurden gut erreicht. Allerdings waren sie in den von uns besuchten Settings häufig auch «gemischt» anwesend (z.B. in Notschlafstellen, Gassenküche, in Treffpunkten, etc.), so dass wir nicht genau aufschlüsseln können, wie viele Personen jeder Subgruppe erreicht wurden. Wir haben deshalb die geschätzten Zahlen in der folgenden Tabelle nach besuchten Gruppen in den Kantonen aufgeführt. Es wurden insgesamt ca. 1500 Personen erreicht, davon etwa je hälftig Frauen und Männer, soweit geschätzte Geschlechtsangaben vorliegen (245 bis 255 Frauen, 250 bis 300 Männer). Bei den restlichen ca. 1000 Personen war keine Geschlechtsangabe gegeben. Dies betraf einerseits einen grossen Anteil der Aktionen mit den Sexarbeitenden (mit Überhang an Frauen, aber auch Männer und Personen mit anderen Geschlechts-Identitäten). Insgesamt arbeiteten wir mit 15 Fachstellen und mit einem Sozialamt (Kanton BS)

zusammen. Mit vielen Stellen konnten mehrere Interventionen durchgeführt werden. Detaillierte Angaben zu allen Interventionen finden sich in einer Monitoringtabelle.

Kanton	Gruppe	Anzahl Interventionen	Anzahl erreichte Personen
Aargau	Sexarbeitende	3	33
	Armutsbetroffene, Menschen mit Suchtproblemen, Obdachlose, etc.	1	15
Basel	Obdachlose, Sozialhilfebezügler, Sans-Papiers, Asylsuchende, Armutsbetroffene	9	585 - 645
	Sexarbeitende	2	23
Bern	Sexarbeitende	2	nicht erfasst
	Obdachlose	1	13
Freiburg	Suchtbetroffene	1	12
Zürich	Sexarbeitende	15	812
Neuenburg	Sans-Papiers, Obdachlose, Asylsuchende	1	28
	Suchtbetroffene	1	13
Solethurn	Armutsbetroffene	1	3
	Suchtbetroffene	1	5
St. Gallen	Suchtbetroffene, Obdachlose	3	75
	Total	41	ca. 1500

Tabelle 2: Anzahl Interventionen pro Kanton und Gruppe, Schätzung erreichte Personen

## Evaluation

**Fachstellen:** In den Interviews mit fünf Fachstellen erwähnten diese durchwegs positive Erfahrungen mit dem Vorgehen und mit der Umsetzung. Einige erwähnten, dass sie ohne die Entlastung durch das Projekt, wohl kaum noch Impfpromotion gemacht hätten. Sie selbst und auch die Klient:innen seien stark verunsichert gewesen. Die Ärzt:innen hätten auch deswegen eine sehr wichtige Rolle gespielt. Ohne anwesende Ärzt:innen wären die Mitarbeitenden und die Klient:innen kaum mehr zu überzeugen gewesen.

Gleichzeitig sei es jedoch auch wichtig gewesen, dass die Anwesenheit der Ärzt:innen als grosse Anerkennung aufgenommen wurde: Die Klient:innen fühlten sich als gleichwertige Bürger:innen ernst genommen und reagierten oft im ersten Moment erstaunt und dann dankbar und interessiert am Thema. Ein weiterer Punkt sei die Haltung der Ärzt:innen gewesen, welche zur Akzeptanz der Intervention geführt habe. Es wurde ausgewogen informiert und diskutiert, Impfangebote gemacht (und anschliessend bei Bedarf eine Begleitung organisiert), aber nicht forciert. So seien sie (Mitarbeitende und Klient:innen) darin gestärkt worden, schliesslich selbst zu entscheiden.

Einige finanziell schwach aufgestellte Fachstellen betonten als positives Element der Zusammenarbeit die personelle oder finanzielle Entlastung, die das Projekt ihnen gebracht habe. Diese «Incentives» waren eine nicht zu unterschätzende Motivation für die Teilnahme am Projekt.

Wichtig für die Fachstellen war weiter, dass wir bei Unsicherheiten oder Unklarheiten ihre Fragen aufnahmen, dann für sie z.B. beim BAG abklärten und dann an die Fachstellen zurückspeisten. Das wurde sehr geschätzt.

Als kritische Punkte erwähnten Leitende der Fachstellen den späten Einstieg. Diese Interventionen wären eigentlich zu Beginn der Pandemie sehr wichtig gewesen, aber damals hätten sie keine ähnliche Unterstützung erhalten. Eigentlich sei es jetzt zu spät gewesen. Zudem erwähnte eine Fachstelle, dass sie sich eine stärkere Einbindung auch in die Aktivitäten des Kantons gewünscht hätten. Es wäre besser gewesen, wenn die Fachstellen bereits in der Planungsphase der Kantone systematisch eingebunden würden. Hätten sie zudem vom Kanton finanzielle Unterstützung oder personelle Entlastung für die Zeit der Pandemie erhalten (wie im Projekt), hätten sie wesentlich mehr Impfungen mit den Sexarbeitenden machen können.

**Ärzt:innen:** Die Ärzt:innen waren stark motiviert, weil sie die Wichtigkeit des Impfens vertraten. Zwei von ihnen erwähnten, dass es zwar manchmal mühsam gewesen sei, in dieser unklaren Situation, das Impfen weiterhin zu vertreten. Aber bei diesen Zielgruppen sei mehrmalige Immunisierung für sie wichtig gewesen. Es wurden also vorwiegend medizinische Gründe angeführt. Manchmal seien die Interaktionen sehr herausfordernd gewesen, weil auch Personen mit Multimorbiditäten (z.B. Sucht und psychische Krankheit) vorlagen. Alle befragten Ärzt:innen motivierten sich auch mit dem Aspekt der Unterstützung von benachteiligten Personen. Diesen Gruppen auch einen Zugang zu korrekter Information und zur Beantwortung ihrer Fragen zu geben, habe sie motiviert. Die Betroffenen hätten immer wieder sog. «Fake News» zum Impfen eingebracht, bis hin zu Verschwörungstheorien. Diese Sichtweisen mit korrekten Fakten zu kontrastieren, sei eine wichtige Aufgabe gewesen. Zudem habe es ihnen auch Befriedigung gegeben, eine sinnvolle gesellschaftliche Aufgabe wahrzunehmen.

Kritik wurde ebenfalls eingebracht: Da die Kommunikation zum Impfen auch von öffentlicher Seite mehrmals nicht so ideal gewesen sei, hätten sie als Ärzt:innen im Feld dies wieder aufzufangen versuchen müssen. Das sei oft unangenehm gewesen, aber in Krisen wohl nicht zu vermeiden: Wichtig wäre wahrscheinlich gewesen, früher mit solchen vertrauensstärkenden interaktiven Vorgehensweisen zu arbeiten. Das hätte auch Multiplikationseffekte haben können auf weitere Personengruppen. Ein Arzt betonte weiter, dass insbesondere Interventionen bei den Fachstellen-Mitarbeitenden ebenfalls wichtig wären, da sie des Öfteren kritisch dem Impfen gegenüberstanden. Die Haltung gegenüber dem Impfen übertrage sich nicht selten auf die Klient:innen. Ein Leiter einer Fachstelle bestätigte dies.

*Anregung:* von einem Arzt kam noch eine Anregung für eine spätere/nächste Krise. Der Approach könne für jegliche akute Krise gut genutzt werden. Als Beispiel erwähnte er das Problem des Diphtherie-Aufkommens in den Asylzentren. Hier hätte man mit diesem aufsuchenden informierenden Ansatz ebenfalls rasch handeln können.

**Projektteam:** Das Projektteam war kritischer und z.T. sogar etwas frustriert. Den Aufwand zu Beginn des Projektes bewerteten alle drei Befragten als zu gross. Statt lange den top-down-Ansatz weiterzuverfolgen, hätte man besser gleich im Herbst mit der Rekrutierung von Fachstellen begonnen. Damals waren die Fachstellen noch interessiert, was ab Januar sehr schwierig wurde, da langsam klar wurde, dass die Virus-Variante Omikron zwar ansteckender sei, aber nicht so gefährlich. Die Projektleiterin betonte, dass

mit weiteren Fachstellen zusätzliche Interventionen besprochen wurden, diese aber nicht umgesetzt werden konnten, weil sie nicht so lange warten konnten. Sie erwähnte ebenfalls nochmals den Kanton Thurgau, der nach einem Coaching ebenfalls selbst umsetzte. Die Feldmitarbeitenden waren auch kritischer gegenüber den Interventionen: Zwei von ihnen fanden es oft schwierig in Interaktionen mit sehr impfkritischen Personen. In Interventionen, wo das Interesse geschaffen werden konnte, berichteten sie von sehr befriedigenden und motivierenden Bedingungen, so dass sie wieder mit Lust weitermachten. Die Projektleiterin hingegen fand das Projekt trotz der Widrigkeiten sehr wichtig und motivierend – sie argumentierte ebenfalls wie die Ärzt:innen mit dem chancengerechten Zugang zu Information auch für Gruppen, mit denen die Kommunikation generell und speziell zu diesem Thema schwierig sein kann.

**Fazit:** Ohne die enge Zusammenarbeit mit den Fachstellen wäre das Projekt nicht umzusetzen gewesen. Die methodische Wende, die wir vorgenommen hatten, hat sich bewährt. Wahrscheinlich hat dies nicht nur mit dem späten Zeitpunkt der Pandemie zu tun, sondern es ist generell für Krisensituationen hilfreicher, als auf die Kantone etc. zu warten. Die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen war inhaltlich wichtig (genaue und korrekte Informationsvermittlung), aber vor allem auch vertrauensbildend. Wichtig war auch für alle ihre Mehrsprachigkeit, weil man oft die Sprachen wechseln musste innerhalb einer Intervention. Zentral war für alle weiter die aufsuchende Arbeit und eine hohe Flexibilität für Interventionen in diesen Zielgruppen, insbesondere in einer Krisensituation.

### 3.6. Dissemination

Die Erfahrungen im Projekt stellten wir an einer nationalen Fachtagung des SRK Schweiz in einem Workshop vor.

15.9.2022

Nationale Fachtagung des Schweizerischen Roten Kreuzes im Wankdorf Bern zum Thema «Lernen aus Krisen: Wie können wir benachteiligte Menschen besser erreichen?»

Workshop: «Wir haben Migrant:innen und Menschen in prekären Lebenssituationen erreicht! Wie?» (Emine Sariaslan, Shivaneshan Vinasithampi, Dr. med. Amjad Mallisho, Corina Salis Gross)

## 4. Schlussfolgerungen

### Agiles Vorgehen

In einer nächsten ähnlichen Krisensituation wäre sicher ein früherer Einstieg von niederschweligen Interventionen bei den Zielgruppen von Menschen in prekären Lebenssituationen erfolgversprechender. Der *top-down-Ansatz* und das Abwarten des Impfangebots des SRK (welche ebenfalls in Abklärungen mit Kantonen steckten) zu Beginn des Projektes verzögerten den Start der Interventionen zu stark. Bewährt hat sich ein agiler Mix aus *bottom-up* und *top-down* Aktivitäten, also zwischen der Kontaktaufnahme mit den Kantonen oder mit nationalen Organisationen der Fachstellen oder des SRK und mit den konkreten Fachstellen, wobei auch mit den Fachstellen möglichst früh begonnen werden sollte. Zielführend für die konkrete Etablierung von Interventionen war schliesslich vor allem der direkte Kontakt mit den Fachstellen. Kantonale Impfverantwortliche unterstützten z.T. tatkräftig, wenn es um das Schaffen von angepassten Impfgelegenheiten ging. Mit diesen Impfverantwortlichen in Kontakt zu kommen, brauchte jedoch einige Zeit, weil oft nicht leicht herauszufinden war, wer zuständig ist, trotz der Unterstützung des Projektteams durch das BAG. Ein agiles Vorgehen mit Nutzung von allen Opportunitäten (inkl. Nutzung von «*low hanging fruits*») erwies sich schliesslich als das zielführendste.

### Ärzt:innen als Intervenierende

Ein zentraler Erfolgsfaktor bestand darin, dass Ärzt:innen in die Feldarbeit involviert waren. Dies schuf Vertrauen bei den Fachstellen und insbesondere auch bei den Zielgruppen der Menschen in prekären Lebenssituationen. Die Ärzt:innen konnten korrekte Informationen vermitteln und gleichzeitig auch in Gesprächen auf Fragen eingehen. Allerdings war die Aufgabe anspruchsvoll, da sowohl aktuelles Wissen gefragt war, als auch kompetente Kenntnisse zum Impfen, eine akzeptierende Haltung, die Fähigkeit zur einfachen Vermittlung von komplexen Inhalten, Beratungskompetenzen für Menschen in schwierigen Lebenssituationen und mit Multimorbiditäten (z.B. Sucht und psychische Krankheiten), oder eine hohe Bereitschaft zu flexiblen und kurzfristigen Einsätzen. Ideal ist weiter, wenn sie mehrere Sprachen sprechen. Es gilt also, diese Kriterien bei der Rekrutierung zu berücksichtigen. Im Projekt ist dies gut gelungen, wir hatten nur einen «*drop-out*» in unserer Ärzt:innengruppe zu verzeichnen.

### Enge Zusammenarbeit mit Fachstellen

Die enge Zusammenarbeit mit den Fachstellen hat sich für die Zielgruppen von Menschen in prekären Lebenssituationen am besten bewährt. Sie sollten frühzeitig und partizipativ eingebunden werden, auch bei der Planung von Impfangeboten in den Kantonen. Die Fachstellen sind diejenigen Akteure, die die Zielgruppen erreichen, da sie die Settings anbieten, welche die Betroffenen nutzen. Dies umso mehr, da sich Hol-Angebote nicht bewährt haben. Da diese Fachstellen jedoch personell und finanziell oft sehr schwach ausgestattet sind, benötigen sie Unterstützung. Projekte wie das vorliegende können hier entlasten und wirken als Erfolgsfaktor für Interventionen in Krisen. Die Finanzierung solch externer Unterstützung könnte wie im vorliegenden Fall national durch den Bund geschehen oder auch via Kantone.

Im Projekt hat sich weiter bewährt, die Fachstellen zu sensibilisieren. In einem ersten Schritt betraf das die Leistungspersonen. Die Erfahrung zeigt, dass nur Interventionen zustande kamen, wenn die Leitung dem Impfen eher positiv eingestellt war. Wichtig war ebenfalls, dass die Mitarbeitenden von Fachstellen manchmal die Gelegenheit hatten, ihre Fragen zum Impfen mit einem Arzt oder einer Ärztin zu diskutieren. Die

Haltung der Fachstellen gegenüber dem Impfen überträgt sich leicht auch auf Ihre Klient:innen, auch wenn diese Haltung eher unbewusst vermittelt wird – so berichtete eine impfkritische Leitungsperson. Für eine nächste Krise wäre deshalb zu überlegen, ob nicht auch Interventionen auf Ebene des Fachstellenpersonals wichtig sein könnten.

#### Zusammenarbeit mit den Betroffenen

Für die Erreichbarkeit und für die Zusammenarbeit mit den Zielgruppen war zentral, dass die Interventionen in einem vertrauten Umfeld und im Beisein von vertrauten Fachpersonen stattfanden. Der *setting-approach* im aufsuchenden Modus war also ausschlaggebend. Die Ärzt:innen wurden vielerorts als sehr willkommene «Gäste» wahrgenommen, die sie besuchten (Beispiel einer Aussage: «Wow, eine Ärztin kommt sogar in der Nacht zu uns!»). Die Zielgruppen waren sehr dankbar für diese «Besuche». Sie fühlten sich als Personen wertgeschätzt.

Auf dieser Basis konnten auch kritische Fragen zum Impfen in einer grundsätzlichen Vertrauensbeziehung thematisiert werden. Dies dürfte auch Akzeptanz für die Impfung gefördert haben. Falsche Informationen können zudem so schlechter zirkulieren und durch korrekte Informationen en détail korrigiert werden. Selbstverständlich erreichten wir mit unseren Interventionen v.a. dem Impfen eher positiv eingestellte Personen. Es gab jedoch auch Rückmeldungen von Betroffenen, für die dieses «sich ernst genommen fühlen» den Ausschlag gegeben habe, sich für das Impfen zu entscheiden. Kleine *Incentives* (wie Kaffee und Gipfeli anbieten) motivierten zum Eintreten auf den Kontakt mit den Ärzt:innen (auf der Strasse, in den Anlaufstellen etc.). Es lohnt sich offenbar, auch mit Anreizen zu arbeiten.

Die Informationsvermittlung hat vorwiegend mündlich zu erfolgen. Flyer oder kurze Informationsblätter in einfacher Sprache mit wichtigen Informationen waren ebenfalls hilfreich. Dabei sind auch die Sprachen der Zielgruppen zu berücksichtigen (Übersetzung). Verschiedene Zielgruppen haben spezielle Informationsbedürfnisse, dies sollte beachtet werden (z.B. rechtliche Fragen (zum Aufenthaltsstatus und Impfen), Fragen zur Anerkennung von Impfungen aus dem Ausland, finanzielle Sicherheit bei Arbeitsausfällen durch die Pandemie bei den Sexarbeitenden). In diesem Zusammenhang bewährt sich die Zusammenarbeit von Fachpersonen aus dem Bereich Soziale Arbeit und Medizin, weil von den Betroffenen oftmals medizinische und soziale/rechtliche Fragen gestellt werden.

#### Multiplikation

Eine Multiplikation des Vorgehens für andere Krisensituationen (z.B. Diphtherieaufkommen in Asylzentren) oder andere Themen wäre möglich. Dies kann insbesondere empfohlen werden, wenn die Fachstellen, Kantone etc. dadurch entlastet werden und nicht zusätzliche Aufwände für sie entstehen. Im Projekt wurde alles für sie organisiert (Ärzt:innen, Flyer). Die Fachstellen konnten ihre Aktivitäten mit den Interventionen kombinieren. Wenn auf kantonaler Ebene die Fachstellen nicht entlastet werden, damit sie in Krisensituationen mehr eigene Interventionen durchführen können, ist – analog zum vorliegenden Projekt – zu prüfen, ob wieder ein externer Akteur diese Funktion für alle interessierten Kantone übernehmen soll. In einer Pandemie gehen sonst die Zielgruppen der Menschen in prekären Lebenssituationen leicht «verloren».

## 5. Anhang

### 5.1. Projektorganisation

#### Auftraggeberin:

**Frau Morgane Pochon**, Projektleiterin Gesundheitsförderung und Prävention, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik.

#### Projektteam:

**Projektsteuerung: Corina Salis Gross**, Dr. phil. hist., Expertin Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial benachteiligten und vulnerablen Gruppen. Bereichsleitung «Diversität und Chancengleichheit» bei Public Health Services (PHS) und des Forschungsbereiches «Diversity and Equity» am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). Mitglied der Eidgenössischen Kommission EKSJ und der Eidg. Fachkommission des Tabakpräventionsfonds. Sie war verantwortlich für das Projekt und unterstützte die Projektleiterin.

**Projektleitung: Emine Sariaslan**, MA in sozialer Arbeit, Projektleiterin in allen PHS Projekten zur migrationssensitiven Gesundheitsförderung und Prävention sowie am ISGF als Fachspezialistin aktiv. Sie hatte die operative Leitung des Projektes inne.

**Schulung und Coaching Ärztinnen und Ärzte:** Prof. em. Dr. med. **Christoph Hatz** (Ehem. Mitglied der Eidg. Kommission für Impffragen EKIF). Er schulte und coachte die Ärztinnen und Ärzte, damit die Qualitätssicherung der Interventionen gegeben war. Zudem führte er selbst auch Interventionen durch.

#### Rekrutierung und Durchführung der Interventionen

Die Projektleiterin und zwei Mitarbeitende von PHS Public Health Services rekrutierten die Gefässe für die Interventionen und unterstützen bei der Durchführung. Sie waren jeweils physisch anwesend und beteiligten sich an der Intervention. **Stephan Koller** ist erfahrener Suchtberater und Präventionsfachmann, **Esther Oester** kommt aus der Entwicklungszusammenarbeit und ist spezialisiert auf Projektarbeit mit Gruppen in prekären Lebenssituationen.

#### Ärztinnen und Ärzte

Die Durchführung der Interventionen fand in Zusammenarbeit mit fünf Ärztinnen und Ärzten statt. Sie haben unterschiedliche Fachspezialitäten, waren bereit, niederschwellig in den vorgesehenen Zielgruppen zu intervenieren, zu reisen und auch an den Wochenenden zu intervenieren. Eine Person war Vertrauensärztin, die anderen engagierte Fachpersonen aus ganz unterschiedlichen Kontexten.