

Formative Evaluation der Strategie NOSO

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG

Zusammenfassung des Schlussberichts

Christian Rüefli

Michèle Gerber

Bern, 7. Oktober 2022

Impressum

Auftraggeber:	Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Evaluation + Forschung
Laufzeit der Evaluation:	September 2021 – Oktober 2022
Laufzeit der Datenerhebung:	Oktober 2021 – Mai 2022
Projektleitung Büro Vatter:	Christian Rüefli
Wissenschaftliche Mitarbeit:	Michèle Gerber
Leitung des Evaluationsprojekt im BAG:	Tamara Bonassi, Fachstelle Evaluation und Forschung
Begleitgruppe und Steuer- gruppe:	Eine Liste der Mitglieder der Begleit- und der Steuergruppe der Evalu- ation findet sich im Anhang des Schlussberichts.
Meta-Evaluation:	Der vorliegend zusammengefasste Bericht wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) extern in Auftrag gegeben, um unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antworten auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfäll- ige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen. Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweize- rischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Be- rücksichtigung im vorliegenden Bericht.
Bezug:	Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), 3003 Bern www.bag.admin.ch/evaluationsberichte
Zitiervorschlag:	Rüefli, Christian und Gerber, Michèle (2022). Formative Evaluation der Strategie NOSO - Zusammenfassung. Bern: Bundesamt für Ge- sundheit.
Korrespondenzadresse:	Büro Vatter, Politikforschung & -beratung Gerbergasse 27 CH-3011 Bern

Abstract

Die Strategie NOSO (Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen [HAI]) wird seit 2016 umgesetzt. Die formative Evaluation beurteilt den Umsetzungsstand, die ersten Wirkungen und die Zweckmässigkeit der Massnahmen und die Zweckmässigkeit der Gouvernanz. Sie ermittelt hinderliche und förderliche Kontextfaktoren mit Einfluss auf die Strategieumsetzung, identifiziert Optimierungsbedarf und gibt Empfehlungen zur Anpassung der Strategieumsetzung ab. Die Evaluation stützt sich auf die Auswertung von Dokumenten zur Konzeption, Umsetzung und Steuerung der Strategie und ihrer Massnahmen, auf 34 Interviews mit Mitgliedern der Projektorgane, Umsetzungsakteuren und Stakeholdern sowie eine Online-Befragung der Direktionen von 64 Akutspitälern.

Die formative Evaluation zeigt, dass die Strategie NOSO die Weiterführung und den Ausbau bereits bestehender Aktivitäten zur Überwachung, Prävention und Bekämpfung von HAI ermöglichte. Knappe personelle Kapazitäten bei der Projektleitung im BAG und bei Umsetzungspartnern sowie die Covid-19-Pandemie verzögerten jedoch die Umsetzung zahlreicher Massnahmen. Mit den strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler konnte dennoch eine wichtige Referenzgrundlage für Aktivitäten in diesem Bereich erstellt werden. Diese Mindestanforderungen tragen zur Umsetzung von 12 der 16 Schlüsselmassnahmen der Strategie NOSO bei. Zusammen mit den neuen Bestimmungen zur Qualitätsentwicklung im Rahmen der Krankenversicherung dürften sie künftig vor allem bei kleineren und mittleren Spitälern einen gewissen Entwicklungsschub in der Infektionsprävention auslösen. Für die Umsetzung von Massnahmen für Alters- und Pflegeheime fehlten bisher die personellen und organisatorischen Ressourcen. Die Massnahmen der Strategie NOSO sind aus fachlicher Sicht zweckmässig. Ihre Wirksamkeit hängt davon ab, ob Gesundheitseinrichtungen bereit sind, sie umzusetzen. Die Gouvernanz hat in der ersten Aufbauphase grundsätzlich gut funktioniert. Um die künftige Strategieumsetzung zu fördern, sollten jedoch die Kapazitäten der Projektleitung gestärkt, die Strukturen zur Umsetzung weiterentwickelt, das Netzwerk der beteiligten Akteure erweitert und die Rolle gewisser Partnerorganisationen geklärt werden.

Die Evaluation mündet in neun Empfehlungen auf organisatorischer, operativer und strategischer Ebene. Diese zielen darauf ab, die Umsetzung der Strategie NOSO zu fördern und bessere Voraussetzungen dafür zu schaffen.

Schlüsselwörter

Healthcare-assoziierte Infektionen; Infektionsprävention; Monitoring; Spitalhygiene; Qualitätsentwicklung; stationäre Versorgung; Swissnoso; Evaluation.

Ausgangslage, Ziele und Fragestellungen der Evaluation

Die Strategie NOSO (Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen [HAI]) wurde im März 2016 vom Bundesrat gutgeheissen. Sie hat zum Ziel, HAI zu reduzieren sowie die Ausbreitung potenziell gefährlicher Erreger in Spitälern und Pflegeheimen zu verhindern. Die Strategie NOSO baut auf vorhandenen Grundlagen und Aktivitäten von Fachorganisationen, Fachgesellschaften, einzelnen Kantonen, Spitälern und Pflegeheimen auf und bildet einen übergeordneten Orientierungs- und Handlungsrahmen für die Aktivitäten der verschiedenen Akteure in diesem Bereich. Die Strategie definiert 16 Schlüsselmassnahmen in fünf Handlungsfeldern (Governance; Monitoring; Verhütung und Bekämpfung; Bildung und Forschung; Evaluation). Diese richten sich in erster Linie an Spitäler und Pflegeheime. Die Federführung für die Umsetzung liegt beim Bundesamt für Gesundheit (BAG); dieses arbeitet bei der Umsetzung mit dem nationalen Zentrum für Infektionsprävention Swissnoso, der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), den Verbänden der Spitäler und der Pflegeheime (H+ und CURAVIVA) sowie verschiedenen Fachorganisationen zusammen. Die Strategie NOSO ist verknüpft mit anderen nationalen Strategien und Programmen des Bundes, namentlich mit der Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz (StAR), der Nationalen Strategie zu Impfungen (NSI), der Nationalen Strategie zur Verhütung der saisonalen Grippe (GRIPS) und der Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie).

Mit Genehmigung der Strategie NOSO hat der Bundesrat das BAG beauftragt, eine Zwischenevaluation vorzulegen und über die Umsetzung und die ersten Wirkungen Bericht zu erstatten. Das BAG hat gestützt darauf ein externes Evaluationsmandat an das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung vergeben. Die Evaluation ist formativ ausgerichtet, d.h. sie soll Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten bieten, Optimierungspotenziale eruieren und Empfehlungen formulieren, auf deren Grundlage Entscheide zur Anpassung der Strategie und ihrer weiteren Umsetzung getroffen werden können.

Die Evaluation beantwortet fünf Hauptfragen: 1) Was ist der Stand der Umsetzung der Strategie NOSO? Welche Fortschritte wurden bislang erzielt? 2) Erweisen sich die Massnahmen und Instrumente im Hinblick auf die Erreichung der im Wirkungsmodell formulierten Output- und Outcome-Ziele als geeignet (Zweckmässigkeit)? 3) Sind Aufgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten der Umsetzungspartner klar? Bewährt sich die Zusammenarbeit und Koordination aus Sicht der Beteiligten (Gouvernanz)? 4) Welchen nationalen und internationalen Kontextfaktoren ist die Strategie und deren Umsetzung ausgesetzt? 5) Gibt es Optimierungsbedarf an der Strategie oder ihrer Umsetzung?

Informationsquellen und Erhebungen

Die Evaluation stützt sich auf vorwiegend qualitative und einzelne quantitative Informationsgrundlagen. Zahlreiche Dokumente (Strategiedokument und Projektantrag; Kommunikationskonzept; interne Zwischenberichte zum Projektstand; Sitzungsprotokolle von Projektgremien, Workshops und Austauschtreffen; Projektmanagement-Unterlagen der Projektleitung; Teilnehmerlisten von Veranstaltungen; Adressliste des Newsletters) lieferten Grundlageninformationen zur Konzeption

und Umsetzung der Strategie NOSO. Weitere Informationen zur Strategieumsetzung sowie zu Kontextentwicklungen lieferten Websites und diverse Strategie- und Studienberichte. Ein Kernelement der Informationserhebung bilden 34 leitfadengestützte Einzel- und Gruppeninterviews mit Personen in unterschiedlichen Rollen in der Strategie NOSO (3 Projektverantwortliche im BAG; 16 Mitglieder der Projektgremien [Vertreterinnen und Vertreter der GDK und von zwei Kantonen, von Verbänden und Fachorganisationen sowie von den für die StAR und die Qualitätsstrategie verantwortlichen BAG-Sektionen]; 6 kantonale Kontaktpersonen für das Thema NOSO; 8 an Umsetzungsaktivitäten oder Akteursworkshops beteiligte Personen; 1 Fachperson auf internationaler Ebene). In Absprache mit dem Spitalverband H+ erfolgte eine standardisierte Online-Befragung der Direktionen aller Akutspitäler in der Schweiz. An dieser beteiligten sich 64 der 112 eingeladenen (57%) Spitäler. Bezüglich der verschiedenen Spitalkategorien kann die Erhebung insgesamt als repräsentativ bezeichnet werden. Eine Befragung von Alters- und Pflegeheimen war im Evaluationsauftrag explizit nicht vorgesehen. Die Evaluation wurde zwischen September 2021 und Juni 2022 umgesetzt. Die Interviews und die Online-Befragung fanden zwischen März und Mai 2022 statt.

Ergebnisse

Gestützt auf die dargelegten Erhebungen kommt die Evaluation zu den folgenden Ergebnissen.

Umsetzungsstand und Fortschritte (Stand Juni 2022)

In allen Handlungsfeldern der Strategie NOSO sind Umsetzungsaktivitäten in Gang. Ein zentrales Ergebnis sind die 2021 publizierte strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler. Sie tragen zur Umsetzung von 12 der 16 Schlüsselmassnahmen der Strategie NOSO bei und geben Akutspitalern einen fachlich und politisch breit abgestützten Referenzrahmen für die betriebsinterne Überprüfung und ggf. Anpassung ihrer Situation bezüglich der Infektionsprävention. Die Kantone können die Mindestanforderungen bei der Zulassung von Spitalern auf der Spitalliste als Qualitätskriterium vorsehen, Krankenversicherer können sie im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsverträge als Vorgabe einsetzen. Konkretisierende operative Ziele für die Spitäler stehen kurz vor der Finalisierung. Die Strategie NOSO ermöglichte die Weiterführung und den Ausbau von bereits bestehenden Aktivitäten von Swissnoso, z.B. die Ausdehnung der Überwachung (Surveillance) auf weitere HAI, regelmässige Punktprävalenzerhebungen der nosokomialen Infektionen in Spitalern oder den Aufbau von Interventionsmodulen zur Prävention von postoperativen Wundinfektionen oder von Katheter-assoziierten Blaseninfektionen. Es liegen somit diverse Angebote (Richtlinien, Empfehlungen, Hilfsmittel, Surveillance- und Interventionsmodule etc.) vor, um die Gesundheitseinrichtungen bei der Umsetzung von Massnahmen der Infektionsprävention zu unterstützen; weitere sind im Aufbau. Swissnoso wurde zudem 2018 vom BAG mit dem Aufbau eines Kompetenzzentrums für regionale und nationale epidemiologische Studien bei HAI-Ausbrüchen beauftragt. Diese Grundstruktur ermöglichte eine rasche Reaktion bei der Bewältigung der Covid-19-Pandemie in Spitalern. Der Aufbau eines umfassenden national harmonisierten Monitoringsystems durch Swissnoso ist seit 2019 in Gang. Im Bereich Bildung wurden gestützt auf die

Situationsanalyse einer externen Beratungsfirma Stossrichtungen für das weitere Vorgehen definiert. Diese konnten wegen Covid-19-bedingten Stillständen bisher nicht weiterverfolgt werden. Des Weiteren richteten sich verschiedene Kommunikationsprodukte des BAG (Website, Newsletter, Jahresbericht) an Umsetzungspartner und Fachorganisationen.

In den Kantonen Waadt und St. Gallen wurden zwei Pilot-Punktprävalenzstudien zu HAI in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt. Für die Umsetzung der weiteren im Bereich der Alters- und Pflegeheime vorgesehenen Massnahmen (nationale Punktprävalenzstudie, Erarbeitung von Mindestanforderungen an die Infektionsprävention) fehlten bisher die Strukturen und Ressourcen.

Im Vergleich zur ursprünglichen Planung weisen zahlreiche Umsetzungsprozesse einen zeitlichen Verzug auf. Diese erklären sich mit einem fast zweijährigen Stillstand vieler Umsetzungsaktivitäten aufgrund der Covid-19-Pandemie, mit beschränkten personellen Kapazitäten bei der Projektleitung im BAG und bei Swissnoso und mit grossem Zeitbedarf für Vorabklärungen bei Kantonen und Spitälern aufgrund der fragmentierten Strukturen und heterogenen technischen und betrieblichen Voraussetzungen. Die internationale Zusammenarbeit konnte nicht weiterentwickelt werden; entsprechende Kontakte des BAG mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) blieben ergebnislos.

Mehrere vorgesehene Massnahmen (Aufbau einer Wissensplattform, Kommunikationsmassnahmen an die Bevölkerung, Erweiterung der gesetzlichen Meldepflicht, Verankerung des Themas HAI in der Forschungsförderung, Erarbeitung von Grundlagen für das Beurteilen neuer Technologien) wurden vom BAG bisher als nicht prioritär zurückgestellt.

Über die verschiedenen Massnahmen in der alleinigen Zuständigkeit von Gesundheitseinrichtungen liegen zu wenig zuverlässige Informationen vor, um den Stand der Umsetzung und Fortschritte fundiert beurteilen zu können.

Erste Wirkungen der Strategie NOSO

Eine systematische oder quantitative Übersicht über die bisher von der Strategie NOSO ausgelösten Wirkungen bei den angesprochenen Zielgruppen besteht nicht. Es lässt sich aber feststellen, dass auf einigen Zieldimensionen eine Entwicklung im angestrebten Sinn eingesetzt hat.

Einzelne Kantone haben die strukturellen HAI-Mindestanforderungen in ihre Instrumente und Prozesse zur Steuerung und Aufsicht der Spitalversorgung integriert, andere befassen sich zurzeit noch mit der Frage, wie sie dies tun können.

Die Aktivitäten von Gesundheitseinrichtungen im Bereich der Infektionsprävention hingen bisher weitgehend von deren Eigeninitiative ab; es fehlten verbindliche Vorgaben und Anreize dazu. Gemäss den vorliegenden Informationen ist in vielen Spitälern das Bewusstsein für die HAI-Problematik gestiegen und sind Diskussionen und Prozesse in Bezug auf die interne Überprüfung und Umsetzung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen in Gang. Dieser Effekt dürfte sich tendenziell stärker bei kleineren und mittleren Spitälern zeigen, welche im Vergleich zu grossen Spitälern der Zentrumsversorgung diesbezüglich häufig einen gewissen Nachholbedarf aufweisen. Inwiefern Spitäler konkrete Massnahmen zur Prävention und Kontrolle von HAI ergriffen oder entsprechende Strukturen dafür schufen oder ausbauten lässt sich nicht fundiert beurteilen. Gemäss

der durchgeführten Online-Befragung erfolgte in verschiedenen von der Strategie NOSO angestrebten Wirkungsdimensionen eine positive Entwicklung, vor allem in Bezug auf von der Spitalleitung unterstützte Richtlinien und Weisungen zur Prävention von HAI, auf interne Spitalhygiene-Audits und jährliche Spitalhygiene-Pläne. Inwiefern solche Veränderungen mit der Strategie NOSO in direktem Zusammenhang stehen, lässt sich allerdings nicht beurteilen.

Bei Alters- und Pflegeheimen hat die Strategie NOSO bisher noch kaum erkennbare Wirkungen entfaltet, vor allem, weil noch keine konkreten Massnahmen und Grundlagen für diese Einrichtungen erarbeitet wurden. Das Bewusstsein für die Bedeutung der Infektionsprävention ist in der Einschätzung von Fachpersonen aus diesem Bereich gestiegen, es ist jedoch anzunehmen, dass dies vor allem auf die Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist.

Inwiefern auf der Ebene des Personals von Spitälern und Pflegeheimen Entwicklungen im Sinne der Strategie NOSO erfolgt sind, lässt sich mangels fundierter Informationen dazu nicht klar beurteilen. Es ist von einer erhöhten Sensibilisierung für die Thematik auszugehen. Auf das Verhalten von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchenden von Spitälern und Pflegeheimen hatte die Strategie NOSO bisher keine Auswirkungen. Es richteten sich bislang keine Massnahmen spezifisch an diese Zielgruppen.

In der Einschätzung von Fachpersonen hat die Strategie NOSO zu Fortschritten in Bezug auf die Monitoringqualität und die Datenverfügbarkeit geführt. Seit 2017 steht mehr Wissen über HAI zur Verfügung, was jedoch nicht unmittelbar auf die Strategie NOSO zurückzuführen ist, sondern auf die intrinsisch motivierten Forschungs- und Publikationsaktivitäten von Swissnoso-Mitgliedern.

Die Anzahl Personen, die den seit Mai 2019 bestehenden Newsletter zur Strategie NOSO abonniert haben, hat sich über drei Jahre hinweg kontinuierlich von 205 auf 639 verdreifacht. Die meisten davon sind in Spitälern tätig. Gemäss der Online-Befragung wünschen sich Personen in Spitälern nutzerfreundlich aufbereitete, auf die Zielgruppe zugeschnittene praxisnahe Informationen. Die Kommunikationsprodukte des BAG scheinen dieses Bedürfnis nicht vollumfänglich abzudecken.

Für die Strategie und ihre Umsetzung relevante Kontextfaktoren

Die Umsetzung und Wirkungsentfaltung der Strategie NOSO wird durch verschiedene Kontextfaktoren gefördert bzw. behindert. Die grösste Bedeutung kommt diesbezüglich der Covid-19-Pandemie zu. Die Steuerung der Strategie und viele Massnahmen waren in den Jahren 2020 und 2021 praktisch blockiert, weil die dafür zuständigen Akteure stark in die Pandemiebewältigung eingebunden waren; die Strategieumsetzung wurde dadurch stark verzögert. Demgegenüber hat die Covid-19-Pandemie in Gesundheitseinrichtungen und kantonalen Gesundheitsämtern das Bewusstsein für die Bedeutung der Infektionsprävention und -kontrolle, für Hygienemassnahmen und die dazu notwendigen Ressourcen erhöht. Dies dürfte künftig die Umsetzung der Strategie NOSO und der strukturellen HAI-Mindestanforderungen begünstigen.

Ein wichtiger Kontextfaktor ist die seit 2017 erfolgte Weiterentwicklung der gesetzlichen und strategischen Grundlagen der Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung. Leistungserbringer sollen die im Rahmen der Strategie NOSO erarbeiteten Empfehlungen und die strukturellen HAI-

Mindestanforderungen für Akutspitäler in ihre Systeme zum Management von klinischen Risiken integrieren. Die Aufmerksamkeit für Qualitätsthemen und der Druck auf Leistungserbringer, diesbezüglich aktiv zu werden, haben sich dadurch erhöht. Es bestehen stärkere Anreize für Spitäler, Massnahmen im Sinne der Strategie NOSO umzusetzen. Es bestehen zudem neue, von der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) verwaltete Gefässe zur Finanzierung von Programmen und Projekten zur Qualitätsentwicklung. Die Anforderung von 50% Eigenleistung, um Finanzhilfen der EQK beantragen zu können, stellt für viele Organisationen im Bereich der Infektionsprävention jedoch eine hohe Hürde dar. Diese Entwicklungen unterstützen die Massnahmen der Strategie NOSO potenziell. Es besteht jedoch noch Bedarf zur Klärung von Zuständigkeiten und des Zusammenwirkens der Strategie NOSO und der Qualitätsstrategie.

Hinderliche Kontextfaktoren sind fehlende Ressourcen seitens von Umsetzungspartnern und kantonalen Stellen, um konkrete Projektaktivitäten voranzubringen bzw. die aus der Strategie NOSO resultierenden zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen, sowie die dezentralen Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen und die unterschiedlichen Voraussetzungen und Motivationen in den Kantonen. Die Evaluation konnte zudem diverse Faktoren identifizieren, die die Nutzung der Massnahmen und Angebote im Rahmen der Strategie NOSO in Spitälern und Alters- und Pflegeheimen erschweren: Spitäler sind aufgrund von bereits hoher Personalbelastung und -knappheit sowie Spardruck oft nicht bereit, den personellen und finanziellen Zusatzaufwand für betriebliche Anpassungen, IT-Projekte und Massnahmen zur Überwachung und Prävention von HAI zu leisten. Dieser Aufwand wird nicht separat vergütet und muss aus den Betriebserträgen gedeckt werden. Entscheidend ist die Bereitschaft von Spitalleitungen, Massnahmen der Infektionsprävention zu unterstützen und zu fördern. Dies wird jedoch oft nicht als prioritär betrachtet; der Nutzen von entsprechenden Investitionen wird oft nicht gesehen. Auf technischer Ebene (Informatik, digitale Klinikinformationssysteme) sind die Voraussetzungen für die Erfassung von Monitoringdaten als Entscheidungsgrundlage und zur Erfolgskontrolle oft ungünstig. Es besteht diesbezüglich zudem eine grosse Vielfalt unter den Betrieben, weshalb bei der Umsetzung von Surveillance- oder Interventionsmodulen nicht auf eine einheitliche Informatiklösung abgestellt werden kann.

Im Vergleich zu Akutspitälern sind die betrieblichen und personellen (Kapazität, Qualifikation) Voraussetzungen der Infektionsprävention in Alters- und Pflegeheimen in der Regel weniger weit entwickelt; das Thema war gemäss Fachpersonen aus dem Bereich der Langzeitpflege für viele Betriebe bis zur Covid-19-Pandemie von geringer Relevanz. Es fehlt in diesem Bereich eine mit Swissnoso vergleichbare fachliche Unterstützungsstruktur, und auch die Anreize und regulatorischen Rahmenbedingungen für Massnahmen der Infektionsprävention sind schwächer als bei Akutspitälern.

Zweckmässigkeit der Massnahmen

Diejenigen Massnahmen der Strategie NOSO, die soweit konkretisiert sind, dass ihre Zweckmässigkeit beurteilt werden kann, scheinen aus Sicht der befragten Spitäler grundsätzlich geeignet, die angestrebten Wirkungen zu erzielen. Die hauptsächlichen Hürden stellen die oben bereits aufgeführten Faktoren dar, welche die Übernahme von Massnahmen der Strategie NOSO in Spitälern

erschweren. Bei kleineren und mittleren Spitälern zeigen sich dabei die grösseren Herausforderungen als bei grösseren Zentrumsspitalern. Die Zweckmässigkeit einer Massnahme für Spitäler ist somit dann hoch, wenn sie ihnen praxisorientierte Hilfsmittel zur Verfügung stellt, möglichst einfach einsetzbar ist, möglichst wenig Zeitaufwand und Kosten verursacht und ihnen einen hohen und rasch erkennbaren Nutzen bringt.

Ein Teil der in der Strategie NOSO vorgesehenen Massnahmen in den Handlungsfeldern Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung liegt in der Zuständigkeit der einzelnen Gesundheitseinrichtungen und ist von deren Eigeninitiative abhängig. Soweit ersichtlich sind in der Strategie keine konkreten Aktivitäten vorgesehen, um die Umsetzung dieser Massnahmen unmittelbar zu stimulieren und die erwarteten Veränderungen in Gesundheitseinrichtungen auszulösen. Dies stellt eine Lücke in den Wirkungsketten dieser Massnahmen dar und schränkt deren Zweckmässigkeit ein. Es ist jedoch zu erwarten, dass vom Einsatz der strukturellen HAI-Mindestanforderungen durch Kantone in Steuerungsinstrumenten der Spitalversorgung und durch die Krankenversicherer in Qualitätsverträgen ein entsprechender Impuls ausgeht.

Der Nutzen der strukturellen HAI-Mindestanforderungen wird von praktisch allen befragten Akteuren als hoch beurteilt. Sie stellen einerseits eine wichtige fachliche Referenzgrundlage, andererseits eine betriebspolitische Legitimationsquelle für Aktivitäten der Infektionsprävention in Spitälern dar. Ihre Publikation hat in zahlreichen Spitälern konkrete Aktivitäten im Sinne der Strategie NOSO ausgelöst. In ihren Empfehlungen zur Spitalplanung empfiehlt die GDK den Kantonen, die Mindestanforderungen für die Spitäler verpflichtend festzulegen. Die Verbindlichkeit der Mindestanforderungen wird erhöht, wenn ihre Erfüllung von Dritten (Kantone, Krankenversicherer) überprüft wird. Ob, wann und wie dies erfolgen wird, ist allerdings noch unklar.

Klarheit und Eignung der Gouvernanz

Die verschiedenen Gremien des Projekts «Umsetzung der Strategie NOSO» haben ihre Rolle wie in der Projektorganisation vorgesehen ausgeübt. Ihre Funktionsweise und die Interaktion zwischen ihnen waren weitgehend klar; es zeigten sich diesbezüglich keine Schwierigkeiten oder Unstimmigkeiten. Die Koordination und Zusammenarbeit unter den beteiligten Organisationen wurde als konstruktiv, sachorientiert, professionell und konfliktfrei beschrieben.

Die Kapazität der Projektleitung im BAG war in verschiedener Hinsicht begrenzt. Bis 2020 standen für diese Funktion 60 Stellenprozent zur Verfügung, seit 2021 80. Zwei Wechsel der Projektleitung und die damit verbundenen Vakanzen, Personalengpässe und Brüche haben zu Verzögerungen der Strategieumsetzung beigetragen und die Kontinuität in der Führung der Strategie NOSO beeinträchtigt. Zudem waren die zuständigen Personen zeitweise stark in die Bewältigung der Covid-19-Pandemie involviert und konnten sich kaum der Strategie NOSO widmen.

Das aus Vertretungen von verschiedenen BAG-Einheiten, Kantonen und Fachorganisationen der Infektionsprävention und der Spitalqualität zusammengesetzte Projektteam hat seine Rolle eines fachlichen Begleitgremiums ohne Entscheidungskompetenz wie vorgesehen gespielt. Nicht alle Mitglieder sind jedoch mit dieser Rolle zufrieden; teilweise wurde fehlende Verbindlichkeit im Umgang mit eingebrachten Beiträgen bemängelt. Das Projektteam funktioniert nach dem Milizprinzip und ehrenamtlich, was eine gewisse personelle Fluktuation, eine teilweise tiefe Verbindlichkeit der

Teilnahme und bei einzelnen Mitgliedern abnehmende Motivation zur Folge hatte. Das Projektteam setzt sich vor allem aus Fachpersonen zusammen; es sind kaum Akteure mit Umsetzungsverantwortung auf kantonaler Ebene, aus Spitälern oder aus dem Bereich der Bildung darin vertreten. Die Verbindung zwischen den Projektgremien und der kantonalen Ebene funktionierte nur lückenhaft; der Informationsfluss zwischen den kantonsärztlichen Diensten und den für die Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen ist nicht in allen Kantonen sichergestellt. Letzteren ist ihre Rolle in der Strategie NOSO teilweise nicht klar.

Die Projektleitung hat keine direkten Möglichkeiten, Gesundheitseinrichtungen oder Kantone zu Umsetzungsaktivitäten zu bewegen. Intermediären Akteuren wie H+, CURAVIVA oder der GDK kommt deshalb grosse Bedeutung zu, indem sie sich jeweils in ihren Kreisen für die Umsetzung von Massnahmen der Strategie NOSO einsetzen und sie dabei unterstützen können. Die Umsetzung der Strategie NOSO ist entsprechend stark von der Bereitschaft, vom Engagement und den Möglichkeiten von Umsetzungspartnern abhängig. Deren personelle Kapazitäten sind jedoch oft beschränkt. CURAVIVA z.B. hatte sich aus Kapazitätsgründen und aufgrund anderer strategischer Schwerpunkte seiner Tätigkeit zeitweise aus den Projektgremien zurückgezogen und seine Beteiligung an der Strategieumsetzung reduziert. Dies erschwerte den Aufbau und die Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Alters- und Pflegeheime.

Nicht alle der vom BAG als Umsetzungspartner bezeichneten Organisationen sind tatsächlich an Umsetzungsmassnahmen beteiligt. Vor allem den bisher nicht konkret einbezogenen medizinischen Fachgesellschaften ist nicht klar, welche Rolle in der Strategie NOSO für sie vorgesehen ist.

Koordination zwischen verschiedenen BAG-Strategien

Die Strategie NOSO, die GRIPS und die NSI werden von derselben BAG-Sektion geleitet. Die Koordination zwischen ihnen erfolgt deshalb sektionsintern, wobei eine klare Trennung vorgenommen wurde.

Die Koordination der Strategie NOSO, der Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) und der Qualitätsstrategie erfolgte in zwei BAG-internen Koordinationsorganen auf Stufe Direktionsbereich und auf Stufe Sektion. Ersteres war jedoch zwischen 2018 und Dezember 2021 längere Zeit nicht aktiv, u.a. da sich die Strategie NOSO und die StAR bereits in Umsetzung befanden und sich die Projektleitungen auf Sektionsebene laufend austauschten, während die Erarbeitung der Qualitätsstrategie erst beginnen konnte, nachdem das Parlament die revidierten Qualitätsbestimmungen im KVG im Juni 2019 verabschiedet hatte. Wichtige Koordinationsfragen konnte deshalb lange nicht diskutiert und geklärt werden. Mit Vorliegen der neuen Qualitätsstrategie per März 2022 besteht eine neue Ausgangslage dafür. Die weiterhin offenen Klärungen bezüglich der Finanzierung von Massnahmen zur Umsetzung der Strategie NOSO sind mit der EQK zu treffen. Entsprechende Gespräche stehen noch aus.

Die Koordination zwischen der Strategie NOSO und der StAR ist aufgrund der engen inhaltlichen Verflechtungen sowohl BAG-intern als auch für Swissnoso, die in beiden Strategien vom BAG mit Umsetzungsarbeiten beauftragt ist, aufwändig und z.T. mit Doppelspurigkeiten verbunden. Die BAG-interne Abstimmung zwischen der Strategie NOSO und der Qualitätsstrategie wird von kantonalen Stellen und Fachorganisationen als ungenügend wahrgenommen.

Anpassungsbedarf und Empfehlungen

Anpassungen der Strategie, ihrer Handlungsfelder und Massnahmen drängen sich aus Sicht des Evaluationsteams nicht auf. Die Ziele sind weiterhin aktuell und relevant, und der Grundansatz, der Aufbau und die Handlungsfelder der Strategie NOSO sind sinnvoll, zweckmässig und – bezogen auf die stationäre Gesundheitsversorgung – umfassend. Mit Blick auf den aktuellen Stand der Strategie NOSO muss das Hauptziel von Anpassungen darin bestehen, die weitere Umsetzung zu fördern und die Voraussetzungen für die Steuerung und Umsetzung der Strategie zu verbessern. Die nachfolgenden Empfehlungen des Evaluationsteams regen konkrete, auf diese Ziele ausgerichtete Anpassungen und Massnahmen an. Sie richten sich an Akteure, die in die Organe zur Steuerung und Umsetzung der Strategie NOSO eingebunden sind. Gesundheitseinrichtungen sind nicht direkt in diesen Organen vertreten; das Handeln dieser zentralen Zielgruppe ist jedoch entscheidend für die Wirksamkeit der Strategie NOSO.

Empfehlungen zur Projekt- und Umsetzungsorganisation

► Empfehlung 1: Kontinuität und ausreichende Kapazitäten der Projektleitung sicherstellen

Adressatin: Abteilung Übertragbare Krankheiten im BAG

Um die Führung und Umsetzung der Strategie NOSO nicht weiter zu gefährden sollte die Abteilung Übertragbare Krankheiten im BAG durch geeignete organisatorische Rahmenbedingungen und Massnahmen dafür sorgen, dass die Kontinuität der Projektleitung sichergestellt ist und permanent ausreichende personelle Kapazitäten für deren Aufgaben zur Verfügung stehen. Die Arbeit der Projektleitung sollte soweit möglich auf mehr Schultern verteilt werden, entweder BAG-intern oder mittels Auslagerung an eine externe Projektunterstützung.

► Empfehlung 2: Projektteam ausbauen und konsolidieren

Adressaten: BAG/Projektleitung Strategie NOSO; Mitglieder des Projektteams

Das BAG sollte das Projektteam mit Vertretungen von praxisnahen Akteuren aus den Kantonen (für die Spitalversorgung zuständige Stellen), von Spitalleitungen und von Alters- und Pflegeheimen erweitern und dessen Funktionsweise optimieren. Das Organ sollte sich künftig wieder häufiger und regelmässiger treffen. Die Mitglieder des Projektteams sollten innerhalb ihrer jeweiligen vertretenen Kreise Informationen aus dem Projektteam verbreiten bzw. Konsultationen abhalten. Um die Projektleitung zu entlasten und die Akteure enger in die Umsetzungsarbeiten einzubinden wird empfohlen, vom Projektteam koordinierte bereichsspezifische Arbeitsgruppen (z.B. Kantone, Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Bildung) unter der Leitung von Mitgliedern des Projektteams einzusetzen und diese administrativ und finanziell (Vergütung von Sitzungs- und Reisespesen; Beiträge an Projektarbeiten) zu unterstützen.

► **Empfehlung 3: Spezifisches Teilprojekt und Umsetzungsstruktur für den Bereich der Alters- und Pflegeheime schaffen**

Adressaten: BAG/Projektleitung Strategie NOSO; CURAVIVA; Fachorganisationen im Bereichs der Alters- und Pflegeheime

Die Projektleitung und CURAVIVA sollten, ggf. unter Einbezug von weiteren Organisationen und Fachpersonen, eine umfassende Analyse der Ausgangslage in Bezug auf die Infektionsprävention im Bereich der Alters- und Pflegeheime vornehmen, im Sinne eines Teilprojekts gemeinsam spezifische Ziele und Massnahmen im Rahmen der Strategie NOSO für diesen Bereich definieren und eine Umsetzungsstruktur aufbauen, die Massnahmen koordinieren und deren Umsetzung initiieren bzw. leiten kann. Bei dieser Umsetzungsstruktur kann es sich z.B. um eine Arbeitsgruppe handeln oder um eine dafür mandatierte Organisation. Diese sollte in geeigneter Form in die Projektgremien eingebunden werden. Es gilt, geeignete Partnerorganisationen zu identifizieren, die zur Umsetzung von Massnahmen in diesem Bereich beitragen können, ihre Möglichkeiten, Rollen und Erwartungen gegenseitig zu klären und Prozessschritte festzulegen.

► **Empfehlung 4: Betroffene medizinische Fachgesellschaften stärker in die Strategie NOSO einbeziehen**

Adressaten: BAG/Projektleitung Strategie NOSO; Swissnoso; FMH; medizinische Fachgesellschaften

Um die Sensibilisierung und Akzeptanz für die Strategie NOSO und ihre Massnahmen bei operativ und invasiv tätigen Ärztinnen und Ärzten zu erhöhen und so die Tätigkeit von Spitalhygiene- und Infektionspräventionsfachpersonen in Spitälern zu unterstützen wird der Projektleitung und Swissnoso empfohlen, die entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften gezielt in die Umsetzung der Strategie NOSO und in die Ausarbeitung von Interventionsmodulen einzubeziehen, soweit dies nicht bereits erfolgt. Im Austausch und ggf. mit Unterstützung des Dachverbands FMH sollten mögliche Rollen und Beiträge der Gesellschaften zur Unterstützung der Strategieumsetzung geklärt und die Informationsflüsse definiert werden. Die betroffenen Fachgesellschaften sollten innerhalb ihrer Kreise über die Anliegen der Strategie NOSO informieren und deren Umsetzung aktiv unterstützen.

► **Empfehlung 5: Auf kantonaler Ebene günstige Voraussetzungen für die Strategieumsetzung schaffen**

Adressaten: GDK; kantonale Gesundheitsämter

Der GDK und den Kantonen wird empfohlen, Massnahmen zu treffen, um auf (inter-)kantonaler Ebene die organisatorischen Voraussetzungen für die Umsetzung der Strategie NOSO zu verbessern. Als Grundlage für die weitere Arbeit sollten sie sich einen systematischen Überblick über Stand der Umsetzung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen in den Kantonen und über die damit verbundenen Herausforderungen verschaffen. Die für die Umsetzung der Mindestanforderungen zuständigen kantonalen Stellen sollten die damit verbundenen konkreten Erwartungen an

die Spitäler klären sowie – in Abhängigkeit der noch ausstehenden operativen Ziele der Strategie NOSO – Formen und Praktiken der Überprüfung der Umsetzung der Mindestanforderungen definieren. Die Kantone sollten den innerkantonalen Austausch zwischen kantonsärztlichen Diensten, NOSO-Kontaktpersonen und für Spitalversorgung zuständigen Stellen optimieren und den interkantonalen Informationsaustausch über die sie betreffenden Aktivitäten des Projektteams sicherstellen. Die GDK sollte den kantonalen Stellen die Strukturen und Informationsflüsse in Zusammenhang mit der Strategie NOSO vermitteln und die Informationsflüsse aus dem Projektteam in die Kantone und unter den Kantonen verbessern. Weiter sollte sie die jeweils dafür zuständigen kantonalen Stellen umfassend über das Zusammenspiel der Bereiche Infektionsprävention und Spitalversorgung/Qualität informieren und sie dazu anregen, den Austausch zwischen diesen Bereichen zu optimieren.

Empfehlungen auf operativer Ebene

► Empfehlung 6: Rollen von Umsetzungspartnern klären und verbindlich vereinbaren

Adressaten: BAG/Projektleitung Strategie NOSO; Umsetzungspartner

Vor dem Hintergrund des Umsetzungsstandes der Strategie NOSO und der erfolgten Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen im Bereich der Qualitätsentwicklung sind die Rollen der verschiedenen tatsächlichen und potenziellen Umsetzungspartner teilweise neu zu definieren und zu klären. Die Projektleitung der Strategie NOSO sollte die Akteursübersicht im Strategiedokument und die Liste der Umsetzungspartner aktualisieren und bereinigen und mit den darin aufgeführten Akteuren deren Rolle in der Strategie NOSO, die gegenseitigen Erwartungen und die Zuständigkeiten für konkrete Massnahmen neu klären und verbindlich vereinbaren. Dabei ist den Möglichkeiten der betreffenden Organisation Rechnung zu tragen. Als zusätzlicher Umsetzungspartner sollte Swiss Nurse Leaders, die Fachorganisation der Führungskräfte in der Pflege, in die Strategieumsetzung einbezogen werden.

► Empfehlung 7: Kommunikation des BAG über die Strategie NOSO weiterentwickeln

Adressaten: BAG/Projektleitung Strategie NOSO; Verbände und Fachorganisationen von Spitälern und Pflegeheimen; GDK

Der Projektleitung wird empfohlen, die bestehenden Kommunikationsaktivitäten mit neuen Massnahmen zu ergänzen. Sie sollte in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Verbänden und Fachorganisationen Spitalleitungen, Alters- und Pflegeheime und weitere Akteure in diesem Bereich, für die Spitalversorgung zuständige kantonale Stellen und von der Strategie NOSO betroffene medizinische Fachgesellschaften gezielt mit für sie relevanten Informationen und Botschaften bedienen. Dies soll die Kenntnis, das Verständnis und die Akzeptanz der Strategie NOSO und der Massnahmen zu ihrer Umsetzung bei diesen Umsetzungspartnern und Zielgruppen erhöhen und dazu beitragen, sie enger in die Strategie einzubinden. Zu diesem Zweck sollten auch wieder Akteursworkshops für Zielgruppen und Stakeholder durchgeführt werden. Die

Verbände und Fachorganisationen von Spitälern und Pflegeheimen sowie der Medizinal- und Pflegeberufe sollten die Kommunikation innerhalb ihrer Kreise konsequent mittragen und aktiv unterstützen.

► **Empfehlung 8: Hilfsmittel und Erfahrungsaustausch für Gesundheitseinrichtungen anbieten**

Adressaten: Swissnoso; H+; Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und -direktoren SVS; Fédération Suisse des directeurs d'hôpitaux FSDH; Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene SGSH; Interessengruppe der Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene fibs und Spécialistes infirmiers prévention de l'infection SIPI

Um Spitäler bei Massnahmen zur Erfüllung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen zu unterstützen, sollten ihnen praxisorientierte Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die möglichst einfach einsetzbar sind, möglichst wenig Zeitaufwand und Kosten verursachen und ihnen einen hohen und rasch erkennbaren Nutzen bringen. Diese Hilfsmittel und Angebote zur Unterstützung bei deren Einsatz sollten unter Einbezug der betroffenen Fach- und Berufsgruppen aus Medizin und Pflege erarbeitet und breit an Spitäler kommuniziert werden. Zudem sollten Gefässe für den Erfahrungsaustausch unter Fachpersonen der Infektionsprävention und unter Spitalleitungen unterhalten werden. Denkbar sind auch der Aufbau und die Förderung von multidisziplinären Hygiene- bzw. NOSO-Netzwerken insbesondere für kleinere und mittlere Spitäler. Der Umsetzung dieser Empfehlung sollten sich Swissnoso, H+ und die beiden sprachregionalen Vereinigungen der Spitaldirektorinnen und -direktoren, die Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene sowie die Interessengruppen für Infektionsprävention in der Pflege (fibs und SIPI) annehmen, allenfalls gemeinsam mit weiteren Fach- und Berufsorganisationen.

Empfehlung auf strategischer Ebene

► **Empfehlung 9: Inhaltliche und organisatorische Schnittstellen zwischen BAG-Strategien klären und ggf. anpassen**

Adressaten: Abteilungen Übertragbare Krankheiten und Tarife und Grundlagen im BAG; Eidgenössische Qualitätskommission

Um die knappen personellen Kapazitäten effizienter einzusetzen, inhaltliche und organisatorische Synergien zu nutzen und den Koordinationsaufwand sowohl innerhalb des BAG als auch bei Swissnoso zu reduzieren, sollte die Abteilung Übertragbare Krankheiten im BAG prüfen, ob und wie die Zuständigkeiten und Projektorganisationen für die Strategie NOSO und für das StAR-Teilprojekt Mensch neu organisiert oder ggf. fusioniert werden könnten. Die für die Strategien NOSO, Antibiotikaresistenzen und Qualitätsentwicklung zuständigen Stellen im BAG sowie die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) sollten zudem für eine koordinierte Umsetzung der drei Strategien sorgen. Es gilt, auch gegenüber gemeinsamen Stakeholdern, Zuständigkeiten, Rollen zu klären, die Umsetzungsplanung der Strategien und die Finanzierung von Projekten aufeinander abzustimmen.