

1. August 2022

**Regierungsrat Kanton Solothurn**  
Staatskanzlei  
Rathaus  
Barfüssergasse 24  
4509 Solothurn

## **Einreichen der Petition «Risikopersonen zuerst – Evaluation der Impfstrategie BAG und EKIF in Bezug auf R.-Gruppen»**

### **An den Regierungsrat des Kanton Solothurns**

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Petition mit dem Titel «Risikopersonen zuerst – JA» online auf [open-petition](https://www.openpetition.eu)<sup>1</sup> wird hiermit zwecks Zeitdrucks eingereicht. Gerne werden weitere Unterschriften – sollten es weitere geben – in einem zweiten Schritt nachgereicht.

Die Petition geht implizit von mündlichen und schriftlichen Eindrücken sowie Statements von Mitarbeitern bei der kant. Impfkampagne aus, wie Sie hier später entnehmen können. So liegt bzw. eine Nachricht vom Dez. 21 vom kant. BAG, was implizit am Anmeldesystem des Bundes bedauert wird, vor. Diese wird zwecks Anonymität ausgeklammert. Es sei zudem erwähnt, dass Spital, FAGE- und Arzt-Organisationen sowie der Kanton selbst nicht grundsätzlich gegen diese Petition sind.

**WICHTIG:** Dies ist keine Leistungsbeurteilung. Nur in dem Sinne: Bund, Kantone, Impfleitungen und jede/r Mitarbeiter haben alles gegeben. Die Leistung war absolut top! Oft wurde es wiederholt und anders geschrieben: Eine sachliche Ebene ohne Vorwurf ist hier das Ziel. Gab es Fehler? Nicht in diesen Kategorien ist zu denken. Wie viel wurde bereits durch Monitoring verhindert? Das Ganze wird als Art ‚Puzzlespiel‘ angeschaut und das ohne Schuld κατηγοrien, um alles nochmals anzuschauen und zu evaluieren. Untenan wird ein Klassifikationssystem vorgeschlagen und Ideen zur schnelleren Impfung.

Am 05.07. wurde in einem ersten Schritt bei der Medienkonferenz des BAG eine Evaluation der Impfstrategie mit Blick auf R.-Gruppen verneint.

Der Kanton hat drei Hilfsinstrumente des Bundes übernommen: er konnte jene in der Pandemie gar nicht ändern. Die Petition erwartet Folgendes:

1. Dass der Kanton beim Bund eine Evaluation der Impfstrategie BAG und EKIF mit Blick auf die Risikogruppen fordert. Ob dies wie erwartet gekappt hat und ob die drei Instrumente evaluiert werden sollten.
2. Dass der Kanton allenfalls 2-3 innerkantonale, fachlich gleichgestellte Gremien zusammenstellt (z.B. aus Spital), welche gegenseitig evaluieren und überprüfen. Da kann die Innovation des Kt. SO gezeigt werden. Natürlich könnte er dies auch national erwirken wollen, was sich mit Punkt 1 vermischen würde. Gibt es aber da keine Möglichkeit, kann der Kt. SO es selbst.

Besten Dank, dass eine Petition keine nachteiligen Effekte auf die Person, Partei, Umfeld usw. zu erwarten hat und für diese Möglichkeit.

Freundliche Grüsse

Marco Flück

Unterschrift

---

<sup>1</sup> <https://www.openpetition.eu/ch/petition/blog/risikogruppen-zuerst-ja#petition-main>

Beilage:

- Notizen Petition (14 Seiten)
- Umfrage Hausarzt (Entwurf. Nicht zum Einsatz vorgesehen)
- Info-Korrespondenz an ausgewählte Kantonsräte, kant. Parteien und Herrn Engelberger
- Neuigkeiten sowie Petitionstext (nur online: siehe Link und hier QR-Code)
- Unterschriften [01.08.22] und Statistik der Unterschriften
- Kategorien besonders gefährdeter Personen BAG und EKIF
- Impfstrategie BAG und EKIF (nur online. Verlinkt auf der online-Petition)
- Entwurf von Aufarbeitungsfragen (nicht vollständig)



## 0. Vorbemerkung von Lücken (essentielle Gefahr)

Fett gedruckt sind zentrale Fragen und Themen. Die Ideen dazu sind als Laientext zu verstehen. Den Überblick wurde selbst verloren. Ich bin keine Fachperson und weise keine Begabung in der Organisation auf. Zu viel wurde mehrmals das Ganze geschrieben und die Qualität ist in diesem Dokument gering vorhanden – besonders auch aufgrund von Zeitdruck. Dies ist keine meiner Fähigkeiten; deshalb bin ich auch kein Experte und diese Petition ist Freiwilligenarbeit. An diesem Punkt ist für mich zu Ende – dies ist etwas, was ich ab einem gewissen Punkt und Zeitdruck nie (alleine und ohne gegenseitiges Anschauen) konnte (kohärent Zusammenfassen) und es ist wichtig, darüber zu sprechen und abzugeben, was man nicht kann. **Die Anhänge wären für eine genauere Betrachtung auf jeden Fall durchzulesen und abzugleichen.**

Einige Ideen, die vorheriges ersetzen, sollten im Schlusssdokument mit «neu» ersichtlich sein, wenn ein Abgleich stattfindet. Es wird vorbehalten, bei Einreichung weiterer Unterschriften, einen 1-seitigen Nachtrag abzuliefern.

Untenan stehen nur einige Punkte: Diese sind nicht fachlich. Jeder einzelne kann zudem ein eigenes Thema darstellen. Fachexperten wissen sicherlich, wie einzelne Punkte zu behandeln sind und vermögen letztere exakt auszuarbeiten.

### A) Ausgangslage: Zwei ausgehende Punkte beim Impfzentrum:

Es liegen mündliche und schriftliche Nachrichten des Kantons vor, welche sich Verbesserungen besonders bei den drei Instrumenten des Bundes wollten. Dies zuerst in Bezug auf das Anmeldesystem. Die Punkte konnten während der Welle nicht geändert werden. Dann besonders Pflegefachpersonen und Ärzt:innen des Impfzentrums sahen die Fragen zur Immunsuppression und chron. Krankheiten nicht als obsolet an. Der Kommentarfunktion in one doc im Sinne eines aufmerksamen und verantwortungsvollen Check-in Administrator:in kam grosse Bedeutung zu. Ob da ein Unterschied besteht, wenn Gesundheitsfachpersonen, Ärzte (Check-in Kt. AG) oder anderweitiges Check-in Personal den Check-in inne hat, wäre eine Aufarbeitungsfrage. Da ich zu letzteren gehöre, kann ich dies nicht ‚ungefährlich‘ beurteilen. Ich finde natürlich, jede/r hat nach der Stellenbeschreibung ‚verantwortungsvoll‘ einen herausragenden Job geleistet: und zwar über das Stellenprofil hinaus. Dies aufgrund der hohen Motivation, die bei allen herrschte. Es kann aber sein, dass FAGE und Ärzte im Schnitt mehr beim Check-in bei den Patient:innen erkennen. Jedoch kann dieses ‚Gefühl‘ kaum 100% sein, wenn kein Dossier da ist.

Die Gesundheitsfragen beim Check-in sollten gemäss Vorgesetzte obsolet sein: Wir sind keine Gesundheitsfachpersonen. Dies klingt auch logisch. Da besteht ein Paradox zwischen Praxis und Theorie. Und mir geht es nicht darum, dies zu verbieten und abzustellen: Das wäre ein schwerwiegender Eingriff, die Kommentarfunktion bzw. zu schliessen. Sondern um dieses Paradox klarzumachen. Und man verliert sich darin, denn als Angestellte/r bildet man sich weiter und liest selbst die Krankheiten in der Impfstrategie BAG nach: Freude kommt auf, wenn punktuell eine Verbesserung stattfand und man mit einer neuen Unterfrage wie «Nehmen Sie starke Medikamente?»; «Immunsuppression stellt z.B. Krebs dar; Medikamente, welche das Immunsystem unterdrücken» eine/n Patient:in erkannte und zum Arzt ins Zelt verweisen konnte. Aber dies ist leider nicht korrekt: D.h. eine «Verbesserung» als Angestellte/r gibt es nicht; die Freude ist obsolet. Das System dahinter müsste geändert sein: Die zwei gesundheitlichen Fragen «chronische Krankheit» und «Immunsuppression» können nicht vom Impfzentrum abgedeckt werden. Es gab Fälle, wo jemand Immunsuppressives durchs Zentrum lief: Und die Verantwortung für die Ärzte liegt beim Check-in. Dem ist natürlich nicht so und das weiss auch jede/r. Es geht um die Praxis: Wir versuchten dies zu verhindern und eine Sensibilisierung dahingehend ist sehr vorteilhaft – auch wenn die Fragen obsolet wären. Aber dies ist keine Lösung.

Wenn man dies halbwegs aufziehen möchte, müsste der Check-in über die Vorerkrankungen der «Kategorien besonders gefährdeter Personen» informiert sein oder diese in Infoblättern sowie vor dem Impfzentrum stehen. Weder check-in, noch Patient:in weiss aber, was chron. Krankheiten sowie Immunsuppression näher bedeuten, ausser die 1-2, die in den Klammern stehen (Bluthochdruck bei chron.). Zweitens kann es vorkommen, dass einem die Leute nachweislich gar nichts mitteilen. Aus Angst, weil sie nichts verstehen, weil sie schnell durch sein wollen und da man in der Schweiz nur seinem Arzt sagt, was man hat. Besonders nicht vor allen Leuten beim Check-in etc. Eine pädagogische Ausdeutung von neuen Fragen hilft: aber die Lösung ist nicht endgültig.

Die Gesundheitsfragen wurden vom Bund geliefert und konnten bis anhin nicht geändert werden.

Alle Planer:innen, Organisator:innen und Prozessbegleiter:innen haben einen hervorragenden Job gemacht! Ein kleiner Flüchtigkeitsfehler geht noch zu den Dossiers. Die Einarbeitung zu one doc klappt m.M.n. sehr gut. Besonders, wo nichts Essentielles ist: Kolleg:innen können da helfen während der Arbeitszeit. Wo es aber einen Zusatz braucht sind 3 Dinge, welche eben essentiell wären für betreffende R.-Personen. Z.B. Terminverschiebung, Kommentargebrauch (dieser Hinweis war im Dossier nicht vorhanden) und ein weiterer Trick für R.-Personen. Zudem gibt es einige semi-wichtige Dinge – ebenfalls wieder für R.-Personen –, die sehr selten auftreten: Dass one doc die Adresse nicht findet (Ausland), dass der 2. Termin bei Drop-in am besten bereits automatisch aufblinken würde (eine Automatisierung und Entmenschlichung des onedoc wäre sowieso wünschenswert: es können viele Fehler passieren – mehrheitlich unwichtige oder nur für statistische Belangen wichtige, die aber für R.-Personen nicht bedeutend sind) oder welcher Impfstoff für Astra Seneca gilt (falls dies nicht bei der Impfschiene selbst nochmals angeschaut würde, wovon ich aber nun ausgehe).

Kurz: Eine Evaluation von one doc wäre sicherlich wünschenswert, wenn dies Platz hätte. Der Flüchtlingsfehler: Die Erklärungsdossiers sollten dahingehend nochmals mit dem Blick auf R.-Personen durchgeschaut werden; also alles Unwichtige kann erlernt werden. Die 3 entscheidende Punkte für das Impfen von R.-Personen sollten hervorgehoben werden. Ferner ist es ein rechtliches Dokument: Es wird aber empfohlen, die mündlichen Anweisungen, d.h. Praxis und Theorie in Einklang zu bringen. In der Praxis werden R.-Personen nicht abgewiesen, haben sie die Krankenkassenkarte nicht dabei. Das kann aber ein Check-in Admin am ersten Tag nicht bemerken, da er vom Dossier herkommt und grad keine/r da ist, der das ihm erklären kann (Eingabe ist eine entsprechende Zahl). Hat er die Nummer nicht, meint derjenige, die Impfung kann nicht stattgegeben werden. Und das ist bereits geschehen (so ähnlich). Eher eine Busse (60 CHF für die Impfung) bezahlen lassen, als dass Krankenkassenkarte, Fahrausweis statt ID etc. für R.-Personen unbedingt gilt, vorzuweisen.

Monitoring: Alle machen einen hervorragenden Job. Wie vieles wurde bereits durchs eigene Monitoring verhindert? Was vielleicht noch anders gestaltet werden könnte: Dies sind also Kritikpunkte der Ärzt:innen, FAGE und vom Kanton selbst, die hier zur Sprache kommen. Es ist unklar, welche bereits abgeklärt wurden und ob sich jemand je gemeldet hat. D.h. es gibt ca. 3 Monitoring; 2 davon könnten ebenfalls noch mitmachen, d.h. 1-2 Tage die Woche oder aufgeteilt sogar die ganze Woche. Sowie: Das kant. Prozess-Monitoring sollte sich nicht unbedingt von Medienberichten leiten lassen (Zertifikatsfälschung). Sowie generell eher eine horizontale Durchmischung als Monitoring: Also Ärzte machen mal mit und eine Vermischung findet statt an einem Tag – und sogar von Bundesebene, BAG, kant. BAG etc. aus. Wie das Monitoring genau zu gestalten wäre, können Experten der Arbeitspsychologie beurteilen. Dieses Schreiben geht ja in der Evaluation von 2-3 weiteren, fachlich gleichberechtigten Gremien aus, die gegenseitig und einander ergänzen. Eine Art Durchmischung im Gesamten einerseits und 2-3 Gremien andererseits könnten das Monitoring festigen.

Eine genaue Durchschau zu jedem einzelnen Punkt durch fachliche Experten wäre sicherlich wünschenswert.

## B) Unterschriften

Die Petition weist derzeit 11 Unterschriften auf. Von den 11 sind einige von der Familie und sollten nochmals angeschaut werden: D.h. die Betroffenen müssen dies selber online vornehmen. Eine Aufstockung wird weiterhin angestrebt und Unterschriften werden bei Erfolg noch nachgeliefert – wie dies bei einer Petition möglich ist. Herzlichen Dank.

Die Abgabe erfolgt aufgrund zeitlichen Drucks: Damit, wenn eine Idee aufzunehmen ist und eine Evaluation stattfindet, dies noch getan werden kann vor dem Herbst.

Kinder-Impfungen weisen eine 90%-Quote auf. 92,5% der Ü65 haben Grundimmunisierung [Dez. 21] – nachzulesen bei den Impf-Statistiken<sup>2</sup> –. Es wird davon ausgegangen, dass Haushaltsangehörige und gewisse R.-Gruppen hohes Interesse zeigen an weiteren Impfungen, falls eine Welle ansteht.

Es wird zudem davon ausgegangen, wenn keine Massnahmen wie Lockdowns etc. getätigt worden wären, 2020 das Bild Italiens hier gewesen wäre: Und ohne Massnahmen ungebremst. Gewisse Evaluationen, vollumfassende Lösungen, R.-Personen zu klassifizieren und ein schnelles Ineinanderimpfen der R.-Gruppen wie auch zum Schutz letzterer viele Gesunde (nur in der Annahme, dass diese nicht in dem Masse derzeit und immer wieder stattfinden) – das wäre wohl nun da. Und in dem Masse ist es wünschenswert, sich dies vorzustellen.

Kanton und Bund schauen für Minoritäten, wenn eine Abstimmung verloren ist. Eine Minorität, was viel schwieriger ist, zu erfassen, kann in einer Pandemie-Situation (bin nur Laie) das stille Ableben von R.-Personen sein durch wenig Schnelligkeit, durch eigenes Empfinden der R.-Gruppen usw.: Wenn der Grad noch nicht hier ist, dass es einem auffällt, aber doch latent was passiert, dann ist natürlich eine Evaluation wünschenswert, welche ruhig und besonnen informiert – und sich auf R.-Personen ausrichtet. Die fachlichen Kenntnisse (pädagogisch, organisatorisch und medizinisch) sind dazu im Kt. SO vorhanden.

Eine Impfpflicht für R.-Gruppen wurde auf Bundesebene nie in Erwägung gezogen. Es gäbe Zwischenlösungen wie später erwähnt z.B. ein Klassifizierungssystem und ein schnelleres sowie ineinandergreifendes Impfen der R.-Gruppen. Mit Massnahmen wie soziales Eingehen auf R.-Personen, Mithelfen in der Zivilgesellschaft, d.h. Abgabe und Erkennen und Klarheit der Impfstart, d.h. kein Nicht-Zweifeln, ob man nun gehen soll oder nicht und vieles weitere [Evaluation]. Auch bei einer Impfpflicht der R.-Gruppen müsste eine gewisse Schnelligkeit und alleiniges Impfen der R.-Gruppen in einem ersten Schritt her.

Eine weiterer Lösungsansatz wäre evtl., dass Dokumente, d.h. Vertrauensgespräch beim Hausarzt vorliegen muss, wenn man nicht impfen möchte als R.-Person. Keine Pflicht, sondern der Ball läge bei der betreffenden Person, was einzuholen. Ansonsten gäbe es eine Busse. Ich mute mir hier kein Urteil an: Das ist Sache einer Evaluation, rauszufinden, was am besten ist.

---

<sup>2</sup> <https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/persons?pageGroupClass=vaccStrategy>

## 1. Anmeldesystem des Bundes für die Kantone

Reihenfolge: Sehr schwere R.-Personen (0-100 J.) mit den Angehörigen, die vor einer eigentlichen Impfwelle geimpft werden, Heime sowie Spital werden hier ausgeklammert. R1-R4 sind hier nicht nach der Impfstrategie, sondern fiktiv. R4 = Haushaltsangehörige, G = Gesunde.

Ziel: R.-Personen, die nicht in Heimen und im Spital aufzufinden sind, sollen eine annähernd selbe Schnelligkeit erhalten. Nicht mehr in 12 Wochen soll geimpft werden, sondern eher. Bevorzugt wird eine punktuelle Änderung des Anmeldesystems und/oder gleichwertige Massnahmen zur Abfederung, welche die R.-Gruppen schnell impfen.

**1.1 Ineinanderpriorisieren der R.-Gruppen während 14 Tagen:** Bereits im Dez. 21. wurde klar: Das Anmeldesystem kann durch Bereithalten der Termine mittels Kategorisierung leicht priorisieren, aber nicht stark. Die Impfstrategie BAG und EKIF intendiert bzw. ein altersabstufendes Impfen und Ineinanderimpfen der R.-Personen: «Nutzenmaximierung (Verringerung Todesfälle), Instrumenteller Wert (z. B. Priorisierung von wichtigen Gruppen); Priorisierung der am schlechtesten Gestellten (z.B. die Kränksten zuerst).» Der Laie stellt es sich so vor: R1-R1-R2-R1. Tatsächlich geschah es eher so: G-G-G-R4-G-G. Die Termine können nicht zurückbehalten werden derzeit: Der Termin wird sofort und automatisch vergeben. Gesunde müssten vom System zurückbehalten werden können in den ersten Wochen. Eine einfache Möglichkeit wäre evtl. ein ‚Buebetrick‘ mit einer neuen Funktion bei der Anmeldung (siehe Idee Reservepool bei 1.1.2). D.h. Tricks, das Anmeldesystem möglichst einfach umzugestalten mit Blick der Priorisierung – oder aber dann halt manuelle Massnahmen.

**War das Anmeldesystem genügend automatisiert auf R.-Gruppen und hat dies die Impfstrategie des BAG und EKIF erfüllt? Und wenn nein, was gäbe es für IT-Lösungen oder andere, die abfedern? Ein automatisierteres und auf R.-Gruppen zentriertes Anmeldesystem. Wie viele Gesunde wünschen sich, dass R.-Personen zuerst drankommen?**

**1.1.2 Impfpflicht für R.-Gruppen:** Der Bund hat diese nicht in Erwägung gezogen. Mit einer automatischen Terminsetzung für gewisse R.-Gruppen wie bei der **Jahreskontrolle Zahnarzt** wäre eine Zwischenlösung da. Verschiedene Überlegungen wurden dazu getätigt. Gerade die Ü65, Ü55 sind einfach, zu fassen. Daten der Gemeinden könnten Bestandteil finden und Freiwillige die Briefe bereit machen. Dazu reicht 5-7 Tage Vorlaufzeit. Es stellen sich dann statistische Fragestellungen:

**Wenn sich ½ abmeldet oder 1/3 nicht auftaucht – wären die R.-Gruppen Ü65 trotzdem schneller geimpft als zuvor?**

Es wird angenommen, dass – sollten grosse Impfwellen anstehen – das Interesse der R.-Gruppen und Haushaltsangehörige wieder gross ist (92,5% der Ü65 im Dez. 21 mit 2 Dosen). Und auch von Gesunden, die R.-Gruppen schützen wollen.

Neu: Gesunde (und/oder Haushaltsangehörige) könnten sich in diesen 14 Tagen nur für einen Reservepool bei der Anmeldung entscheiden. Zwei Tage zuvor erhielten sie noch den Termin. Die Befürchtung ist ja da, die Termine pro Tag nicht voll zu kriegen. Bei einer Abmeldung (verhältnismässige Busse, wenn keine erfolgt) rücken R.-Gruppen nach. Um die 1'000 Impfungen voll zu kriegen kann auch am Abend ausgewählte Praxen mit pensionierten Ärzt:innen zu Verfügung stehen für R.-Personen.

**1.1.3. Psychologie der R.-Gruppen:** Auf verschiedene Sprachen wurde bereits die Impf-Informationen gedruckt. Wie das Zugehen auf Anderssprachige geklappt hat – auch das wäre ein kurzer Evaluationspunkt –. In den Notizen wurden gewisse Überlegungen angestellt, wie auf R.-Personen eingegangen werden kann. Leider nicht vollständig und mit Blick auf Ü65.

Sie sind nicht derart technik-affin und schnell. Obwohl die telefonische Anmeldung möglich war und nicht nur online, waren diese Infos oft einfach online verfügbar. Es kam nie eine schriftliche Info der tollen Informationen zur Impfung, welche online stehen. Zweitens kam nie eine Einladung **per Post** (nur Impfbusse) oder ein separates Blatt im Anzeiger. Wann die Impfkation startet – diese Information oblag den Angehörigen. Mit der Beobachtung, dass es relativ lange ging, bis 50% der R.-Gruppen Ü65 geimpft waren (8-12 Wo.) stellen sich auch da gewisse Teil-Fragen zur Reaktion der R.-Gruppen.

**Wie viele alte Menschen meldeten sich schnell an? Die R.- Personen hatten bei einer Anmeldung evtl. das Nachsehen: Dies wäre eine Untersuchungs-Frage. War das Impfen für R.-Personen verhältnismässig langsam?**

Die Überlegungen versuchten somit die Psychologie der Alten Menschen aufzunehmen. Sie sind natürlich nicht fachlich.

Es geht darum, den Entscheidungsprozess der R.-Gruppen abzukürzen. Der Entscheidungsprozess mit einem bzw. automatischen Termin mit der Möglichkeit der Abmeldung u.a. abzukürzen ist bei den Ü55/Ü65 KEINE Bevormundung, sondern Schnelligkeit. Die Annahme war da, dass sich ältere Leute so schneller entscheiden und merken, dass was los ist. Nebst den Medien, die sie sonst benutzen (Anzeiger, Post..).

Bei einer Hitzewelle war in einem Beitrag des Schweizer Fernsehen zu hören, dass sich einige Senior:innen auch zutrauen, bei der Hitze keine Massnahmen zu ergreifen.<sup>3</sup> Dennoch hat das gesamte Altersheim zum Schutz der anderen Bewohner:innen die Räume gekühlt – weil einfach klar ist, dass Hitze für alte Menschen gefährlich ist. Es gab keinen Raum, der absichtlich nicht gekühlt wurde, dass sich Menschen dort drin aufhalten können, die sag(t)en, sie wollen sich der Hitze aussetzen.

Einige Hausärzte haben für R.-Gruppen Briefe verfasst und zum Impfen eingeladen. Grundsätzlich gilt: Wenn Ärzte, Spital, Bund, Kanton etc. sagen, eine Impfung sei für R.-Gruppen notwendig (und für Gesunde zwecks Schutz R.-Personen), dann soll keine Unklarheit darüber bestehen, ob es sie nun braucht oder nicht braucht. Patient:innen und Bevölkerung sind keine Ärzte.

Und da ist der Punkt der persönlichen Beziehung: bzw. die Briefe der eigenen Hausärzt:innen zum Usus machen bei einer Impfwelle, hat dies einen stärkeren Effekt(?) Freiwilligenarbeit miteinbeziehen: 2'800 Vereine existieren im Kt. SO; viele in einem Dorf. Gerade Angebote für Kinder: Da kann man was psychologisch basteln und auf die Einladung/Info des Impfens tun. Oder ein Gruppenfoto mit einem Satz, wie wichtig die R.-Gruppe einem wichtig ist. Oder ein Fest ankündigen für die alten Leute nach einer grossen Welle (Achtung: auch immer andere R.-Gruppen wie sehr kranke Kinder oder Personen; hier nur einseitigen Bezug).

Das kann bis zum Anläuten von Kindern der Primarschule(n) Kindergarten-5. Klasse gehen, um bei bzw. automatischer Terminvergabe nachzufragen, ob man kommt. Wenn dies 45'000 Ü65 in der Gesellschaft (nicht im Heim oder Spital) sind, ergibt das nicht derart viele Anrufe: Allein die Kinder könnten es mit 1 Anruf pro Tag für 5-7 Tage schaffen.

**Wie ist auf die entsprechenden R.-Gruppen einzugehen (Psychologie), um bestmöglich ein Zugang zu ihnen zu erhalten? Hat alles funktioniert oder gäbe es Möglichkeiten, die nachweisbar einen weiteren positiven Effekt erzielen?** – Ebenfalls ist die Psychologie der Impf-infos für der Bevölkerung in den Blick zu nehmen. Obwohl die Infos sehr gut waren – Ängste vorzeitig nehmen. Dies ist bereits wieder ein eigenes Kapitel. Ein FAQ gibt es online. Dass man sich 150x impfen kann und nichts geschieht – auch das FAQ nochmals in den Blick nehmen.

**1.2 Evaluation der R.-Gruppen:** Dies ist auf S. 8-11 in den Notizen und behandelt in etwa S. 11-16ff. des Dossiers «Impfstrategie des BAG und EKIF» vom 22.06.21 und der neuesten Version vom 05.07.22. Risikogruppen werden hier als zuerst zu impfen beschrieben. Mit Blick auf das Geschriebene, ist einfach eine Evaluation vonnöten, ob dies so geklappt hat, indem Punkt für Punkt das Ganze durchgegangen wird.

**1.3 Reaktionszeit:** Es wurden verschiedene Überlegungen angestellt, die Reaktionszeit zu minimieren. D.h. 5-7 Tage Anlaufzeit, bis die Impfkation jeweils startet. Dazu wurden Freiwillige in Überlegungen eingebettet. Oder pensionierte Ärzt:innen, die bereits nach Praxen-Schluss in einer Praxis beginnen könnten. Wenn am Montag Impfstart ist, sollte gestartet werden. Das Personal ist nicht das Problem, die Organisation der Verladung von Impfstoffen ebenfalls eher nicht. Wenigstens zwei Schienen könnten in Impfzentren bereits offengehalten werden.

**1.4. Kosten und Freiwillige:** Die Kosten belaufen sich auf 0-100 CHF pro Impfung im Kindesalter. Die Corona-Impfung macht ungefähr 60 CHF. Dieser Betrag ist sogar so klein, dass keine Gewissensbisse da sind, damit helvetas etc. zu unterstützen. 60 CHF ist ein äusserst geringer finanzieller Aufwand. Dies könnte eigens bezahlt werden oder über die Krankenkasse. Oder wer dafür zahlen will kann sich eintragen für R.-Gruppen. Irgendwann wird die Frage nach den Kosten aufkommen. Transparent

---

<sup>3</sup> <https://www.srf.ch/news/schweiz/coronavirus-zweiter-booster-interesse-der-senioren-haelt-sich-in-grenzen>

sollten die Aufwände angeschaut werden und gestrichen, was unnötig ist. Evtl. wird ja irgendwann die Impfung normal transportier- und lagerbar sein und auf üblichen Wegen beim Hausarzt verabreicht werden. Bei einem Medikament wäre dies noch einfacher: dennoch müssten auch hier R.-Gruppen vom Hausarzt informiert werden. Falls die Organisation durch Hausärzte nicht klappt, wäre dies problematisch. **Probedurchlauf 2.1.**

Eine weitere Lösung ist, Freiwillige miteinzubeziehen/dass Freiwillige grosse Teile übernehmen. Es gab 500 im Kt. SO, die nicht Gesundheitsfachpersonen darstellen. Ferner muss man sich im Klaren sein, dass eine gewisse «Normalität» auch heissen kann, dass einiges zum normalen Alltag gehören wird: Eine grosse Mehrheit würde hier mitmachen, wenn die zu behandelnde Sache nicht viel Zeit in Anspruch nimmt, aber für eine gute Sache ist.

z.B. Contact-Tracing. Evtl. gibt es Kontrollanrufe, die während der Spitze einer Pandemie (1'500 Fälle pro Tag), von Freiwilligen getätigt werden können. Es gibt 15'000 Unternehmen im Kt. SO, von denen bzw. die Hälfte ein Sekretariat aufweisen oder 2'800 Vereine. Auf einer Plattform würden Freiwillige da vorgängig gesammelt und instruiert. Wenn 1 Anruf pro Tag anfällt – die Gesellschaft kann dies auffangen. Wenn man im schlimmsten Fall damit ‚leben‘ muss, dann gibt es viele Möglichkeiten, dass die Zivilgesellschaft unentgeltlich Aufgaben übernimmt.

### **1.5 Abfederung und letzte Möglichkeiten**

Ziel: Eine gewisse Flexibilität herstellen, um situativ in einer Welle direkt reagieren zu können. Auch wenn bzw. das IT-System feststeht und einiges nicht mehr geändert werden kann. Mit einfachen Mitteln und Strategien können Lücken einer bestehenden Organisation abgedeckt werden.

Um bestehende Organisations-Taktiken Lösungen kreieren: Damit man Ü65, Haushaltsangehörige, chron. Krankheiten 15-64 J., Kinder mit chron. Krankheiten, Heimbewohner, Spital usw. alle abdecken kann.

Auch hier wurden einige Ideen laienhaft skizziert: 550 Ärzt:innen sind im Kt. SO vorhanden. Pensionierte Ärzt:innen nicht mit eingeschlossen. Obwohl der Arbeitnehmer:in nicht stark belastet werden sollte – zusammen und lösungsorientiert geht auch eine Pandemie ohne Stress (dies die These) – wäre der Plan, ein freier Tag, zu geben (bei den 170 Hausärzt:innen bzw. den Sonntag). Theoretisch – wenn die Verteilung möglich wäre – wären dann die meisten R.-Patient:innen geimpft: an 1 Tag.

Oder eine weitere Idee wäre, nach Praxis-Schluss (und/oder zusätzlich zu gewissen Nachmittagen bei Hausarztpraxen) in den ersten 21 Tagen pensionierte Ärzt:innen mit 1 Med.-Student:innen/1 Arztsekretär:innen ab 18:00 Uhr hinzustellen wie auch beim Impfzentrum eine dritte Schicht von 18:00 – 22:00 Uhr in den ersten 14 Tagen.

**Welche organisatorischen Flexibilitäten finden wir, um die nationale Impfstrategie (Schutz der R.-Gruppen; Nutzenmaximierung (Verringerung Todesfälle), Instrumenteller Wert (z. B. Priorisierung von wichtigen Gruppen); Priorisierung der am schlechtesten Gestellten (z.B. die Kränksten zuerst)) zu erreichen?**

### **Warum sind solche Fragen, d.h. eine Evaluation wichtig?**

Hier und überall in den Unterlagen ist nichts gut ausgearbeitet; oft Gedankengänge und Glück, wenn an 1-2 wichtige Punkte erinnert. Jeder Punkt müsste genau angeschaut und ausgearbeitet werden.

Eine Immunität ist erst 1 Woche nach der Impfung aufgebaut. Bei kleinen wie auch bei schwerwiegenden Virus-Varianten, welche den Schutz umgehen, ist eine Aufarbeitung wichtig. Sehr gut funktionieren evtl. fangs Heime, sehr schwere R.-Personen (im Vorfeld und vor einer eigentlichen Welle geimpft) und Spital.

Man ist bei Virusvarianten naturgemäss spät. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass man zeitig dran ist. Im Herbst 21 impfte man noch schwere R.-Personen und war bei der Kampagne für die 2. Dosis (?) Und auch bei Kampagnen, die nur eine bestimmte Gruppe betreffen (Ü80 z.B.) – bedarf es Schnelligkeit o.a. Eine Evaluation der Impfstrategie ist nicht unnötig.

## 2. Immunsuppressive

Ü55 und Ü65 als in Kapitel 1 besprochene R.-Gruppen sind gut zu fassen. Es handelt sich um altersabstufende R.-Gruppen.

Chronische Kranke (16-64 J.), Haushaltsangehörige u.a. sind schwieriger, zu fassen. Beurteilung innerhalb dieser Gruppen birgt grosse Unterschiede – auch in anderen Gruppen so. Eine Differenzierung ist schwierig, aber evtl. notwendig. Damit das Ganze sauber ausgearbeitet ist. Denn was ist das Problem?

Am 05.07. wurde in der Medienkonferenz des Bundes klar, dass die Betreuung von Immunsuppressiven nicht Verantwortung der Impfzentren ist. Dies wurde auch so im Vorfeld angenommen. Dennoch gibt es Beispiele, wo jemand mit Krebs durchlief. Angenommen wird, dass dies die Spitze des Eisberges darstellt. Geschieht dies bei 3 Personen auf tausend Impfungen pro Tag ergibt das bei zwei Impfzentren 42 in der Woche bei 25 IPS Stationen. Immunsuppressive benötigen durchgehende Betreuung und beim Booster eine ganze Dosis.

Wenn Immunsuppressive nicht Teil der Verantwortung der Impfstrategie BAG und EKIF ist, dann braucht es auch nicht detaillierte 5-10 Seiten darüber in der Impfstrategie. 75 bzw. 90% der Immunsupprimierten und chron. Krankheit machen die Todesfälle überhaupt aus.

Nimmt man das Krankenblatt (Kategorien besonders gefährdeter Personen): Chronisch Kranke seien gemäss Anweisungen nicht anders zu behandeln: Hier ist von grossem Vorteil, werden sie überhaupt geimpft. Sei es jemand mit Herzinfarkt vor 1 Woche usw. (?) Zur Erinnerung: Die Gesundheitsfragen ‚chronische Krankheit und Immunsuppression‘ sind nicht darauf ausgelegt, dasselbige als Info zu erhalten: sie sollten obsolet sein. Das einzige, was allenfalls wichtig ist bei chron. Kranken, ist, dass sie früher drankommen, d.h. eine R.-Gruppe sind.

Bei den Kategorien besonders gefährdeter Personen ist ab Punkt 5 von einer Immunsuppression zu sprechen. Dies wäre dann ebenfalls starke Anorexie und besonders Krebs. Hat das bei letzteren allen geklappt?

Es hat seinen Sinn, dass der Hausarzt/Kinderarzt die Impfungen jeweils vorgenommen hat. Er sieht natürlich das Dossier und kennt seine/n Patient:in.

**2.1 (Haus)-Arztfunktion:** In den Notizen wurden einigermaßen die Zähne ausgebissen, wie die Hausarztfunktion ersetzt werden kann. Oder eben auch nicht: Dass die 550 Ärzt:innen im Kt. SO an einem Sonntag, resp. an ihrem freien Tag 1x zur Verfügung stünden, wäre der Impfstoff einfach lagerbar. Oder 170 Hausarzt-Praxen des Kt. SO mit anderen Arzt-Praxen die Aktion durchführen. Die Frage sind dann ebenfalls organisatorische: Müssen die Hausärzte diese Zuteilung selbst vornehmen, sind es nicht 4 Jahre, sondern eine Spannweite von 80 Jahren bei den Patient:innen. Bevorzugt wird eine autom. Zuteilung. D.h. es müsste fortwährend ein System zur Verfügung stehen, welche nicht (nur) die eigenen Patient:innen den Ärzt:innen zuteilt, sondern auch weitere. Sowie die Schnelligkeit und Zuteilung nach Abstufung in R.-Gruppen und Gesunde automatisch vornimmt. Entscheidende Frage war hier, ob sich Leute des Drop-in's getrauen, so anzumelden. Ein Drop-in müsste weiter möglich sein.

E-Patientendossiers und E-Impfausweise sind einigermaßen nutzlos (nur aus Sicht Klassifizierung), würde hier nicht Info zur Klassifizierung der R.-Gruppe stehen und nicht jedes Mal aktualisiert. E-Dossiers müssten alle haben und am Admin wären 2 Ärzte mit 3 Med.-Student:innen o.a. zu besetzen, die das Dossiers jeweils durcharbeiten (oder ein vorhandenes des Spitals).

Eine Idee war im Vorfeld oder Nachgang die Patient:innen durch einen Arzt prüfen zu lassen. Im Nachgang: Bei der Anmeldung muss entweder Hausarzt, Arzt (aus freier Liste, welche Zugang zum Spital-Dossier haben) oder Arzt im Zelt des Impfzentrums ausgewählt werden. Das Ziel sollte sein, dass sich aber Patient:innen nun nicht weniger getrauen, zu impfen (Randständige, Reisende usw.). Es muss klar sein, dass der Arzt vor Ort im Zelt für alle offen ist (natürlich gibt es vieles weitere zu bedenken; aber dies aus fachlicher (Pädagogisch+medizinisch), und nicht aus Laiensicht, wie und was bei einer Anmeldung stehen müsste). Der Arzt aus freier Liste könnte nicht gewählt werden, wäre man im Kt. SO nicht bereits 1x oder so zum Arzt gegangen. Da Unterlagen ja vorhanden sein müssten für eine nachträgliche, externe Prüfung.

Neu: Eine Idee war auch, dass man ausserhalb von Wellen 1x zum Hausarzt oder Arzt geht. Wer kein Hausarzt hat kann aus einer Reihe von 1x-Ärzt:innen auswählen oder muss halt direkt zum Arzt im Zelt beim Impfen. Eine medizinische Klassifikation wird von den medizinischen Abteilungen vorgeschlagen: Ein Klassifikationsmuster. Da können sich Haushaltsangehörige und chron. Kranke im Vorfeld melden – jedoch wäre dies obligatorisch für jeden Einwohner:in. Das Ganze käme auf die Krankenkassenkarte, d.h. wäre elektronisch hinterlegt abrufbar. Bei jedem Arztbesuch würde die Klassifikation vom Arzt aktualisiert, hat sie sich verändert. **Das wäre halt nun die neue Normalität - eine relativ kleine Einschränkung.**

Oft wird es so gesehen: Das Spital vermag das Ganze zu richten, wenn was schief geht: Das ist eben so nicht ganz korrekt. Spital und Ärzt:innen können nicht einfach alles ausarbeiten und wieder ins richtige Lot bringen: Starke Prävention bei R.-Gruppen ist wie sich gezeigt hat, sicher wichtig. Dies deckt sich mit den zentralen Zielen der Impfstrategie.

**Dann die Fassung von R.-Personen: Funktionieren alle möglichen R.-Gruppen? Bei den Immunsuppressiven: hat dies geklappt? Wer hat die Verantwortung über die Immunsuppressiven? Gäbe es weitere Möglichkeiten, die Spitalbelastung zu senken?**

### 3. Gesundheitsfragen

Man definiert sich zudem selber als chronisch krank oder immunsuppressiv beim Drop-in Formular; bei der Anmeldung online weiss ich nicht mehr. Der Patient:in hat ja kein medizinisches Wissen und kann dies kaum. Dies müsste somit obsolet sein.

Ebenfalls die Kommentarfunktion in onedoc: Wenn einem was auffällt, was medizinisch ist, soll man es da reinschreiben. Dies war und ist sehr wichtig. Braucht aber eine gewisse Vorlaufzeit und sollte nicht die Lösung sein. Das Admin-Personal ist kein med. Personal (nicht, dass die Kommentarfunktion eingestellt wird oder verboten: bis dass das System funktioniert).

Die Gesundheitsfragen wurden vom Bund den Kantonen aufgegeben: Bei der Grundimmunisierung deckten sie evtl. noch besser ab. Beim Booster ist nun entscheidend, dass einige R.-Gruppen eine volle Dosis und andre eine halbe erhalten. Die Fragen wurden wohl nie weiterentwickelt. Fragen nach «schwerer Impfreaktion, Schwangerschaft, Gesundheitsfachperson etc.» funktionieren allenfalls. Die nach ‚chronischer Krankheit und Immunsuppression‘ tun es nicht. Wären letztere nicht obsolet, müssten wohl zusätzliche Massnahmen wie die Auflistung der Krankheiten vor dem Impfzentrum/in der Info etc. stattfinden. Aber auch dies würde nicht abschliessend alles abdecken – ohne Klassifizierungssystem (schnell) oder Durchgehen eines E-Dossiers (langsam) > Ersatz der (Haus)-Arztfunktion.

#### 3.1. Monitoring:

Es wird vorgeschlagen, dass das Monitoring arbeitspsychologisch nochmals fundiert erweitert wird. Laienhaft gedacht heisst dies, dass 2-3 fachlich gleichberechtigte Gremien aus Spital o.a. die Ausführung der Impfstrategie prüfen. Ein gegenseitiges Anschauen und Evaluieren soll Bestandteil sein, indem jeder Teilbereich und Punkt nochmals genauestens angeschaut wird. Dies kann im Zuge der vorhandenen Evaluationen auf Bund- und Kantonebene der Fall sein.

##### 3.1.1 Chance für den Kanton Solothurn:

Der Kanton Solothurn hat die Expertise und weist die Möglichkeit auf, 2-3 unterschiedlich potentiell gleichberechtigte fachliche Gremien – schon nur aus den beiden Spitälern und weiteren dazugehörigen Feldern (Arbeitspsychologie(?)), medizinisch+pädagogisch – bereitzustellen, die mit den derzeitigen Aufarbeitungsgruppen gelesen werden können. Eine Evaluation der Impfkation mit Blick auf R.-Gruppen ist möglich. Oder auch nur, dies auf Bundesebene anzustossen und mitzuwirken. Auf

Bundesebene gab es interessante und gewinnbringende Rückblicke, die ebenfalls helfen. Die Ausführung der Impfstrategie BAG und EKIF auf R.-Gruppen wurde aber bisher nicht getätigt.

Die Chance ist riesig, das Potential des Kt. SO zu zeigen. Andererseits sollte das Ganze mit keiner Lorbeere verbunden sein: Es ist immer eine Chance, was Gutes zu tun, was in dem Fall heisst, eine detaillierte und genaue Evaluation vorzunehmen, um für einfaches und schweres gerüstet zu sein.

#### 4. Diverses

Hier sollte lückenhaft stehen, was Wichtiges in den Notizen und Unterlagen steht und nicht genannt wurde (unvollständig).

«Ein schneller Schutz von Risikopersonen für das Gesundheitswesen und die Wirtschaft ist äusserst vorteilhaft»

«Wäre Omikron gleich gefährlich wie Delta gewesen wäre, wäre man zu langsam gewesen»

«Den **Pragmatismus** in der Pandemie prüfen: Dies wäre ein eigenes Thema bei einer Evaluation. Pragmatisch ansetzen heisst etvt., dass Spitex-Personal unter (einmaliger) Anleitung ihre Patient:innen impfen dürfen. Aber Pragmatismus bedeutet nicht, den Impfstart nicht per Post zu melden. Hier evaluieren und ansetzen, wo Pragmatismus zweckmässig ist und wo nicht.»

«75%-90% der Todesfälle (gemäss Impfstrategie BAG und EKIF) fallen in die Kategorie besonders gefährdet oder chronisch»

«Haushaltsangehörige wurden nicht separat angesprochen bei "den nötigen Schutzmassnahmen zu Hause" vom Bund bei Infos: Es galten die genau gleichen Regeln wie bei allen andern - nur bei der Impfung wurde plötzlich eine Priorisierung der H.-Angehörigen erkenntlich»

«Eine Evaluation der Impfstrategie BAG und EKIF auf die Praxis hin fand auf Bundesebene bisher nicht statt.»

«Ich enthalte mich, irgendetwelche Risiko-Pat. in Gefahr zu bringen mit Laien-Vorschlägen. Experten können beurteilen.»

«Bundeskanzler Turnheer sprach von anfangs 2023 bis das IT-System und andere Prozesse überarbeitet wurden - das wäre zu langsam.»

«Auf fachlicher Ebene Probeläufe der Strateg:innen einzelne Bereiche zu erleben, was wiederum auf die Planung auswirken soll.»

#### 5. Politik

Ich gelangte noch mehr zur Überzeugung, dass eine Petition oder ein politisches Begehren nicht ‚einfach‘ sein sollte. Bereits aufgrund der Tiefe (aus Laiensicht) wie auch der Anzahl Wochen der Beschäftigung mit einem Thema. Also online-Unterschreiben (ausserhalb Petition), um sehr schnell viele Unterschriften zu generieren (bereits jetzt durch Gruppen): je nach Sachlage kann dies schlecht oder gut sein.

Es ist unglaublich, dass man das in der Schweiz einfach so machen kann und darf: Als Einzelperson oder wenige Leute was vorbringen. Die Frage ist natürlich, ob es gute Möglichkeiten gibt, politische und demokratische Prozesse in der Bevölkerung zu begleiten oder zu beginnen. Da gibt es sicherlich Fachpersonen dazu – ein Begrenzen und Herausfiltern der positiven Prozesse könnte gelingen und somit was Neues entstehen. Gewisse Stellen waren während der Corona-Welle(n) und auch derzeit beschäftigt, auch gar nicht bekannt oder hatte die Möglichkeit, dies zu ändern. Deshalb blieb der Petitionsweg – vielleicht gäbe es Zwischenlösungen. Und sicherlich gab es Stellen u.a., welche man nicht kannte.

Denn es könnte in seltenen Situationen Zeiten geben – jetzt nicht auf dieses Begehren hier gemeint und sehr pathetisch formuliert –, wo evtl. sogar eine Pattsituation bei Institutionen, Patientenschutzorganisationen, Organisationen, die mitwirken, Medien, Kanton und Bund betreffen. Und dann gibt es evtl. ein gegenseitiges Abwarten – und das «Volk» hat seinen Teil mitzuwirken und zu helfen: was es natürlich gerne tut.