

Formative Evaluation der Strategie NOSO

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG

Schlussbericht

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 + Forschung |
| Begleitgruppe und Steuer- gruppe: | Eine Liste der Mitglieder der Begleit- und der Steuergruppe der Evaluation findet sich im Anhang. |
| Meta-Evaluation: | <p>Der vorliegende 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 allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>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 Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p> |
| 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. Bern: Bundesamt für Gesundheit. |
| Korrespondenzadresse: | Büro Vatter, Politikforschung & -beratung Gerberngasse 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 Aufbau-phase 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.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Abbildungen..... | VII |
| Tabellen | VIII |
| Abkürzungsverzeichnis..... | IX |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Ausgangslage..... | 1 |
| 1.2 Ziele und Fragestellungen der Evaluation | 2 |
| 1.3 Evaluationsfragestellungen | 2 |
| 1.4 Aufbau des Berichts..... | 3 |
| 2 Gegenstand der Evaluation – die Strategie NOSO | 5 |
| 2.1 Grundaufbau der Strategie NOSO | 5 |
| 2.2 Ziele und Massnahmen | 6 |
| 2.2.1 Outcome-Ziele..... | 6 |
| 2.2.2 Massnahmen und Outputs..... | 8 |
| 2.3 Umsetzungsorganisation und Ressourcen | 9 |
| 2.3.1 Projektorganisation der Strategie NOSO | 9 |
| 2.3.2 Vorgesehene Ressourcen | 11 |
| 2.3.3 Umsetzungsorganisation..... | 12 |
| 2.4 Kontext und Akteursfeld der Strategie NOSO | 13 |
| 2.4.1 Bund | 14 |
| 2.4.2 Kantone | 18 |
| 2.4.3 Gesundheitseinrichtungen | 19 |
| 2.4.4 Swissnoso – Nationales Zentrum für Infektionsprävention | 20 |
| 2.4.5 Weitere Fachorganisationen | 21 |
| 2.4.6 Forschung und Bildung..... | 21 |
| 2.4.7 Krankenversicherer | 22 |
| 2.4.8 Überblick | 22 |
| 3 Vorgehen der Evaluation | 24 |
| 3.1 Konzeptionelle Grundlagen | 24 |
| 3.2 Methoden und Arbeitsschritte zur Informationserhebung..... | 25 |
| 3.2.1 Sondierungsarbeiten und Dokumentenanalysen..... | 25 |
| 3.2.2 Interviews..... | 26 |
| 3.2.3 Online Befragung von Spitaldirektionen | 27 |
| 4 Gouvernanz | 29 |
| 4.1 Projektorgane..... | 29 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.1.1 | Projektausschuss | 29 |
| 4.1.2 | Projektleitung..... | 29 |
| 4.1.3 | Projektteam | 30 |
| 4.1.4 | Koordinationsorgan EpG | 31 |
| 4.1.5 | Beurteilung der Projektorganisation..... | 32 |
| 4.2 | Umsetzungsstrukturen | 34 |
| 4.2.1 | Organisation der Umsetzung | 34 |
| 4.2.2 | Eingesetzte Ressourcen | 36 |
| 4.2.3 | Beurteilung der Umsetzungsstrukturen..... | 37 |
| 4.2.4 | Rolle der «Umsetzungspartner» | 39 |
| 5 | Umsetzungsstand und Fortschritte | 40 |
| 5.1 | Umsetzungsplanung | 40 |
| 5.2 | Umsetzungsstand | 41 |
| 5.2.1 | Überblick | 41 |
| 5.2.2 | Strukturelle HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler als zentraler Output | 48 |
| 5.2.3 | Zusätzliche Aktivitäten und Outputs | 51 |
| 6 | Bisherige Wirkungen der Strategie NOSO | 53 |
| 6.1 | Allgemeine Wirkungen | 53 |
| 6.2 | Veränderungen in Kantonen | 53 |
| 6.3 | Veränderungen in Spitälern | 55 |
| 6.4 | Veränderungen in Alters- und Pflegeheimen | 58 |
| 6.5 | Veränderungen beim Gesundheitspersonal und bei Dritten | 58 |
| 6.6 | Veränderungen bezüglich Monitoringqualität, Daten und Wissen zu HAI..... | 59 |
| 6.7 | Rezeption der Kommunikation des BAG | 60 |
| 6.7.1 | Interesse am NOSO-Newsletter | 60 |
| 6.7.2 | Beurteilung der Kommunikation durch Spitäler aus der Online-Befragung | 62 |
| 6.7.3 | Einschätzung der Kommunikationsprodukte aus den Interviews | 66 |
| 7 | Zweckmässigkeit der Massnahmen | 67 |
| 7.1 | Allgemeine Feststellungen | 67 |
| 7.2 | Nutzen der strukturellen HAI-Mindestanforderungen..... | 68 |
| 7.3 | Beurteilung der Zweckmässigkeit der Massnahmen durch Spitäler | 69 |
| 7.4 | Rahmenbedingungen für Massnahmen in Spitälern | 72 |
| 7.5 | Rahmenbedingungen für Alters- und Pflegeheime | 76 |
| 8 | Kontextfaktoren | 78 |
| 8.1 | Allgemeine Kontextbedingungen für die Strategieumsetzung | 78 |
| 8.1.1 | Covid-19-Pandemie..... | 80 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 8.1.2 | Entwicklungen im Bereich Qualität (KVG, Qualitätsstrategie, EQK) | 81 |
| 8.2 | Koordination zwischen verschiedenen BAG-Strategien | 83 |
| 8.2.1 | Koordinationsgefässe | 84 |
| 8.2.2 | BAG-interne Erfahrungen mit der Koordination zwischen den Strategien | 85 |
| 8.2.3 | Aussensicht BAG-externer Akteure auf die BAG-interne Koordination | 87 |
| 9 | Fazit und Empfehlungen | 89 |
| 9.1 | Beantwortung der Evaluationsfragen | 89 |
| 9.2 | Optimierungsbedarf an der Strategie NOSO | 94 |
| 9.2.1 | Anpassungsbedarf aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner | 94 |
| 9.2.2 | Anpassungsbedarf aus Sicht des Evaluationsteams | 96 |
| 9.3 | Empfehlungen | 103 |
| | Dokumente und Literatur | 108 |
| | Anhang 1: In der Strategie NOSO vorgesehene Aktivitäten und Outputs | 111 |
| | Anhang 2: Datenquellen und Erhebungsmethoden | 115 |
| | Anhang 3: Interviewpartnerinnen und -partner | 117 |
| | Anhang 4: Erhebungsinstrumente | 120 |
| | Anhang 5: Rücklauf der Online-Spitalbefragung | 129 |
| | Anhang 6: Umsetzungsstand der Strategie NOSO pro Handlungsfeld | 130 |
| | Anhang 7: Von Spitälern wahrgenommene Veränderungen in Kantonen | 143 |
| | Anhang 8: Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation | 144 |

Abbildungen

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Visualisierung des Akteursfelds der Strategie NOSO | 23 |
| Abbildung 2: Vorgesehene Staffelung der Strategieumsetzung (Stand Dezember 2017) | 40 |
| Abbildung 3: Veränderungen in Spitalbetrieb | 57 |
| Abbildung 4: Entwicklung der Newsletter-Abonnemente (ohne Abmeldungen) | 61 |
| Abbildung 5: Kategorisierung der Newsletter-Empfängerinnen und Empfänger (Stand Mai 2022) | 62 |
| Abbildung 6: Quelle der Informationen | 63 |
| Abbildung 7: Informiertheit über Strategie NOSO | 63 |
| Abbildung 8: Kenntnis der Kommunikationsprodukte | 64 |
| Abbildung 9: Nutzen der Kommunikationsprodukte | 65 |
| Abbildung 10: Zweckmässigkeit der Massnahmen der Strategie NOSO | 70 |
| Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Strategie NOSO | 71 |

Tabellen

| | |
|--|-----|
| Tabelle 1: Handlungsfelder und Schlüsselmassnahmen der Strategie NOSO | 5 |
| Tabelle 2: Strategische Ziele der Handlungsfelder | 6 |
| Tabelle 3: Nach Zielgruppen differenzierte Outcome-Ziele der Strategie NOSO..... | 7 |
| Tabelle 4: Vorgesehene Verantwortlichkeiten und Rollen bei der Umsetzung der Strategie NOSO | 13 |
| Tabelle 5: Evaluationsgegenstände, Kriterien und mögliche Operationalisierungen | 24 |
| Tabelle 6: Anzahl Interviews pro Akteursgruppe/Rolle | 27 |
| Tabelle 7: Verträge des BAG mit Swissnoso zur Umsetzung der Strategie NOSO | 35 |
| Tabelle 8: Übersicht der Umsetzung der Strategie NOSO..... | 41 |
| Tabelle 9: Bezüge und Beiträge der strukturellen HAI-Mindestanforderungen zu Schlüsselmassnahmen der Strategie NOSO (eigene Einschätzungen des Evaluationsteams) | 49 |
| Tabelle 10: Von Spitälern wahrgenommene Veränderungen in Kantonen | 55 |
| Tabelle 11: Anpassungswünsche von Spitälern an der Information über die Strategie NOSO..... | 65 |
| Tabelle 12: Einschätzungen der Kommunikationsprodukte aus den Interviews | 66 |
| Tabelle 13: Einschätzungen zur Zweckmässigkeit der strukturellen HAI-Mindestanforderungen | 68 |
| Tabelle 14: Begründungen der Spitäler zur Einschätzung der Zufriedenheit mit der Strategie NOSO..... | 71 |
| Tabelle 15: Relevante Kontextfaktoren aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner..... | 78 |
| Tabelle 16: Anpassungsbedarf an der Strategie NOSO gemäss Interviews | 94 |
| Tabelle 17: In der Strategie NOSO vorgesehene Aktivitäten und Outputs pro Handlungsfeld (HF) | 111 |
| Tabelle 18: Informationsbedarf, Datenquellen und Erhebungsmethoden | 115 |
| Tabelle 19: Liste der durchgeführten Interviews | 117 |
| Tabelle 20: Rücklauf der Online-Spitalbefragung nach Spitaltyp und Kanton | 129 |
| Tabelle 21: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld G der Strategie NOSO | 130 |
| Tabelle 22: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld M der Strategie NOSO | 134 |
| Tabelle 23: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld VB der Strategie NOSO | 136 |
| Tabelle 24: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld BF der Strategie NOSO..... | 139 |
| Tabelle 25: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld E der Strategie NOSO..... | 141 |
| Tabelle 26: Von Spitälern wahrgenommene Veränderungen in Kantonen | 143 |
| Tabelle 27: Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation | 144 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|--|
| ANQ | Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| CAUTI | Catheter-associated urinary tract infections / Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen |
| CLABSI | Central line associated bloodstream infections / Primäre Infektion der Blutbahn |
| CCM | CleanCare Monitor |
| CHF | Schweizer Franken |
| ECDC | European Centre for Disease Prevention and Control |
| EQK | Eidgenössische Qualitätskommission |
| fibs | Interessengruppe der Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| GDK | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| GRIPS | Nationale Strategie zur Verhütung der saisonalen Grippe |
| H+ | Die Spitäler der Schweiz |
| HAI | Healthcare-assoziierte Infektionen |
| (nv)HAP | (non ventilator associated) hospital acquired pneumonia / Spitalerworbene (nicht beatmungs-assoziierte) Lungenentzündung |
| HPCi VD | Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (unité cantonale VD) |
| I&I | Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramme im BAG |
| KOR EpG | Koordinationsorgan Epidemiengesetz |
| KUV | Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung im BAG |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10) |
| MRE | Multiresistente Erreger |
| MT | Abteilung Übertragbare Krankheiten (Maladies transmissibles) im BAG |
| NSI | Nationale Strategie zu Impfungen |
| PIGS | Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland |
| PuG | Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung im BAG |
| SBFI | Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation |
| SBK | Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| SGInf | Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie |
| SGP | Sektion Strategien, Grundlagen und Programme im BAG |
| SGSH | Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene |
| SIPI | Spécialistes infirmiers prévention de l'infection |
| SSI | Surgical Site Infections |
| StAR | Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz |
| VAP | Ventilator associated pneumonia / beatmungsassoziierte Lungenentzündung |
| VKS | Vereinigung der Kantonsärztinnen und -ärzte der Schweiz |
| VRE | Vancomycin-resistente Enterokokken |

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

In Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen in stationären Einrichtungen erfolgte Infektionen mit Krankheitserregern (im Folgenden HAI, healthcare-assoziierte Infektionen)¹ führen in der Schweiz zu rund 70'000 Erkrankungen und rund 2'000 Todesfällen pro Jahr (Bundesrat 2016: 4). HAI verursachen so direkte Folgekosten der Gesundheitsversorgung von ca. 230 Mio. CHF pro Jahr und indirekte Folgekosten (Produktivitätsverluste, Erwerbsausfälle, Pflege durch Angehörige, Haushaltshilfen, reduzierte Lebensqualität). Um HAI zu reduzieren sowie die Ausbreitung potenziell gefährlicher Erreger in Spitälern und Pflegeheimen zu verhindern, hat der Bundesrat im März 2016 die Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO) gutgeheissen (Bundesrat 2016). Die Strategie baut auf vorhandene Grundlagen und Aktivitäten – Überwachung/Messung von Hygieneverhalten und HAI, Präventionsprogramme und -projekte, Richtlinien und Empfehlungen, Schulungen, Wissenstransfer etc. – von Fachorganisationen, Fachgesellschaften, einzelnen Kantonen und zahlreichen Spitälern und Pflegeheimen auf und schafft die Grundlagen für ein zielgerichtetes und national koordiniertes Vorgehen zur Reduktion von HAI in Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung. Sie stellt einen übergeordneten Orientierungs- und Handlungsrahmen dar, an dem sich die verschiedenen Akteure ausrichten sollen.

Die Strategie NOSO definiert 16 Schlüsselmassnahmen in fünf Handlungsfeldern (Governance; Monitoring; Verhütung und Bekämpfung; Bildung und Forschung; Evaluation). Die Massnahmen setzen an verschiedenen Ebenen an – national, kantonale, verbandlich, betrieblich oder individuell. Als Adressaten der Strategie NOSO stehen Spitäler und Pflegeheime im Fokus: Die Strategie soll diese auf allen Ebenen (Leitung, Fachpersonen für Spitalhygiene, Gesundheitsfachpersonal) für die Bedeutung von HAI sensibilisieren, sie zu Massnahmen zur Infektionsprävention und -überwachung anregen und sie bei diesen Massnahmen unterstützen.

HAI sind ein Problem der öffentlichen Gesundheit (Infektionskontrolle, Antibiotikaresistenzen) einerseits, der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit andererseits. Die Strategie NOSO stützt sich deshalb sowohl auf das Epidemien-gesetz (EpG; Art. 5, nationale Programme) als auch auf das Krankenversicherungsgesetz (KVG; Art. 58, Qualitätsentwicklung) ab. Sie ist zudem verknüpft mit anderen nationalen Strategien und Programmen des Bundes, namentlich mit der Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz (StAR), der Nationalen Strategie zu Impfungen (NSI), der

¹ In der Schweiz sind folgende Formen von HAI am bedeutendsten (Bundesrat 2016: 14): postoperative Wundeinfektionen (SSI; surgical site infections), Pneumonien (HAP; hospital acquired pneumoniae), Harnwegsinfektionen (CAUTI; catheter associated urinary tract infections) und primäre Bakteriämien (CLABSI; central line-associated bloodstream infections).

Nationalen Strategie zur Verhütung der saisonalen Grippe (GRIPS) und der Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie).

Die Strategie NOSO wird seit Frühjahr 2016 umgesetzt. Der Bundesrat hat mit der Genehmigung der Strategie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, ihm eine Zwischenevaluation vorzulegen und über die Umsetzung und die ersten Wirkungen Bericht zu erstatten. Die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG hat zu diesem Zweck ein externes Mandat zur Durchführung einer formativen Evaluation an das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung vergeben. Der vorliegende Bericht präsentiert das Vorgehen und die Ergebnisse dieser Evaluation.

1.2 Ziele und Fragestellungen der Evaluation

Die formative Evaluation hat die Grundlagen für die Berichterstattung des BAG an den Bundesrat über die Umsetzung und die ersten Wirkungen der Strategie NOSO und für einen neuen Projektantrag zu erarbeiten. Sie hat zu diesem Zweck orientierungs- und handlungsrelevantes Wissen zu den aufgeworfenen Evaluationsfragestellungen (s.u.) zu beschaffen. Die für die Strategie NOSO verantwortlichen Akteure sollen anhand der Evaluation Lehren ziehen und Entscheide zur Optimierung der Strategie und deren weiteren Umsetzung fällen können. Die Evaluation ist deshalb hauptsächlich formativ ausgerichtet: Sie soll Optimierungspotenziale eruieren und Empfehlungen zu möglichen Anpassungen formulieren und den verantwortlichen Akteuren entlang des Evaluationsprozesses Lernmöglichkeiten bieten. Dabei gilt es die Querbezüge zu den anderen themenrelevanten Strategien des Bundes (StAR, Qualitätsstrategie, NIS, GRIPS) und den Einfluss weiterer Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

1.3 Evaluationsfragestellungen

Die Evaluation hat **fünf Hauptfragen** zu beantworten:

- 1) Was ist der **Stand der Umsetzung** der Strategie NOSO? Welche Fortschritte wurden bislang erzielt?

Es gilt aufzuzeigen, wie sich der Stand der Umsetzung in den fünf Handlungsfeldern und den 16 Schlüsselmassnahmen präsentiert (Welche Massnahmen wurden bereits umgesetzt, welche sind in Bearbeitung und welche noch nicht lanciert?). Gegebenenfalls ist eine Priorisierung der Massnahmen zu empfehlen. Es sind zudem erste Schlüsse zur Umsetzung des seit 2018 bestehenden Kommunikationskonzepts zu ziehen.

- 2) Erweisen sich die Massnahmen und Instrumente im Hinblick auf die Erreichung der im Wirkungsmodell formulierten Output- und Outcome-Ziele als geeignet (**Zweckmässigkeit**)?

Im Hinblick auf die Zielerreichung der Strategie NOSO gilt es aufzuzeigen, was seit Beginn der Strategieumsetzung bisher erreicht wurde, was nicht und weshalb nicht. Es sind allfällige Doppelspurigkeiten (auch in Bezug auf die anderen themenbezogenen Strategien des

Bundes) zu identifizieren sowie zu prüfen, ob gewisse Massnahmen fehlen, um die angestrebten Ziele zu erreichen.

- 3) Sind Aufgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten der Umsetzungspartner klar? Bewährt sich die Zusammenarbeit und Koordination aus Sicht der Beteiligten (**Gouvernanz**)?

Die Strategie NOSO zielt darauf ab, die Kräfte verschiedener Akteure mit spezifischem Fachwissen, bereits laufenden Aktivitäten und teilweise unterschiedlichen Interessen und Erwartungen zu bündeln und deren Aktivitäten auf ein gemeinsames Ziel hin auszurichten will (Bundesrat 2016: 8). Dem für Steuerung und Koordination hauptverantwortlichen BAG fehlen jedoch weitgehend die Kompetenzen² und Mittel, um direkt auf die meist entscheidungsautonomen Umsetzungsakteure (Kantone, Spitäler und Pflegeheime, Fachgesellschaften, Verbände, Forschungs- und Bildungseinrichtungen) einwirken zu können. Es ist deshalb auf deren Unterstützung und Kooperation bei der Umsetzung der Strategie NOSO angewiesen (BAG 2016: 9). Es ist somit zu untersuchen, ob die Rollen geklärt werden konnten und wie gut die Zusammenarbeit funktioniert. Zudem ist zu untersuchen, ob sich aus den inhaltlichen, konzeptionellen und organisatorischen Schnittstellen zwischen den Strategien NOSO, StAR, NSI, GRIPS und Qualitätsentwicklung spezifische Herausforderungen an die Gouvernanz ergeben und wie mit diesen umgegangen wird.

- 4) Welchen nationalen und internationalen **Kontextfaktoren** ist die Strategie und deren Umsetzung ausgesetzt?

Unter dieser Hauptfrage gilt es zu untersuchen, wie die anderen themenbezogenen Strategien des Bundes (StAR, Qualitätsstrategie, NSI, GRIPS) bei der Umsetzung der Strategie NOSO berücksichtigt respektive abgegrenzt werden und inwiefern Kontextfaktoren wie internationale Programme, innenpolitische Entwicklungen oder die Covid-19-Pandemie die Umsetzung der Strategie NOSO beeinflussen und Anpassungen daran nahelegen.

- 5) Gibt es **Optimierungsbedarf** an der Strategie oder ihrer Umsetzung?

Anhand der Befunde zu den voranstehenden Fragestellungen ist zu beurteilen, ob Handlungsbedarf zur Anpassung der Strategie oder deren Umsetzung besteht und welche Verbesserungen angezeigt sind. Gegebenenfalls sind möglichst konkrete Empfehlungen zu formulieren.

1.4 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht ist wie folgt aufgebaut: Zunächst werden in Kapitel 2 die Strategie NOSO als Gegenstand der Evaluation und in Kapitel 3 das Vorgehen der Evaluation erläutert. Die nach-

² Die Kompetenzen des BAG ergeben sich aus dem Epidemiengesetz (EpG) und dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) (Bundesrat 2016: 69ff.). Für die stationäre Gesundheitsversorgung in Spitälern sind hauptsächlich die Kantone zuständig, für die Pflegeheime die Kantone und Gemeinden (Rüefli et al. 2015).

folgenden Kapitel präsentieren die Ergebnisse: In Kapitel 4 erfolgt die Beurteilung der Gouvernanz. Kapitel 5 bietet einen zusammenfassenden Überblick über den Umsetzungsstand in den fünf Handlungsfeldern und über die wichtigsten Fortschritte und bisherigen Outputs der Strategie NOSO. Die bisher festgestellten Wirkungen der Strategie NOSO werden in Kapitel 6 dargelegt. Gestützt darauf erfolgt in Kapitel 7 eine Diskussion der Zweckmässigkeit der Massnahmen. Kapitel 8 setzt sich mit den wichtigsten Kontexteinflüssen auf die Strategie NOSO auseinander. Kapitel 9 präsentiert das Fazit der formativen Evaluation, Stossrichtungen zur Optimierung der Strategieumsetzung und darauf ausgerichtete Empfehlungen.

2 Gegenstand der Evaluation – die Strategie NOSO

Gegenstand der vorliegenden Evaluation ist die Strategie NOSO, wobei der Fokus auf deren Umsetzung und den ersten Wirkungen liegt. Bezüglich der Umsetzung interessieren zum einen die im Rahmen der Strategie verfolgten Aktivitäten und die erarbeiteten Outputs, zum anderen die Governance, d.h. die Organisation und Steuerung der Strategie und die Zusammenarbeit und Koordination der mit der Umsetzung betrauten Akteure. Das vorliegende Kapitel präsentiert die verschiedenen zu beurteilenden Elemente der Strategie NOSO.

2.1 Grundaufbau der Strategie NOSO

Die Strategie NOSO gliedert sich in fünf Handlungsfelder (Governance; Monitoring; Verhütung und Bekämpfung; Bildung und Forschung; Evaluation)³ mit jeweils spezifischen strategischen Zielen. Das Handlungsfeld Governance weist Querschnittscharakter auf; die themenübergreifenden strategischen Handlungsansätze bilden den Rahmen für die gemeinsamen Anstrengungen der umsetzenden Akteure (Bundesrat 2016: 29). Die thematischen Handlungsfelder Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung und Forschung bezeichnen die für die Reduktion von HAI massgeblichen inhaltlichen Interventionsebenen. Das Handlungsfeld Evaluation enthält handlungsfeldübergreifende Grundleistungen (BAG 2018a: 6). Innerhalb der fünf Handlungsfelder sind insgesamt 16 Schlüsselmaßnahmen definiert (Tabelle 1), die wiederum insgesamt 34 einzelne Teilbereiche umfassen (Bundesrat 2016; BAG 2020).

Tabelle 1: Handlungsfelder und Schlüsselmaßnahmen der Strategie NOSO

| Handlungsfelder | Schlüsselmaßnahmen | | | |
|-------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Governance (G) | G-1 Standards und Richtlinien | G-2 Zuständigkeiten und Strukturen | G-3 Unterstützung der Umsetzung | G-4 Wissensmanagement |
| Monitoring (M) | M-1 Nationales Monitoringsystem | M-2 Zielgerichtete Datenverwertung | M-3 Früherkennung | |
| Verhütung und Bekämpfung (VB) | VB-1 Optimierung und Weiterentwicklung | VB-2 Sensibilisierung und Einbezug | VB-3 Lern- und Dialogkultur | VB-4 Förderung der Impfprävention |
| Bildung und Forschung (BF) | BF-1 Infektionsprävention in der Bildung | BF-2 Forschungsförderung | BF-3 Neue Technologien, Qualitätssicherung | |
| Evaluation (E) | E-1 Baseline | E-2 Evaluation Strategie NOSO | | |

³ Das Strategiedokument (Bundesrat 2016) erwähnt vier Handlungsfelder und 14 Schlüsselmaßnahmen. Im Sommer 2017 wurde das Handlungsfeld «Evaluation» mit zwei Schlüsselmaßnahmen ergänzt (BAG 2018a: 6).

2.2 Ziele und Massnahmen

Die Ziele und ein grob gehaltenes Wirkungsmodell der Strategie NOSO finden sich im Strategiepapier (Bundesrat 2016: 25f.). Das Globalziel ist die Reduktion von HAI (healthcare-assoziierte Infektionen) sowie die Verhinderung der Ausbreitung potenziell gefährlicher Erreger in Spitälern und Pflegeheimen (Outcome).⁴ Dies soll längerfristig dazu beitragen, (1) die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals zu erhöhen, (2) den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, (3) einen Beitrag zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Schweiz zu leisten und (4) Folgekosten zu vermindern (Impact).

2.2.1 Outcome-Ziele

Das Strategiedokument formuliert für jedes Handlungsfeld strategische Ziele (Tabelle 2).

Tabelle 2: Strategische Ziele der Handlungsfelder

| Handlungsfeld | Strategisches Ziel |
|-------------------------------------|--|
| Governance | National einheitliche Standards und Richtlinien zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von HAI in Spitälern und Pflegeheimen sind erarbeitet und werden regelmässig aktualisiert. Die Akteure kennen ihre Aufgaben und Rolle und koordinieren ihre Aktivitäten. In Spitälern und Pflegeheimen bestehen Strukturen und Prozesse zur Reduktion von HAI. Die Strategieumsetzung wird mit geeigneten Werkzeugen und durch positive Anreize unterstützt. Ein Wissensaustausch im Bereich der Best Practices findet auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene statt. |
| Monitoring | Ein nationales System zum Monitoring von HAI und deren Einflussfaktoren (Strukturen und Prozesse) ist aufgebaut und wird betrieben. Die Daten und Analysen zu HAI stehen zeitnah, bedarfs- und zielgruppengerecht aufgearbeitet zur Verfügung. Die Schweiz verfügt über einen hohen Wissensstand bezüglich der Epidemiologie von potenziell gefährlichen Erregern, die HAI verursachen können. |
| Verhütung und Bekämpfung | Personal, Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchende von Spitälern und Pflegeheimen kennen das Problem der HAI und deren Folgen für die persönliche und die öffentliche Gesundheit. Sie verstehen die zu treffenden Massnahmen und tragen zu deren Umsetzung bei. Das Impfen wird in Spitälern und Pflegeheimen gefördert. |
| Infektionsprävention in der Bildung | Das Personal von Spitälern und Pflegeheimen ist im Bereich Infektionsprävention bedarfsgerecht aus- und weitergebildet. Es verfügt über die notwendigen Kompetenzen, um zur Reduktion von HAI beizutragen. Forschung und Entwicklung werden gefördert und der Einsatz neuer Technologien wird systematisch evaluiert. |
| Evaluation | Die Zahlen zu Prävalenz, Mortalität und Sekundärkosten der HAI sind bekannt und ihr vermeidbarer Anteil ist ermittelt. Das ermöglicht die Entwick- |

⁴ Die Strategie NOSO befasst sich mit HAI in Einrichtungen der stationären Versorgung (Spitäler und Pflegeheime) in der Schweiz. Die ambulante Versorgung fällt explizit nicht in ihren Geltungsbereich (Bundesrat 2016: 4).

| Handlungsfeld | Strategisches Ziel |
|---------------|--|
| | lung gezielter nationaler Massnahmen, die nach den Bedürfnissen der Spitäler und Pflegeheime priorisiert werden. Die Pflegeeinrichtungen kennen ausserdem ihre eigene Situation und passen die Massnahmen entsprechend an. Die regelmässige Durchführung einer landesweiten Punktprävalenz-Erhebung ermöglicht, die Wirkung der Massnahmen der Strategie NOSO langfristig zu evaluieren. |

Quelle: Bundesrat (2016: 38; 51; 57; 61; www.bag.admin.ch).

Folgende Zielgruppen werden von der Strategie NOSO spezifisch angesprochen:

- (Akut-)Spitäler und Pflegeheime
- Personal in Akutspitälern und Pflegeheimen
- Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchende von Spitälern und Pflegeheimen

Anhand der strategischen Ziele pro Handlungsfeld und den Beschreibungen der einzelnen Teilbereiche im Strategiedokument lassen sich die von der Strategie NOSO angestrebten kurz- bis mittelfristige Wirkungen bei diesen Zielgruppen auf der Outcome-Ebene ermitteln (Tabelle 3):

Tabelle 3: Nach Zielgruppen differenzierte Outcome-Ziele der Strategie NOSO

| Spitäler ⁵ und Pflegeheime (Ebene Betrieb/Management): |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Stärkeres Bewusstsein und Commitment von Personen auf Führungsebene für die Bedeutung und den Nutzen der Infektionsprävention und –bekämpfung. – setzen die Empfehlungen und die daraus abgeleiteten nationalen Standards und Richtlinien zur Verhütung und Bekämpfung von HAI laufend in die Praxis um. – haben das Qualitätsmanagement so organisiert, dass die Anforderungen einer erfolgreichen Infektionsprävention und -bekämpfung erfüllt und die entsprechenden Massnahmen und deren Umsetzung gewährleistet sind. – beschäftigen ausreichend qualifizierte Fachkräfte im Bereich Infektionsprävention (gemäss Empfehlungen). – verfügen über Monitoringsysteme gemäss nationalen Empfehlungen.⁶ – pflegen eine transparente interne Kommunikation und eine Kultur des konstruktiven Dialogs (Fehlerkultur). – sind besser in der Lage, neue Technologien vor ihrem Einsatz systematisch auf Kosten und Nutzen zu evaluieren. – Direktionen tragen die Weiterbildung des gesamten Personals ideell mit und unterstützen das Personal mit konkreten, praxisorientierten Mitteln wirksam. |

⁵ Zur Ergänzung der allgemein formulierten Ziele und zur verbindlicheren Orientierung beschloss der Projektausschuss 2018, auf nationaler Ebene operative Ziele für die Akutspitäler auszuarbeiten. Sie sind als Unterstützung für die Umsetzung der Strategie und der Bewertung der Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen gedacht. Ein Entwurf dieser Ziele liegt seit Ende 2019 vor, konnte jedoch bisher aus Kapazitätsgründen noch nicht fertiggestellt werden (vgl. Abschnitt 5.2.2).

⁶ Verantwortliche für das Monitoring sind bestimmt; Zuständigkeiten sind klar geregelt. Verantwortliche sind entsprechend weitergebildet und innerhalb der Gesundheitseinrichtung gut vernetzt; ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen für Monitoring und adäquate technische Infrastruktur stehen zur Verfügung.

Personal von Spitälern und Pflegeheimen (mit und ohne Patientenkontakt)

- Das Personal ist auf das Problem der HAI sensibilisiert. Es kennt die Folgen für die persönliche und die öffentliche Gesundheit, versteht die zu treffenden Massnahmen und trägt zu deren Umsetzung bei.
- Gesundheitsfachpersonen⁷ sind (gemäss Bedarf) zu Fachexpertinnen und -experten im Bereich Infektionsprävention aus- und weitergebildet.
- Das Personal ist im Bereich Infektionsprävention bedarfsgerecht aus- und weitergebildet und verfügt über die notwendigen Kompetenzen, um zur Reduktion von HAI beizutragen.
- Mitarbeitende von Gesundheitseinrichtungen lassen sich gegen verhütbare Infektionskrankheiten impfen und prüfen regelmässig ihren Impfstatus.

Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchende von Spitälern und Pflegeheimen

- kennen das Problem der HAI und deren Folgen für die persönliche und die öffentliche Gesundheit, verstehen die zu treffenden Massnahmen und tragen zu deren Umsetzung bei.
- lassen sich gegen verhütbare Infektionskrankheiten impfen und prüfen regelmässig ihren Impfstatus.

Die Strategie NOSO und ihre Ziele sind nicht auf einen bestimmten Zeithorizont ausgerichtet. Das Projekt «Umsetzung Strategie NOSO» war auf eine Laufzeit von Dezember 2016 bis Dezember 2020 angelegt (BAG 2016). Auf das Ende dieses Projekts hin sollte dem Bundesrat eine Zwischenevaluation unterbreitet werden. Diese Formulierung impliziert, dass die formulierten Ziele nicht a priori bis Ende 2020 erreicht sein sollten, sondern auf einen längeren Zeithorizont ausgerichtet sind. Die Covid-19-Pandemie brachte die Umsetzungsarbeiten ab Winter 2020 für längere Zeit praktisch zum Erliegen. Auch die Zwischenevaluation wurde verschoben.

2.2.2 Massnahmen und Outputs

Die vorgesehenen Aktivitäten zur Umsetzung der Strategie NOSO ergeben sich aus den 34 Teilbereichen in den 16 Schlüsselmassnahmen. Diese sind im Strategiedokument (Bundesrat 2016: 38-66) jeweils kurz beschrieben. Das Strategiepapier ist nicht als verbindlicher Massnahmenplan konzipiert, weshalb nicht in jedem Bereich konkrete Massnahmen beschrieben sind und nicht festgelegt ist, wer was tun soll. Es sind in der Strategie NOSO auch keine konkreten Outputs bzw. Leistungsziele für die einzelnen Schlüsselmassnahmen definiert.⁸ Das Evaluationsteam leitete deshalb aus den Ausführungen zu den Teilbereichen im Strategiedokument ab, welche möglichen Produkte und Leistungen an die Zielgruppen sich aus den beschriebenen Aktivitäten ergeben können. Sie sind in Tabelle 17 in Anhang 1 aufgelistet.

⁷ Der Begriff «Gesundheitsfachpersonen» umfasst sowohl die universitären Medizinalberufe (Ärzteschaft, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren etc.) als auch die nicht-universitären Gesundheitsberufe (Pflegefachpersonen etc.).

⁸ Gemäss Projektantrag (BAG 2016) sollte pro Massnahme ein Umsetzungskonzept verfasst werden, welches die Massnahme inhaltlich konkretisiert und Outputs, Outcomes und Indikatoren zur Überprüfung des Grads der Zielerreichung der jeweiligen Massnahme festlegt. Diese Konkretisierung wurde in der ersten Phase der Strategieumsetzung begonnen, aber nicht abgeschlossen.

2.3 Umsetzungsorganisation und Ressourcen

Im Folgenden werden die organisatorischen Aspekte der Strategie NOSO beschrieben, d.h. die Projektorganisation, die an der Steuerung und Umsetzung beteiligten Akteure und ihre Rollen und Zuständigkeiten sowie die für Steuerung und Umsetzung vorgesehenen Ressourcen.

2.3.1 Projektorganisation der Strategie NOSO

Die Strategie NOSO ist eine Strategie des Bundes. Ihm – konkret dem BAG – obliegt die Federführung und Gesamtleitung. Dies erfolgt gemäss der im BAG für derartige Strategien üblichen Projektorganisation. Diese ist im Projektantrag zur Umsetzung der Strategie NOSO (BAG 2016) beschrieben.

Projektausschuss

Die strategische Steuerung der Umsetzung obliegt einem Projektausschuss unter der Leitung des BAG. Er beauftragt die Umsetzungsarbeiten und stellt die strategische Steuerung des Projekts aus Gesamtsicht sicher. Er fällt unter anderem fachliche und planerische Entscheidungen über Massnahmen, wirkt bei der Lösung von Problemen mit, soll die ausreichende Mitwirkung der betroffenen Organisationen sicherstellen, für Akzeptanz der Umsetzungsprozesse sorgen und das Projekt mit weiteren Interessen und Aktivitäten der involvierten Organisationen abstimmen (BAG 2016: 21). Er steht unter der Leitung der BAG-Direktion. Ihm gehören Direktionsbereichs- und Abteilungsleitungen verschiedener BAG-Einheiten sowie hochrangige Vertretungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Verbände der Spitäler (H+) und Pflegeheime (CURAVIVA)⁹ an, ebenso eine Fachperson in Infektionsprävention.

Projektleitung

Die Projektleitung ist für die operative Leitung der Umsetzung der Strategie NOSO verantwortlich. Sie hat u.a. die Aufgaben, den Projektplan für die Umsetzung zu erarbeiten, für eine aufeinander abgestimmte und koordinierte Umsetzung aller Massnahmen zu sorgen, die Fortschritte zu überwachen und den Einbezug von Stakeholdern sicherzustellen (BAG 2016: 21). Bei der Projektleiterin handelt es sich um eine wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramme (I&I) des BAG. Sie wird BAG-intern durch eine Stellvertreterin und durch eine

⁹ Das seitens von CURAVIVA vorgesehene Projektausschuss-Mitglied wurde jeweils von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter vertreten. Ab Anfang 2019 nahm CURAVIVA aufgrund interner Prioritätensetzung aus Ressourcen-gründen nicht mehr an den Sitzungen des Projektausschusses teil. Der Verband blieb jedoch Mitglied und wurde jeweils schriftlich informiert (BAG 2018b). 2021 wurde vereinbart, dass CURAVIVA wieder an den Sitzungen teilnimmt.

Projektassistenz administrativ unterstützt. Zusätzlich stehen ihr eine externe Projektbegleitung¹⁰ sowie für die Kommunikationsaktivitäten eine externe Kommunikationsagentur zur Seite.

Projektteam

Das Projektteam bringt spezifisches Fachwissen und Kenntnisse der Strukturen und Akteurslandschaft in den Prozess ein und begleitet den Umsetzungsprozess fachlich. Es unterstützt und berät die Projektleitung bei ihren Aufgaben, nimmt Stellung zu Richtlinien, Empfehlungen, Studien etc. und soll unter anderem auch die Vernetzung der an der Umsetzung beteiligten Akteure und die Schnittstelle mit weiteren BAG-Strategien sicherstellen. Es dient somit hauptsächlich als fachliches «sounding board»; es fällt keine Entscheidungen (BAG 2016: 22). Das Projektteam setzt sich aus Vertretungen verschiedener BAG-Einheiten (Sektionen Infektionskontrolle und Impfprogramme; Strategien, Grundlagen und Programme sowie Qualität und Prozesse), der Kantone SG (bis Ende 2019) und VD, der GDK (seit 2018), mehrerer Fachorganisationen (ANQ, CURAVIVA [seit 2021], Patientensicherheit Schweiz, Swisnoso, SGInf, SGSH, fibs, SIPI) und des Instituts für Pflegewissenschaften der Universität Basel (für den Bereich der Langzeitpflege) zusammen.

Das Projektteam wurde im Laufe der Strategieumsetzung leicht erweitert. Sowohl H+ als auch die GDK signalisierten ihr Interesse, nicht nur im Projektausschuss, sondern auch im Projektteam vertreten zu sein, um besser über die Entwicklungen auf operativer Ebene informiert zu sein und die Anliegen der Spitäler bzw. Kantone besser und umfassender in den Prozess einbringen zu können. Die GDK stellt seit 2018 eine Vertretung, H+ ist themenspezifisch eingeladen. Seit 2021 nimmt zudem eine Fachperson aus dem Hygienebereich stellvertretend für CURAVIVA im Projektteam Einsitz.

Weitere Organe

Die Projektorganisation (BAG 2016) sah weitere Organe vor: Ein spezifisches BAG-internes Projekt-Koordinationsorgan soll die operative und strategische Koordination sowie die inhaltliche Abstimmung zwischen der Strategie NOSO, der Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) und der Qualitätsstrategie auf Stufe Direktionsbereich sicherstellen. Das vom BAG geleitete Koordinationsorgan Epidemiengesetz (KOr EpG) soll die Koordination zwischen Bund und Kantonen sowie zwischen dem BAG und anderen Bundesstellen wahrnehmen, Kommunikationsaktivitäten koordinieren und als Sounding Board dienen. Des Weiteren ist ein Expertenpool NOSO erwähnt. Ein solcher Pool wurde nie formell gebildet. Gemeint ist damit, dass je nach Bedarf und Projektphase Fachpersonen aus nicht in den übrigen Organen vertretenen Fachorganisationen konsultiert oder ins Projektteam eingeladen werden können, um spezifisches Fachwissen und strukturelle Kenntnisse einzubringen.

¹⁰ Seit 2016 waren drei verschiedene Firmen (November 2016 bis Januar 2019; November 2018 bis Februar 2022; ab März 2022) im Rahmen eines entsprechenden Mandats mit der externen Projektbegleitung beauftragt (Quelle: Vertragsmanagement-Übersicht BAG).

Kantonale NOSO-Kontaktpersonen

Im Jahr 2017 haben die GDK und das BAG eine gemeinsame Veranstaltung organisiert, um die in den Kantonen für die Strategie NOSO verantwortlichen Personen zu informieren und sensibilisieren. Diese sind entweder im Bereich der Infektionsprävention oder im Bereich der Spitalversorgung tätig (vgl. Abschnitt 2.4.2). Um sicherzustellen, dass Informationen an die Kantone an die richtigen Stellen gelangen, wurde eine Liste aller Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in den einzelnen Kantonen erstellt. Diese wird vom Generalsekretariat der GDK geführt und bei personellen Wechsels aktualisiert. Die NOSO-Kontaktpersonen sind formal nicht Teil der Projektorganisation der Strategie NOSO. Die Kantone sind über die GDK und zwei kantonsärztliche Dienste in den Organen der Strategie NOSO (Projektausschuss und Projektteam) vertreten (s.o.).

2.3.2 Vorgesehene Ressourcen

Gemäss dem Strategiepapier (Bundesrat 2016: 71f.) und dem Projektantrag (BAG 2016) waren für die Zeit zwischen Oktober 2016 und Ende 2020 BAG-intern folgende Ressourcen für die Umsetzung der Strategie NOSO vorgesehen:

- Personalressourcen im Umfang von 140 Stellenprozenten (1339 Personentage) in der Sektion I&I für die Umsetzung der Strategie NOSO (Projektleitung: 60%, wissenschaftliche Mitarbeit 40%, Projektassistenten 20%, Sektionsleitung 20%)
- Personalressourcen im Umfang von ca. 32 Stellenprozenten (310 Personentage) für die Mitwirkung weiterer Personen in Projektausschuss, Projektteam und Expertenpool
- Finanzielle Ressourcen (Sachmittel) im Umfang von 3.3 Mio. CHF aus dem Kredit zur Umsetzung des Epidemiengesetzes. Mit diesen Mitteln wollte sich der Bund an folgenden Aktivitäten finanziell beteiligen (BAG 2016: 17): Aufbau und Betrieb Überwachungsmodule (Surveillance); Aufbau Verhütungsmodule (Intervention); Information der Akteure und der Öffentlichkeit; Erarbeitung von Standards und Empfehlungen; Evaluation der Strategie NOSO. Der Bund trägt zudem die Kosten der Umsetzungsplanung (Konzeption, Koordination; Bundesrat 2016: 72).

Darüber hinaus war vorgesehen, dass sich der Bund im Rahmen der Qualitätsstrategie finanziell am Betrieb und Ausbau von Verhütungsmodulen beteiligt.¹¹ Die gesetzlichen Rahmenbedingungen (Art. 58ff. KVG) und strategischen Grundlagen (Qualitätsstrategie) dafür waren jedoch zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Strategie NOSO noch in Revision bzw. nicht ausgearbeitet.¹² Deshalb war dieser Ressourcenbeitrag an die Umsetzung der Strategie NOSO für längere Zeit unklar (Abschnitt 8.2.2).

¹¹ Das BAG finanzierte z.B. Pilotprogramme zur Verbesserung der Patientensicherheit, u.a. das von der Stiftung Patientensicherheit umgesetzte Programm «progress!» (vgl. Abschnitt 2.4.1).

¹² Die parlamentarische Beratung der 2015 vom Bundesrat vorgeschlagenen [KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit](#) wurde im Juni 2019 abgeschlossen. Die Qualitätsstrategie und die darauf abgestützten Vierjahresziele 2022-2024 wurden im März 2022 publiziert (Bundesrat 2022a und 2022b).

Die seit 2009 über den Verein ANQ organisierten und finanzierten Messungen von postoperativen Wundinfektionen im Rahmen des Swissnoso-Moduls SSI Surveillance¹³ tragen zur Umsetzung der Strategie NOSO bei und sollten beibehalten werden (Bundesrat 2016: 71).

Diverse Kantone tragen mit eigenen Aktivitäten im Bereich der Infektionsprävention zur Erreichung der Strategieziele bei (Kuster et al. 2015; Bundesrat 2016: 21). Eine umfassende Übersicht über diese Aktivitäten und über die dafür eingesetzten Ressourcen besteht nicht.

Gemäss Strategie NOSO sind die «Aufwendungen, die für eine effiziente Leistungserbringung in notwendiger Qualität in den Spitälern erforderlich sind, (...) über die Leistungsabteilung gedeckt» und entsprechend keine zusätzlichen Mittel dafür vorgesehen. Im Bereich der Pflegeheime stellte sich für den Bundesrat hingegen die Frage nach zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Zuständigkeiten (Bundesrat 2016: 71).

Die Mitwirkung der BAG-externen Mitglieder in den Projektorganen (Projektausschuss, Projektteam) wird vom BAG nicht vergütet. Je nach Organisation, die sie vertreten, leisten die betreffenden Personen diesen Aufwand entweder im Rahmen ihrer Arbeitszeit oder ehrenamtlich.

2.3.3 Umsetzungsorganisation

Das Strategiedokument enthält eine tabellarische Übersicht über die möglichen Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Konzeption und der Umsetzung der Massnahmen. Diese Übersicht war vorläufiger Natur, die Details und konkreten Zuständigkeiten sollten im Rahmen der Umsetzungsplanung mit den Akteuren und Partnern geklärt werden (Bundesrat 2016: 34ff.). Tabelle 4 zeigt auf, welche Akteure in wie vielen Teilbereichen fachlich verantwortlich, an der Koordination, an der Konzeption oder an der Umsetzung beteiligt sein sollen.

Die fachliche Verantwortung für die meisten Teilbereiche liegt beim BAG und bei Swissnoso, dem nationalen Zentrum für Infektionsprävention; die Koordination zumeist beim BAG. Die meisten Akteure sollen an der Konzeption der verschiedenen Massnahmen mitwirken, wobei hier dem BAG und Swissnoso eine zentrale Rolle zugedacht ist. Auch die Kantone und die GDK sowie die Verbände der Spitäler (H+) und Pflegeheime (CURAVIVA) sollen an der Entwicklung zahlreicher Massnahmen beteiligt werden. Die Umsetzung der meisten Massnahmen obliegt zumeist Spitälern und Pflegeheimen. Gemäss Aussagen einer Person habe ihre Organisation allerdings nie formell beschlossen, diese Rolle und die damit verbundenen Aufgaben zu übernehmen.

Auf der Website zur Strategie NOSO¹⁴ findet sich des Weiteren eine Liste von «Umsetzungspartnern», deren konkrete Rolle jedoch nicht näher definiert ist (vgl. Abschnitt 4.2.4).

¹³ <https://www.swissnoso.ch/module/ssi-surveillance/ueber-ssi-surveillance/das-modul/> (Zugriff am 16.6.2022)

¹⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-noso--spital--und-pflegeheiminfektionen/die-akteure-der-strategie-noso.html> (Zugriff am 16.6.2022)

Die tatsächliche Organisation der Umsetzung der Massnahmen der Strategie NOSO wird in Abschnitt 4.2.1 beschrieben.

Tabelle 4: Vorgesehene Verantwortlichkeiten und Rollen bei der Umsetzung der Strategie NOSO

| Akteure | Fachliche Verantwortung | Koordination | Konzeption | Umsetzung |
|--|-------------------------|--------------|------------|-----------|
| Bundesamt für Gesundheit BAG | 15 | 30 | 34 | 1 |
| Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren GDK | | 7 | 17 | 1 |
| Kantone | 1 | 3 | 17 | 5 |
| H+ Die Spitäler der Schweiz | 1 | 3 | 21 | 1 |
| CURAVIVA/senesuisse | | | 15 | 1 |
| Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ | 1 | | 8 | 4 |
| Stiftung Patientensicherheit Schweiz | | | 7 | 2 |
| Swissnoso – Nationales Zentrum für Infektionsprävention | 11 | | 27 | 5 |
| Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH | | | 1 | |
| medizinische Fachgesellschaften | 2 | | 9 | 3 |
| Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | | | 1 | |
| nach Bildungsstufe zuständige Institution | 1 | | 2 | |
| Forschungsinstitutionen | | | | 2 |
| santésuisse | | | 1 | |
| Universitätsspitäler | | | | 1 |
| Spitäler | 2 | | 8 | 27 |
| Pflegeheime | 1 | | 5 | 27 |

Quellen: Bundesrat (2016: 34ff.) und BAG (2020: 16f.).

Bemerkung: Die angegebenen Zahlen beziehen sich auf die Anzahl Teilbereiche der Strategie, in denen die Akteure die jeweils angegebene Funktion ausüben soll.

2.4 Kontext und Akteursfeld der Strategie NOSO

Die Strategie NOSO baut auf Vorhandenem auf und soll ein gemeinsames strategisches Dach für die Koordination der verschiedenen bestehenden Aktivitäten von Fachorganisationen, Fachgesellschaften, Kantonen, Spitälern und Pflegeheimen auf nationaler Ebene bilden. Sie bettet sich in einen Kontext ein, der massgeblich von den rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen des föderalistisch aufgebauten Gesundheitswesens der Schweiz (Rüefli et al. 2015; Bundesrat 2016: 68-71) und von der historischen Entwicklung der Infektionsprävention und -kontrolle in der

Schweiz (Bundesrat 2016: 19-24) determiniert ist. Zudem sind HAI sowohl ein Aspekt der öffentlichen Gesundheit als auch der Patientensicherheit und Versorgungsqualität und damit der Spitalhygiene. Diese Faktoren haben Auswirkungen auf die Zuständigkeiten, Rollen und Beziehungen der verschiedenen an der Strategie beteiligten und von ihr betroffenen Akteure. Diese kontextuelle Ausgangslage zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Strategie NOSO ist nachfolgend kurz zusammengefasst.¹⁵

2.4.1 Bund

Die Aktivitäten des Bundes im Kontext der Infektionsprävention und -bekämpfung stützen sich auf unterschiedliche gesetzliche Grundlagen ab und betreffen entsprechend mehrere Bereiche (Bundesrat 2016: 19f. und 69ff.).

Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Das revidierte Epidemien Gesetz, das am 1. Januar 2016 in Kraft trat, sieht in Bezug auf HAI folgende Kompetenzen und Aufgaben des Bundes vor:

- *Nationale Programme:* Der Bund ist in Art. 5 EpG ausdrücklich beauftragt, nationale Programme zur Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen und Resistenzen bei Krankheitserregern zu erarbeiten. Die Strategien NOSO und Antibiotikaresistenzen (StAR) stützen sich auf diese Bestimmung.
- *Überwachung:* Das BAG betreibt in Zusammenarbeit mit weiteren Bundesstellen und den Kantonen Systeme zur Früherkennung und Überwachung von übertragbaren Krankheiten (Bundesrat 2016: 69f.). Die Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101.126) legt fest, welche klinischen, laboranalytischen und epidemiologischen Befunde meldepflichtig sind.
- Der Bund hat weitere Kompetenzen in den Bereichen *Verhütung* und *Bekämpfung*. Er ist zuständig für die Publikation von Empfehlungen für Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten und zum Umgang mit Krankheitserregern und zusammen mit den Kantonen zuständig für Massnahmen zur Kontrolle, Verminderung und Beseitigung von Risiken der Übertragung von Krankheiten. (Bundesrat 2016: 70).

Die Zuständigkeit für diese Tätigkeiten liegt bei der Abteilung Übertragbare Krankheiten des Direktionsbereichs Prävention und Gesundheitsversorgung (PuG) im BAG.

¹⁵ Die Ausführungen geben die Situation zu Beginn der Umsetzung der Strategie NOSO wieder. Die weitere Entwicklung wird in Kapitel 4 beschrieben.

Mit dem revidierten EpG wurde auch das sogenannte Koordinationsorgan Epidemiengesetz (KOr EpG) neu geschaffen. Dieses institutionalisiert die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Bereich der übertragbaren Krankheiten auf fachlicher Ebene.¹⁶

Krankenversicherung: Versorgungsqualität, Patientensicherheit

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) enthält verschiedene Bestimmungen in Bezug auf die Qualität der Leistungen und die Patientensicherheit:

- *Zulassung von Leistungserbringern:* Um im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung tätig sein zu können, müssen Leistungserbringer unter anderem bestimmte Voraussetzungen im Bereich der Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllen. Spitäler müssen z.B. auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sein. Die Kriterien zur Aufnahme in diese Spitalliste legen die einzelnen Kantone selbst fest; sie können dabei u.a. Mindestmassnahmen zur Qualitätssicherung vorsehen.
- *Anforderungen an Qualität und Qualitätsentwicklung:* Die Leistungserbringer und die Krankenversicherer sind verpflichtet, Massnahmen zur Förderung und Messung der Qualität zu treffen bzw. gemeinsam zu vereinbaren. Der Spitalverband H+, der Versichererverband santésuisse, die Unfall-, die Militär- und die Invalidenversicherung, die GDK und der Verein ANQ haben hierzu 2011 einen nationalen Qualitätsvertrag abgeschlossen, der die entsprechenden Modalitäten festhält.¹⁷ Einer der darin festgelegten Qualitätsindikatoren bezieht sich auf postoperative Wundinfektionen.

Gestützt auf das KVG war der Bund in verschiedener Hinsicht im Bereich Qualität aktiv:

- 2003 schuf der Bund die *Stiftung Patientensicherheit*, die Projekte in diesem Bereich umsetzt.
- 2009 legte der Bund eine erste Qualitätsstrategie vor (BAG 2009). Gestützt auf diese finanzierte er nationale Modellprogramme zur Verbesserung der Patientensicherheit im Gesundheitswesen. Diese «progress!»-Programme wurden ab 2012 von der Stiftung Patientensicherheit entwickelt und geleitet.¹⁸ Eines der Teilprogramme befasste sich mit Blasenkathetern und damit verbundenen Infektionen und weiteren Komplikationen.

¹⁶ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/koordinationsorgan-fuer-epidemiengesetz-ko-epg.html> (Zugriff am 20.5.2022)

¹⁷ https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Q-Vertrag_signiert.pdf (Zugriff am 28.9.2022).

¹⁸ <https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/> (Zugriff am 16.6.2022)

Im Rahmen der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wurden die Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Gesundheitswesen weiterentwickelt.¹⁹ Die am 1. April 2021 in Kraft getretenen²⁰ neuen Bestimmungen des KVG (Art. 58 bis Art. 58b) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) tangieren auch die Strategie NOSO. Zusammenfassend sind folgende Elemente von Bedeutung:

- Der Bundesrat hat neu die Aufgabe, alle vier Jahre Ziele zur Qualitätsentwicklung festzulegen und deren Erreichung zu überprüfen. Als strategischen Rahmen dafür hat der Bundesrat im März 2022 eine Qualitätsstrategie verabschiedet (Bundesrat 2022a). Diese definiert vier Oberziele (Wirksamkeit, Sicherheit, Patientenzentrierung und Integration) und weist fünf Handlungsfelder (Kultur, Governance, evidenzbasierte Entscheidungsfindung, Patientenzentriertheit und Patientensicherheit) auf. Für diese Handlungsfelder hat der Bundesrat ebenfalls im März 2022 jeweils zwei Vierjahresziele definiert (Bundesrat 2022b). Ziel PS1 nimmt explizit Bezug auf die Strategie NOSO. Es sieht vor, dass die Leistungserbringer für ihren Bereich ein System zum Management von klinischen Risiken umsetzen müssen und dabei u.a. die Regeln zur Spitalhygiene und Infektionsprävention, die strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler und die Empfehlungen aus der Strategie NOSO sowie des nationalen Pilotprogrammes «progress! – Sicherheit bei Blasenkathetern» der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (SPS) systematisch und nachhaltig anwenden (Bundesrat 2022b: 14).²¹ Ziel E1 sieht des Weiteren – ohne expliziten Bezug zu HAI – den Aufbau und Betrieb eines nationalen Monitoring-Systems vor, das der Qualitätsmessung dient (Bundesrat 2022b: 11).
- Gestützt auf Art. 58a KVG schliessen die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung ab (Qualitätsverträge). Diese haben sich an den Vierjahreszielen des Bundesrats zu orientieren. Sie regeln mindestens die Qualitätsmessungen, die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung, die Zusammenarbeit der Vertragspartner bei der Festlegung von Verbesserungsmassnahmen, die Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen, die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmassnahmen, die Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags und das Vorlegen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung gegenüber der Eidgenössischen Qualitätskommission und dem Bundesrat (Art. 58a

¹⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/qualitaetsentwicklung-schweiz.html> (Zugriff am 16.6.2022)

²⁰ Der Bundesrat hatte die Botschaft für die entsprechende KVG-Reform dem Parlament im Dezember 2015 unterbreitet. Nachdem der Ständerat im Juni 2016 nicht auf die Vorlage eintreten wollte, liess die Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats diese überarbeiten. Sie wurde schliesslich am 21. Juni 2019 von beiden Räten angenommen (<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20150083>).

²¹ Ziel PS1 erwähnt im selben Sinn u.a. auch die Richtlinien aus der Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) zum sachgemässen Einsatz von Antibiotika, zu Antibiotic Stewardship Programmen und zu Prävention, Kontrolle und Ausbruchmanagement von multiresistenten Erregern.

Abs. 6 KVG). Die Qualitätsverträge werden vom Bundesrat genehmigt (Art. 58a Abs. 4 KVG), die Leistungserbringer haben sich an diese zu halten (Art. 58a Abs. 6 KVG).

Die Tarifpartner H+, curafutura und santésuisse haben per Ende März 2022 einen entsprechenden Qualitätsvertrag vereinbart und Anfang Mai 2022 dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Dieser enthält in Anhang 1 ein Konzept zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.²² Infektionsprävention und Spitalhygiene ist darin als einer von acht Themenbereichen definiert, in dem Spitäler und Kliniken die Qualität verbindlich entwickeln sollen. Vorgesehen ist, dass Spitäler und Kliniken der Akutsomatik u.a. mindestens eine von mehreren Qualitätsverbesserungsmassnahmen im Bereich Infektionsprävention und Spitalhygiene²³ umsetzen. Die konkreten Massnahmen sind nicht verbindlich definiert. Die Qualitätsmessungen sollen wie bis anhin über den ANQ erfolgen.

- Seit 2021 besteht die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK), eine ausserparlamentarische Expertenkommission mit 15 Mitgliedern. Vertreten sind die Leistungserbringer (4 Personen), die Kantone (2), die Versicherer (2), die Versicherten und Patientenorganisationen (2) und die Wissenschaft (5). Sie berät und koordiniert die Akteure im Bereich der Qualitätsentwicklung, gibt nationale Programme zur Qualitätsentwicklung und systematische Studien in Auftrag, beauftragt die Entwicklung neuer und die Weiterentwicklung bestehender Indikatoren zur Messung der Qualität, kann nationale und regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung finanziell unterstützen und erstellt jährlich einen Bericht zuhanden des Bundesrats (Art. 58c KVG). Qualitätsentwicklungsprojekte werden auf Gesuch hin in Form von Finanzhilfen unterstützt, die höchstens 50 Prozent der Kosten decken (Art. 58e Abs. 2 KVG). Für die Abgeltungen und Finanzhilfen nach den Artikeln 58d und 58e KVG steht der EQK für die Jahre 2021–2024 ein Gesamtkredit von insgesamt 45.2 Mio. CHF zur Verfügung.²⁴

Die Tätigkeiten des Bundes im Kontext der Krankenversicherung fallen in die Zuständigkeit der Abteilung Tarife und Grundlagen des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung im BAG (KUV). Seit 2021 übernimmt die EQK gewisse Aufgaben im Bereich Qualität (s.o.).

²² <https://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsvertrag> (Zugriff am 16.6.2022)

²³ Der Katalog der vorgesehenen Massnahmen im Themenbereich Infektionsprävention und Spitalhygiene umfasst Händehygiene; systematischer Isolationsprozess; Antibiotic Stewardship (zukünftig); Surgical Site Infections (SSI) Intervention; Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) und die strukturellen HAI-Mindestanforderungen (H+ 2022).

²⁴ Bundesbeschluss über den Gesamtkredit für Abgeltungen und Finanzhilfen zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Jahre 2021–2024 vom 5. Juni 2019 ([BBl 2021 546](#)).

Aufsicht über Medizinprodukte

Mit dem Ziel des Gesundheitsschutzes und der Patientensicherheit regelt das Heilmittelgesetz²⁵ auch die Anforderungen an Medizinprodukten und den Umgang damit. Das Heilmittelinstitut Swissmedic erlässt gemeinsam mit Fachorganisationen entsprechende Richtlinien²⁶ und fungiert als Aufsichtsbehörde in diesem Bereich der Spitalhygiene. Es kann gestützt auf Art. 76 MepV²⁷ Inspektionen bei Spitälern durchführen.

2.4.2 Kantone

Die Kantone sind im Rahmen ihrer eigenständigen Gesundheitspolitik zum einen für die Gesundheitsversorgung verantwortlich und haben dabei gewisse auch Aufgaben zum Vollzug des KVG, zum anderen sind sie gemäss EpG für die Überwachung, Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten verantwortlich (Kuster et al. 2015; Bundesrat 2016: 38; Bundesrat 2022a: 19). Sie erteilen Betriebsbewilligungen und Leistungsaufträge an Spitälern und Pflegeheime, machen darin u.a. Vorgaben zur Qualität und sind für deren Überprüfung zuständig. [Diese Qualitätsvorgaben können sich z.B. auch auf die Prävention und Messung von HAI beziehen.](#) Eine 2015 erstellte Situationsanalyse (Kuster et al. 2015) zeigt eine grosse Bandbreite an rechtlichen Grundlagen, Organen, Programmen und Aktivitäten im Bereich der Infektionsprävention und -kontrolle in den Kantonen. Gemäss der damaligen Erhebung verfügten acht Kantone über rechtliche Bestimmungen zu HAI und war die Infektionskontrolle oder -überwachung in 15 Kantonen Gegenstand der Leistungsverträge oder von anderen Abkommen mit Leistungserbringern. In zehn Kantonen bestanden Infektionskontrollprogramme, in einzelnen davon auch Organe, die sich dieses Themas annehmen. Hervorzuheben sind hier die Kantone Waadt (Unité Hygiène, prévention et contrôle de l'infection [HPCi] und kantonales Programm)²⁸ und St. Gallen (Netzwerk der öffentlichen Spitälern für Hygiene und Infektiologie, kantonale Hygiene- und Infektiologiekommission) sowie das interkantonale Programm der Kantone VS, JU, NE und VD zur Überwachung nosokomialer Bakterien in öffentlichen Spitälern und Pflegeheimen. Inwiefern seit 2015 weitere Kantone Strukturen und Aktivitäten im Bereich der Infektionskontrolle und -prävention aufgebaut haben, lässt sich mangels Informationen dazu nicht beurteilen.²⁹

Die Zuständigkeiten, organisatorischen Voraussetzungen und Ressourcen in Zusammenhang mit dem Thema HAI präsentieren sich je nach Kanton sehr unterschiedlich. Zumeist befassen sich

²⁵ Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (SR 812.21)

²⁶ https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/de/dokumente/medizinprodukte/mep_urr/gute_praxis_zur_aufbereitungvonmedizinprodukten.pdf/download.pdf/gute_praxis_zur_aufbereitungvonmedizinprodukten.pdf (Zugriff am 16.6.)

²⁷ Medizinprodukteverordnung vom 1. Juli 2020 (SR 812.213)

²⁸ <https://www.hpci.ch>

²⁹ Die erwähnte Erhebung wurde 2015 im Rahmen der Erarbeitung der Strategie NOSO erstellt. Gemäss eigenen Auskünften verfügen weder GDK noch BAG über eine aktuelle Übersicht, welche Kantone sich in welcher Form des Themas HAI annehmen.

innerhalb einer kantonalen Gesundheitsbehörde unterschiedliche Stellen mit den verschiedenen Tätigkeiten: Die Verhütung, Bekämpfung und Überwachung übertragbarer Krankheiten (inkl. HAI) obliegt gemäss Art. 53 EpG den Kantonsärztinnen bzw. Kantonsärzten zuständig. Sie stehen in regelmässigem Austausch mit der Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG. Für die Steuerung und Aufsicht der Gesundheitsversorgung und die Aufgaben in Zusammenhang mit dem KVG (Spitalplanung, Qualität) sind hingegen in der Regel andere Einheiten der Gesundheitsdepartemente zuständig, die mit dem Direktionsbereich KUV des BAG interagieren. In einzelnen Kantonen bestehen spezifische Qualitätsverantwortliche.³⁰

Auch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) befasst sich mit der HAI-Thematik. Sie erarbeitet u.a. Empfehlungen zuhanden der Kantone und unterhält eine Begleitgruppe «Qualitätssicherung im Spital», in der sich die für die Qualität in der Spitalversorgung zuständigen Personen aus rund 15 Kantonen regelmässig austauschen. Diese Gruppe versammelt Personen auf verschiedenen Hierarchiestufen (z.B. Amts- oder Abteilungsleitende, Kantonsärztin/Kantonsarzt, Fachspezialistinnen und -spezialisten, wissenschaftliche Mitarbeitende) und aus verschiedenen Tätigkeitsbereichen kantonalen Gesundheitsämter (z.B. kantonsärztliche Dienste, Spitalversorgung, Infektionskontrolle, Qualitätsverantwortliche, Heimaufsicht). Die meisten davon sind zugleich kantonale NOSO-Kontaktpersonen. Im Bereich der übertragbaren Krankheiten ist vor allem die Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) ein wichtiger Akteur auf interkantonomer Ebene.

2.4.3 Gesundheitseinrichtungen

Spitäler (v.a. der Akutversorgung) befassten sich lange vor Erarbeitung der Strategie NOSO mit der Prävention, Überwachung und Kontrolle von HAI, wobei sich die Situation bezüglich der internen Strukturen, konkreten Aktivitäten und der technischen Voraussetzungen sehr heterogen präsentiert (Kuster et al. 2015; Metsini et al. 2021). Während Universitäts- und weitere grössere Spitäler über spezifische Abteilungen für Spitalhygiene verfügen, in denen entsprechende Fachärztinnen und -ärzte und Fachexpertinnen und -experten für Infektionsprävention tätig sind, sind in mittelgrossen und kleineren Spitälern oft Pflegefachpersonen (z.T. mit spezifischer Fachausbildung) für den Bereich der Hygiene bzw. die Infektionsprävention tätig. Diese lassen sich teilweise von der Spitalhygieneabteilung grösserer Zentren oder von externen Beraterinnen und Beratern unterstützen. Viele Spitäler verfügen über Richtlinien und Prozesse zur Prävention und Reduktion von HAI, setzen entsprechende Interventionen, Schulungen und Überwachungen um (Bundesrat 2016: 22). Sie unterstehen der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung sowie den Zulassungs-, Tarif- und Qualitätsbestimmungen des KVG (s.o.) und den Bestimmungen der Epidemien-gesetzgebung.

³⁰ Um sicherzustellen, dass Informationen zur Strategie NOSO an die Kantone an die richtigen Stellen gelangen, führt das GDK-Generalsekretariat eine Liste von Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in den einzelnen Kantonen.

Als nationaler Verband setzt sich H+ für die Anliegen von Spitälern ein. Er ist unter anderem im Bereich Qualität aktiv³¹ und unterstützt seine Mitglieder bei der Umsetzung der darauf bezogenen KVG-Bestimmungen, und mit der Erarbeitung von Strategien und Instrumenten und über die Beteiligung an Organisationen in diesem Bereich.

Im Vergleich zu Akutspitälern bestehen in Alters- und Pflegeheimen andere Voraussetzungen bezüglich der Strukturen, Kapazitäten und regulatorischen Anforderungen in Bezug auf die Versorgungsqualität, die Heimhygiene und die Prävention und Bekämpfung von HAI. Diesen Themen kamen sowohl in den Betrieben als auch beim nationalen Dachverband CURAVIVA insgesamt eine geringere Bedeutung zu als in Akutspitälern (Bundesrat 2016: 22; Zuñiga et al. 2018 24f.; Abschnitt 7.5).

2.4.4 Swissnoso – Nationales Zentrum für Infektionsprävention

1994 wurde auf Anregung des BAG der Verein Swissnoso gegründet, um Empfehlungen zur Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Antibiotikaresistenz im Schweizer Gesundheitswesen auszuarbeiten, internationale Richtlinien an nationale Bedürfnisse anzupassen und über aktuelle Entwicklungen in der Infektionsprävention zu informieren.³² Swissnoso versammelt in Spitälern tätige Fachpersonen in den Bereichen der Infektionskrankheiten und der Spitalhygiene und wird einerseits von den vertretenen Spitälern mitgetragen, andererseits über verschiedene Mandate des BAG und Organisationen wie dem ANQ oder der Stiftung Patientensicherheit finanziert. Swissnoso hat das Programm Swiss Clean Care³³ aufgebaut, das auf die Reduktion von Spitalinfektionen in der Schweiz abzielt. Swiss Clean Care umfasst verschiedene Module:

- *SSI Surveillance*: Seit 2009 erfasst Swissnoso im Auftrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) landesweit die postoperativen Wundinfektionen (surgical site infections; SSI). Der ANQ wird von den Kantonen, den Versicherer und des Spitalverbands H+ getragen und ist von diesen beauftragt, Qualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie vorzunehmen und die Resultate zu publizieren.³⁴ Dies dient der Umsetzung der Qualitätsbestimmungen im KVG.
- *SSI Intervention*: 2015 lancierte Swissnoso ein Interventionsmodul zur Prävention postoperativer Wundinfektionen. Swissnoso unterstützt dabei die teilnehmenden Spitäler bei der Entwicklung und Umsetzung von Interventionen mittels Schulungen, regelmässigem Austausch mit anderen Teilnehmern und Informationsmaterial.

³¹ <https://www.hplus.ch/de/qualitaet> (Zugriff am 16.6.2022)

³² www.swissnoso.ch

³³ <https://www.swissnoso.ch/worum-geht-es/swiss-clean-care> (Zugriff am 16.6.2022). Des Weiteren veröffentlicht Swissnoso Analysen und Empfehlungen, unterstützt in Zusammenarbeit mit dem BAG die Bewältigung von übertragbaren Krankheiten und engagiert sich in der Ausbildung von Hygienepersonal.

³⁴ www.anq.ch

- *CCM-Clean Hands* ist ein elektronisches Instrument zur Messung der Händedesinfektion. Es steht seit Ende 2014 zur Verfügung und unterstützt Gesundheitseinrichtungen bei der Messung und Verbesserung der Händehygiene-Compliance ihres Personals.
- *CAUTI Surveillance*: In Zusammenarbeit mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz setzte Swissnoso zwischen 2015 und 2018 in sieben Spitälern das nationale Pilotprogramm «progress! – Sicherheit bei Blasenkathetern» um. Dieses zielte darauf ab, den Einsatz von Blasenkathetern und die Häufigkeit von damit verbundenen Verletzungen und Infektionen zu reduzieren und umfasste ein Interventionsbündel sowie eine Überwachung.³⁵ Basierend auf den Ergebnissen dieses Pilotprogramms entwickelte Swissnoso das Modul CAUTI Surveillance, das ab Januar 2022 allen Schweizer Akutspitälern zur Verfügung steht.
- *Punktprävalenz-Erhebungen*: Bereits seit den 1990er Jahren führte Swissnoso Erhebungen zur Prävalenz nosokomialer Infektionen in Spitälern durch und publizierte die Ergebnisse in seinem Bulletin.

2.4.5 Weitere Fachorganisationen

Neben Swissnoso sind weitere Organisationen und Institutionen mit der Thematik von HAI befasst und an der Erarbeitung von fachlichen Empfehlungen, an der Wissensgenerierung und -verbreitung und an der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal beteiligt. Zu erwähnen sind insbesondere die Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Universitätsspitäler und Fachgesellschaften wie die Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) und die Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie (SGInf). Seitens der Pflege bestehen zwei sprachregionale Fachorganisationen: die Interessengruppe der Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene (fibs) und die Spécialistes infirmiers prévention de l'infection (SIPI). Eine umfassende Auslegeordnung findet sich in Kuster et al (2015).

2.4.6 Forschung und Bildung

In Zusammenhang mit dem Handlungsfeld Bildung und Forschung der Strategie NOSO sind die institutionellen Rahmenbedingungen in diesem Bereich von Bedeutung. Mit Forschungsförderung sind auf Bundesebene in erster Linie das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI), der Schweizerische Nationalfonds (SNF) und die Schweizerische Agentur für Innovationsförderung innosuisse befasst. Zudem betreiben jeweils die einzelnen Bundesämter sogenannte Ressortforschung. Auf kantonaler Ebene sind hauptsächlich die Hochschulen als wichtige Forschungsakteure zu nennen. Die Hochschulen sind zugleich für die Ausbildung von Medizinalpersonen zuständig. Die Ausbildung von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal und die Weiterbildung der verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens gestaltet sich je nach Berufsgruppe und Aus-

³⁵ <https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/sicherheit-bei-blasenkathetern/> (Zugriff am 16.6.2022)

bildungsinhalt unterschiedlich. 2012 hat das SBFI den Titel «Fachexpertin/Fachexperte für Infektionsprävention im Gesundheitswesen» anerkannt, der durch eine eidgenössische höhere Fachprüfung erlangt werden kann (Bundesrat 2016: 22f.). Seit dem 1. Januar 2022 können auch Ärztinnen und Ärzte innerhalb der Weiterbildung zum Facharzttitel Infektiologie den neu geschaffenen Schwerpunkt «[Infektionsprävention und -kontrolle im Gesundheitswesen](#)» absolvieren.³⁶

2.4.7 Krankenversicherer

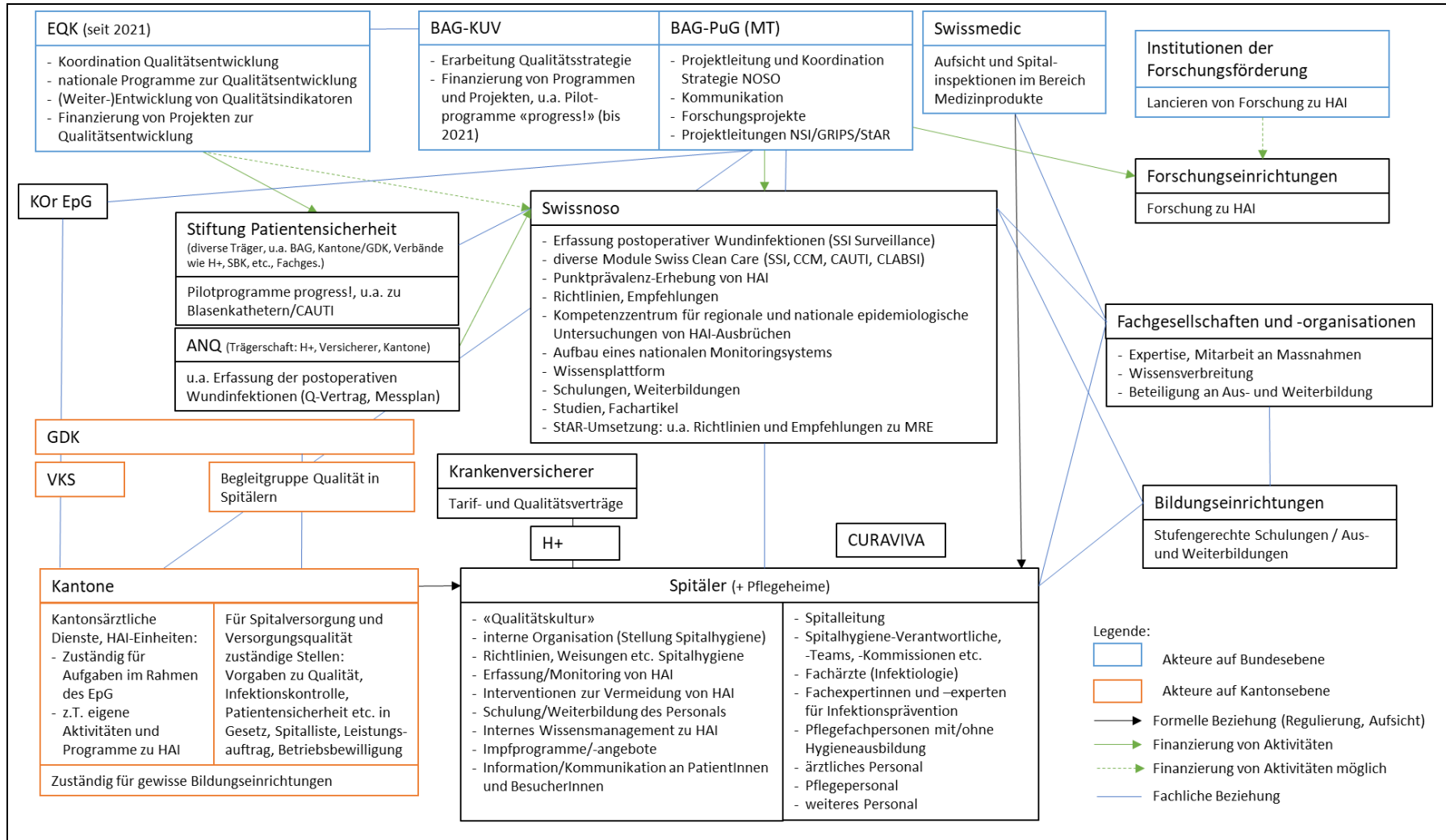
Die Krankenversicherer bzw. ihre Verbände santésuisse und curafutura sind nicht unmittelbar an der Umsetzung der Strategie NOSO beteiligt. Über den Kontext der obligatorischen Krankenversicherung kommt ihnen jedoch eine wichtige Rolle zu: Sie schliessen mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden Tarifverträge über die Vergütung der erbrachten Leistungen ab und vereinbaren mit Ihnen Anforderungen an die Qualität, deren Kontrolle sowie die Sanktionen bei Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen. Gestützt auf diese Verträge können die Krankenversicherer Druck auf Spitäler ausüben und – sofern sie Bestimmungen zu HAI enthalten – zur Erreichung der Ziele der Strategie NOSO beitragen.

2.4.8 Überblick

Abbildung 1 präsentiert eine Visualisierung der (potenziell) an der Umsetzung der Strategie NOSO beteiligten Akteure des Gesundheitswesens, ihrer gemäss Strategiedokument vorgesehenen Rollen und Aktivitäten und ihrer Beziehungen (vgl. die verschiedenfarbigen Pfeile).

³⁶ <https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharzttitel-und-schwerpunkte/infektiologie.cfm#i153740> (Zugriff am 29.9.2022)

Abbildung 1: Visualisierung des Akteursfelds der Strategie NOSO



Eigene Darstellung.

3 Vorgehen der Evaluation

Das vorliegende Kapitel erläutert die konzeptionellen Grundüberlegungen der Evaluation und das empirische Vorgehen zur Informationserhebung.

3.1 Konzeptionelle Grundlagen

Die Evaluation stützt sich auf die Konzepte und Modelle der Politikanalyse (Knoepfel et al. 2011; Sager et al. 2021) ab: Die Strategie NOSO stellt eine öffentliche Politik dar, die über ein Bündel verschiedener Massnahmen und daraus resultierender Outputs darauf hinwirkt, bei bestimmten Zielgruppen (v.a. Spitäler und Pflegeheime) Veränderungen auszulösen (Outcome-Ziele). Tabelle 5 bietet eine Übersicht über die gemäss den Evaluationsfragestellungen zu untersuchenden Evaluationsgegenstände, die zu beurteilenden Kriterien und deren Operationalisierungen. Diese bildet das konzeptionelle Grundgerüst für die Informationserhebungen.

Tabelle 5: Evaluationsgegenstände, Kriterien und mögliche Operationalisierungen

| Frage | Evaluationsgegenstand | Kriterien | Umsetzung/Operationalisierung |
|-------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1 | Aktivitäten (Output) | Umsetzungsstand | Deskriptiv: Aktivitäten in den 16 Schlüsselmassnahmen der Strategie NOSO (Was wurde seit 2016 alles gemacht und erarbeitet? Aktueller Stand?); qualitativ und kategorisierend (z.B. noch offen, in Konzeption, in Umsetzung, abgeschlossen) Allfällige Schwierigkeiten oder Verzögerungen, Gründe dafür |
| 2 | Massnahmen | Zweckmässigkeit Effektivität | Deskriptiv: Einschätzung von Adressaten: durch Strategie NOSO ausgelöste Veränderungen; Nützlichkeit der Massnahmen und Outputs Evaluativ: Eignung der Massnahmen, die angestrebten Output- und Outcome-Wirkungen auszulösen: Zielkonformität, Angemessenheit, Praktikabilität und Nützlichkeit Evaluativ: Vergleich des Ist-Zustands mit Soll-Zustand gemäss vorgesehenen Outputs und strategischen Zielen pro Handlungsfeld, vermuteter Beitrag an Outcome-Ziele Deskriptiv: Gründe für fehlende Outputs oder ausbleibende Outcomes |
| 3 | Gouvernanz | Zweckmässigkeit Qualität | Evaluativ: Klarheit der Aufgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten Eignung der Gouvernanz für Auslösen von Massnahmen, zur Sicherstellung von Zusammenarbeit der Umsetzungspartner und von Koordination (auch BAG-intern) Qualität der Zusammenarbeit und der Koordination: Effizienz der Prozesse; Gelingen der Rollenklärung und operativen Zusammenarbeit |
| 4 | Kontextfaktoren | - | Deskriptiv/analytisch: politische, rechtlich-institutionelle, strategisch/programmatische oder organisationsbezogene |

| Frage | Evaluationsgegenstand | Kriterien | Umsetzung/Operationalisierung |
|-------|-----------------------|-----------|---|
| | | | Faktoren und Rahmenbedingungen, die sich hinderlich oder förderlich auf die Handlungsorientierung bzw. die Kooperationsbereitschaft oder die Ressourcen der umsetzenden Akteure oder der Adressaten auswirken |
| 5 | Optimierungsbedarf | - | Abgeleitet aus Erkenntnissen zum Umsetzungsstand, zur Effektivität und Zweckmässigkeit der Massnahmen sowie zur Gouvernanz und zur Bedeutung von Kontexteinflüssen |

Als inhaltliche Grundlage für die Evaluation und zur Identifikation der zu beurteilenden Outputs und Outcomes («Soll»-Zustände) erstellte das Evaluationsteam anhand des Strategiedokuments und weiterer Unterlagen eine systematische Übersicht über die in den Schlüsselmassnahmen der Strategie NOSO vorgesehenen Wirkungsketten («Welche Akteure sollen was tun (Aktivitäten/erwartete Outputs)? Bei welchen Akteuren sollen dadurch welche Zustände, Verhaltensweisen oder Veränderungen ausgelöst werden (Outcomes)?»). Anhand dieser Übersicht wurde das im Strategiedokument enthaltene allgemeine Wirkungsmodell differenziert und weiterentwickelt.³⁷ Dieses diente als analytisches Hilfsmittel für die Beurteilung der Zweckmässigkeit der Massnahmen und zur Identifikation von Optimierungspotenzial.

3.2 Methoden und Arbeitsschritte zur Informationserhebung

Tabelle 18 in Anhang 2 fasst zusammen, welcher Informationsbedarf sich aus den Operationalisierungen der Evaluationsfragestellungen (Tabelle 5) ergibt und mittels welchen Datenquellen und Erhebungsmethoden dieser Bedarf gedeckt wurde. Nachfolgend sind die Arbeitsschritte zur Umsetzung der Evaluation und die durchgeführten Erhebungen kurz erläutert.

3.2.1 Sondierungsarbeiten und Dokumentenanalysen

In einer ersten Phase verschaffte sich das Evaluationsteam anhand von diversen Dokumenten (Kasten 1), der Websites www.strategie-noso.ch und www.swissnoso.ch, von vier Sondierungsgesprächen³⁸ und Mailanfragen an Verbände und Fachgesellschaften einen Überblick über die Umsetzung der Strategie NOSO und über die Akteurslandschaft. Im Hinblick auf die Planung der Befragungen wurde dabei auch ermittelt, welche Organisationen und Personen in welcher Rolle konkret an den einzelnen Schlüsselmassnahmen beteiligt waren bzw. sind und als Adressaten auf der Outcome-Ebene von ihnen betroffen sind. Von besonderem Interesse war dabei die Rolle der

³⁷ Ein Entwurf des Wirkungsmodells wurde in einer Arbeitssitzung mit der Projektleiterin der Strategie NOSO, dem externen Projektbegleiter und mit der Leiterin des Evaluationsprojekts im BAG diskutiert. Das Modell wird in einem separaten Arbeitsdokument zuhanden der Projektleitung präsentiert und erläutert.

³⁸ Die Sondierungsgespräche fanden mit folgenden Personen statt: Virginie Masserey, Véronique Kobel, Céline Gardiol (BAG, Projektleitung Strategie NOSO; zwei Gruppengespräche); Seraina Grünig (Generalsekretariat GDK) und Erich Tschirky (Generalsekretär Swissnoso).

auf der Website zur Strategie NOSO als Umsetzungspartner bezeichneten Organisationen. Das Evaluationsteam erkundigte sich bei fünf der aufgeführten Fachgesellschaften und Verbände³⁹ nach ihrer Rolle in der Strategie NOSO. Drei davon meldeten zurück, sie seien bisher nicht konkret in die Strategieumsetzung einbezogen worden und hätten keine konkreten Berührungspunkte dazu. Zwei reagierten nicht auf die Anfrage.

Kasten 1: Als Informationsquellen genutzte Dokumente zur Strategie NOSO

Grundlagendokumente zur Strategie NOSO:

- Situationsanalyse 2015 (Kuster et al. 2015)
- Strategie NOSO (Bundesrat 2016; «Strategiedokument»)
- Projektantrag zur Strategieumsetzung (BAG 2016)
- Kommunikationskonzept 2018 (Bellini 2018)

Dokumentation der Umsetzung der Strategie NOSO:

- Halbjährliche Zwischenberichte zum Umsetzungsstand
- Protokolle des Projektteams und des Projektausschusses
- Protokolle des Koordinationsorgans NOSO-StAR-Qualitätsstrategie und der Koordinationsgruppe NOSO-StAR auf Stufe Sektionsleitungen
- Synthesedokumente Stakeholderworkshop 7.4.2017 und Akteursworkshop 20.9.2018
- Protokoll Austauschitzung zum Thema Kommunikation mit den Spitälern, November 2018
- Excel-Dokument «Vertragsmanagement» der Projektleitung Strategie NOSO
- Dokument «NOSOnet (Swissnoso+) - Empfehlungen (Swissnoso), Oktober 2017
- Offerte «External expertise in developing measures to monitor, prevent and control healthcare-associated infections 2019-2024» von Swissnoso an das BAG, August 2019
- Liste der Kontaktpersonen zur Strategie NOSO in den Kantonen (GDK)
- Teilnehmerlisten der Stakeholder-Workshops zur Strategie NOSO 2017 und 2018 (BAG)
- Liste der Anmeldungen zum Online-Symposium «Strukturelle Mindestanforderungen für eine erfolgreiche Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen» vom August 2021 und zum Online-Workshop «Umsetzung der strukturellen HAI Mindestanforderungen – erste Erfahrungen und Umsetzungshilfen» für IPC Fachpersonen vom Januar 2022 (Swissnoso)
- Liste der Anmeldungen für den Newsletter der Strategie NOSO (Stand vom 24. Mai 2022)-

3.2.2 Interviews

In einer zweiten Phase erfolgten 34 Einzel- und Gruppeninterviews mit Personen in unterschiedlichen Rollen (Tabelle 6; die Liste der Personen findet sich in Tabelle 19 in Anhang 3). Diese Rollen lassen sich nicht immer klar trennen. Einzelne Mitglieder der Projektorgane sind oder waren auch an Umsetzungsaktivitäten beteiligt, und in einem Spital tätige Personen sind oft zugleich Mitglieder einer medizinischen Fachgesellschaft und/oder einer Fachorganisation wie z.B. Swissnoso. Ein-

³⁹ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation SGAR, Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie SGC, Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren SVS.

zelle befragte Personen sind Mitglied der Eidgenössischen Qualitätskommission EQK und konnten sich so zu den Schnittstellen zwischen den Zielen und der Strategie zur Qualitätsentwicklung und der Strategie NOSO äussern.

Tabelle 6: Anzahl Interviews pro Akteursgruppe/Rolle

| Rollen | Anzahl Gespräche |
|--|------------------|
| Projektverantwortliche im BAG | 3 |
| Mitglieder des Projektteam und des Projektausschusses ¹ | 16 |
| Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in Kantonen ² | 6 |
| An Umsetzungsaktivitäten beteiligte Personen: Leitung von Umsetzungsaktivitäten; Generalsekretariat Swissnoso; Teilnahme an Akteursworkshops als Umsetzungspartner | 8 |
| Internationale Expertinnen/Experten ³ | 1 |

Bemerkungen: ¹ Es wurden alle Mitglieder (per Ende 2021) des Projektteams und alle BAG-externen Mitglieder des Projektausschusses interviewt. In einzelnen Fällen delegierte die angefragte Person das Gespräch an eine andere Vertretung derselben Organisation (vgl. Tabelle 19 in Anhang 2). ² Die Auswahl erfolgte anhand einer vom GDK--Generalsekretariat erstellten Liste von Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in den Kantonen. Es wurden sowohl Personen aus Kantonen mit umfangreicher Aktivität im Bereich HAI als auch solche aus Kantonen mit eher tiefer Aktivität befragt. ³ Anfragen an das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) und an den Infection Control Hub der Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren nicht erfolgreich, weshalb letztlich ein einziges Gespräch mit einem internationalen Experten zustande kam.

Die Gespräche folgten einem an die Rollen der befragten Personen angepassten Leitfadens (vgl. Anhang 4). Mit einer Ausnahme erfolgten alle Interviews in Form von Videoanrufen. Sie wurden im Einverständnis mit den Gesprächspartnerinnen und -partnern aufgezeichnet und protokolliert. Die Aussagen pro Interviewfrage wurden anschliessend inhaltsanalytisch ausgewertet.

Da die bisherigen Massnahmen und Aktivitäten der Strategie NOSO hauptsächlich auf Spitäler fokussieren und noch kaum auf Pflegeheime, war eine Befragung von Alters- und Pflegeheimen im Evaluationsauftrag explizit nicht vorgesehen.

3.2.3 Online Befragung von Spitaldirektionen

Bei der Umsetzung vieler vorgesehener Massnahmen der Strategie NOSO kommt den Spitalleitungen eine wichtige Rolle zu (Bundesrat 2016: 22; 45; 60; 63; 65); der Rückhalt der Entscheidungsträger in einem Betrieb über Massnahmen, Programme und Mittelverwendung ist ein wichtiger Schlüsselfaktor für die Wirksamkeit und Zielerreichung der Strategie. Aus diesem Grund erfolgte in Absprache mit dem Spitalverband H+ eine standardisierte Online-Befragung der Direktionen

aller Akutspitäler in der Schweiz.⁴⁰ Der Fragebogen enthielt 14 hauptsächlich geschlossene Fragen (Anhang 4).

Eine von H+ zur Verfügung gestellte Adressliste der Spitalbetriebe wurde mit der Liste der Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2020⁴¹ abgeglichen. Zur Befragung eingeladen wurden alle Spitäler der Kategorie «Allgemeinspital» sowie fünf Spezialkliniken für Chirurgie. Von den insgesamt 112 eingeladenen Spitälern bzw. Spitalstandorten nahmen 64 teil, was einer Rücklaufquote von 57% entspricht. Neben allen fünf Universitätsspitälern beteiligte jeweils gut die Hälfte der Spitäler der übrigen Grössenkategorien an der Befragung (vgl. Tabelle 20 in Anhang 5). Bezüglich der Spitalgrösse kann die Erhebung somit insgesamt als repräsentativ bezeichnet werden.

⁴⁰ Den Direktionen war es freigestellt, weitere Personen im Spital in die Beantwortung einzubeziehen. Gemäss den vorliegenden Angaben (Selbstdeklaration) von 51 der 64 teilnehmenden Spitäler waren Personen aus folgenden Tätigkeitsbereichen an der Beantwortung der Umfrage beteiligt (Kategorisierung durch Evaluationsteam): Qualitätsmanagement (22), Direktion/operative Leitung (16), Spitalhygiene/Infektiologie (16), Fachexpertin/-experte Infektionsprävention (15), Ärztliche Direktion (5), Pflegeleitung/Pflegeexpertin/-experte (3).

⁴¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html> (Zugriff am 18.5.2022). Die BAG-Liste der Betriebe und die H+-Adressliste sind nicht identisch strukturiert, weshalb die Grundgesamtheit der zur Befragung eingeladenen Spitälern nicht exakt einer dieser beiden Listen entspricht.

4 Gouvernanz

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit der Gouvernanz der Strategie NOSO. Es beleuchtet zunächst die Projektorgane, anschliessend die Umsetzungsstrukturen.

4.1 Projektorgane

Aus der Sichtung der Protokolle und den geführten Interviews lassen sich nachfolgende Aussagen zu den Projektorganen der Strategie NOSO machen.

4.1.1 Projektausschuss

Zwischen 2017 und 2020 traf sich der Projektausschuss zweimal jährlich. 2021 fand aufgrund der Covid-19-Pandemie und eines Wechsels der Projektleitung keine Sitzung statt. Gemäss den Protokollen wurde der Projektausschuss jeweils über den Stand der Umsetzung der Strategie NOSO informiert und befasste er sich vor allem mit Fragen in Zusammenhang mit den strukturellen HAI-Mindestanforderungen an Akutspitälern und den operativen Zielen für die Strategie NOSO (vgl. Abschnitte 5.2.2 und 5.2.3).

Drei Beteiligte sehen einen grossen Nutzen des Projektausschusses darin, dass er ein Gefäss für direkten und konstruktiven Austausch zwischen dem BAG, H+ und der GDK darstellt. Diesen Aspekt bewerten sie als positiv und wertvoll. Die Zusammensetzung wurde als vollständig und grundsätzlich zweckmässig beurteilt. Dass mehrere BAG-Direktionsbereiche im Ausschuss vertreten sind, führte je nach Sitzungspräsenz zu einem zahlenmässigen Überhang von 7-8 Personen aus dem BAG gegenüber 3-4 Vertretungen der Kantone, Verbände und Fachorganisationen.

4.1.2 Projektleitung

Die Projektleitung wechselte seit Beginn der Strategieumsetzung zweimal (per Ende November 2017, Neubesetzung ab Februar 2018; und per Ende Oktober 2020; Neubesetzung ab Januar 2021). Die langjährige stellvertretende Projektleiterin übernahm im April 2022 die Leitung der Sektion I&I; ihre bisherige Stelle konnte bisher nicht neu besetzt werden. Vier Personen beurteilten diese wiederholten Wechsel kritisch. Die fehlende Kontinuität und Stabilität in den Beziehungen und die Brüche im Wissensmanagement hätten die operative Arbeit erschwert und zu Verzögerungen in der Umsetzung der Strategie geführt. Eine Person empfand die Wechsel als schlechtes Signal gegen aussen bezüglich der Verbindlichkeit und Priorität der Strategie NOSO innerhalb des BAG.

Ein Hauptproblem der Projektleitung ist die begrenzte Arbeitskapazität. Bis 2020 standen für diese Funktion 60 Stellenprozent zur Verfügung, seit 2021 sind es 80%. Das BAG hatte erkannt, dass hier Handlungsbedarf bestand; dieser wurde auch in den internen Zwischenberichten der Projektleitung stets angemerkt. Fehlende Ressourcen, um die verschiedenen Funktionen ausüben zu können, waren ein Grund für mindestens einen Wechsel der Projektleitung (Interviewaussage).

Zum Zeitpunkt der Evaluation hatten die befragten Mitglieder der Projektorgane noch kaum Kontakt zur aktuellen Projektleiterin und konnten sich entsprechend nicht zu ihrer Tätigkeit äussern. Den früheren Projektleitungen wurde attestiert, sie hätten sehr gute Projektmanagementarbeit geleistet, seien bemüht und engagiert gewesen und hätten die Projektteamsitzungen gut vorbereitet und präsentiert (Interviewaussagen von sechs Personen). Mehrere Personen erwähnten gewisse Herausforderungen für die Projektleitung: Die Rolle erfordere Vertrautheit mit den Strukturen und der Funktionsweise des Gesundheitswesens, mit der Akteurslandschaft und mit der Spitalwelt (Interviewaussagen von drei Personen), und sie müsse den Umgang mit Fachpersonen aus unterschiedlichen Kontexten pflegen können (Interviewaussagen von drei Personen).

Eine Person stellte fest, die Projektleitung habe aufgrund ihrer Funktion bzw. hierarchischen Stellung im BAG beschränkte Möglichkeiten, das Thema NOSO weiterzubringen.

4.1.3 Projektteam

Zwischen November 2016 und November 2019 traf sich das Projektteam zu zehn Sitzungen (3-4 pro Jahr) und zwei Workshops (einen zur Priorisierung und Umsetzungsplanung, einen zum Thema Bildung), danach ab September 2020 einmal (September 2021)⁴². Es wurde jeweils über den Stand der Umsetzung in den Handlungsfeldern und einzelnen Schlüsselmassnahmen und teilweise über die Ergebnisse von Erhebungen und Studien informiert und führte Diskussionen zu verschiedenen Themen, Vorhaben und (Zwischen-)Ergebnissen. Zu Beginn der Strategieumsetzung befasste es sich auch mit der Schwerpunktsetzung und Umsetzungsplanung und mit seiner eigenen Rolle und Arbeitsweise.

Gemäss den gesichteten Protokollen war das Projektteam seit 2016 von einer relativ hohen personellen Fluktuation und zahlreichen Absenzen geprägt. Nur wenige Personen waren an mehr als der Hälfte der Projektteam-Sitzungen anwesend. Die Fluktuationen begründen sich mit Stellenwechseln, Pensionierungen oder Stellvertretungen, die Absenzen mit Terminkollisionen der Projektteam-Mitglieder (Interviewaussagen). Das Projektteam funktioniert nach dem Milizprinzip; die Teilnahme an den Sitzungen erfolgt ehrenamtlich und wird vom BAG nicht entschädigt. Das Ausmass und die Verbindlichkeit der Beteiligung seiner Mitglieder hängt somit auch von deren individuellem Engagement ab.

Soweit ersichtlich hat das Projektteam die in der Projektorganisation vorgesehene Rolle eines fachlichen Begleitgremiums ausgeübt. Die Beteiligten bewerten die Rolle und Funktionsweise des Projektteams teilweise unterschiedlich:

Vier Personen hoben positiven Aspekte hervor: Das Projektteam habe seine Rolle bisher gut erfüllt; die Mitglieder würden ein hohes Engagement zeigen, es handle sich um eine gute Gruppe, die

⁴² Zwei seither vorgesehene Sitzungen im Dezember 2021 und im Mai 2022 mussten abgesagt werden.

eine echte Zusammenarbeit an praxisnahen Themen pflege. Es bestehe ein gegenseitiges Verständnis für die unterschiedlichen Rollen der verschiedenen Mitglieder bzw. ihrer Organisationen. Das Projektteam sei aktiv gewesen, um Ideen zu lancieren und Vorschläge vorzubringen.

Acht Personen äusserten verschiedene Kritikpunkte am Projektteam. Vier empfanden die Mitwirkung als zu wenig verbindlich: Die Mitglieder würden informiert, könnten über offene Fragen diskutieren und ihre Ansichten äussern, hätten aber keinen Einfluss auf Entscheidungen; solche Fälle das BAG alleine. Einzelne praxisnahe Fachpersonen hatten den Eindruck, ihre Einschätzungen seien teilweise nicht ernst genommen worden. Diese Aussagen lassen sich auch als Hinweise auf Unzufriedenheit mit der lediglich beratenden Rolle des Projektteams und auf unklare oder enttäuschte Erwartungshaltungen bezüglich der Rolle der eigenen Organisation in der Strategieumsetzung interpretieren. Drei Personen bemängeln fehlende Transparenz über gewisse Entscheidungsprozesse und Vorgänge im BAG in Zusammenhang mit der Vergabe von Mandaten. Das BAG habe teilweise über Entscheidungen und Vorhaben informiert, ohne Einbezug des Projektteams vorher einbezogen zu haben. Es sei unklar, ob das BAG vom Projektteam vorgebrachte Vorschläge aufgenommen habe, und Rückfragen seien teilweise nicht beantwortet worden. Einer Person haben Informationen über den Stand der Umsetzung in den Kantonen gefehlt. Zwei Personen empfanden die Projektteamsitzungen teilweise als wenig fruchtbar und demotivierend: Für eine Person fehlte es aufgrund der hohen personellen Fluktuation und der vielen Absenzen an Kontinuität und Fortschritten, eine zweite hat nicht das Gefühl, dass ihre Mitwirkung relevant sei. Eine Person empfand die Diskussionen in der heterogenen Gruppe teilweise als wenig strukturiert und wenig verbindlich. Diese kritischen Einschätzungen verweisen auf Herausforderungen und negative Konsequenzen der bezüglich Fachwissen und -hintergrund, Funktion, Engagement, Rollenverständnis und Erwartungshaltung heterogenen Zusammensetzung des Projektteams.

Eine Person ist der Ansicht, das Projektteam sei nicht ideal zusammengesetzt. Neben der breit vertretenen Fachexpertise sollten ihrer Ansicht nach mehr Akteure mit Umsetzungsverantwortung auf kantonaler Ebene in diesem Gremium Einsitz haben. Zudem ist der Bereich der Bildung, dem ein ganzes Handlungsfeld gewidmet ist nicht im Projektteam abgebildet.

4.1.4 Koordinationsorgan EpG

Das mit dem Anfang 2016 in Kraft getretenen revidierten Epidemiengesetz neu geschaffene Koordinationsorgan Epidemiengesetz (KOr EpG) institutionalisiert die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Bereich der übertragbaren Krankheiten auf fachlicher Ebene.⁴³ In der Strategie NOSO war vorgesehen, dass die Kantone durch KOr EpG in die Koordination der Massnahmen eingebunden werden (Bundesrat 2016: 34). Laut Interviewaussagen von drei Personen wurde das Organ bis zu Beginn der Covid-Pandemie regelmässig über den Stand der Strategieumsetzung informiert, spielte hingegen darüber hinaus keine Rolle bei der Umsetzung.

⁴³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/koordinationsorgan-fuer-epidemiengesetz-ko-epg.html> (Zugriff am 20.5.2022)

4.1.5 Beurteilung der Projektorganisation

Rollen und Zusammenspiel der Projektorgane

Für die Mitglieder der Projektorgane sind die Rollen und das Zusammenspiel der Projektorgane weitgehend klar (Interviewaussagen); Schwierigkeiten oder Unstimmigkeiten diesbezüglich wurden keine berichtet. Zwei Personen wiesen allerdings darauf hin, dass einzelne Organisationen sowohl im Projektausschuss als auch im Projektteam vertreten sind und teilweise dieselben Personen sowohl an strategischen als auch an operativen Entscheidungen beteiligt gewesen seien. Dadurch seien die beiden Ebenen nicht immer klar getrennt und die Entscheidungskompetenzen vermischt gewesen. Zudem sei bei der Erarbeitung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler (vgl. Abschnitt 5.2.2) gemäss zwei Personen zunächst nicht definiert gewesen, wer diese letztlich verabschiedet, ob der Projektausschuss, das BAG oder Swisssoso. Dies konnte aber geklärt werden. Eine Person äusserte sich grundsätzlich kritisch gegenüber der Routine-Projektorganisation des BAG; es gebe zu viele Gremien mit zu vielen Stakeholdern. Dadurch gehe die Übersicht über Aktivitäten und Verantwortlichkeiten verloren und würden Prozesse aufwändig und träge.

Zusammenarbeit und Rollen der beteiligten Akteure

Die Koordination und Zusammenarbeit unter den beteiligten Organisationen wurde von allen neun Personen, die sich dazu äusserten, als konstruktiv, sachorientiert, professionell und grundsätzlich konfliktfrei wahrgenommen. Gelegentlich seien unterschiedliche Interessen und Ansichten erkennbar, z.B. in Bezug auf die Finanzierung von Massnahmen, aber das sei normal.

Die geführten Gespräche zeigen gewisse Unterschiede in der Beurteilung der Klarheit der Rolle der verschiedenen an der Strategie NOSO beteiligten Organisationen. Für die meisten Mitglieder der Projektgremien ist ihre Rolle darin klar; sie wurde zu Beginn der Strategieumsetzung erläutert. Personen aus verschiedenen Organisationen hätten sich ein grösseres Engagement von CURAVIVA gewünscht. Der Verband hatte sich aus Kapazitätsgründen und da die Diskussionen und Massnahmen im Rahmen der Strategie NOSO vor allem die Spitäler betrafen zeitweise aus den Projektgremien zurückgezogen.

Die Verbindung zwischen den Projektgremien und der kantonalen Ebene wurde von verschiedener Seite als ungenügend beurteilt (Interviewaussagen von sechs Personen). Die Kantone sind über die GDK und zwei Personen aus kantonsärztlichen Diensten im Projektteam vertreten. Es zeigte sich allerdings folgende Schwierigkeiten, auch anhand der Gespräche mit kantonalen NOSO-Kontaktpersonen:

- Der Informationsfluss aus dem Projektteam in die für die Umsetzung zuständigen Stellen der kantonalen Gesundheitsämter war nicht systematisch sichergestellt. Die Vertretungen der Kantone im Projektteam haben keinen Überblick über die – heterogene – Situation in

anderen Kantonen und können vor allem die Perspektive kantonsärztlicher Dienste einbringen.⁴⁴ Sie interagieren – je nach Kanton – aber wenig mit den für die Spitalversorgung oder für die Spitalqualität zuständigen Stellen. In der GDK-Begleitgruppe «Qualitätssicherung im Spital» ist die Strategie NOSO gemäss Interviewaussagen ein ständiges Traktandum. Der Austausch und Informationsfluss zwischen den darin vertretenen Personen und den kantonsärztlichen Diensten ist allerdings nicht in jedem Kanton gewährleistet. Das GDK-Generalsekretariat hat allen drei Gruppen (NOSO-Kontaktpersonen, Begleitgruppe «Qualitätssicherung im Spital» und Kantonsärzteschaft) empfohlen, den NOSO-Newsletter zu abonnieren (Direktinformation GDK). Gestützt auf die Interviews mit den NOSO-kantonalen Kontaktpersonen und weitere Rückmeldungen zum Newsletter (vgl. Abschnitt 4.1.5) scheint dieser die Informationsbedürfnisse der kantonalen Stellen jedoch nicht ausreichend zu bedienen.

- Bei den kantonalen NOSO-Kontaktpersonen handelt es sich um von den einzelnen Kantonen gemeldete Personen aus unterschiedlichen Verwaltungseinheiten bzw. Tätigkeitsbereichen (vgl. Abschnitt 2.3.1). Diese erhalten von der GDK Informationen zur Strategie NOSO; sie bilden aber kein Organ, das einen interkantonalen horizontalen Austausch pflegt. Dieser erfolgt in anderen Gefässen (Begleitgruppe «Qualitätssicherung im Spital», VKS), die sich jeweils aus ihrer bereichsspezifischen Optik (Spitalversorgung und -qualität bzw. Infektionsprävention) mit dem Thema NOSO befassen.
- Den kantonalen Stellen ist ihre Rolle in der Umsetzung der Strategie NOSO teilweise nicht bewusst. Oft sind kantonsintern keine klaren Zuständigkeiten definiert, und haben die für Spitalversorgung zuständigen Stellen keinen Auftrag, sich des Themas anzunehmen, und entsprechend keine spezifischen Ressourcen dafür vorgesehen. Einzelnen Personen auf kantonalen Ebene sind auch die Informationsflüsse und die Erwartungen an die Kantone im Rahmen der Strategie NOSO nicht klar.
- Zwei Personen wiesen darauf hin, dass sich seitens der Kantone vor allem die fachliche Ebene mit der Strategie NOSO befasst, die politische Ebene, d.h. die kantonalen Gesundheitsdirektionen, jedoch kaum einbezogen sei.

In der Einschätzung von sieben Personen waren bisher im Wesentlichen alle wichtigen und nötigen Organisationen in die Steuerung der Strategie NOSO einbezogen. Die folgenden Lücken wurden angesprochen:

- Spitaldirektionen sollten in geeigneter Form direkter und enger in die Strategie einbezogen werden, um ihnen die Bedeutung des Themas bewusst zu machen und sie dazu zu gewinnen, die Umsetzung der Strategie zu unterstützen. (Interviewaussage von fünf Personen)

⁴⁴ Die kantonsärztliche Dienste pflegen innerhalb ihrer Vereinigung (VKS) einen gewissen Informationsaustausch über die Strategie NOSO und stehen in regelmässigem Kontakt mit dem BAG.

- Im Vergleich zu Akteuren auf strategischer Ebene sei die für die Strategieumsetzung zuständige operative Ebene seitens von Kantonen und Spitälern (ärztliche und pflegerische Fachpersonen) zu wenig vertreten. (Interviewaussage von zwei Personen)
- Die FMH als Dachverband der Ärztinnen und Ärzte ist nicht in den Gremien vertreten. Sie könnte verbandsinterne Koordination leisten und zwischen verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften vernetzen. (Interviewaussage einer Person)

4.2 Umsetzungsstrukturen

Im Folgenden wird diskutiert, wie die Umsetzung konkret organisiert ist und inwiefern diese Organisation geeignet ist, Massnahmen zur Umsetzung der Strategie NOSO auszulösen und die Zusammenarbeit mit den Umsetzungspartnern sicherzustellen.

4.2.1 Organisation der Umsetzung

Die Federführung für die Organisation der Umsetzung von Massnahmen liegt bei der Projektleitung im BAG. Sie entscheidet über die Zuständigkeit und löst die Aktivitäten aus. Der für eine Massnahme als zuständig bezeichnete Akteur übernimmt die Federführung und organisiert sich ad hoc, er kann die Arbeiten selbst übernehmen, eine Arbeitsgruppe bilden oder je nach Bedarf Fachpersonen in die Arbeiten einbeziehen. (Interviewaussagen)

Der Projektleitung stehen drei Wege zur Verfügung, um Umsetzungsarbeiten in Gang zu setzen: Sie kann selbst aktiv werden und BAG-intern Aktivitäten veranlassen, sie kann mittels Finanzhilfen oder Dienstleistungsverträgen Dritte mit Projektarbeiten betrauen, oder sie kann mittels Überzeugung versuchen, Dritte zu Massnahmen zu motivieren.

Das BAG selbst kümmert sich neben seinen Steuerungs- und Koordinationsaufgaben um folgende Aktivitäten im Rahmen der Strategie NOSO:

- Aufgaben und Rollenteilung klären (G-2-1): Gespräche mit Akteuren
- Wegweisende Projekte unterstützen (G-3-2): Finanzierung von Pilotprogrammen und Projekten gestützt auf KVG und EpG
- Ausarbeitung von operativen Zielen für Spitäler (neue, in der Strategie so nicht vorgesehene Massnahme, vgl. Abschnitt 5.2.3)

Den grössten Teil der Umsetzungsarbeiten hat das BAG im Rahmen von Mandaten an Swissnoso delegiert (Tabelle 7). Für die einzelnen Projekte bestehen seitens von Swissnoso jeweils Projektleitungen. Diese organisieren die Arbeiten sowie den Einbezug von Fachpersonen und allfälligen Partnerorganisationen zur Konzeption und Umsetzung der betreffenden Massnahme. Dieser Einbezug erfolgt je nach Thema und je nach Bedarf sowie ad hoc; es bestehen keine formalisierten Mechanismen (Interviewaussagen von zwei Personen). Eine systematische Übersicht über die an den verschiedenen Swissnoso-Aktivitäten beteiligten weiteren Personen und Organisationen besteht nicht.

Neben Swissnoso trugen weitere Akteure im Auftrag des BAG an die Umsetzung der Strategie NOSO bei: Die kantonale Einheit HPCi VD und das Kantonsspital SG setzten mit finanzieller Unterstützung des BAG zwei Pilotprojekte zur Erhebung der HAI-Prävalenz in Alters- und Pflegeheimen in den Kantonen VD und SG um. Um die Grundlagen für Massnahmen im Bereich Bildung und für den Teilbereich «Anreize verbessern» (G-3-3) zu erarbeiten, gab das BAG Studien bei privaten Forschungsbüros in Auftrag. Weitere Mandate an private Firmen umfassten die externe Projektbegleitung (Projektsteuerung/Overhead; drei aufeinander folgende Mandate an verschiedene Firmen), die Entwicklung eines Kommunikationskonzepts und dessen Umsetzung (Teilbereich VB-2-1) sowie die vorliegende Evaluation (Teilbereich E-2).

Tabelle 7: Verträge des BAG mit Swissnoso zur Umsetzung der Strategie NOSO

| Gegenstand des Vertrags | Vertragsdauer | Betroffene Teilbereiche |
|---|--|-------------------------|
| Rahmenvertrag: Externe Expertise für die Entwicklung von Massnahmen zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen | Aug. 2019-März 2024 | |
| HF Governance | | |
| Swissnoso+ (NOSOnet) | Nov. 2016-Jan. 2018 | G-2 |
| Mindestanforderungen für Spitäler | Mai 2018-Sep. 2019 | G-1 |
| HF Monitoring | | |
| Aufbau und Betrieb eines nationalen Überwachungssystems von healthcare-assoziierten Infektionen in Spitälern inkl. Vertragsergänzung für Abruf Option "Entwicklung Modul VAP" | Sep. 2019-April 2024 | M |
| HF Verhütung und Bekämpfung | | |
| Expertenwissen im Bereich Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen bereitstellen | Sep. 2019-April 2024 | VB |
| Kompetenzzentrum für regionale und nationale epidemiologische Untersuchungen bei Ausbrüchen von healthcare-assoziierten Infektionen | Nov. 2018-Dez. 2022 (durch untenstehenden Vertrag abgelöst) | VB |
| Betrieb eines Kompetenzzentrums für regionale und nationale epidemiologische Untersuchungen bei Ausbrüchen von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) | Okt. 2019-Mai 2024 | VB |
| Surgical Site Infections (SSI) Intervention Roll-out | Juni 2018-März 2020 | VB-1 |
| Clean Care Monitor | Nov. 2016-Aug. 2019 | VB-3 |
| CAUTI Intervention – Etablierung eines nationalen Moduls zur Prävention von Katheter-assoziierten Harnwegsinfektionen (CAUTI) | Juli 2021-Aug. 2023 | VB/M |
| Literaturreview: Behavioural Determinants of Compliance with Infection Prevention Best Practice Guidelines: A Systematic Review | Aug. 2016-April 2017 | VB-3 |
| Epidemiologische Ausbruchsabklärung Covid-19 | Jan. 2021-März 2023 | |
| HF Evaluation | | |
| Punkt-Prävalenz-Studie Schweiz (PPS-CH) 2017 | Juli 2016-Okt. 2019 | E-1 |
| Punkt-Prävalenz-Studie Schweiz (PPS-CH) 2018 | Mai 2018-März 2019 | E-1 |

| Gegenstand des Vertrags | Vertragsdauer | Betroffene Teilbereiche |
|--|-----------------------------------|-------------------------|
| Punkt-Prävalenz-Studie Schweiz (PPS-CH), Machbarkeitsstudie 2018 – 2019 | Nov. 2018-Dez. 2019 | E-1 |
| Punkt-Prävalenz-Studie Schweiz (PPS-CH) 2019 | April 2019-Nov. 2019 | E-1 |
| Punkt-Prävalenz-Studie Schweiz (PPS-CH) 2021 | März 2021-Feb. 2022 | E-1 |
| Punkt-Prävalenz-Studie Schweiz (PPS-CH) 2022 | Okt. 2019-Jan. 2023 ⁴⁵ | E-1 |
| Literaturreview: The Preventable Proportion of Nosocomial Infections - A Systematic Review and Meta-Analysis | Aug. 2016-Juni 2017 | E-1 |

Quelle: Tabelle «Vertragsmanagement» der Projektleitung Strategie NOSO

4.2.2 Eingesetzte Ressourcen

Im Laufe der Umsetzung zeigte sich, dass die personellen Ressourcen sowohl BAG-intern⁴⁶ als auch bei den externen Partnern permanent knapp waren. Jeder der BAG-internen Zwischenberichte enthält im Statusblatt zum Projektmanagement einen entsprechenden Hinweis und erwähnt, dass der Umsetzungsprozess deshalb langsamer verlaufe als geplant. Per 2021 wurde das Pensum der Projektleitung von bisher 60 auf 80% aufgestockt. Ab Februar 2020 war die personelle Kapazität zur Strategieumsetzung aufgrund der Covid-19-Pandemie zusätzlich sowohl BAG-intern als auch bei den meisten Umsetzungspartnern stark reduziert. Die Ressourcen der BAG-Mitarbeitenden wurden vorwiegend für die Krisenbewältigung eingesetzt, und auch die an der Konzeption und Umsetzung von Massnahmen beteiligten Personen seitens von Swissnoso und in den Spitälern waren stark von Arbeiten zur Bewältigung der Pandemie beansprucht. Die Aktivitäten im Rahmen der Strategie NOSO kamen deshalb ab Februar 2020 fast ganz zum Erliegen und verzögerten sich entsprechend. Mit Eintritt der neuen Projektleiterin im Januar 2021 konnten die Aktivitäten BAG-intern wieder aufgenommen werden, allerdings nur in begrenztem Ausmass, da die für die Strategie NOSO zuständigen Mitarbeitenden weiterhin in das Covid-19-Krisenmanagement eingebunden waren. Aufgrund einer Personalrochade in der Sektion I&I – die bisherige für die Strategie NOSO zuständige wissenschaftliche Mitarbeiterin übernahm im Frühling 2022 die Sektionsleitung; ihre Stelle konnte jedoch seither noch nicht besetzt werden – und einer längeren Absenz der Projektleitung waren ab April 2021 die BAG-internen Ressourcen wiederum sehr begrenzt.

In Absprache mit der Projektleitung äussert sich die vorliegende Evaluation nicht zu den eingesetzten finanziellen Ressourcen.

⁴⁵ Ursprünglich für 2020 vorgesehen, wegen Covid-19 verschoben.

⁴⁶ Für die Projektleitung standen bis Ende 2020 60 Stellenprozent zur Verfügung (vgl. Abschnitt 2.3.2). Die personellen Ressourcen im BAG waren zudem aufgrund von Mutterschaftsurlauben und zwei Wechseln der Projektleitung zeitweise zusätzlich beschränkt.

4.2.3 Beurteilung der Umsetzungsstrukturen

Gemäss Projektorganisation liegt die Federführung für die Umsetzung bei der Projektleitung im BAG (Abschnitt 4.1.2). In der Wahrnehmung der Mehrheit der dazu befragten Gesprächspartnerinnen und -partner (neun Personen) nimmt sie diese Rolle auch so wahr, wobei der Fokus vor allem auf dem Projektmanagement liege und Swissnoso eine gewisse fachliche Führungsrolle spiele. Eine Person schreibt die Steuerung der Umsetzung vor allem Swissnoso zu, für zwei ist nicht klar ersichtlich wer diese Funktion innehat.

Während das BAG über Aufträge und Finanzhilfen externe Organisationen direkt mit Umsetzungsarbeiten beauftragen kann, fehlen ihm die Handlungsmöglichkeiten, Aktivitäten von anderen Akteuren, namentlich den Kantonen, Gesundheitseinrichtungen und Bildungsinstitutionen, direkt auszulösen. Es sind deshalb kaum konkrete Aktivitäten der Organe der Strategie NOSO ersichtlich, um solche Akteure direkt zur Umsetzung von Massnahmen zu bewegen. Dies hat Konsequenzen für die Umsetzung in den Handlungsfeldern Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung, in denen die Zuständigkeit für die Umsetzung von Massnahmen bei Gesundheitseinrichtungen liegt. Das BAG und Swissnoso erarbeiten zahlreiche Grundlagen und Hilfsmittel, um Gesundheitseinrichtungen technisch und fachlich bei Aktivitäten der Prävention, Bekämpfung und Surveillance von HAI zu unterstützen. Ob die einzelnen Betriebe solche Aktivitäten umsetzen und im Sinne der Strategie NOSO aktiv werden, hängt jedoch weitgehend von deren Eigeninitiative ab. Auch auf die Aktivitäten der Kantone kann das BAG keinen direkten Einfluss nehmen. Personen im BAG bezeichnen es entsprechend als grösste Herausforderung bei der Strategieumsetzung, das Engagement der verschiedenen Akteure zur Erreichung der Strategieziele zu sichern. Die fragmentierten Akteursstrukturen, die Heterogenität der Gesundheitseinrichtungen und die Unterschiede der fachlichen Hintergründe und Qualifikationsniveaus der Fachpersonen zwischen Akutspitälern und Pflegeheimen sowie zwischen den verschiedenen Spitalkategorien erhöhen die Komplexität dieser Herausforderung zusätzlich. (Interviewaussagen)

Als Konsequenz der beschränkten Einflussmöglichkeiten der Projektleitung ergibt sich, dass die Umsetzung der Strategie NOSO stark von der Bereitschaft, vom Engagement und den Möglichkeiten von Umsetzungspartnern abhängig ist (Interviewaussagen von vier Personen). Sechs interviewte Personen wiesen auf die grundsätzliche Schwierigkeit hin, dass die Ressourcen (vor allem personelle Kapazitäten) bei vielen der fachlich und strukturell prädestinierten Umsetzungspartnerorganisationen knapp sind. Fachorganisationen wie die fibs und die SIPI, aber auch medizinische Fachgesellschaften funktionieren weitgehend ehrenamtlich im Milizsystem und verfügen nicht über die personellen und finanziellen Mittel und professionelle Organisationsstrukturen, um eigenständig Massnahmen wie z.B. Schulungsmaterialien und Kurse konzipieren und umsetzen zu können. Für Swissnoso präsentiert sich die Situation etwas anders. Auch sie ist als gemeinnütziger Verein organisiert, konnte jedoch mit den Arbeitgeberspitälern der individuellen Mitglieder vereinbaren, dass diese einen Teil ihrer Arbeitszeit für Swissnoso-Aktivitäten aufwenden können. Swissnoso finanziert sich des Weiteren über Gebühren zur Nutzung der Swiss Clean Care-Module und über Mandate wie z.B. der Messung der postoperativen Wundinfektionen im Auftrag des ANQ und die diversen Finanzhilfen oder Dienstleistungsverträge mit dem BAG im Rahmen der Strategie

NOSO. Letztere haben gemäss Interviewaussagen eine Weiterentwicklung und Professionalisierung der Organisation und ihrer Geschäftsstelle ermöglicht. Die Rekrutierung geeigneter und motivierter Personen für die Swissnoso-Aktivitäten sei jedoch nicht einfach und werde künftig nicht leichter. Die Arbeitskapazität von Swissnoso ist deshalb von der Bereitschaft von Spitälern abhängig, ausreichende Ressourcen ihrer Spitalhygiene-Fachpersonen für Vereinsaktivitäten zur Verfügung zu stellen, aber auch von der Motivation solcher Personen, sich zusätzlich zur regulären Berufstätigkeit für Swissnoso zu engagieren. (Interviewaussagen von drei Personen)

Da dem BAG die Möglichkeiten fehlen, Gesundheitseinrichtungen und Kantonen direkt zu Aktivitäten zu bewegen, kommt intermediären Akteuren wie H+, CURAVIVA oder der GDK bei der Umsetzung der Strategie NOSO grosse Bedeutung zu, indem sie sich jeweils bei den ihnen angeschlossenen Spitälern, Pflegeheimen und Kantonen für die Umsetzung von Massnahmen der Strategie NOSO einsetzen und sie dabei unterstützen können. Diese Organisationen sind folglich auch im Projektausschuss vertreten, und es ist für sie eine entsprechende Rolle bei der Konzeption einiger Massnahmen vorgesehen (Tabelle 4). In der konkreten Umsetzung kam diese Rolle bei diesen drei Organisationen allerdings kaum zum Tragen. Gemäss Interviewaussagen waren H+ und die GDK in die Ausarbeitung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler einbezogen, darüber hinaus jedoch an keinen weiteren Massnahmen beteiligt. CURAVIVA beteiligte sich nur sehr beschränkt an der Strategieumsetzung. Der Verband habe sich aufgrund von knappen Ressourcen entschieden, andere strategische Schwerpunkte zu verfolgen.⁴⁷ Er sei bereit, Aktivitäten und Projekte zu HAI im Bereich der Langzeitpflege ideell und kommunikativ zu unterstützen, habe aber zu wenig Kapazität, um z.B. Projekte zu koordinieren, finanziell zu unterstützen oder anderweitig eine tragende Rolle zu übernehmen. Insgesamt habe CURAVIVA dem Thema HAI bisher wenig Bedeutung zugemessen und fehlten ihm die Expertise und die Mittel, sich in diesem Bereich zu engagieren. (Interviewaussagen von fünf Personen)

Um das Akteursnetzwerk für die Umsetzung der Strategie NOSO zu erweitern, war in Schlüssel-massnahme G-2 vorgesehen, eine erweiterte Expertengruppe (Swissnoso+) mit Vertretungen aus weiteren Fachdisziplinen und verschiedenen institutionellen zu bilden, die verschiedene Aufgaben zur Umsetzung der Strategie NOSO hätte übernehmen sollen. Da die potenziell involvierten Organisationen den Aufbau einer Parallelstruktur zu den Projektgremien der Strategie NOSO skeptisch beurteilten, kam diese erweiterte Expertengruppe jedoch nicht zustande.

Dass die Strategieumsetzung stark von externen Akteuren abhängig ist, hat für die Projektleitung hohen Aufwand für das Projektmanagement (Klärung von Erwartungen, Formulierung von Mandaten, Einholen und Begutachten von Offerten, Betreuung der Projekte) zur Folge. (Interviewaussagen)

⁴⁷ CURAVIVA nahm aus diesen Gründen zwischen 2019 und 2021 auch nicht an den Sitzungen des Projektausschusses der Strategie NOSO teil (vgl. Fussnote 9).

4.2.4 Rolle der «Umsetzungspartner»

Auf der Website der Strategie NOSO findet sich eine Liste von Umsetzungspartnern (Fachverbände, Behörden und medizinische Fachgesellschaften).⁴⁸ Die zur Vorbereitung der Informationserhebungen zur vorliegenden Evaluation getroffenen Abklärungen zeigten, dass nicht alle dieser Organisationen tatsächlich konkret an Massnahmen beteiligt sind. Einige sind aufgeführt, weil Fachpersonen aus ihrem Kreis spezifische Expertise an die Umsetzung der Strategie NOSO beisteuern und so potenziell in die Strategieumsetzung involviert sein können. Einigen der aufgeführten Organisationen, die nicht in den Projektgremien vertreten sind, v.a. den medizinischen Fachgesellschaften, war auf Anfrage ihre Rolle in der Strategie nicht klar. Eine Erklärung dafür sind Unterbrüche in den Austauschbeziehungen: Die Fachgesellschaften bzw. einzelne Repräsentantinnen und Repräsentanten waren teilweise in die Entwicklung der Strategie NOSO involviert, anschliessend aber nicht an der Planung und am Aufbau von Umsetzungsaktivitäten beteiligt. Da inzwischen sowohl seitens der Projektleitung der Strategie NOSO als auch in den Leitungsgremien der Fachgesellschaften personelle Wechsel erfolgten, brachen aufgebaute Arbeitsbeziehungen ab. Da solche Beziehungen oft personenabhängig sind und Fachgesellschaften oft auch keine professionellen Organisationsstrukturen aufweisen würden, seien Informationen über bisherige Kontakte verloren gegangen. Ähnliche Mechanismen zeigten sich auch bei der Zusammenarbeit zwischen Fachgesellschaften und Swissnoso (Interviewaussagen). Eine andere Person äusserte die Vermutung, dass nicht unmittelbar einbezogene Fachgesellschaften die Relevanz der Strategie für sich bisher (noch) nicht erkannt hätten.

⁴⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-noso--spital--und-pflegeheiminfektionen/die-akteure-der-strategie-noso.html> (Zugriff am 15.6.2022)

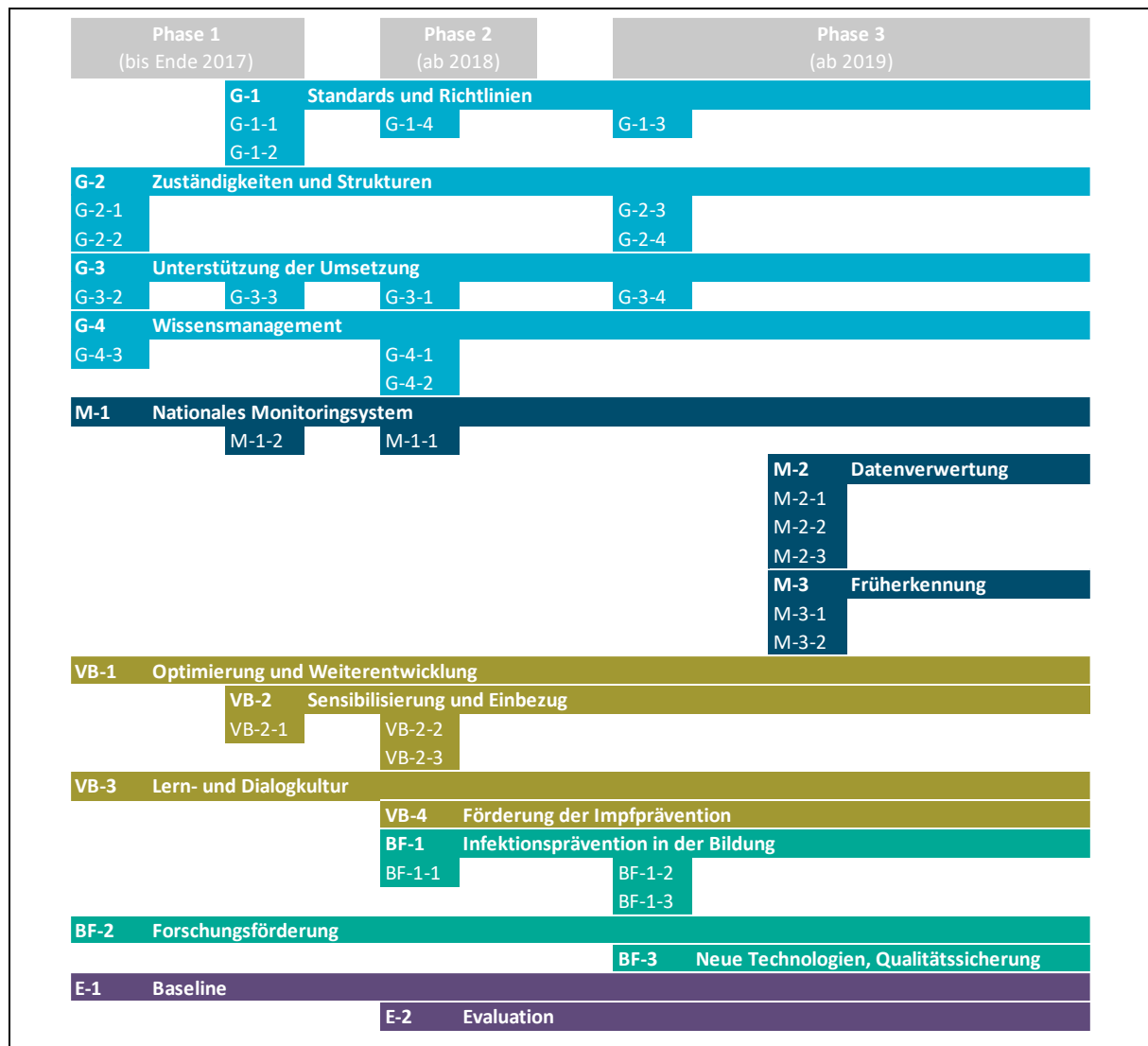
5 Umsetzungsstand und Fortschritte

Das vorliegende Kapitel liefert einen Überblick über die Umsetzung der Strategie NOSO und die erzielten Fortschritte mit Stand Ende Juni 2022.

5.1 Umsetzungsplanung

Es war von Beginn weg vorgesehen, die Massnahmen der Strategie NOSO nicht zeitgleich umzusetzen, sondern gestaffelt. Im November 2016 erarbeitete die Projektleitung gemeinsam mit dem Projektteam eine Priorisierung der Massnahmen in drei Phasen. Abbildung 2 zeigt die im Dezember 2017 vorgesehene Staffelung der Schlüsselmassnahmen und der Teilbereiche.

Abbildung 2: Vorgesehene Staffelung der Strategieumsetzung (Stand Dezember 2017)



Quelle: BAG (Umsetzung Strategie NOSO: Massnahmenreporting - Übersicht der Massnahmen).

Bemerkung: Die Bezeichnungen der Schlüsselmassnahmen sind in Tabelle 1 aufgelöst, die der Teilbereiche in den Tabellen zum Umsetzungsstand in Anhang 6.

Die Projektleitung nimmt gemäss Interviewaussagen zu Beginn jedes Jahres eine Standortbestimmung vor und entscheidet über die Planung neuer Massnahmen oder die Anpassung bereits geplanter Aktivitäten.

5.2 Umsetzungsstand

5.2.1 Überblick

Die Tabellen in Anhang 6 bieten einen systematischen Überblick über den Stand der Umsetzung und die erreichten Fortschritte in den einzelnen Schlüsselmassnahmen der fünf Handlungsfelder der Strategie NOSO. Eine summarische Übersicht des Umsetzungsstands per Ende Juni 2022 präsentiert Tabelle 8.

Tabelle 8: Übersicht der Umsetzung der Strategie NOSO

| Schlüsselmassnahmen und Teilbereiche | Für Umsetzung zuständige Akteure | Veranlasst durch | Stand |
|---|----------------------------------|-------------------|---|
| HF Governance | | | |
| Standards und Richtlinien (G-1) | | | |
| Mindestanforderungen für Spitäler und Pflegeheime ermitteln | Spitäler: Swissnoso | BAG-Mandat | erstellt, Umsetzungsprozesse in Gang |
| | Pflegeheime: noch offen | BAG | Diskussion in Gang |
| Operative Ziele für Spitäler ¹ | BAG | Projektaus-schuss | Entwurf vorliegend, Finalisierung und Verabschiedung ausstehend |
| Datenbedarf, Methoden und Standards bestimmen | Swissnoso | BAG-Mandat | in Arbeit (Monitoringssystem) |
| Empfehlungen für Datenverwertung erarbeiten | Swissnoso | BAG-Mandat | in Arbeit (Monitoringssystem) |
| Kompetenzen und Lernziele definieren | Bildungsinstitutionen | - | Bedarfsanalyse als Grundlage erstellt, Folgearbeiten offen |
| Zuständigkeiten und Strukturen (G-2) | | | |
| Aufgaben und Rollenteilung klären | BAG | - | vorläufig abgeschlossen |
| Strukturen optimieren | Swissnoso | BAG | vorläufig abgeschlossen |
| Koordinationsstrukturen Monitoring | Swissnoso | BAG-Mandat | in Arbeit (Monitoringssystem) |

| Schlüsselmassnahmen und Teilbereiche | Für Umsetzung zuständige Akteure | Veranlasst durch | Stand |
|--|---|-----------------------|---|
| Qualitätsmanagement und Infektionsprävention berücksichtigen ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Unterstützung der Umsetzung (G-3) | | | |
| Arbeitshilfen bereitstellen, Umsetzung evaluieren ² | Swissnoso, BAG | Swissnoso: BAG-Mandat | laufend, in Zusammenhang mit anderen Arbeiten |
| Wegweisende Projekte unterstützen ² | BAG, Abt. MT | - | laufend, diverse Mandate, u.a. an Swissnoso |
| | BAG, Abt. KUV (bis 2021): nationale Modellprogramme «progress!» zur Patientensicherheit | - | abgeschlossen |
| | EQK (seit 2021): Programme und Projekte zur Qualitätsentwicklung, Studien | - | in Gang |
| Anreize verbessern | BAG | - | nach Vorstudie Verzicht auf weitere Massnahmen |
| Massnahmen zur Reduktion von HAI als Kriterium in Aufsichts-, Planungs- und Bewilligungsprozessen berücksichtigen ² | Kantone | Eigeninitiative | z.T. erledigt, z.T. Prozesse in Gang |
| Wissensmanagement (G-4) | | | |
| Wissensplattform aufbauen | Swissnoso | - | vorläufig via Swissnoso-Website; Neubeurteilung in Gang |
| Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis sicherstellen ² | noch offen (Swissnoso) | Eigeninitiative | laufend in Gang |
| Internationale Zusammenarbeit | BAG | - | punktueller Kontakte zu WHO, noch offen |
| HF Monitoring | | | |
| Nationales Monitoringsystem (M-1) | | | |
| Aufbau eines nationalen Monitoringsystems, Weiterentwicklung Surveillance (CAUTI, CLABSI, HAP) ¹ | Swissnoso | BAG-Mandat | CAUTI Surveillance ab 2022 verfügbar, Entwicklung weiterer Module in Gang |
| SSI Surveillance ² | Swissnoso | ANQ | laufend in Gang |

| Schlüsselmassnahmen und Teilbereiche | Für Umsetzung zuständige Akteure | Veranlasst durch | Stand |
|---|------------------------------------|--|---|
| Akteure in Gesundheitseinrichtungen stärken und weiterbilden ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Qualität des Monitoring sicherstellen (Audits) | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Zielgerichtete Datenauswertung (M-2) | | | |
| Daten bedarfs- und zielgruppenge-recht auswerten ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| | Kantone | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| | Swissnoso | BAG-Mandat | laufend in Gang |
| Direktes Feedback zur Adhärenz an Mitarbeitende ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Public Reporting und Benchmarking einrichten | ANQ (Wundinfektionen) ² | Kantone, Versicherer, H+ | laufend in Gang |
| | Swissnoso (SSI, CAUTI, CLABSI) | ANQ (SSI), BAG-Mandat | laufend, Weiterentwicklung in Gang |
| Früherkennung (M-3) | | | |
| Früherkennungssysteme verstärken | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative, unterstützt durch MRE-Richtlinien (Swissnoso) | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Gesetzliche Meldepflicht erweitern / Verordnungsrecht ergänzen | BAG | - | noch offen |
| HF Verhütung und Bekämpfung | | | |
| Kompetenzzentrum für regionale und nationale epidemiologische Studien bei HAI-Ausbrüchen ¹ | Swissnoso | BAG-Mandat | im Aufbau; Konzept liegt vor; Covid-19 als erster praktischer Anwendungsfalle |
| Swiss Clean Care-Module SSI Intervention, CAUTI Intervention, CLABSI Intervention ¹ | Swissnoso | BAG-Mandat | z.T. in Umsetzung, z.T. im Aufbau |
| Optimierung und Weiterentwicklung (VB-1) | | | |
| Standards und Richtlinien praktisch umsetzen | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative, in gewissen Kantonen Teil der Leistungsverträge | z.T. in Gang |
| Sensibilisierung und Einbezug (VB-2) | | | |

| Schlüsselmassnahmen und Teilbereiche | Für Umsetzung zuständige Akteure | Veranlasst durch | Stand |
|---|--|------------------|---|
| Kommunikationskonzept zur zielgruppengerechten Information an die Öffentlichkeit | IC infraconsult (Kommunikationskonzept) BAG und Weissgrund (Kommunikationsmassnahmen) | BAG | Konzept für Kommunikation an Umsetzungspartner vorhanden, Umsetzung laufend Konzept für Kommunikation an die Öffentlichkeit noch offen |
| Austausch zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Besuchenden zur Bedeutung von HAI sowie zu möglichen Behandlungsrisiken und Verhütungs-massnahmen ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Engagement formell erklären ² | Kantone | Eigeninitiative | GDK: erfolgt Kantone: keine Information |
| | Gesundheitseinrichtungen | | keine Information |
| | Verbände, Fachgesellschaften | | z.T. erfolgt (H+) |
| Lern- und Dialogkultur (VB-3) | | | |
| Infektionsprävention in Unternehmenskultur und Qualitätsmanagement verankern ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Sanktionsfreie transparente Fehlerberichts-kultur und Kultur des konstruktiven Dialogs schaffen ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Förderung der Impfprävention (VB-4) | | | |
| Mitarbeitende und andere Personen zum Impfen und zur Prüfung ihres Impfstatus motivieren; Impfangebote organisieren ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | Umsetzung via NSI und GRIPS, keine Aktivitäten in der Strategie NOSO |
| Besuchende auf den Nutzen der Impfprävention aufmerksam machen ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| HF Bildung und Forschung | | | |
| Infektionsprävention in der Bildung (BF-1) | | | |
| Gesundheitsfachpersonen dem Bedarf entsprechend zu Fachexpertinnen und -experten aus- und weiterbilden ² | Bildungsinstitutionen (H+ Bildung) | - | laufend |
| Infektionsprävention in der Weiterbildung des gesamten Personals in Gesundheitsinstitutionen stärken ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |

| Schlüsselmassnahmen und Teilbereiche | Für Umsetzung zuständige Akteure | Veranlasst durch | Stand |
|---|----------------------------------|------------------|---|
| Bildung im Bereich Infektionsprävention institutionalisieren ² | Gesundheitseinrichtungen | Eigeninitiative | keine konkrete Information über Aktivitäten |
| Forschungsförderung (BF-2) | | | |
| HAI in Forschungsförderung verankern | Forschungsinstitutionen | BAG | einzelne Projekte durch BAG finanziert |
| Neue Technologien, Qualitätssicherung (BF-3) | | | |
| Grundlagen für das Beurteilen neuer Technologien erarbeiten | noch offen | - | noch offen |

HF Evaluation

Baseline (E-1)

| | | | |
|---|---|-----------------|-----------------|
| Punktprävalenzstudien und Literaturrecherchen | Swissnoso (Punktprävalenzstudien ² in Spitälern, Literaturrecherchen) | BAG-Mandat | laufend |
| | HPCi VD, Kantonsspital SG (kantonale Pilot-Punktprävalenzstudien in Pflegeheimen) | Eigeninitiative | abgeschlossen |
| | noch offen: Nationale Punktprävalenzstudie in Pflegeheimen | BAG-Mandat | in Vorbereitung |

Evaluation Strategie NOSO (E-2)

| | | | |
|---|---|-----|-----------|
| Formative Evaluation (Zwischenevaluation) | Büro Vatter, Politikforschung & -beratung | BAG | liegt vor |
|---|---|-----|-----------|

Bemerkungen: ¹ Die Aktivität ist nicht bzw. nicht explizit im Strategiedokument vorgesehen. ² Die Aktivität wurde (je nach Betrieb bzw. Kanton) bereits vor Lancierung der Strategie NOSO umgesetzt und wird weitergeführt.

Seit Lancierung der Strategie NOSO sind folgende Fortschritte und greifbare Outputs zu verzeichnen:

- Strukturelle HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler (2021 publiziert; vgl. Abschnitt 5.2.2) sowie Workshops und unterstützende Hilfsmittel (Präsentationsvorlage) zur Unterstützung ihrer Umsetzung
- Operative Ziele für Akutspitäler (kurz vor Finalisierung; vgl. Abschnitt 5.2.2)
- Ausbau von Aktivitäten und Angeboten von Swissnoso:
 - Forschungsarbeiten und Literaturrecherchen
 - Wissenstransfer via Website und peer-reviewte Fachzeitschriften
 - CAUTI Surveillance (als Teil des nationalen Monitoringsystems)

- Auswertung von Daten; Public Reporting und Benchmarking
- Kompetenzzentrum für regionale und nationale epidemiologische Studien bei HAI-Ausbrüchen (Konzept)
- Swiss Clean Care-Module SSI Intervention und CAUTI Intervention
- Jährliche Punktprävalenzstudien in Spitälern
- Kommunikationsmassnahmen: BAG-Website, Jahresbericht, Newsletter, Medienmitteilungen, Artikel in Fachzeitschriften
- Pilot-Punktprävalenzstudien in Pflegeheimen in den Kantonen VD und SG
- Zwischenevaluation der Strategie NOSO

Folgende bereits vor Lancierung der Strategie NOSO bestehende Aktivitäten werden ohne unmittelbaren Einfluss der Strategie NOSO weitergeführt und tragen zu deren Zielerreichung bei:

- Akteure in Gesundheitseinrichtungen stärken und weiterbilden; Gesundheitsfachpersonen dem Bedarf entsprechend zu Fachexpertinnen und -experten aus- und weiterbilden⁴⁹
- SSI Surveillance: Erfassung und Public Reporting und Benchmarking der Wundinfektionen im Rahmen des ANQ-Messplans
- Swiss Clean Care-Modul CCM Clean Hands

In folgenden Bereichen sind im Hintergrund bzw. in Fachkreisen Prozesse und Aufbauarbeiten in Gang (ausführlichere Informationen finden sich in Anhang 6):

- National harmonisiertes Monitoringsystem mit Festlegung von Datenbedarf, Methoden und Standards, Empfehlungen für Datenauswertung, Koordinationsstrukturen, CLABSI- und HAP-Surveillance
- Swiss Clean Care-Modul CLABSI Surveillance und Intervention
- Swiss Clean Care-Modul VAP Surveillance

In drei Bereichen sind nach ersten Vorarbeiten keine weiteren Aktivitäten erfolgt:

- Im Handlungsfeld Bildung diskutierte das Projektteam eine im Auftrag des BAG erstellte Situationsanalyse und definierte Stossrichtungen für das weitere Vorgehen. Aufgrund der Covid-19-Pandemie und anderer Prioritäten konnten die vorgesehenen weiteren Abklärungen und Arbeiten seit September 2020 nicht wieder aufgenommen werden.
- Das Projektteam beschloss Ende 2018 nach Kenntnisnahme einer vom BAG in Auftrag gegebenen Studie zu Anreizsystemen, auf weitere Massnahme in diesem Bereich (G-3-3) zu verzichten.

⁴⁹ Zwischen 2013 und 2019 absolvierten insgesamt 178 Personen die eidgenössische höhere Fachprüfung «Fachexperte/-in für Infektionsprävention im Gesundheitswesen HFP», wobei die Zahlen pro Jahr stark schwanken (2013: 88, 2014: 20; 2015: 21; 2016: 5; 2017: 22; 2018: 6; 2019: 16; Merçay et al. 2021: 57).

- Nach längeren Diskussionen wurde entschieden, dass bis auf Weiteres die bestehende Website von Swissnoso als Wissensplattform dienen soll. Die vorgesehene Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit dieser Website und der allfällige Aufbau einer professionell betriebenen nationalen Wissensplattform stehen noch aus.

Noch keine konkreten Aktivitäten erfolgten in folgenden Teilbereichen (ausführlichere Informationen finden sich in Anhang 6):

- Nationale Punktprävalenzstudie in Pflegeheimen
- Strukturelle HAI-Mindestanforderungen für Pflegeheime
- Internationale Zusammenarbeit
- Gesetzliche Meldepflicht erweitern/Verordnungsrecht ergänzen
- Kommunikationsmassnahmen an die Bevölkerung
- HAI in Forschungsförderung verankern
- Grundlagen für das Beurteilen neuer Technologien erarbeiten

Über die verschiedenen Massnahmen in der alleinigen Zuständigkeit von Gesundheitseinrichtungen⁵⁰ liegen zu wenig zuverlässige Informationen vor, um den Stand der Umsetzung und Fortschritte fundiert beurteilen zu können.

Im Vergleich zur ursprünglichen Umsetzungsplanung (Abbildung 2) weisen zahlreiche Prozesse zeitlichen Verzug auf. Dies erklärt sich mit verschiedenen Faktoren:

- Um die Entwicklung von Swiss Clean Care-Modulen, technischen Mitteln und Unterstützungsangeboten an Spitäler vorzubereiten, sind jeweils Vorabklärungen bei zahlreichen Akteuren nötig. Aufgrund der föderalistischen Zuständigkeiten und der fragmentierten Akteursstrukturen und wegen den heterogenen personellen und technischen Voraussetzungen im Spitalwesen (vgl. Abschnitt 7.4) sind diese Abklärungen komplex und zeitaufwändig.
- Seitens der umsetzenden Akteure, namentlich bei Swissnoso, waren die personellen Kapazitäten teilweise beschränkt (vgl. Abschnitt 4.2.1). Gewisse Arbeiten konnten deshalb nicht im vorgesehenen zeitlichen Rahmen umgesetzt werden.
- BAG-intern waren die Kapazitäten und die Leistungsfähigkeit der Projektleitung beschränkt (vgl. Abschnitt 4.1.2).
- Ab Februar 2020 waren die Mitarbeitenden der für die Strategie NOSO zuständigen BAG-Einheiten, die involvierten kantonalen Stellen und die meisten Umsetzungspartner in den

⁵⁰ Qualitätsmanagement und Infektionsprävention berücksichtigen; Qualität des Monitoring sicherstellen; Daten bedarfs- und zielgruppengerecht auswerten, direktes Feedback zur Adhärenz an Mitarbeitende; Früherkennungssysteme verstärken; Standards und Richtlinien praktisch umsetzen; Austausch zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Besuchenden zur Bedeutung von HAI sowie zu möglichen Behandlungsrisiken und Verhütungsmassnahmen; Etablierung einer betriebsinternen Lern- und Dialogkultur; Förderung der Impfprävention; Infektionsprävention in der Weiterbildung des gesamten Personals in Gesundheitsinstitutionen stärken; Bildung im Bereich Infektionsprävention institutionalisieren.

Spitälern bzw. bei Swissnoso mit der Bewältigung der Covid-Pandemie beschäftigt und kamen die Aktivitäten zur Umsetzung der Strategie NOSO für gewisse Zeit weitgehend zum Erliegen.

- Im Bereich der Alters- und Pflegeheime fehlten die Strukturen und Ressourcen für die Umsetzung von Massnahmen (vgl. Abschnitt 7.5) und bestanden gewisse Unklarheiten über die Rolle und Möglichkeiten von CURAVIVA, sich an der Umsetzung der Strategie NOSO zu beteiligen (vgl. Abschnitt 4.2.3).

5.2.2 Strukturelle HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler als zentraler Output

Ein zentrales Ergebnis der bisherigen Umsetzung der Strategie NOSO sind die von einer Swissnoso-Arbeitsgruppe erstellten strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler.⁵¹ Diese beruhen auf Vorarbeiten des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie wurden mehrfach im Projektteam und im Projektausschuss diskutiert, bei Stakeholdern in Konsultation gegeben und im Januar 2021 gemeinsam vom BAG, von der GDK und H+ publiziert. Weitere Organisationen⁵² empfehlen ihre Umsetzung. Im August 2021 fand ein von Swissnoso organisiertes Online-Symposium statt, an dem die Mindestanforderungen interessierten Personen aus Spitälern, Verwaltungsstellen (Bund/Kantone), Verbänden, Fachorganisationen und weiteren Bereichen präsentiert und zur Diskussion gestellt wurden.⁵³ Im Januar 2022 hielt Swissnoso einen Online-Workshop für Spitalhygiene-Fachpersonen ab.⁵⁴

In der Strategie NOSO war vorgesehen, eine landesweit gültige Referenznorm zu den Personalschlüsseln zu formulieren. Die strukturellen HAI-Mindestanforderungen gehen inhaltlich darüber hinaus. Sie umfassen einen Katalog von sieben Schlüsselkomponenten: Richtlinien und Weisungen; Material und Ausrüstung; Organisation der Spitalhygiene und Personalausstattung; Aufgabenorientierte Schulung; Audits und Monitoring; Infektionsüberwachung und Datenauswertung; Interventionen. Wie Tabelle 9 zeigt, nehmen diese Schlüsselkomponenten Bezug auf einige Schlüsselmassnahmen der Strategie NOSO und leisten so einen Beitrag an deren Umsetzung.

⁵¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-noso--spital--und-pflegeheiminfektionen/noso-in-den-spitaelern/standards-und-richtlinien/mindesanforderungen-fuer-spitaeler.html> (Zugriff am 16.6.2022)

⁵² Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz VKS; Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie SGInf; Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene SGSH; Interessengruppe der Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene fibs; Spécialistes infirmiers prévention de l'infection SIPI; Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland PIGS; FMH, Patientensicherheit Schweiz.

⁵³ <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/strukturelle-mindestanfoderungen-hai/symposium> (Zugriff am 16.6.2022)

⁵⁴ <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/strukturelle-mindestanfoderungen-hai/ipc-workshop-21012022> (Zugriff am 16.6.2022)

Tabelle 9: Bezüge und Beiträge der strukturellen HAI-Mindestanforderungen zu Schlüsselmaßnahmen der Strategie NOSO (eigene Einschätzungen des Evaluationsteams)

| Schlüsselmaßnahmen | Beitrag an Strategieumsetzung |
|--|---|
| HF Governance | |
| G-1 Standards und Richtlinien | Die Mindestanforderungen bilden die Umsetzung dieser Massnahme. |
| G-2 Zuständigkeiten und Strukturen | Definition der idealtypischen Organisation der Spitalhygiene, Grundlage für G-2-4 (SK 3). |
| G-3 Unterstützung der Umsetzung | Die Mindestanforderungen bilden die Grundlage für weitere konkretisierende Hilfsmittel zur Umsetzung. Ihr Einsatz als Vorgabe in Zulassungsverfahren, Leistungsaufträgen und Qualitätsverträgen schafft einen Anreiz für Spitäler, Massnahmen im Sinne der Strategie NOSO zu treffen. |
| G-4 Wissensmanagement | kein Beitrag |
| HF Monitoring | |
| M-1 Nationales Monitoring-system | Diverse Mindestanforderungen beziehen sich auf die Voraussetzungen an das Monitoring. Grundlage für Harmonisierung der Rahmenbedingungen. |
| M-2 Zielgerichtete Datenverwertung | SK 5 und 6 definieren Anforderungen an das Monitoring (inklusive interne Feedbacks und Audits) und an die Surveillance. |
| M-3 Früherkennung | Die Umsetzung der Mindestanforderungen verbessert die Voraussetzungen für die Früherkennung in Betrieben (Daten, Strukturen der Spitalhygiene, Qualifikation von Personal). |
| HF Verhütung und Bekämpfung | |
| VB-1 Optimierung und Weiterentwicklung | Die Umsetzung dieser Massnahme impliziert die Erfüllung der Mindestanforderungen. SK 7 fordert die Umsetzung von mindestens einem Interventionsbündel. |
| VB-2 Sensibilisierung und Einbezug | Die Mindestanforderungen bilden einen Bezugspunkt, um das Engagement für die Ziele Strategie NOSO öffentlich/formell zu erklären. |
| VB-3 Lern- und Dialogkultur | Diverse Schlüsselkomponenten (1, 2.1, 4 und 5) beziehen sich auf Elemente einer Lern- und Dialogkultur. |
| VB-4 Förderung der Impfprävention | Impfung als Gegenstand von Richtlinien zum Arbeitsschutz (SK 1) Grippe-Impfrate beim Gesundheitspersonal als Element der Surveillance (SK 6) |
| HF Bildung und Forschung | |
| BF-1 Infektionsprävention in der Bildung | SK 4 fordert eine aufgabenorientierte Schulung aller Gesundheitsfachpersonen mit Patientenkontakt. |
| BF-2 Forschungsförderung | kein Beitrag |
| BF-3 Neue Technologien, Qualitätssicherung | kein Beitrag |
| HF Evaluation | |
| E-1 Baseline | Erwähnung von Punktprävalenz-Studien (SK 6) |
| E-2 Formative Evaluation Strategie NOSO | kein Beitrag |

Legende: blau: grosser Beitrag an die Schlüsselmaßnahme; gelb: Teilbeitrag an die Schlüsselmaßnahme.
SK = Schlüsselkomponente.

Mit den strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler liegt ein Instrument vor, das die Kantone wie in der Strategie NOSO vorgesehen als Kriterium in Aufsichts-, Planungs- und Bewilligungsprozessen einsetzen können. Die GDK hat diese Anforderungen Ende Januar 2021 an die kantonalen Gesundheitsdepartemente, an die Kontaktpersonen der NOSO-Strategie und an die Mitglieder der Begleitgruppe «Qualitätssicherung im Spital» verschickt und den Kantonen und Spitälern empfohlen, sie umzusetzen. Sie hat die Mindestanforderungen zudem in ihr Positionspapier «Qualität im Gesundheitswesen» (GDK 2020: 11) und in die von der Plenarversammlung verabschiedeten revidierten Empfehlungen zur Spitalplanung (GDK 2022: 14) aufgenommen. Letztere empfehlen den Kantonen im Bereich Qualität u.a. folgendes (Kasten 2):

Kasten 2: Empfehlungen der GDK-zur Spitalplanung

Empfehlung 5 (Qualität):

(...)

e) Die Kantone verpflichten im kantonalen Leistungsauftrag die Spitäler, an den durch den "Nationalen Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken" (ANQ) koordinierten nationalen Messungen teilzunehmen. Die spitalindividuellen Ergebnisse werden vom ANQ nach den vom Verein definierten Grundsätzen publiziert.

(...)

g) Die Kantone verpflichten die Spitäler im Bereich der Akutsomatik, die von Swisnoso für Schweizer Akutspitäler publizierten strukturellen Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcareassoziierten Infektionen (HAI) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten einzuhalten.

h) Bei Nichteinhaltung der in den Buchstaben a) – g) formulierten Vorgaben kann der Kanton angemessene Sanktionen ergreifen.

Quelle: GDK 2022: 14

Für die Umsetzung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen und der GDK-Empfehlungen sind die einzelnen Kantone zuständig. Die für die Spitalversorgung zuständigen Stellen befassen sich damit und pflegen im Rahmen ihrer jeweiligen Routinegefässe und -prozesse den Austausch mit den Spitälern. Die GDK begleitet sie dabei. Teilweise wurden die Prozesse durch die Bewältigung der Covid-Pandemie gebremst.

Über bereits erfolgte oder vorgesehene Massnahmen auf Ebene der einzelnen Kantone besteht keine systematische Übersicht. Gemäss den vorliegenden Informationen (Interviewaussagen von sechs Personen) präsentiert sich die Situation wie folgt:

- Zwei Kantone haben die Mindestanforderungen bereits in die Leistungsverträge mit Spitälern integriert und die Betriebe dazu verpflichtet, sie umzusetzen. Zumindest in einem dieser Kantone ist die Frage, wie die Umsetzung überprüft werden soll, noch offen.
- In drei Kantonen ist die Umsetzung der Mindestanforderungen vorgesehen, aber noch nicht erfolgt. In einem dieser Kantone sind Abklärungen im Gang, in welcher Form sie in die bestehenden rechtlichen Instrumente zur Steuerung der Gesundheitsversorgung integriert werden können. Diese beziehen sich auf alle Leistungserbringer; die Mindestanforderungen betreffen jedoch nur Akutspitäler.

- In einem Kanton ist gemäss Interview die Rolle des Kantons noch unklar. Es sei noch keinen konkreten Erwartung kommuniziert worden, weshalb man sich noch nicht positioniert habe. Es seien zunächst eine Rollenklärung und mehr Informationen nötig.

Die geführten Interviews zeigen, dass die Umsetzung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen in vielen Kantonen primär Sache der für die Spitalversorgung bzw. für Qualitätsfragen zuständigen Verwaltungsstellen ist. Die kantonsärztlichen Dienste sind, auch aufgrund anderer Prioritäten, in diese Prozesse und Diskussionen je nach Kanton wenig einbezogen und hatten entsprechend wenig Kenntnis davon.⁵⁵

5.2.3 Zusätzliche Aktivitäten und Outputs

Im Zuge der Strategieumsetzung ergänzten das Projektteam und das BAG einzelne Massnahmen und Aktivitäten, die im Strategiedokument so nicht explizit vorgesehen waren, jedoch ebenfalls zur Umsetzung der Strategie NOSO beitragen. Dabei handelt es sich namentlich um die folgenden:

Operative Ziele für Spitäler

Zusätzlich zu den im Strategiedokument vorgesehenen Schlüsselmassnahmen im Handlungsfeld Governance initiierte das Projektteam Anfang 2018 die Ausarbeitung von operativen Zielen für die Strategie NOSO. Diese sollten die Strategieziele operationalisieren, den Kantonen und Spitälern klare Orientierungspunkte zur Verfügung stellen und sie so bei der Umsetzung der Strategie NOSO unterstützen. Die operativen Ziele sollten im Sinne von Indikatoren eine Anreizwirkung ausüben und die datengestützte Messung von Fortschritten ermöglichen. In der Folge wurde BAG-intern ein Zielkatalog erarbeitet und sowohl im Projektteam als auch im Projektausschuss zur Diskussion gestellt. Die Ziele bzw. Indikatoren liegen seit Ende 2019 vor. Sie formulieren Soll-Grössen für die Entwicklung der HAI-Prävalenz in der Schweiz sowie verschiedene Prozessziele für Spitäler (HAI-Reduktion, Prozessüberwachung und Compliance, Selbstevaluation anhand der strukturellen HAI-Mindestanforderungen, Überwachung, Präventionsbundles, Schulung und Fortbildung). Sie decken damit Elemente verschiedener Schlüsselmassnahmen bzw. Teilbereiche der Strategie NOSO ab: Sie sollen grundsätzlich einen Anreiz setzen, damit Spitäler Massnahmen ergreifen (G-3-3), die Erhebung und Nutzung von Monitoringdaten anregen (G-1-3) und die Verankerung der Bildung zur Infektionsprävention fördern (BF-1).

Die Ziele und die Begleittexte wurden unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie im ersten Quartal 2022 vom BAG fertiggestellt. Das Projektteam konnte diese und das Vorgehen betreffend Publikation und Begleitkommunikation allerdings noch nicht diskutieren.

⁵⁵ Die Kantone wurden via GDK zu den HAI-Mindestanforderungen konsultiert. Gemäss Direktauskunft des GDK-Generalsekretariats wurden die Vernehmlassungsunterlagen verschiedenen Stellen in den Gesundheitsdirektionen (Gesundheitsämter, Kantonsärztinnen und Kantonsärzte, NOSO-Kontaktpersonen) zugestellt.

Kompetenzzentrum für regionale und nationale epidemiologische Studien bei HAI-Ausbrüchen

In Ergänzung zu den im Strategiedokument vorgesehenen Massnahmen beauftragte das BAG aufgrund von entsprechendem Handlungsbedarf 2019 Swissnoso mit dem Aufbau eines Kompetenzzentrums für regionale und nationale epidemiologische Studien bei HAI-Ausbrüchen. Dieses soll im Sinne einer Grundstruktur bzw. «Schnelleingreiftruppe» im Ereignisfall möglichst rasch Expertise in der Bekämpfung von HAI-Ausbrüchen, die mehrere Spitäler und Kantone betreffen, zur Verfügung stellen und den Informationsfluss zwischen allen Akteuren sicherstellen. Gestützt auf das aufzubauende nationale Monitoringsystem soll auch ein nationales Frühwarnsystem entwickelt werden. Der Aufbau dieses Kompetenzzentrums ist in Gang. Die Covid-Pandemie stellte einen ersten konkreten Anwendungsfall dar; Swissnoso publizierte zahlreiche Richtlinien.⁵⁶

Swiss Clean Care-Module SSI Intervention, CAUTI Intervention, CLABSI Intervention

Im Rahmen des Programms Swiss Clean Care unterstützt Swissnoso interessierte Spitäler bei der Entwicklung und Umsetzung von Interventionen mittels Schulungen und regelmässigem Austausch mit anderen Teilnehmern und stellt Informationsmaterial zur Verfügung. Zu Beginn der Umsetzung der Strategie NOSO war eine Pilotphase zum Aufbau eines Interventionsmoduls im Bereich der postoperativen Wundinfektionen (SSI Intervention) in Gang. Dessen Einführung und die Entwicklung weiterer Interventionsmodule für andere Infektionsformen (CAUTI, CLABSI) waren im Strategiedokument nicht ausdrücklich erwähnt. Sie lassen sich jedoch ohne weiteres unter die in Schlüsselmassnahme VB-1 (Optimierung und Weiterentwicklung) vorgesehenen Massnahmen subsumieren.

⁵⁶ <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/aktuelle-ereignisse/archiv-richtlinien> (Zugriff am 25.4.2022)

6 Bisherige Wirkungen der Strategie NOSO

Als Grundlage für die Beurteilung der Zweckmässigkeit der Massnahmen in Kapitel 7 erläutern die nachfolgenden Abschnitte, welche Veränderungen die Evaluation hinsichtlich der strategischen Ziele der Strategie NOSO ermitteln konnte.

6.1 Allgemeine Wirkungen

Die geführten Interviews geben Hinweise auf gewisse allgemeine Wirkungen der Strategie NOSO:

- Fünf Personen sehen eine wichtige Wirkung der Strategie NOSO darin, dass sie einen **Rahmen für die Zusammenarbeit von zentralen Akteuren** wie dem BAG, der GDK und H+ bildet. Es sei eine grosse Errungenschaft, dass es gelungen ist, die strukturellen HAI-Mindestanforderungen gemeinsam zu verabschieden und sowohl fachlich als auch politisch breit abzustützen. Dies sei ein wichtiges Signal für den Stellenwert des Themas. Es seien im Laufe der Strategieumsetzung Strukturen und Kooperationen entstanden, die für die weitere Umsetzung nützlich seien.
- Vier Personen betrachten den Umstand, dass es eine **nationale Strategie** zum Thema der HAI und dass strukturelle Mindestanforderungen auf nationaler Ebene definiert werden konnten, als eine grundsätzliche Stärke.
- Für zwei Personen entfaltet die Strategie eine Wirkung als **Orientierungsrahmen und Legitimationsbasis**. Auf fachlicher Ebene definiere sie Ziele, an denen sich die Akteure orientieren können. Auf politischer Ebene diene sie einem kantonalen Gesundheitsamt als Bezugspunkt für die gesetzliche Verankerung von Massnahmen im Bereich HAI, für Anpassungen des kantonalen Gesundheitsgesetzes an das revidierte EpG und zur Rechtfertigung der Schwerpunkte der Tätigkeit und des Stellenetats gegenüber der Politik.
- Laut einer Person hat die Strategie NOSO auf nationaler Ebene ein **gemeinsames Bewusstsein** geschaffen. Alle Beteiligten hätten das Thema gleichzeitig auf der Agenda und die Kantone wüssten besser über die Tätigkeit der Spitäler Bescheid.

6.2 Veränderungen in Kantonen

Die im Rahmen der Erarbeitung der Strategie NOSO erstellte Situationsanalyse der Strukturen und Aktivitäten der Kantone im Bereich HAI (Kuster et al. 2015) zeigte, dass diverse Kantone sehr aktiv sind, andere kaum (vgl. Abschnitt 2.4.2). Seit 2015 wurde keine aktuelle systematische Übersicht erstellt (Interviewaussagen). Die vorliegende Evaluation hatte dies auch nicht zum Ziel. In den geführten Interviews und der Online-Umfrage bei Spitaldirektionen wurde hingegen die Frage gestellt, was die Strategie NOSO in den Kantonen konkret ausgelöst hat. Die Interviewaussagen von elf Personen, die sich dazu äusserten, sind nachfolgend zusammengefasst.

- Es gebe Kantone, in denen die Strategie NOSO ein **Auslöser für Massnahmen** war, die aktiver und konkreter geworden seien. Eine systematische Übersicht besteht jedoch nicht. (Interviewaussagen von drei Personen)
- Die Strategie NOSO habe die **Sensibilisierung** erhöht. Es gebe ein gemeinsames Bewusstsein für das Thema, die Bedeutung der Infektionskontrolle sei im Qualitätsdiskurs gestärkt worden. (Interviewaussagen von drei Personen)
- Es habe geholfen, dass das Thema der HAI bei vielen Akteuren gleichzeitig auf der Agenda gestanden habe. Die **Vernetzung** der Akteure und der **Austausch** untereinander hätten sich intensiviert. Der Umstand, dass die GDK nach Kontaktpersonen für das Thema HAI fragte, habe in den Kantonen etwas ausgelöst. (Interviewaussagen von drei Personen)
- Es bestünden **grosse Unterschiede bezüglich der Ausgangslage**. Bereits fortgeschrittene Kantone hätten dank der Strategie NOSO weitere Fortschritte machen können, weil sie über die dazu nötigen Grundlagen und Strukturen verfügen. (Interviewaussagen von zwei Personen)
- Die Strategie NOSO stelle den Kantonen **bessere Grundlagen, harmonisierte Vorgaben, Prioritäten und einen strukturierten Orientierungsrahmen** zur Verfügung. (Interviewaussage einer Person)
- Im Kanton VD wurde das bestehende HCPi-Programm an die Strategie NOSO angepasst und ein kantonaler Umsetzungsplan erarbeitet. (Interviewaussagen von zwei Personen)

In der Online-Spitalbefragung wurden die Spitäler danach gefragt, welche Veränderungen seitens ihres Standortkantons sie seit 2017 in Bezug auf verschiedene Aspekte in Zusammenhang mit der Überwachung und der Prävention von HAI feststellten. Weil aus einigen Kantonen mehrere Spitäler an der Befragung teilnahmen und innerhalb der Spitäler Personen in unterschiedlichen Funktionen und mit unterschiedlichem Informationsstand die Fragebögen ausfüllten, sind die Einschätzungen teilweise widersprüchlich und nicht sehr zuverlässig. Die Übersicht über die Antworten findet sich in Anhang 7. In der Wahrnehmung der antwortenden Personen hat sich in den meisten Kantonen seit 2017 nichts verändert (Tabelle 10). In drei bis fünf Kantonen wurde eine Weiterentwicklung der verschiedenen abgefragten Aspekte gesehen. Zugleich orteten die Antwortenden in zwei bis vier Kantonen aber auch Rückschritte in den verschiedenen Aspekten.

Tabelle 10: Von Spitälern wahrgenommene Veränderungen in Kantonen

| Hat der Kanton, in dem Ihr Spital seinen Standort hat, seit 2017 in Bezug auf die folgenden Aspekte in Zusammenhang mit der Überwachung und der Prävention von HAI etwas verändert? | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | Wurde ausgebaut oder neu geschaffen | Wurde abgebaut | Bestand bereits, keine Veränderung | Besteht nicht, keine Veränderung |
| Rechtsgrundlagen in Zusammenhang mit HAI | 3 | 2 | 11 | 6 |
| Kantonale Richtlinien in Zusammenhang mit HAI | 4 | 2 | 10 | 8 |
| Kantonale Programme und Aktivitäten zur Überwachung von HAI | 5 | 4 | 10 | 8 |
| Schulungs- und Weiterbildungsangebote zum Thema HAI | 3 | 2 | 10 | 9 |
| Kantonale Strukturen und Organe zum Thema Spitalhygiene/Infektionskontrolle | 5 | 4 | 10 | 7 |
| Vorgaben/Auflagen an Spitäler zur Überwachung oder zur Prävention und Kontrolle von HAI | 5 | 3 | 11 | 9 |

Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 9; N = 59.

Bemerkung: Die Zahlen beziehen sich auf die Anzahl Kantone, zu denen Spitäler die entsprechende Angabe machten. Da verschiedene Spitäler eines Kantons teilweise unterschiedliche Einschätzungen abgaben, übersteigt die Summe pro Zeile teilweise die Anzahl von 26 Kantonen.

6.3 Veränderungen in Spitälern

Gemäss den geführten Interviews (Aussagen von insgesamt 17 Personen) hatte die Strategie NOSO auf der Outcome-Ebene bisher folgende Auswirkungen auf Spitäler:

- Sechs Personen sehen eine Wirkung in einer **höheren Sensibilisierung**. In vielen Spitälern sei das Bewusstsein für die HAI-Problematik gestiegen. Der Handlungsbedarf werde erkannt und angegangen. Die Covid-19-Pandemie habe hier zusätzlich geholfen bzw. stand im Fokus entsprechender Diskussionen.
- Die Strategie NOSO habe bereits vorhandenen HAI-Aktivitäten in Spitälern **zusätzlichen Schub** verliehen. Die Symposien zu den strukturellen HAI-Mindestanforderungen hätten gezeigt, dass in fast allen Spitälern Diskussionen darüber in Gang sind (Interviewaussagen von vier Personen). Laut einer Person sei dieser Schub durch die Fokussierung auf die Bewältigung der Covid-19-Pandemie allerdings teilweise wieder gebremst worden.
- Die Tatsache, dass es die Strategie NOSO gibt, unterstreiche den Stellenwert des Themas und sei eine **Legitimationsgrundlage** für Aktivitäten der Fachpersonen der Infektionsprävention in Spitälern. Die Strategie diene den damit befassten Personen bei betriebsinternen Prozessen als Referenzdokument und Orientierungsrahmen. (Interviewaussagen von drei Personen)

- Sechs Personen sind der Ansicht, die Strategie NOSO **habe keine eigentlichen Effekte auf die Spitäler gehabt**. Die grossen Spitäler seien bereits gut aufgestellt, und die meisten Spitäler seien von sich aus intrinsisch motiviert, Infektionsraten zu senken. Unabhängig von den Massnahmen der Strategie NOSO hätten vor allem die Aktivitäten von Swissnoso und die Verpflichtung im Rahmen des ANQ-Messplans Personal und Schulungen für die Datenerfassung bereitzustellen, viel bewirkt.
- Eine Person verwies auf das Monitoring und die Punktprävalenzstudien. Spitäler hätten damit bessere Möglichkeiten, sich mit anderen zu vergleichen, und Informationsgrundlagen, um handeln zu können.
- Für eine Person war fraglich, ob die Strategie bereits in den Spitäler angekommen sei.

Gemäss Angaben von Swissnoso blieb die Nutzung der bereits länger verfügbaren Swissnoso-Module seit 2017 weitgehend stabil. Es beteiligen sich Spitäler aller Grössen, Versorgungstypen und Trägerschaften (öffentlich/privat) an den verschiedenen Modulen und Erhebungen; es gebe diesbezüglich keine spezifischen Muster oder Verzerrungen. Die Teilnahme an der seit 2009 bestehenden SSI Surveillance ist im Rahmen des Qualitätsvertrags obligatorisch und entsprechend weit verbreitet. Die Nutzung des Clean Hands Monitors sei quantitativ weitgehend stabil, aber es bestehe eine gewisse Fluktuation der teilnehmenden Spitäler. Ähnliches gilt für die Beteiligung an der jährlichen Punktprävalenzstudie. Bei nationalen Punktprävalenzstudien nehme die Zahl teilnehmender Spitäler jeweils stark zu. Zu den übrigen Swissnoso-Modulen lässt sich noch keine Aussage über die Entwicklung der Nutzung machen, da sie erst seit kurzer Zeit verfügbar sind. Die Nutzung der Swissnoso-Module ist für die teilnehmenden Spitäler freiwillig und kostenpflichtig. Entsprechend ist sie von der Motivation der Spitäler abhängig. Angesichts zunehmender Aufgaben und steigendem Bedarf an (bereits knappen) Ressourcen zur Bewältigung dieser Aufgaben würden Spitäler oft nicht permanent dieselben Swissnoso-Module nutzen, sondern dabei abwechseln und von Jahr zu Jahr unterschiedliche Themenschwerpunkte setzen. (Interviewaussagen und Angaben zu den teilnehmenden Spitälern auf der Swissnoso-Website)

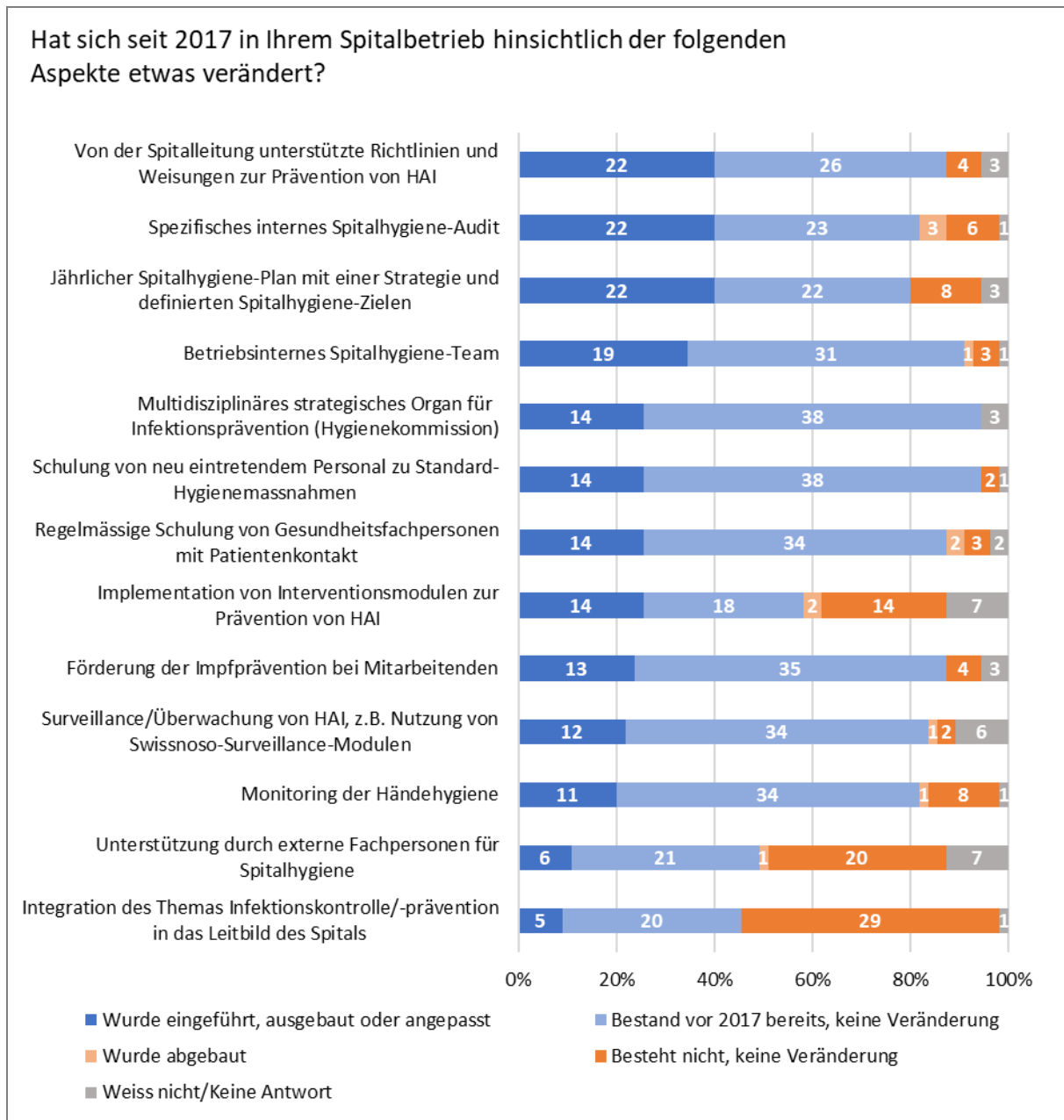
Die Online-Befragung der Akutspitäler ging u.a. der Frage nach, ob sich in den Spitälern seit 2017 gewisse Veränderungen eingestellt haben. Ein kausaler Bezug zur Strategie NOSO liess sich dabei allerdings nicht ermitteln; es ist nicht davon auszugehen, dass die antwortenden Personen einen solchen hätten herstellen können. Abgefragt wurden die verschiedenen Outcome-Ziele der Strategie NOSO sowie damit zusammenhängende zentrale Elemente der strukturellen HAI-Mindestanforderungen. Abbildung 3 zeigt die Gesamtergebnisse für alle Spitälkategorien.⁵⁷

Hinsichtlich der meisten Aspekte sind gemäss den Selbstdeklarationen von 55 Spitälern keine Veränderungen festzustellen (hellblaue und dunkelorange Balkensegmente). Viele der abgefragten Elemente sind in vielen Betrieben bereits vorhanden. Am wenigsten verbreitet sind gemäss den vorliegenden Angaben die Erwähnung der Infektionskontrolle und -prävention im Leitbild des Spitals,

⁵⁷ Eine Beschreibung des Samples der antwortenden Spitäler findet sich in Tabelle 20 in Anhang 5.

Swissnoso-Interventionsmodule und Unterstützung durch externe Fachpersonen für Spitalhygiene.⁵⁸ Als häufigste positive Veränderungen (neu, ausgebaut, angepasst) wurden von der Spitalleitung unterstützte Richtlinien und Weisungen zur Prävention von HAI, interne Spitalhygiene-Audits und jährliche Spitalhygiene-Pläne genannt.

Abbildung 3: Veränderungen in Spitalbetrieb



Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 10; N =55.

⁵⁸ Bei diesem Item ist anzunehmen, dass auch Spitäler, die über eigene Fachpersonen verfügen und keine externe Unterstützung benötigen, die Antwortoption «besteht nicht» gewählt haben.

Eine nach Spitalkategorien (Zentrums- und Grundversorgung) differenzierte Auswertung der berichteten Veränderungen in Spitalbetrieben zeigt folgende interessante Ergebnisse:

- Rund die Hälfte der antwortenden Spitäler der Grundversorgung (13 von 27) vermeldeten eine positive Veränderung bei jährlichen Spitalhygiene-Plänen (Zentrumsversorgung: 7 von 25; in insgesamt 14 Spitälern bestand ein solcher Plan bereits).
- Rund die Hälfte der antwortenden Zentrumsspitäler (12 von 25) gaben eine positive Veränderung im Bereich der internen Spitalhygiene-Audits an (Grundversorgung: 8 von 27; 10 praktizieren solche bereits, 5 nicht, 3 haben sie abgebaut).
- Neun Zentrumsspitäler intensivierten die Impfprävention bei Mitarbeitenden (in 16 gab es keine Veränderung der bestehenden Aktivität), während dies nur vier Spitäler der Grundversorgung taten (bestehend, keine Veränderung: 16; besteht nicht: 4).
- Bei Interventionsmodulen zur Prävention von HAI zeigt sich vor allem bei Spitälern der Grundversorgung eine positive Veränderung (9 von 27; 8 setzen solche unverändert ein, 6 nicht, eines hat sie abgebaut).

Bei den übrigen Items finden sich keine markanten Unterschiede zwischen den Spitalkategorien.

6.4 Veränderungen in Alters- und Pflegeheimen

Bei Alters- und Pflegeheimen werden prinzipiell dieselben Veränderungen angestrebt, wie bei den Akutspitälern. In der Einschätzung von neun Gesprächspartnerinnen und -partnern hat die Strategie NOSO bisher noch keine Outcome-Wirkungen in Alters- und Pflegeheimen entfaltet. Es seien noch keine für Pflegeheime relevante Grundlagen erarbeitet worden.⁵⁹ Das Thema HAI sei in den Betrieben vermutlich noch nicht angekommen.

Je eine Person ist der Ansicht, die Strategie NOSO habe die Sensibilisierung erhöht und signalisiert, dass das Thema auch Alters- und Pflegeheime betrifft bzw. dass die Bedeutung der Infektionskontrolle im Bereich der Qualitätssicherung gestärkt worden sei.

Fünf Personen hielten fest, die Covid-Pandemie habe in Alters- und Pflegeheimen mehr bewirkt als die Strategie NOSO. So hätten sich z.B. die Kontakte zwischen Heimen und Spitalhygienefachpersonen bzw. Swisssoso intensiviert (vgl. auch Abschnitt 8.1.1).

6.5 Veränderungen beim Gesundheitspersonal und bei Dritten

Aufgrund der bisherigen Umsetzung ist nicht davon auszugehen, dass die Strategie NOSO beim Personal von Gesundheitseinrichtungen Wirkungen ausgelöst hat. Diese Einschätzung wird von 13 interviewten Personen geteilt. Es sei hierfür noch zu früh. Dem Personal sei vermutlich nicht

⁵⁹ Im Anschluss an die Pilot-Punktprävalenzerhebung von HAI im Kanton VD wurde allerdings der Guide pratique de prévention et de traitement des infections en établissement médico-social der kantonalen HCPi-Einheit im Jahr 2018 überarbeitet und auf Deutsch übersetzt (<https://www.hpci.ch/prevention/recommandations/contenu/guide-pratique-de-prevention-et-de-traitement-des-infections-en>; Zugriff am 24.3.2022).

bewusst, dass es die Strategie NOSO gibt. Ein Bewusstsein für das Thema der Infektionsprävention als Element der Versorgungsqualität sei unabhängig davon bereits vorhanden und durch die Covid-Pandemie verstärkt worden. Vier Personen betonten die grosse Bedeutung von Schulungen im Bereich der Infektionsprävention. Hier sei viel passiert, insbesondere auch in Alters- und Pflegeheimen während der Covid-Pandemie. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Gesundheitseinrichtungen diese Schulungen aus Eigeninitiative veranlasst haben. Inwiefern die Strategie NOSO dafür ausschlaggebend war, lässt sich nicht beurteilen.

Auch auf das Verhalten von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Besuchenden von Spitälern und Pflegeheimen hatte die Strategie NOSO bisher keinen Einfluss. Die bisherigen Kommunikationsmassnahmen richteten sich vor allem an zentrale Umsetzungsakteure (Bund, Kantone, Projektteam) und Umsetzungspartner (Bellini 2018). Inwiefern Gesundheitseinrichtungen allenfalls aus Eigeninitiative und ohne unmittelbaren Zusammenhang mit der Strategie NOSO einzelne der weiteren an diese Zielgruppen gerichtete Massnahmen (Austausch zwischen Gesundheitsfachpersonen und Dritten zur Bedeutung von HAI sowie zu möglichen Behandlungsrisiken und Verhütungsmassnahmen fördern (VB-2); Besuchende auf den Nutzen der Impfprävention aufmerksam machen (VB-4) umsetzen, ist nicht bekannt.

6.6 Veränderungen bezüglich Monitoringqualität, Daten und Wissen zu HAI

Die strategischen Zielen der Strategie NOSO beziehen sich auch auf die Qualität des Monitorings von HAI in Spitälern und Pflegeheimen, die Verfügbarkeit von Daten und Analysen zu HAI und auf die Verfügbarkeit von Wissen zu HAI (Tabelle 2). Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner nahmen diesbezüglich folgende Veränderungen wahr (Aussagen von 12 Personen):

Acht Personen sehen Fortschritte in Bezug auf die Monitoringqualität und die Datenverfügbarkeit. Die seit 2017 jährlich durchgeführten Punktprävalenzstudien in Spitälern und die Weiterentwicklung der Monitoringaktivitäten würden mehr Daten generieren, vor allem zu kleineren Spitälern. Eine Person sieht noch Verbesserungsbedarf bei den betriebsinternen Rückflüssen der erhobenen Informationen von der Direktionsebene an das ärztliche und pflegende Personal mit Patientenkontakt und bei der Nutzung von Informationen an der Basis. Vier Personen sahen in diesem Bereich keine Veränderungen. Drei Personen wiesen auf IT-bezogene Hindernisse bei der Datenerfassung hin: Wegen fehlender Digitalisierung bzw. Automatisierung erfolge diese oft noch manuell, und die breite Vielfalt in IT-Systemen in Spitälern erschwere national einheitliche technische Lösungen (vgl. Abschnitt 7.4).

Neun Personen sind der Ansicht, es sei im Vergleich zu 2017 mehr Wissen über HAI und über potenziell gefährlichen Erregern, die HAI verursachen können, verfügbar. Es werde in diesem Bereich viel geforscht und gearbeitet. Sieben dieser Personen erwähnten jedoch, dies sei keine Folge

der Strategie NOSO⁶⁰, sondern entspringe dem Eigeninteresse von Forschenden, v.a. bei Swiss-noso. Viel Wissen sei in Zusammenhang mit der Bewältigung konkreter Herausforderungen wie der zunehmenden Problematik multiresistenter Erreger, dem grossen VRE-Ausbruch⁶¹ in einem Spital 2018 und der Covid-19-Pandemie entstanden (Interviewaussagen von drei Personen). Auch ANRESIS, das Schweizerische Zentrum für Antibiotikaresistenz, spiele eine wichtige Rolle bei der Wissensgewinnung.

39 der 55 an der Online-Befragung teilnehmenden Spitäler (70%) haben eine Verbesserung bezüglich der Verfügbarkeit von Wissen bezüglich der Epidemiologie von potenziell gefährlichen Erregern, die HAI verursachen können, wahrgenommen. 34 (61.2% der Antwortenden) haben in den letzten fünf Jahren Verbesserungen der Qualität des Monitorings von HAI in Spitälern festgestellt, 31 (56.4%) bezüglich der Verfügbarkeit von Daten und Auswertungen zu HAI. Ob diese Veränderungen auf die Strategie NOSO zurückzuführen sind, lässt sich nicht beurteilen.

6.7 Rezeption der Kommunikation des BAG

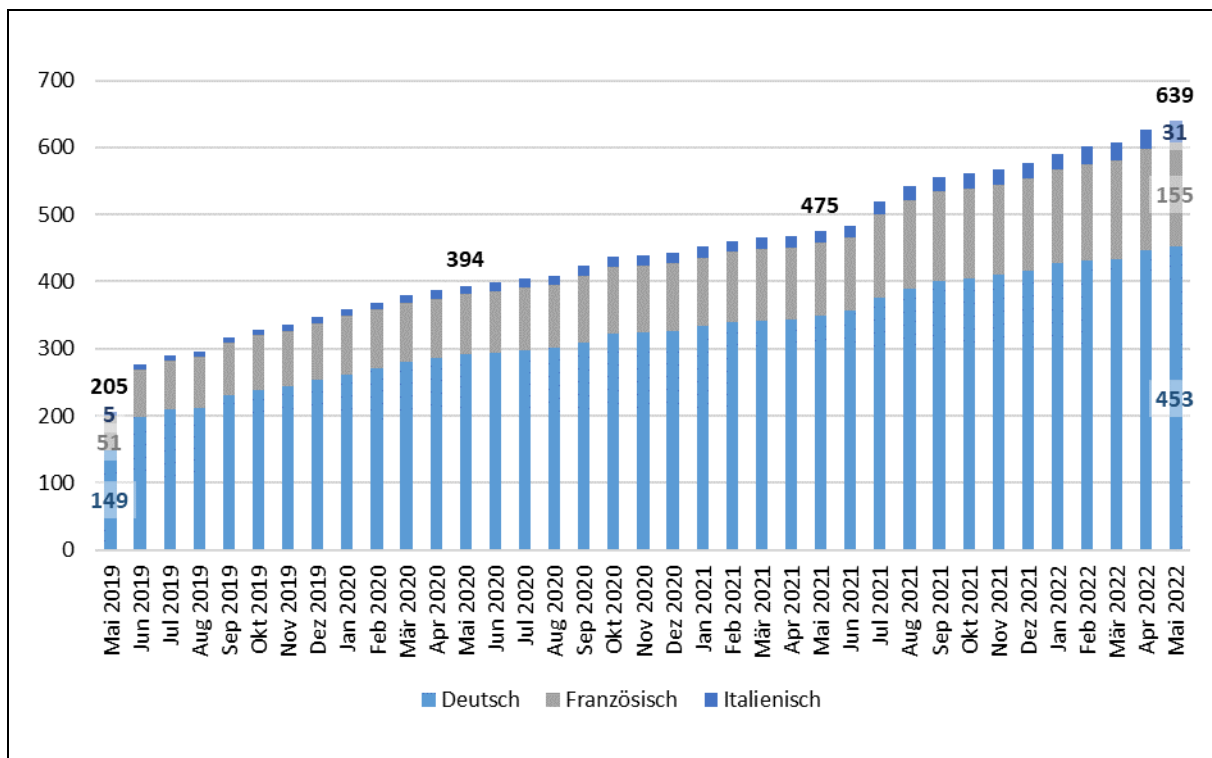
Die Evaluation interessierte sich auch für die Rezeption der vom BAG erstellten und verbreiteten Kommunikationsprodukte, d.h. des NOSO-Newsletters, des Jahresberichts und der Website (www.strategie-noso.ch). Zu diesem Zweck wurde zum einen die Empfängerliste des Newsletters ausgewertet, zum anderen war die Kommunikation Gegenstand der Befragung der Spitäler und der Interviews mit potenziellen Adressatinnen und Adressaten dieser Kommunikationsprodukte.

6.7.1 Interesse am NOSO-Newsletter

Der frei abonnierbare vom BAG versandte Newsletter zur Strategie NOSO wurde im Mai 2019 lanciert und seither achtmal verschickt. Eine Auswertung der Adressliste zeigt, dass die Anzahl Abonentinnen und Abonnenten in allen drei Sprachen kontinuierlich zugenommen und sich über drei Jahre hinweg insgesamt verdreifacht hat (Abbildung 4).

⁶⁰ Im Rahmen der Strategie NOSO wurden keine Forschungsarbeiten aktiv lanciert. Das BAG hat auf Anfrage einzelne Forschungsprojekte finanziell unterstützt, namentlich eine Studie des Universitätsspitals Zürich zu hospital-acquired pneumoniae sowie die Pilot-Prävalenzstudien zu HAI und Antibiotikaresistenzen in Pflegeheimen in den Kantonen VD und SG.

⁶¹ VRE = Vancomycin-resistente Enterokokken

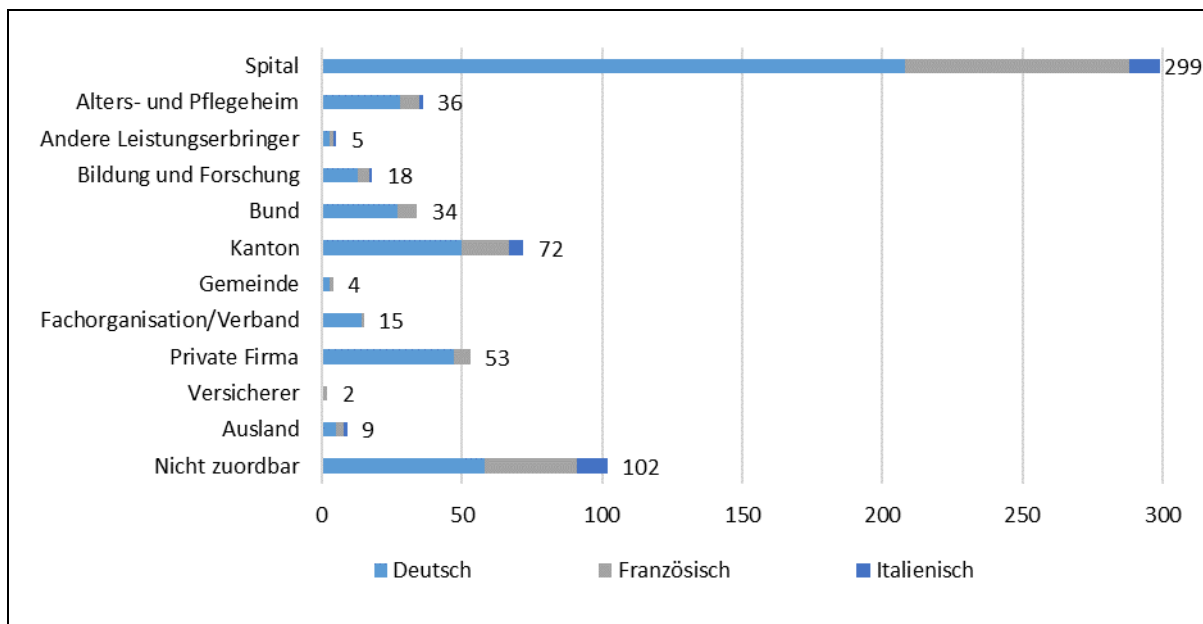
Abbildung 4: Entwicklung der Newsletter-Abonnemente (ohne Abmeldungen)

Quelle: Adressliste des BAG für den Newsletterversand

Um zu ermitteln, in welchen Settings der Newsletter auf Interesse stösst, wurden die Abonnentinnen und Abonnenten soweit anhand der vorliegenden Angaben möglich kategorisiert. Der mit Abstand grösste Teil der einer Gruppe zuordbaren Personen (46%) ist in einem Schweizer Spital tätig (Abbildung 5). Soweit ersichtlich⁶² sind in dieser Gruppe Personen aller Spitalkategorien vertreten, d.h. Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitäler der Akutversorgung sowie Rehabilitations-, Spezial- und einzelne Psychiatrieklinken. Personen aus kantonalen Verwaltungen bilden die zweitgrösste Gruppe (11%), gefolgt von Personen aus diversen privaten Firmen. 5.5% der Newsletter-Abonnentinnen und -Abonnenten sind in einem Alters- oder Pflegeheim tätig.

⁶² Die Datenstruktur der Adressliste lässt keine differenzierte Auswertung anhand eines systematischen Abgleichs mit der Krankenhausstatistik zu, um die Anteile der Spitalkategorien zu ermitteln.

Abbildung 5: Kategorisierung der Newsletter-Empfängerinnen und Empfänger (Stand Mai 2022)



Quelle: Adressliste des BAG für den Newsletterversand

Bemerkung: Die Kategorisierung erfolgte durch das Evaluationsteam anhand der Domain der E-Mail-Adressen. Die Kategorie «nicht zuordbar» enthält v.a. Adressen mit der Domain eines Mailproviders.

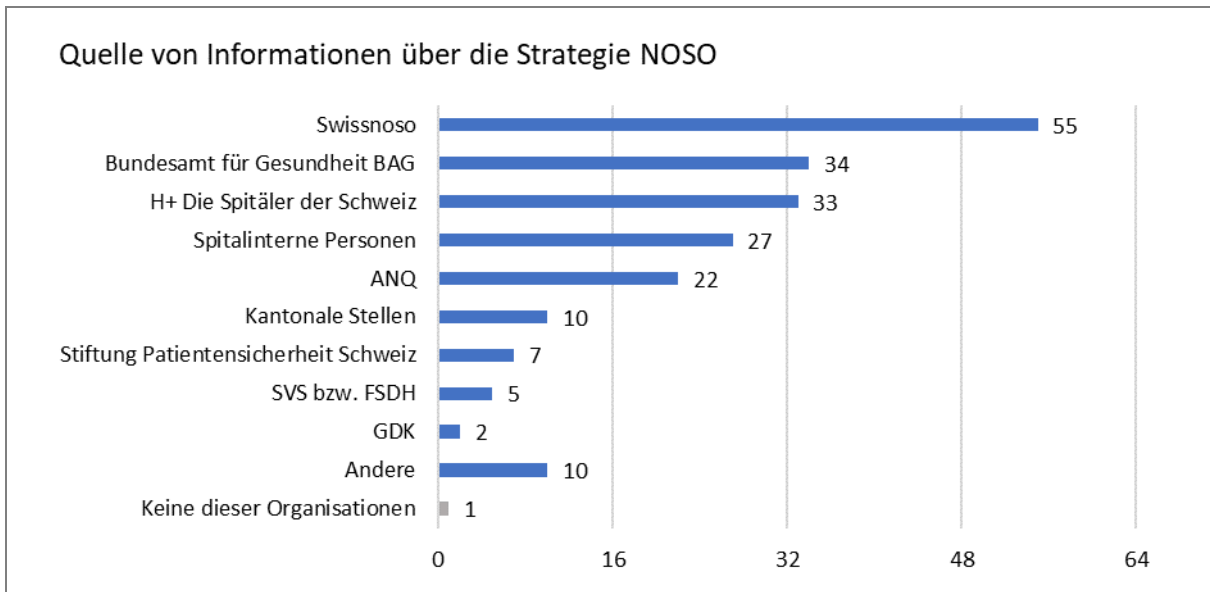
6.7.2 Beurteilung der Kommunikation durch Spitäler aus der Online-Befragung

Da die Spitäler die Hauptzielgruppe der Strategie NOSO bilden, wurden in der Online-Befragung der Spitaldirektionen diverse Aspekte der Kommunikation erfragt, u.a. um in Erfahrung zu bringen, ob die Kommunikationsprodukte unter den Spitälern bekannt sind und wie sie beurteilt werden.

Wie sich zeigt, ist die Strategie NOSO bei den teilnehmenden Spitälern bzw. bei den antwortenden Personen insgesamt gut bekannt: 54 von 64 Spitälern (84.4%) kennen sie (Zentrumsversorgung: 24 von 28 [85.7%], Grundversorgung: 27 von 33 [81.8%]).

Die meisten Spitäler, die an der Befragung teilgenommen haben, erhalten Informationen zur Strategie NOSO von Swissnoso (86%). Jeweils gut die Hälfte der Spitäler nennen das BAG und H+ als Informationsquelle. Weitere wichtige Informationskanäle sind die Verbreitung über spitalinterne Personen und der Verein ANQ. Kantonale Stellen werden vergleichsweise selten als Informationsquelle genannt (Abbildung 6). Bei einer nach Spitalkategorie differenzierten Auswertung (hier nicht ausgewiesen) zeigt sich ein interessanter Unterschied bei der Bedeutung spitalinterner Personen: 60% der antwortenden Universitäts- und Zentrumsspitäler nennen diese als Informationsquelle; bei den kleineren Spitälern der Grundversorgung sind es nur 30%. Bei den übrigen abgefragten Informationsquellen zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede.

Abbildung 6: Quelle der Informationen

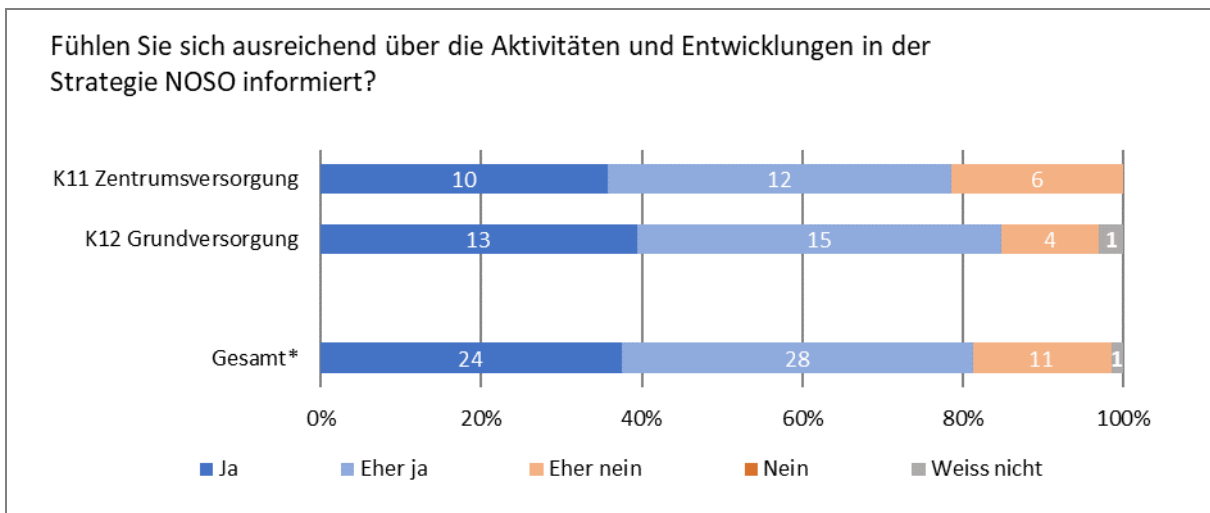


Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 2; N = 64 (Mehrfachantworten möglich).

Andere: HCPI-Einheit VD (3); andere Spitäler (2); Infektiologinnen/Infektiologen (2); Kantonalen Spitalverband; SGSH; unimedsuisse (je 1). SVS = Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und -direktoren; FSDH = Fédération Suisse des directeurs d'hôpitaux.

Die Akutspitäler fühlen sich mehrheitlich mindestens eher gut informiert über die Aktivitäten und Entwicklungen der Strategie NOSO (Abbildung 7).

Abbildung 7: Informiertheit über Strategie NOSO

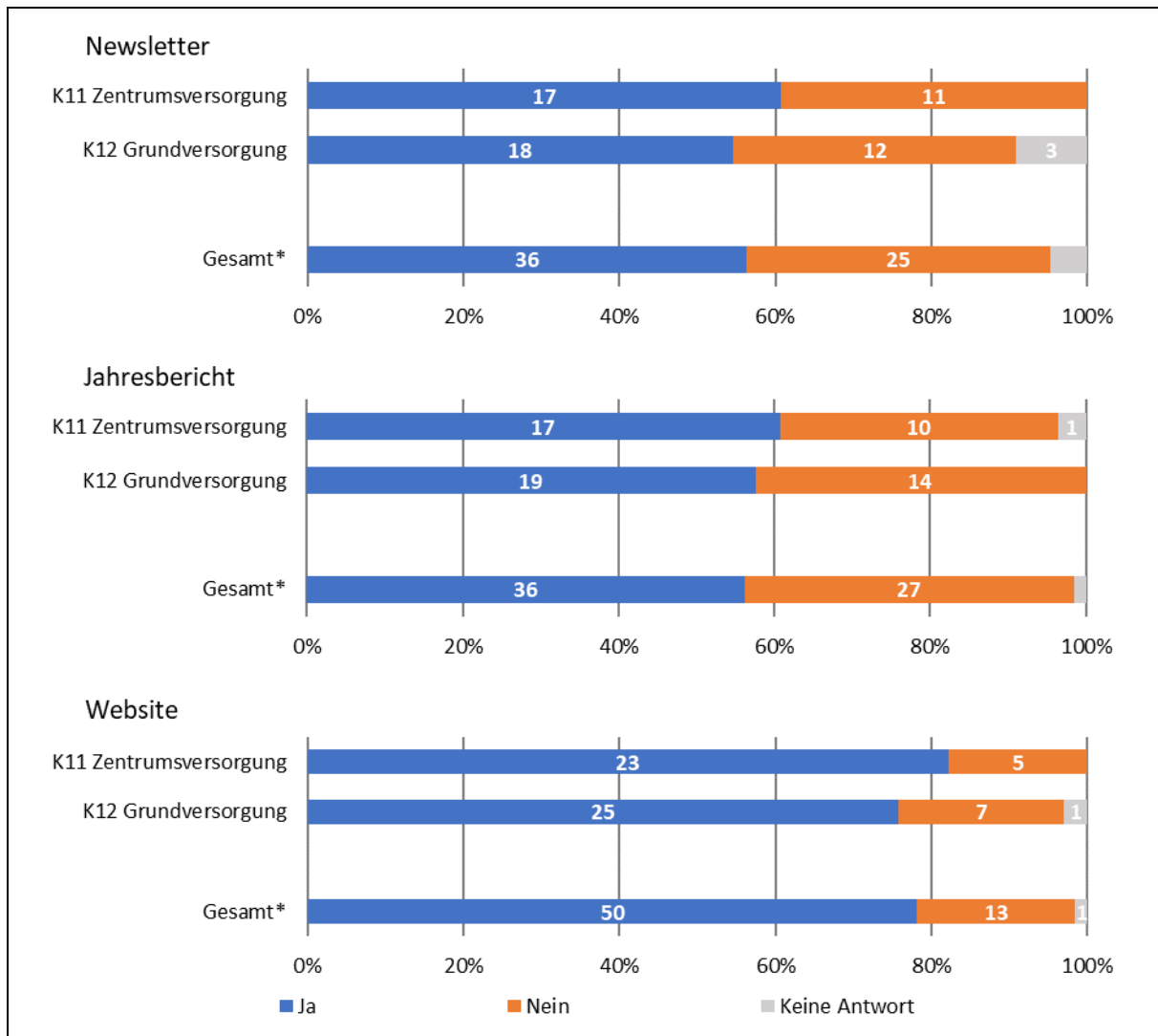


Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 3; N = 64.

* Das Gesamttotal enthält auch drei Spezialkliniken Chirurgie (K231)

Die verschiedenen vom BAG produzierten Kommunikationsprodukte sind bei den teilnehmenden Spitälern mehrheitlich bekannt. Die Website ist am bekanntesten: gut drei Viertel der Befragten kennen diese. Jeweils nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten kennen den Newsletter und den Jahresbericht (Abbildung 8).

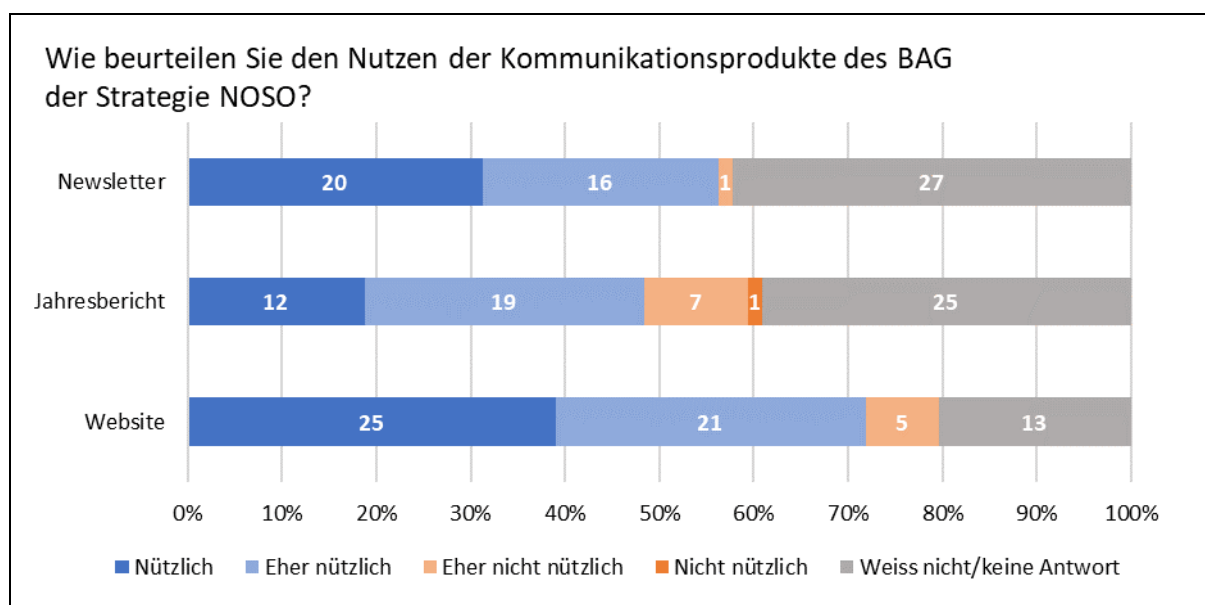
Abbildung 8: Kenntnis der Kommunikationsprodukte



Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 4; N = 64.

* Das Gesamttotal enthält auch drei Spezialkliniken Chirurgie (K231)

Die Befragten, welche eine Einschätzung zum Nutzen der Kommunikationsprodukte abgaben (der Anteil «weiss nicht»-Antworten bei dieser Frage ist relativ hoch), schätzen diese mehrheitlich als nützlich oder eher nützlich ein. Am nützlichsten wird die Website des BAG beurteilt, im Vergleich am wenigsten nützlich der Jahresbericht (Abbildung 9).

Abbildung 9: Nutzen der Kommunikationsprodukte

Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 5; N = 64.

Die befragten Spitäler hatten die Möglichkeit, Anpassungswünsche an den Informationen über die Strategie NOSO anzubringen. 18 Antwortende machten davon Gebrauch. Die Rückmeldungen sind in Tabelle 11 thematisch gruppiert zusammengestellt.

Tabelle 11: Anpassungswünsche von Spitalern an der Information über die Strategie NOSO

| Themen/Anpassungswünsche | Anzahl Nennungen |
|---|------------------|
| Umfang der Information: | |
| Häufigere und/oder regelmässige Informationen | 4 |
| Kurze und prägnante Form | 1 |
| Form der Informationsvermittlung: | |
| Informationen möglichst auf ein Medium zusammengefasst; im Newsletter auf die Strategie verweisen; Informationen möglichst digital und interaktiv und nicht in Papierform; Suchfunktionen verbessern und nutzerfreundlicher Auftritt - weniger «beamtenhaft»; Qualität der französischen Versionen verbessern; "Wiki" zur Wissensvermittlung; Informationsmail; klare Anlaufstelle bei konkreten Umsetzungsfragen | Je 1 |
| Inhalte der Information: | |
| Erwartungen bezüglich der Umsetzung klären; angemessener Inhalt; konkrete Information; gezieltere Information; Information mit den kantonalen Programmen koordinieren | Je 1 |
| Adressaten der Information: | |
| Spitalhygiene; Qualitätsmanagement; Spitalleitung und Chirurgie | Je 1 |

Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 6; N = 18.

Diverse Anpassungswünsche deuten darauf hin, dass in Spitalern durchaus ein Informationsbedürfnis über die Strategie NOSO besteht, dass man sich z.B. nutzerfreundlich aufbereitete auf die

Zielgruppe zugeschnittene Informationen wünscht. Die Kommunikationsprodukte des BAG scheinen dieses Bedürfnis nicht vollumfänglich abzudecken. Diese Lücke bildet einen Ansatzpunkt zur Optimierung der Kommunikation über die Strategie NOSO, wobei die Kommunikation weniger die Strategie an sich betreffen, sondern v.a. für die Spitäler relevante praxisnahe Inhalte vermitteln sollte.

6.7.3 Einschätzung der Kommunikationsprodukte aus den Interviews

Aus den geführten Interviews resultieren die in Tabelle 12 zusammengefassten Einschätzungen der Kommunikation über die Strategie NOSO. Mitglieder der Projektgremien oder von Swissnoso wurden meist nicht dazu befragt, da für sie als Beteiligte andere Informationskanäle relevant sind und sie nicht die Hauptzielgruppen der Kommunikationsprodukte des BAG bilden.

Tabelle 12: Einschätzungen der Kommunikationsprodukte aus den Interviews

| Wie beurteilen Sie die Kommunikationsprodukte des BAG zur Strategie NOSO? | Anzahl Nennungen |
|--|------------------|
| Allgemeine Aussagen | |
| Gute Kommunikation, die sich an projektexterne Akteure richtet | 2 |
| Die Kommunikationsprodukte werden wahrgenommen, gehen aber vermutlich im Tagesgeschäft bzw. im Kontext von Covid-19 etwas unter. | 1 |
| Allgemeine Kritikpunkte: | |
| Das BAG kommuniziert aus einer Reporting-Perspektive über «seine» Strategie NOSO, blendet aber aus, dass an der nationalen Strategie auch die Kantone, Verbände etc. beteiligt sind. | 2 |
| Für Umsetzungsakteure in der Praxis sind die Informationen zu oberflächlich, sie werden nicht angesprochen. | 1 |
| Newsletter | |
| Der Newsletter wirkt etwas beliebig, marketingmässig, wenig informativ. | 3 |
| Fraglich, ob der Newsletter bei den Praxisakteuren angekommen und gelesen wird. | 1 |
| Jahresbericht | |
| Wichtige Quelle als Résumé der Strategie und ihrer Fortschritte | 2 |
| Ganz gut | 1 |
| Bringt gegen aussen nicht viel | 1 |
| Website | |
| Die BAG-Webseite ist eher komplex und nicht sehr übersichtlich. Die Swissnoso-Website ist hilfreicher. | 1 |

Quelle: Interviewaussagen von 11 Personen.

Neben dem BAG kommunizieren auch andere Organisationen über die Strategie NOSO. Eine systematische Übersicht liegt nicht vor; einzelne Gesprächspartner/-innen erwähnten jedoch, Organisationen wie die fibs, die SGSH oder H+ würden HAI oder die strukturellen HAI-Mindestanforderungen an ihren Kongressen verschiedentlich thematisieren.

7 Zweckmässigkeit der Massnahmen

Im vorliegenden Kapitel erfolgt eine Diskussion der Zweckmässigkeit der Massnahmen der Strategie NOSO. Die Diskussion orientiert sich an den folgenden Leitfragen, die sich auf die theoretischen Grundlagen der Public-Policy-Analyse (Knoepfel et al. 2011; Sager et al. 2021) abstützen:

- Was erwartet die Strategie NOSO von den verschiedenen Akteuren? (vgl. Tabelle 3)
- Sieht die Strategie Massnahmen vor, um die erwarteten Aktivitäten und Veränderungen zu stimulieren/auszulösen? Was wurde bisher dafür getan? (vgl. Kapitel 4)
- Sind die Massnahmen der Strategie NOSO geeignet, um die erwarteten Aktivitäten und Veränderungen zu stimulieren/auszulösen?
- Sind die Zielgruppen in der Lage, die erwarteten Aktivitäten und Veränderungen umzusetzen? Was hält sie davon ab?

7.1 Allgemeine Feststellungen

Aus der Umsetzungsübersicht in Kapitel 4 lassen sich folgende erste Feststellungen zur Zweckmässigkeit der Massnahmen der Strategie NOSO ableiten:

- Die meisten Schlüsselmassnahmen sind noch nicht soweit konkretisiert, dass sie die primären Zielgruppen – Spitäler und Pflegeheime – zu Verhaltensänderungen veranlassen und zur Zielerreichung beitragen können. Die einzigen bisher vorliegenden Outputs, von denen dies erwartet werden kann, sind die strukturellen HAI-Mindestanforderungen, die verschiedenen Aktivitäten und Angebote von Swissnoso in den Bereichen Surveillance, Verhütung und Bekämpfung, Monitoring und Evaluation sowie die unterstützenden Kommunikationsmassnahmen (BAG-Website, Jahresbericht, Newsletter).
- Die bisherigen Massnahmen richten sich überwiegend an Akutspitäler (v.a. an Fachpersonen der Infektionsprävention, indirekt auch an die Leitungen). Mit Ausnahme der beiden Pilot-Punktprävalenzstudien wurden bisher noch keine Massnahmen im Bereich der Alters- und Pflegeheime umgesetzt. Soweit ersichtlich wurden auch keine Massnahmen veranlasst, um die angestrebten Veränderungen auf der Ebene des Personals in Gesundheitseinrichtungen und bei Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchenden von Spitälern und Pflegeheimen auszulösen.
- Wie aus der Umsetzungsübersicht (Tabelle 8) hervorgeht liegt die Zuständigkeit für einen gewissen Teil der in der Strategie definierten Massnahmen in den Handlungsfeldern Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung bei den Gesundheitseinrichtungen. Soweit ersichtlich sind allerdings keine konkreten Aktivitäten vorgesehen, um die Umsetzung

dieser Massnahmen unmittelbar zu stimulieren und die erwarteten Veränderungen in Gesundheitseinrichtungen auszulösen.⁶³ Ob dies geschieht, ist abhängig von der Eigeninitiative der Betriebe. Diesbezüglich ist eine konzeptionelle Lücke in den Wirkungsketten dieser Massnahmen zu diagnostizieren und ist deren Zweckmässigkeit deshalb bisher beschränkt. Die obenstehend im ersten Punkt erwähnten Outputs zielen jedoch darauf ab, Gesundheitseinrichtungen bei den verschiedenen Massnahmen zu unterstützen. Es ist zudem 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.

7.2 Nutzen der strukturellen HAI-Mindestanforderungen

Aus Interviews mit 15 Personen lassen sich die in Tabelle 13 zusammengefassten Einschätzungen zur Zweckmässigkeit der strukturellen HAI-Mindestanforderungen als zentralen Output der Strategie NOSO ableiten.

Tabelle 13: Einschätzungen zur Zweckmässigkeit der strukturellen HAI-Mindestanforderungen

| Wie beurteilen Sie den Nutzen der strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler? | Anzahl Nennungen |
|---|------------------|
| Fachliche Konkretisierung und Referenzgrundlage: Die Mindestanforderungen konkretisieren viele Schlüsselmassnahmen und Elemente der Strategie NOSO und bieten einen Rahmen für deren Konkretisierung in Spitälern. Sie zeigen auf, was es in Spitälern braucht, definieren die Erwartungen und den Ressourcenbedarf. Spitalhygieneteams haben damit eine konsolidierte fachliche Grundlage, eine Referenz für ein Benchmarking bzw. eine Standortbestimmung. | 6 |
| Sie sind grundsätzlich gut und wichtig , es braucht sie. | 4 |
| Auslöser von Aktivitäten: Die Publikation der Mindestanforderungen hat Spitälern dazu veranlasst, sich mit dem Thema zu befassen und aktiv zu werden. | 4 |
| Die Mindestanforderungen schaffen eine gewisse Verbindlichkeit ; der Druck, sie zu erfüllen steigt, auch wenn sie als Referenzgrundlage in die Qualitätsverträge einfließen. | 4 |
| Legitimierung gegenüber Spitalleitungen und Politik: Die Mindestanforderungen bilden eine Grundlage für Spitalhygieneteams, um gegenüber Spitalleitungen fachliche Bedürfnisse und Ressourcenbedarf zu artikulieren. Dass sie von GDK und H+ mitverabschiedet wurden, hilft. | 3 |

Quelle: Interviewaussagen von 15 Personen.

Der Nutzen der HAI-Mindestanforderungen wird grundsätzlich als hoch beurteilt. Es wird davon ausgegangen, dass sie sowohl eine wichtige fachliche Grundlage darstellen als auch «betriebspolitisch» Aktivitäten auslösen, um sie zu erfüllen. Eine Person gab jedoch zu bedenken, dass die Min-

⁶³ In der Schlüsselmassnahme «Infektionsprävention in der Bildung» ist geplant, Spitalleitungen stärker für die Thematik der Infektionsprävention zu sensibilisieren (vgl. Tabelle 24). Die Umsetzung einer entsprechenden Aktivität steht bisher noch aus.

destanforderung vieles abdecken, das was die meisten Spitäler ohnehin bereits umsetzen und deshalb eher wenig Veränderung zu erwarten sei. Fünf Personen sind der Ansicht, dass vor allem kleinere und mittlere Spitäler von den Mindestanforderungen profitieren würden. Drei Personen denken, dass es für diese aufgrund ihrer Ausgangslage allerdings auch anspruchsvoller sei, sie zu erfüllen.

Die Umsetzung der Mindestanforderungen in den einzelnen Betrieben erfordert von diesen einen gewissen Ressourceneinsatz sowie passend qualifiziertes Personal (Ärztenschaft und Pflege). Diese personellen und finanziellen Ressourcen müssten vielerorts allerdings zuerst geschaffen werden, und dies sei von der Bereitschaft und Prioritätensetzung von Spitalleitungen abhängig (Interviewaussagen von vier Personen). Es brauche ein entsprechendes Engagement der Spitalleitungen; dieses könnte durch geeignete Anreize gefördert werden. (Interviewaussagen von zwei Personen)

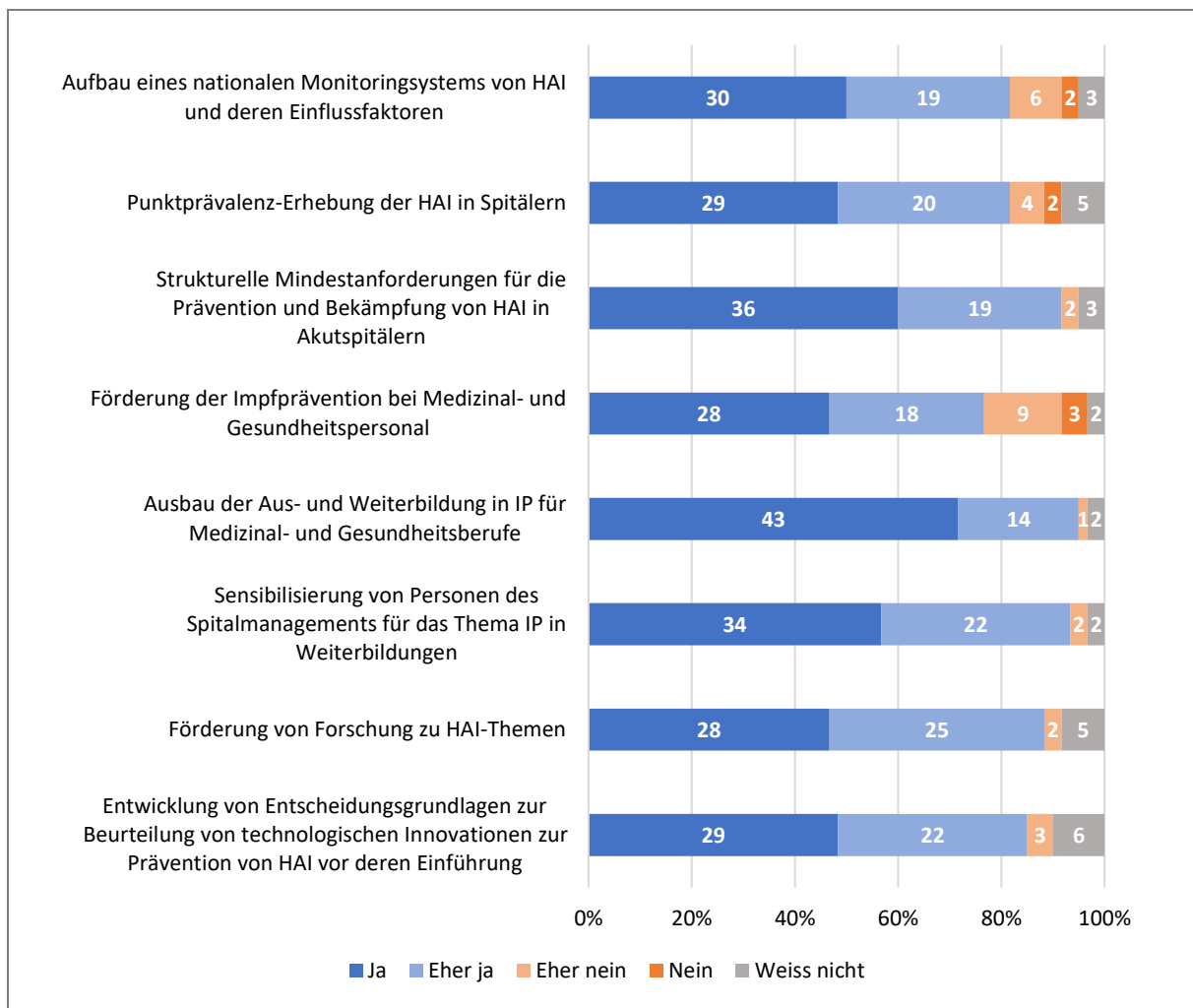
Sechs Personen sind der Ansicht das Vorhandensein der Mindestanforderungen alleine sei nicht ausreichend, es brauche auch eine Überprüfung ihrer Umsetzung. Damit sie Verbindlichkeit erlangen, müsse jemand ihre Einhaltung einfordern. In den Augen von zwei Personen ist allerdings noch offen, wie diese Überprüfung erfolgen kann und wer das tun soll. Aktuell seien es vermutlich am ehesten die Krankenversicherer über die neuen Qualitätsverträge.

7.3 Beurteilung der Zweckmässigkeit der Massnahmen durch Spitäler

Die an der Spitalbefragung teilnehmenden Personen konnten die Zweckmässigkeit verschiedener in der Strategie NOSO vorgesehener Massnahmen, die sich an Spitäler richten, beurteilen.

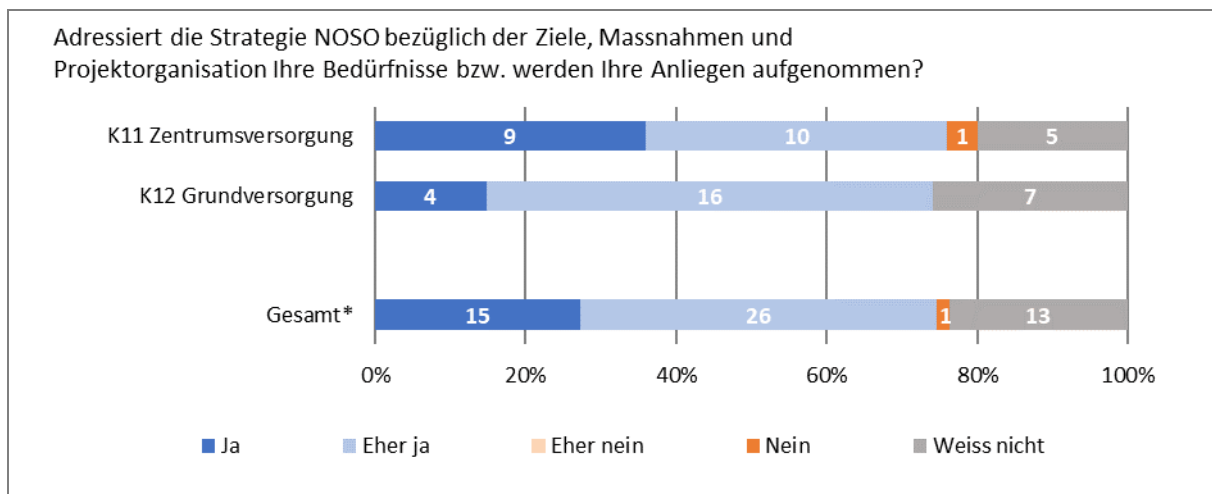
Wie Abbildung 10 zeigt, nehmen die Spitäler alle abgefragten Massnahmen mehrheitlich als zweckmässig bzw. eher zweckmässig zur Reduktion von HAI wahr. Am kritischsten beurteilen sie die Förderung der Impfprävention beim Medizinal- und Gesundheitspersonal. Am besten beurteilen die teilnehmenden Spitäler den Ausbau der Aus- und Weiterbildung in Infektionsprävention bei Medizinal- und Gesundheitspersonal, die strukturellen HAI-Mindestanforderungen und die Sensibilisierung von Personen des Spitalmanagements für die Infektionsprävention. Der Aufbau eines nationalen Monitoringsystems und die Punktprävalenz-Erhebungen von HAI werden ebenfalls von mehreren Spitalern als wenig zweckmässig beurteilt. Die Gründe für die Einschätzungen wurden nicht erfragt.

Abbildung 10: Zweckmässigkeit der Massnahmen der Strategie NOSO



Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 8; N = 60.
 Bemerkung: IP = Infektionsprävention

Aus Abbildung 11 geht hervor, dass praktisch alle Spitäler, die sich dazu geäussert haben, der Ansicht sind, die Strategie NOSO adressiere ihre Bedürfnisse und ihre Anliegen. Die grossen Zentrumsspitäler beurteilen diesen Aspekt deutlich positiver als die Spitäler der Grundversorgung. Ein Viertel der Teilnehmenden konnte diese Frage nicht beurteilen; vermutlich waren sie dafür zu wenig gut mit der Strategie NOSO vertraut.

Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Strategie NOSO

Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 12; N = 55.

* Das Gesamttotal enthält auch drei Spezialkliniken Chirurgie (K231)

17 Akutspitäler begründeten ihre Einschätzung. Die entsprechenden Antworten sind in Tabelle 14 zusammengestellt.

Tabelle 14: Begründungen der Spitäler zur Einschätzung der Zufriedenheit mit der Strategie NOSO

| Adressiert die Strategie NOSO bezüglich der Ziele, Massnahmen und Projektorganisation Ihre Bedürfnisse bzw. werden ihre Anliegen aufgenommen? Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz. | Anzahl Nennungen |
|---|------------------|
| Spitäler mit Antwort «ja»: | 5 |
| Festlegung von Zielen und Mindestanforderungen, gute Übersicht über die Schlüsselkomponenten | 2 |
| Unterstützung für die Themen der Spitalhygiene | 1 |
| Angepasst an die Bedürfnisse, geeignet | 2 |
| Detaillierungsgrad für Anwendung in Spitalhygiene zu gering | 1 |
| Spitäler mit Antwort «eher ja»: | 11 |
| Fehlende Ressourcen zur Umsetzung der Strategie: Die Kosten sind nicht gedeckt; die Programme sind häufig zu umfangreich und kostspielig; aufgrund begrenzter Ressourcen müssen die verschiedenen Massnahmen priorisiert werden, obwohl alle sinnvoll wären. | 3 |
| Zu wenig auf Bedürfnisse kleiner Spitäler angepasst; die Umsetzung der Strategie ist in kleinen Spitälern anspruchsvoll. Ein vermehrter Einbezug von Fachpersonen aus regionalen Spitalzentren wäre sinnvoll; aktuell dominiert via Swissnoso die universitäre Sicht. | 4 |
| Die strukturellen Mindestanforderungen sind wichtig und hilfreich; die klar definierten Anforderungen vereinfachen die Planung zur Umsetzung | 2 |
| Es werden Schulungswebinare zu speziellen Themen angeboten. | 1 |
| Auf oberer Flughöhe werden die Anliegen aufgenommen. Auf konkreter operativer Umsetzungsebene scheint dies nicht immer der Fall zu sein. | 1 |
| Strategie gut und kommuniziert, Personalschlüssel für die ganzen Aspekte eher Mangel. Unklar, ob es eine Dateline zur Umsetzung gibt. | 1 |

| Adressiert die Strategie NOSO bezüglich der Ziele, Massnahmen und Projektorganisation Ihre Bedürfnisse bzw. werden ihre Anliegen aufgenommen? Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz. | Anzahl Nennungen |
|---|-------------------------|
| Die strukturellen HAI-Mindestanforderungen berücksichtigen den konkreten Aufwand der Fachexpert/inn/en Infektionsprävention zu ihrer Umsetzung und zum Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung nicht (Besuche bei den Abteilungen, Gespräche mit Mitarbeitenden, Beantwortung von Fragen, Kontrollen, Sitzungen etc.). | 1 |
| Es wäre interessant, Strategien zu teilen, die in anderen Institutionen erfolgreich waren (z.B. Impfstrategien). | 1 |
| Der Personalschlüssel der strukturellen HAI-Mindestanforderungen bezieht ambulante Dienste (z.B. Dialyse, Herzkatheter, Chirurgie) nicht ein, in denen auch sehr invasive Handlungen erfolgen. | 1 |
| Spitäler mit Antwort «nein»: | 1 |
| Fehlende (transparente) Daten zu HAI auf allen Ebenen (Spital, kantonale, nationale), sowohl quantitativ als qualitativ. Die Datenerhebung ist zu aufwändig organisiert. Nur SSI-Daten, aber sehr verzögert publiziert. | 1 |

Quelle: Befragung der Akutspitäler; Frage 12; N = 17 (Mehrfachantworten möglich).

Anhand der Formulierungen ist zu vermuten, dass sich einige Antworten nicht auf die Strategie NOSO insgesamt beziehen, sondern auf die strukturellen HAI-Mindestanforderungen oder auf die verschiedenen Module von Swiss Clean Care.

7.4 Rahmenbedingungen für Massnahmen in Spitälern

Spitäler und Pflegeheime sind die Zielgruppen der meisten Massnahmen der Strategie NOSO. Wie in Abschnitt 4.2 dargelegt, liegt es bisher jedoch weitgehend an der Eigeninitiative der einzelnen Betriebe, im Sinne der Strategie NOSO aktiv zu werden und entsprechende Aktivitäten umzusetzen. Diese Eigeninitiative ist gemäss Interviewaussagen abhängig von der konkreten Situation eines Spitals bezüglich HAI, den wahrgenommenen Bedürfnissen, den strategischen Schwerpunkten sowie der Bereitschaft, in diesem Bereich Aufwand zu leisten bzw. die (kostenpflichtigen) Swissnoso-Angebote in Anspruch zu nehmen. Die Evaluation interessierte sich deshalb dafür, wie sich die Voraussetzungen für die Gesundheitseinrichtungen präsentieren, um die von ihnen erwarteten Aktivitäten und Veränderungen (vgl. Tabelle 3) umzusetzen, bzw. was sie davon abhält. Gestützt auf Interviewaussagen aus 19 Gesprächen lassen sich hierzu die folgenden Feststellungen machen:

Unterschiede zwischen Spitälern

Bezüglich der Voraussetzungen und Ausgangslage zeigen sich gewisse grundsätzliche Unterschiede zwischen grossen (> ca. 100 Betten) und mittleren und kleinen Spitälern. Grössere Spitäler, v.a. Universitäts- und Kantonsspitäler⁶⁴, seien in Bezug auf Infektionsprävention schon gut sensibilisiert und weit fortgeschritten. Sie würden die strukturellen HAI-Mindestanforderungen bereits

⁶⁴ In privat getragene Spitalgruppen wie Swiss Medical Network oder Hirslanden sei die Spitalhygiene betriebsübergreifend organisiert und geregelt (Interviewaussage).

weitgehend erfüllen und hätten deshalb diesbezüglich kaum Handlungsbedarf. Sie seien auch aufgrund ihrer höheren Personaldotation besser in der Lage, Massnahmen wie z.B. Monitorings umzusetzen, als kleinere Spitäler mit begrenzter Kapazität. Einzelne Spitäler hätten eigene Massnahmen und Erhebungen im Bereich HAI entwickelt und würden deshalb die verschiedenen Swisnoso-Module nicht nutzen (Interviewaussagen von neun Personen). Kleinere Spitäler, in denen oft anstelle von spezialisierten Ärztinnen oder Ärzten Fachexpertinnen und Fachexperten für Infektionsprävention zuständig sind und die über eine tiefe Personalausstattung in diesem Bereich verfügen, hätten schwierigere Voraussetzungen. Sie würden häufiger die Unterstützung durch Swisnoso in Anspruch nehmen. Für einen Teil von ihnen könnte die Erfüllung der strukturellen Mindestanforderungen eine Herausforderung darstellen. (Interviewaussagen von vier Personen)

Zusatzaufwand und personelle Kapazitäten zur Umsetzung von Massnahmen

Wichtigste Grundvoraussetzung zur Umsetzung von (zusätzlichen) Massnahmen wie z.B. Monitoring, Prävalenzerhebungen, Schulungen etc., wie sie z.B. die strukturellen HAI-Mindestanforderungen vorsehen, sind (zusätzliche) personelle und finanzielle Mittel (Interviewaussagen von sieben Personen aus Kantonen und Spitälern). Es brauche motiviertes und kompetentes ärztliches und pflegerisches Personal, das den Aufwand für die damit verbundene Arbeit leisten könne. Die Kapazitäten der Spitalhygiene- oder Infektionspräventions-Teams seien jedoch begrenzt, und auch das Pflegepersonal sei bereits stark belastet und habe keine Kapazität für zusätzliche Aufgaben. Es sei schwierig, die Mittel für zusätzliche Stellen oder Massnahmen zu schaffen, weil viele Spitäler unter Spardruck stünden und die Leitungen mit verschiedensten Anforderungen konfrontiert würden.⁶⁵ Ein «kleines» Thema wie die Prävention von HAI stehe in Konkurrenz mit vielen anderen Projekten und Vorhaben und werde von den Spitalleitungen oft als wenig prioritär erachtet. Diese würden den Nutzen von Investitionen in Infektionspräventionsmassnahmen oft nicht sehen. Der neue Qualitätsvertrag könne hier allerdings möglicherweise etwas bewirken. (Interviewaussagen von sechs Personen)

Drei Personen sprachen im Zusammenhang mit dem Aufwand für NOSO-Massnahmen die Finanzierung als zusätzlichen erschwerenden Faktor an. Der Aufwand für die (zusätzlich) erwünsch-

⁶⁵ In den Gesprächen nicht erwähnt wurde die aktuell angespannte Personalsituation in der Pflege (Merçay et al. 2021). Eine zunehmende Anzahl Pflegenden verlässt den Beruf, was zu zunehmender Fluktuation und Personalmangel in Spitälern und Pflegeheimen führt. So steigt zum einen die Belastung des verbleibenden Pflegepersonals zusätzlich und sinkt der Spielraum zur Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten, z.B. im Bereich der Infektionsprävention oder für Monitoring. Zum anderen erhöht sich der Aufwand der Spitäler zur Rekrutierung und Schulung neuer Mitarbeitenden in (betriebsspezifischer) Infektionsprävention. Zusätzlich dürften auch zusätzliche Kosten für Massnahmen zum Erhalt des vorhandenen Personals entstehen.

ten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung wird nicht separat vergütet, sondern muss über die üblichen Mechanismen der Spitalfinanzierung aus den Betriebserträgen gedeckt werden.⁶⁶ Für Spitäler, die Mühe haben, ihre Erträge zu sichern, sei dies ein relevanter Aspekt bei der Entscheidung über Investitionen in zusätzliche Stellen oder in IT-Projekte im Bereich der Spitalhygiene.

IT-Systeme und Digitalisierung

Einen grossen limitierenden Faktor stellen die technischen Voraussetzungen der Informatiksysteme der Spitäler dar (Interviewaussagen von sechs Personen). Zum einen würden viele Spitäler Infektionsdaten noch mit grossem personellen Aufwand manuell erheben, weil die Voraussetzungen für eine automatisierte digitale Datenerfassung noch kaum gegeben seien. Das Einrichten von IT-Schnittstellen erfordere Investitionen, die bei der Spitalleitung beantragt werden müssten. Knappe Kapazitäten oder fehlendes Fachwissen von IT-Abteilungen oder externen IT-Dienstleistern können dies zusätzlich erschweren. Zum anderen findet sich in der Schweiz eine grosse Vielfalt an Klinikinformationssystemen (vgl. Metsini et al. 2021), weshalb bei der Umsetzung von Surveillance- oder Interventionsmodulen nicht auf eine einheitliche Lösung zur digitalen Datenerfassung abgestellt werden kann. Jedes Spital muss seine eigene Lösung entwickeln oder eine Schnittstelle zu einem einheitlichen Datenstandard schaffen. Teilweise seien auch innerhalb von Spitälern die Systeme verschiedener Abteilungen nicht untereinander kompatibel. Daten zusammenzuführen und zu bereinigen ist deshalb mit grossem technischem und personellem Aufwand verbunden.

Fehlende Auflagen und Anreize zur Umsetzung von NOSO-Massnahmen

Aktuell hänge die Umsetzung von Massnahmen der Infektionsprävention und -kontrolle und die Nutzung von Swissnoso-Modulen von den strategischen Prioritäten, situationsabhängigen Bedürfnissen und dem Engagement von Fachpersonen in den einzelnen Betrieben ab. Die Anreizstrukturen seien so gelagert, dass schlechte Qualität – z.B. hohe Infektionsraten – nicht bestraft und hohe Qualität nicht belohnt werde. Viele Spitalleitungen würden den Nutzen von Investitionen in die Qualitätsentwicklung bzw. die Infektionsprävention nicht sehen. Um Spitäler dazu zu bewegen, Massnahmen im Sinne der Strategie NOSO bzw. der strukturellen HAI-Mindestanforderungen umzusetzen, bräuchte es in der Einschätzung von acht Personen deshalb einen gewissen Druck, verbindliche Anforderungen (verbunden mit Kontrollen und Sanktionen) oder zusätzliche Anreize über die Reputation eines Spitals (Infektionsrate als Qualitätsindikator, Vergleichsmöglichkeiten). Verschiedene Beispiele (Verpflichtung der Spitäler zur Teilnahme an der SSI Surveillance via ANQ,

⁶⁶ Zum Vergleich: In Deutschland besteht das sogenannte Hygienesonderprogramm, über das die gesetzliche Krankenversicherung in den Jahren 2013-2020 Fördermittel im Umfang von insgesamt rund 595 Mio. Euro an 1330 Spitäler ausgerichtet hat, um sie bei der Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes zu unterstützen. Das Förderprogramm umfasst drei Bereiche: Förderung von Personalkosten bei Neueinstellungen, Aufstockungen oder interner Besetzung von Hygienepersonalstellen; Fort- und Weiterbildungsmassnahmen sowie externe Beratungsleistungen. Es ist vorgesehen, dass die Zusatzfinanzierung für Personalkosten ab 2023 in die reguläre Fallgruppen-Finanzierung integriert wird (GKV-Spitzenverband 2021).

Auflagen des Kantons über die Spitalliste oder über den Leistungsauftrag, Zertifizierungsprogramme) würden zeigen, dass solche verbindliche Anforderungen die gewünschte Entwicklung auslösen könnten.⁶⁷

Spitalinterne Faktoren: Leadership und Führungsstrukturen, Einfluss der Spitalhygiene, Sicherheitskultur

Fünf Personen erachten ein klares Commitment der Spitalleitung für die Infektionsprävention als wichtige Voraussetzung für die Umsetzung von Massnahmen in Spitälern. Die Spitalleitung müsse diesem Thema einen grossen Stellenwert zumessen und bereit sein, die für Massnahmen nötigen personellen und technischen Ressourcen (IT-Schnittstellen) zur Verfügung zu stellen bzw. zu schaffen. Es brauche eine klare spitalinterne Zuständigkeit für das Thema Infektionsprävention (vgl. Schlüsselkomponente 3 der strukturellen HAI-Mindestanforderungen). Aktuell seien die Zuständigkeit und die Leadership für das Thema je nach Betrieb stark personenabhängig; zumeist würden sich engagierte Spitalhygiene-Fachpersonen darum kümmern, v.a. in grösseren Spitälern. Entsprechend hänge vieles von Einzelpersonen ab. Idealerweise sollte sich die Spitalleitung der strategischen Führung in diesem Thema annehmen und sollten die für Infektionsprävention zuständigen Stellen und Personen einen direkten Zugang zur strategischen Ebene haben. (Interviewaussagen von sieben Personen)

Drei Personen betonten die Bedeutung einer umfassenden Sicherheits- bzw. Qualitätskultur in Spitälern. Auf fachlicher Ebene seien die zur Prävention und Kontrolle von HAI notwendigen Massnahmen bekannt und klar; die Herausforderung liege darin, sie in Spitälern umzusetzen und nachhaltig zu verankern. Diese bedinge Veränderungsprozesse und entsprechendes Qualitätsmanagement, einschliesslich der geeigneten Managementstrukturen.

Als weiteren Faktor, der v.a. die Wirksamkeit von Massnahmen beeinflusst, nannten drei Personen die Stellung und Macht bzw. das Hierarchiedenken und Distinktionsverhalten von Ärztinnen und Ärzten. Für Spitalhygiene-Verantwortliche oder Pflegende könne es eine Herausforderung darstellen, ärztliche Fachpersonen zu Verhaltens- und Praxisänderungen, z.B. bei Operationen oder im Umgang mit Kathetern zu bewegen. Ein gewisses medizinisches Standing und evidenzgestütztes Argumentieren anhand von Studien und Guidelines könne in solchen Fällen hilfreich sein.

⁶⁷ In Deutschland bestehen verschiedene gesetzliche Vorgaben (z.B. §23 des Infektionsschutzgesetzes: https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_23.html; Zugriff am 20.6.2022). So wurden fachliche Empfehlungen für Krankenhäuser verbindlich; sie sind verpflichtet, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmassnahmen zur Infektionsvermeidung und gegen resistente Erreger durchzuführen. Die Regierungen der Bundesländer sind dazu verpflichtet, auf Länderebene Regelungen zu diesen Massnahmen zu erlassen. Das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten sah zudem den Aufbau eines elektronischen Meldewesens vor (GKV-Spitzenverband 2021).

7.5 Rahmenbedingungen für Alters- und Pflegeheime

Im Hinblick auf künftige Massnahmen im Bereich der Alters- und Pflegeheime wurden in den Interviews die Rahmenbedingungen dafür thematisiert. Nachfolgend sind die Interviewaussagen von 13 Personen zu dieser Frage thematisch zusammengefasst.

Fehlende Strukturen, Expertise und Kapazitäten in Hygienefragen

Bezüglich den Voraussetzungen für Hygienemassnahmen bestehen grosse Unterschiede zwischen Pflegeheimen und Akutspitälern (Interviewaussagen von neun Personen). Diese betreffen die professionellen Ressourcen (beschäftigte Berufsgruppen, fachlicher Hintergrund, Qualifikationsniveau), die Kommunikationsstrukturen und -mechanismen und die Betriebskultur. Viele Betriebe hätten keine Hygieneverantwortlichen und kaum in Infektionskontrolle geschultes Personal, wobei diesbezüglich allerdings grosse Unterschiede zwischen den Betrieben bestünden (vgl. auch Zuñiga et al. 2018: 24f.). Die von Swissnoso erarbeiteten Spitalhygiene-Empfehlungen könnten deshalb nicht ohne weiteres auf den Bereich der Langzeitpflege übertragen werden. Pflegeheime verstünden sich mehr als Lebensort als als medizinisch orientierte Gesundheitseinrichtung. Das Thema (Spital-)Hygiene sei deshalb in Alters- und Pflegeheimen bisher eher schlecht verankert gewesen und habe bis zur Covid-19-Pandemie keine grosse Priorität gehabt (vgl. Abschnitt 8.1.1). Die Strategie NOSO sei bisher thematisch für sie tendenziell wenig relevant gewesen.

Fehlende Ressourcen zur Umsetzung von Massnahmen

Vier Personen erwähnten, Alters- und Pflegeheime seien aus Ressourcen- und Kapazitätsgründen zurückhaltend gegenüber zusätzlichen Aktivitäten wie z.B. Infektionsmessungen. Das ohnehin knappe Personal stehe unter hohem Arbeits- und Zeitdruck, und auch der administrative Aufwand der Betriebe sei bereits hoch (vgl. Zuñiga et al. 2018). Die Bereitschaft, Mehraufwand zu leisten, sei entsprechend tief, auch zumal die Finanzierung dieses Aufwands nicht gewährleistet sei.⁶⁸

Fehlende fachliche Unterstützungsstruktur

Im Bereich der Langzeitpflege besteht auf nationaler Ebene kein funktionales Äquivalent zu Swissnoso, die Fachwissen und Dienstleistungen im Bereich Infektionsprävention zur Verfügung stellt, oder zum ANQ, der flächendeckende Infektionsmessungen organisiert (Interviewaussagen von drei Personen). Swissnoso fokussiert ihre Tätigkeit bewusst auf die Spitäler; ihr fehlen die spezifische Expertise und die finanziellen und personellen Ressourcen, um ihre Aktivitäten auf den Bereich der Alters- und Pflegeheime auszudehnen (Interviewaussagen von vier Personen). Mangels

⁶⁸ Die personellen Voraussetzungen stellten u.a. eine Herausforderung für die Durchführung von HAI-Prävalenzstudien dar. Die beiden Pilotprojekte in VD und SG hatten entsprechend u.a. zum Ziel abzuklären, unter welchen Bedingungen (Schulung, Begleitung etc.) solche Erhebungen umsetzbar sind. (Interviewaussagen von drei Personen)

anderer Angebote deckt zurzeit eine private Firma die Funktion von Swissnoso ab und unterhält regionale Hygienetzwerke.⁶⁹

Schwach institutionalisierte Gouvernanzstrukturen

Ein Grund für das Fehlen nationaler Unterstützungsstrukturen sind die im Vergleich zum Spitalwesen stärker fragmentierten und heterogenen Betriebs- und Gouvernanzstrukturen im Bereich der Alters- und Pflegeheime (Interviewaussagen von vier Personen). Alters- und Pflegeheime werden im Vergleich zu Spitälern als autonomer und weniger vernetzt beschrieben. Die Zuständigkeiten für die Regulierung und Aufsicht in diesem Bereich variieren je nach Kanton (Kanton und/oder Gemeinden), und innerhalb der Kantone sind teilweise dieselben Verwaltungseinheiten für Spitäler und Pflegeheime zuständig, teilweise unterschiedliche. Gemäss Interviewaussagen sind die Strukturen in den Westschweizer Kantonen einheitlicher und die Rolle der Kantone in diesem Bereich grösser als in den Deutschschweizer Kantonen. Angesichts dieser Voraussetzungen sei es nicht einfach, auf nationaler oder kantonaler Ebene Programme einzuführen und zu überprüfen.

Fehlende Anreize und regulatorische Hebel

Die Finanzierungs- und Regulierungsstrukturen im Bereich der Langzeitpflege sind heterogener als im Spitalbereich (Interviewaussagen von drei Personen). Abgesehen von der Erteilung der Betriebsbewilligung hätten Kantone kaum Ansatzpunkte für Regulierungen. Mit Ausnahme der Auflage eines Hygienekonzepts bestünden kaum verbindliche Vorgaben an Alters- und Pflegeheime zum Thema HAI. Die Betriebe hätten auch kaum finanzielle Anreize, sich an nationalen Messungen der Infektionsprävalenz zu beteiligen (vgl. Schoch et al. 2018).⁷⁰

⁶⁹ <https://www.ivf.hartmann.info/de-CH/services/veranstaltungen/hygienetzwerk> (Zugriff am 23.5.2022)

⁷⁰ Als medizinische Qualitätsindikatoren für den Langzeitpflegebereich im KVG-Kontext wurden Polymedikation, Mangelernährung, Schmerz und bewegungseinschränkende Massnahmen definiert (<https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Medizinische-Qualitaetsindikatoren/PR0oS/>; Zugriff am 23.5.2022).

8 Kontextfaktoren

Der allgemeine Kontext, in den sich die Strategie NOSO einbettet, wurde in Abschnitt 2.4 erläutert.

Die Umsetzung und Wirkungsentfaltung der Strategie NOSO wird durch exogene Kontextfaktoren beeinflusst. Diese können sich hinderlich oder förderlich auf die Handlungsmöglichkeiten der Umsetzungsakteure und auf die Möglichkeiten, Bereitschaft und Motivation der Zielgruppen, Massnahmen umzusetzen und die erwarteten Verhaltensänderungen zu realisieren, auswirken. Bei solchen Kontextfaktoren kann es sich beispielsweise um politische, rechtlich-institutionelle, strategisch/programmatische oder akteursbezogene Faktoren und Rahmenbedingungen handeln.

Im Rahmen der Evaluation wurden die nachfolgend dargelegten Kontextfaktoren als relevant identifiziert. Abschnitt 8.1 geht auf allgemeine Kontextbedingungen für die Strategieumsetzung ein und beleuchtet die Covid-19-Pandemie und die neuen Grundlagen der Qualitätssicherung in der Krankenversicherung ausführlich. Diese Themen wurden mittels Interviewfragen gezielt angesprochen. Abschnitt 8.2 beleuchtet die BAG-interne Koordination zwischen den verschiedenen inhaltlich verbundenen Strategien NOSO, StAR, NSI, GRIPS und Qualitätsentwicklung.

8.1 Allgemeine Kontextbedingungen für die Strategieumsetzung

Tabelle 15 bietet eine zusammenfassende Übersicht über die in den geführten Interviews erwähnten Kontextfaktoren mit Einfluss auf die Umsetzung und Wirkungsentfaltung der Strategie NOSO. Mit Abstand am häufigsten wurde die Covid-19-Pandemie erwähnt (27 Nennungen). Dem Einfluss dieses Kontextfaktors widmet sich Abschnitt 8.1.1 ausführlich. Ein zweiter wichtiger – hinderlicher – Kontextfaktor sind fehlende Ressourcen seitens von Umsetzungspartnern und kantonalen Stellen (12 Nennungen). Zehn Personen sehen verschiedene Umsetzungshindernisse in Spitälern (vgl. ausführlich Abschnitt 0). Acht Personen verwiesen auf die hinderlichen Auswirkungen des Föderalismus, vier Personen erwähnten die neuen gesetzlichen und programmatischen Grundlagen der Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung als förderlichen Faktor (vgl. ausführlich Abschnitt 8.1.2). Je drei Personen sehen das Fehlen einer Verpflichtung zu Massnahmen als hinderlichen Faktor bzw. Rückhalt und kontinuierliches Engagement der politischen Ebene (vor allem in den Kantonen) als wichtigen unterstützenden Kontextfaktor, und zwei Personen erwähnten strukturelle Hürden in der Ausbildung im Bereich Spitalhygiene als hinderliche Faktoren.

Tabelle 15: Relevante Kontextfaktoren aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner

| Erwähnte Kontextfaktoren | Einfluss auf die Strategie NOSO | Anzahl Nennungen |
|--|---|------------------|
| Covid-19-Pandemie (vgl. Abschnitt 8.1.1) | <i>Hinderlich:</i> Kapazitäten der meisten Akteure der Strategie NOSO mit Pandemiebewältigung absorbiert; quasi Stillstand vieler Umsetzungsaktivitäten; keine Treffen der Projektorgane (20 Nennungen) | 27 |

| Erwähnte Kontextfaktoren | Einfluss auf die Strategie NOSO | Anzahl Nennungen |
|--|--|------------------|
| | <i>Förderlich:</i> Höheres Bewusstsein für und grössere Bedeutung der Infektionsprävention in Gesundheitseinrichtungen und Politik (19 Nennungen) | |
| Fehlende Ressourcen von Umsetzungspartnern | <i>Hinderlich:</i> Umsetzungspartnern fehlen oft die nötigen personellen Ressourcen, um konkrete Projektaktivitäten voranzubringen; BAG-Strategien und Kantone sprechen oft dieselben Akteure an; kantonale Stellen fehlen z.T. die Ressourcen für zusätzliche Aktivitäten im Sinne der Strategie NOSO oder für umfassende Aufsicht im Bereich der Spitalhygiene | 12 |
| Umsetzungshindernisse in Spitälern (vgl. Abschnitt 7.4) | <i>Hinderlich:</i> Betriebliche Autonomie; viele und unterschiedliche (teilweise innerhalb eines Betriebs) IT-Systeme; begrenzte Mittel, um Aufwand für Massnahmen zu leisten; Effizienz- und Kostendruck auf Spitäler; fehlende Anreize bzw. negative Kosten-Nutzen-Abwägung von Massnahmen | 10 |
| Föderalismus: dezentrale Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen, unterschiedliche Voraussetzungen und Motivationen in den Kantonen | <i>Hinderlich:</i> Entscheidungsfindung, Koordination und Umsetzung sind aufwändiger; einheitliche Umsetzung ist erschwert | 8 |
| Neue Qualitätsartikel im KVG/Qualitätsstrategie des Bundes (vgl. Abschnitt 2.4.1) | <i>Förderlich:</i> Mehr Aufmerksamkeit für Qualitätsthemen, mehr Druck auf Leistungserbringer, aktiv zu werden; potenzielle Unterstützung für Massnahmen der Strategie NOSO; neue Finanzierungsmöglichkeiten für Projekte zur Qualitätsentwicklung | 4 |
| Fehlende Verpflichtung zu Massnahmen | <i>Hinderlich:</i> Bisher fehlende (gesetzliche) Verpflichtung, Massnahmen der Infektionsprävention und -kontrolle zu treffen. Spitäler beteiligen sich an der SSI Surveillance via ANQ, weil sie dazu verpflichtet sind. | 3 |
| Politischer Rückhalt | <i>Förderlich (wenn gegeben):</i> Politischer Rückhalt für Infektionsprävention und -kontrolle und für entsprechende Aktivitäten der kantonalen Gesundheitsämter. <i>Voraussetzung:</i> Kohärentes Auftreten der öffentlichen Hand, kontinuierliche Bearbeitung des Themas Infektionsprävention | 3 |
| Strukturelle Hürden in Spitalhygiene Ausbildungen | <i>Hinderlich:</i> Anspruchsvollere Ausbildung im Bereich Spitalhygiene, höhere Hürden, entsprechende Abschlüsse zu erlangen; zu wenig Ausbildungsplätze für Fachexpertinnen/Fachexperten in Spitalhygiene im Vergleich zur hohen Nachfrage | 2 |
| Rahmenbedingungen im Bereich Bildung | <i>Hinderlich:</i> Es bestehen viele verschiedene Bildungsgänge, und dem Bund fehlen die Zuständigkeiten und Steuerungsmöglichkeiten in diesem Bereich. | 1 |

Quelle: Interviewaussagen von 29 Personen.

8.1.1 Covid-19-Pandemie

Ab Februar 2020 waren die meisten an Steuerung und Umsetzung der Strategie NOSO beteiligten Akteure im BAG, in den kantonalen Gesundheitsämtern und in den Gesundheitseinrichtungen⁷¹ mit der Bewältigung der Covid-19-Pandemie beschäftigt. Gemäss den halbjährlichen Zwischenberichten der Projektleitungen waren die Umsetzungsarbeiten ab Winter 2020 für längere Zeit praktisch sistiert. Die Evaluation ging deshalb der Frage nach, wie sich die Covid-19-Pandemie konkret auf die Strategie NOSO auswirkte.

Im Rahmen der geführten Interviews wurden die Auswirkungen der Covid-Pandemie auf die Strategie NOSO gezielt erfragt. Dabei zeigten sich drei Hauptaspekte:

- **Verzögerung der Umsetzung:** Ab Februar 2020 habe die Covid-19-Pandemie die Strategie NOSO für rund zwei Jahre auf allen Ebenen weitgehend ausgebremst. Die Projektsteuerung im BAG war stark beeinträchtigt: Die für die Strategie NOSO zuständigen BAG-Mitarbeitenden wurden vorwiegend für die Krisenbewältigung eingesetzt und konnten sich zwischen Februar 2020 und Januar 2021 kaum der Strategie NOSO widmen. Die Projektorgane waren kaum aktiv. Das Projektteam und der Projektausschuss hielten seit Anfang 2020 lediglich jeweils zwei Sitzungen ab; geplante Sitzungen mussten teilweise kurzfristig abgesagt werden. Auch die an der Strategie beteiligten Personen in den Kantonen, in Spitälern und bei Swissnoso mussten ihre Prioritäten anders setzen. Etablierte Aktivitäten in Spitälern wurden reduziert oder abgesagt (ANQ-Qualitäts-Messungen [SSI Surveillance] 2020 und 2021; nationale Punktprävalenz-Erhebung 2020). Projektarbeiten in vielen Schlüsselmassnahmen gerieten gegenüber den ursprünglichen Plänen stark in Verzug, die Umsetzung der Strategie wurde entsprechend verzögert (Interviewaussagen von 20 Personen). Drei dieser Personen gehen davon aus, dass es aufgrund des allgemein grossen Nachholbedarfs für einzelne Akteure schwierig sein werde, das vorherige Aktivitätsniveau wieder aufzunehmen. Die Strategieumsetzung sei deshalb auch für die nächsten rund zwei Jahre weiter erschwert. Zwei Personen betonten, beim BAG und bei Swissnoso seien gewisse Projektarbeiten trotz der Pandemie bemerkenswert gut vorangegangen. So wurden z.B. die strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler während der Pandemie vorangetrieben und fertiggestellt.
- **Mehr Aufmerksamkeit, grössere Bedeutung und mehr Ressourcen für Spitalhygiene und Infektionsthematik in Spitälern und Kantonen:** Die Covid-19-Pandemie habe in Spitälern und kantonalen Gesundheitsämtern das Bewusstsein für die Bedeutung der Infektionsprävention und -kontrolle, für Hygienemassnahmen und die dazu notwendigen Ressourcen erhöht. Es wird davon ausgegangen, dass dies der Umsetzung der Strategie

⁷¹ Die Aussage gilt auch für Swissnoso und weitere Fachgesellschaften und -organisationen, deren Mitglieder in Gesundheitseinrichtungen tätig sind. Swissnoso beispielsweise publizierte zahlreiche Empfehlungen und Entscheidungshilfen für den Umgang mit Covid-19 in Gesundheitseinrichtungen und aktualisierte diese teilweise laufend (<https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/aktuelle-ereignisse/archiv-richtlinien>; Zugriff am 25.4.2022).

NOSO und der strukturellen HAI-Mindestanforderungen förderlich sein werde. (Interviewaussagen von 12 Personen)

- **Grösseres Bewusstsein für Infektionsprävention und Handlungsbedarf in Alters- und Pflegeheimen:** Vor Covid-19 hätten die Themen Hygiene, Infektionsprävention und -kontrolle in vielen Pflegeheimen keine hohe Priorität gehabt. Covid-19-Ausbrüche hätten in zahlreichen Betrieben diesbezüglich Lücken und unmittelbaren Handlungsbedarf aufgezeigt, die Aufmerksamkeit für Hygienethemen erhöht und viel Aktivität in diesem Bereich ausgelöst. Es kam zu informellen Kontakten und Austausch zwischen Personen des Alters- und Pflegeheimbereichs und der bisher auf Akutspitäler fokussierten Swissnoso, aber auch zu Kontakten zwischen der GDK und Heimverbänden. Covid-19 habe auch die grosse Heterogenität und Fragmentierung des Pflegeheimbereichs deutlich gemacht; es bestünden meist betriebsspezifische Regeln und Prozesse, es fehle an übergreifenden Strukturen und Richtlinien. Es wird davon ausgegangen, dass Covid-19 in dieser Branche einige Impulse für künftige Entwicklungen und Verbesserungen ausgelöst hat. (Interviewaussagen von 12 Personen)

Jeweils einzelne Personen sahen folgende Auswirkungen von Covid-19 auf die Strategie NOSO:

- Erhöhtes Bewusstsein für die Impfthematik (2 Nennungen)
- Höhere Anerkennung von Swissnoso und ihrer Expertise bei kantonalen Behörden
- Das BAG-Mandat an Swissnoso gab einen institutionellen Rahmen für eine rasche Reaktion auf die Pandemie. Swissnoso konnte so Expertise zur Verfügung stellen und nationale Richtlinien für den Umgang mit Covid-19 ausarbeiten. Viele Spitäler hätten diese begrüsst.
- Swissnoso konnte Personen einsetzen und bezahlen, mit denen sie unter normalen Umständen nicht zusammengearbeitet hätte. Das informelle Netzwerk konnte so vergrössert werden.
- Die zur Bewältigung der Covid-19-Pandemie etablierten Zusammenarbeitsstrukturen und Informationsflüsse können auch für die Umsetzung der Strategie NOSO mobilisiert werden.

8.1.2 Entwicklungen im Bereich Qualität (KVG, Qualitätsstrategie, EQK)

Die im Zuge der KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» erfolgten Entwicklungen und ihre inhaltlichen Bezüge zur Strategie NOSO wurden in Abschnitt 2.4.1 erläutert. In den geführten Interviews wurden die bereits feststellbaren oder erwarteten Auswirkungen dieser Kontextentwicklungen auf die Strategie NOSO erfragt. Die Einschätzungen von 19 Personen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Sechs Personen sind der Ansicht, für eine Beurteilung der Auswirkungen der skizzierten Entwicklungen auf die Strategie NOSO sei es noch zu früh. Das neue System müsse sich zunächst einspielen, vieles sei noch unklar oder befinde sich noch im Aufbau, es seien zu-

nächst Konzeptarbeiten zu leisten. Auch die Beziehungen zwischen der EQK und Akteuren wie Swissnoso seien noch zu klären. Das Zusammenspiel zwischen der Qualitätsstrategie und der Strategie NOSO hänge auch von der EQK ab.

- Vier Personen gehen davon aus, dass die neuen Qualitätsbestimmungen die Verbindlichkeit von Massnahmen der Infektionsprävention erhöhen. Es bestehe grösserer Druck auf Spitäler, in diesem Bereich tätig zu werden; sie würden neu verpflichtet, ihre Bemühungen zur Qualitätsentwicklung zu dokumentieren. Entweder die Kantone oder die Krankenversicherer würden künftig die Umsetzung der entsprechenden Vorgaben einfordern.
- Drei Personen erwarteten zum Zeitpunkt des Interviews, dass die strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler und die Messung von Infektionsraten in die per Ende März zu erstellenden neuen Qualitätsverträge mit den Spitälern einfließen dürften. Im Bereich der Pflegeheime sei dies hingegen vorläufig nicht zu erwarten.
- Drei Personen erwarten allgemein einen Schub für die Strategie NOSO. Das allgemeine Thema «Qualität» sei im politischen Diskurs von grösserer Bedeutung als das eher fachspezifische Thema der HAI. Wenn der politische Wille, die Qualität der Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln, zunehme, könne dies auch die Umsetzung der Strategie NOSO unterstützen. Die Qualitätsstrategie könne aufgrund ihrer finanziellen Bedeutung für die Betriebe auch den Zugang zu Spitalleitungen herstellen, der der Strategie NOSO bisher gefehlt habe.
- Acht Personen äusserten sich zu den Möglichkeiten, bei der EQK Finanzhilfen für die Entwicklung eines Infektions-Monitorings, für Studien oder für ein nationales Programm zu beantragen. Zwei davon wiesen darauf hin, dass dieses Instrument Perspektiven für zusätzliche Aktivitäten im Sinne der Strategie NOSO eröffne. Sechs Personen äusserten allerdings Kritik an den Anforderungen an derartige Finanzhilfen. So sei dadurch das Fortbestehen der Stiftung Patientensicherheit und ihrer Aktivitäten (u.a. im Bereich der CAUTI) gefährdet, und Swissnoso könne als nicht gewinnorientierter Verein das Erfordernis von 50% Eigenleistungen kaum erfüllen und so vermutlich keine Finanzhilfen der EQK beantragen. Es sei deshalb fraglich, ob die neuen Finanzierungsmöglichkeiten wirklich genutzt würden und zum Tragen kämen. Eine Person befürchtete zudem, Kanton und Versicherer könnten künftig mit Verweis auf die Möglichkeit einer Finanzierung über die EQK die bisherige Finanzierung der ANQ-Messungen (u.a. im Bereich der SSI) in Frage stellen.
- Zwei Personen äusserten eine gewisse Skepsis gegenüber der EQK. Aufgrund ihrer Zusammensetzung und beschränkten Kapazitäten (15 Mitglieder, die die Kommissionsarbeit nebenamtlich erledigen und die Stakeholder mit teilweise unterschiedlichen Interessen vertreten) sei zu bezweifeln, dass sie ihre Aufträge werde erfüllen können.
- Eine Person ist der Ansicht, die neuen Qualitätsbestimmungen und -strategie würden den Rahmen definieren und Klarheit bezüglich der Rollen der verschiedenen Akteure schaffen.

8.2 Koordination zwischen verschiedenen BAG-Strategien

Die Strategie NOSO ist verknüpft mit folgenden weiteren nationalen Strategien in der Zuständigkeit des BAG:

- Die seit 2016 laufende Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz (StAR)⁷² mit den vier Teilprojekten Mensch, Tier, Landwirtschaft und Umwelt zielt darauf ab, die Entstehung und Verbreitung von Antibiotikaresistenzen zu vermeiden und zu bekämpfen und die Wirksamkeit von Antibiotika zu erhalten. Die von der Strategie NOSO angestrebte Reduktion von HAI leistet einen Beitrag an die Ziele der StAR und ist Teil deren Handlungsfeld «Prävention»; umgekehrt unterstützen Massnahmen der StAR zur Förderung eines sachgemässen Antibiotikaeinsatzes und zur allgemeinen Infektionsprävention die Ziele der Strategie NOSO. Die Gesamtleitung der Umsetzung und die Leitung des Teilprojekts Mensch liegt bei Mitarbeitenden der Sektion Strategien, Grundlagen und Programme (SGP) des BAG (Abteilung Übertragbare Krankheiten). Swissnoso ist mit vom BAG mit diversen Umsetzungsarbeiten beauftragt und setzt(e) seit Oktober 2016 die Teilprojekte Verschreibungsrichtlinien, Antibiotika Stewardship Programme, Prävention & Kontrolle multiresistenter Organismen und Clostridioides difficile-Surveillance in Schweizer Spitälern um.⁷³
- Die Nationale Strategie zur Verhütung der saisonalen Grippe (GRIPS)⁷⁴ und die Nationale Strategie zu Impfungen (NSI)⁷⁵ zielen auf die Primärprävention von Infektionen in der Bevölkerung und in Gesundheitseinrichtungen ab und unterstützen so die Strategie NOSO und die StAR. Die GRIPS umfasst die drei Handlungsbereiche Public-Health-Forschung, Patientenschutz und Impfpromotion. Mit der NSI sollen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Impfeempfehlungen gemäss dem Schweizerischen Impfplan umzusetzen. Für die Leitung dieser beiden Strategien sind Mitarbeitende der Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramme (I&I) im BAG zuständig. Diese Sektion betreut auch die Strategie NOSO.
- Die Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie; vgl. ausführlich Abschnitt 2.4.1) bildet den strategischen Rahmen für die vom Bundesrat festgelegten Vierjahresziele in diesem Bereich. Eines dieser Ziele im Bereich Patientensicherheit nimmt explizit Bezug auf die Strategie NOSO und die strukturellen HAI-Mindestanforderungen, ein weiteres im Bereich evidenzbasierte Entscheidungsfindung sieht den Aufbau und Betrieb eines nationalen Monitoring-Systems vor, das der Qualitätsmessung dient. Die Strategie wurde von der Sektion Qualität und Prozesse im BAG-Direktionsbereich

⁷² www.star.admin.ch

⁷³ <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/umsetzung-star/ueber-das-projekt> (Zugriff am 30.5.2022)

⁷⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-praevention-der-saisonalen-grippe.html> (Zugriff am 30.5.2022)

⁷⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-impfungen-nsi.html> (Zugriff am 30.5.2022)

Kranken- und Unfallversicherung erarbeitet, für ihre Umsetzung sind die EQK, die Qualitätsvertragspartner und die Leistungserbringer zuständig.

8.2.1 Koordinationsgefässe

Die BAG-interne Koordination zwischen den verschiedenen Strategien erfolgte wie folgt:

- Die Projektleitung des StAR-Teilprojekts Mensch und der Projektverantwortliche der Qualitätsstrategie haben im Projektteam der Strategie NOSO Einsitz, die Leitungen der Direktionsbereiche PuG und KUV im Projektausschuss.
- Ein Projekt-Koordinationsorgan NOSO-StAR-KUV diente dazu, die operative und strategische Koordination sowie die inhaltliche Abstimmung zwischen der Strategie NOSO, der StAR und der Qualitätsstrategie auf Stufe Direktionsbereich sicherzustellen (BAG 2016: 24). Gemäss den vorliegenden Protokollen traf sich dieses Organ in den Jahren 2017 und 2018 insgesamt viermal, danach nach längerer Pause gemäss Interviewaussagen erneut im Dezember 2021. An diesen Treffen wurde jeweils der Stand der Arbeiten in den verschiedenen Strategien präsentiert und Abstimmungsfragen besprochen. Diese betrafen v.a. die Schaffung einer Grundlage für die Finanzierung von Programmen in den Bereichen Qualitätsentwicklung und Patientensicherheit.
- Es erfolgten⁷⁶ informelle Treffen zwischen den Projektleitungen der Strategien NOSO und StAR und den jeweiligen Sektionsleitungen sowie teilweise weiteren Personen auf operativer Ebene. An diesen wurden gemäss den Protokollen vor allem Fragen der Abstimmung zwischen den beiden Strategien besprochen, insbesondere in Zusammenhang mit den Mandaten an Swissnoso, Richtlinien im Bereich Infektionskontrolle und der Kommunikation.
- Bei Bedarf erfolgte gelegentlicher ad hoc-Austausch zwischen den wissenschaftlichen Mitarbeitenden in den Strategien NOSO und Qualität zu sachlichen und inhaltlichen Fragen.
- Die Abstimmung zwischen den Strategien NOSO, NSI und GRIPS erfolgte sektionsintern zwischen den jeweils zuständigen Mitarbeitenden. In diesem Rahmen wurde entschieden, dass in der Strategie NOSO keine spezifischen Aktivitäten in den Bereichen Grippeprävention und Impfpromotion umgesetzt werden. (Interviewaussagen von zwei Personen)

⁷⁶ Diese Treffen fanden zwischen Juni 2016 und Dezember 2019 mit einer gewissen Regelmässigkeit statt. Nach einem längeren Unterbruch wurden sie im Oktober 2021 wieder aufgenommen (ca. einmal pro Monat).

8.2.2 BAG-interne Erfahrungen mit der Koordination zwischen den Strategien

NOSO – NSI/GRIPS

Bis zum Ausbruch der Covid-Pandemie waren in den Strategien GRIPS und NSI vor allem Aufbau- und Konzeptionsarbeiten in Gang, noch kaum Umsetzungsaktivitäten. Seit 2021 sind die Aktivitäten in diesen Strategien gestoppt. Die für GRIPS zuständige Person verliess das BAG und wurde nicht ersetzt. Aktuell erfolge kein Austausch und liege seitens der Strategie NOSO kaum Information über die Aktivitäten in den anderen Strategien vor (Interviewaussagen von drei Personen). Es ist davon auszugehen, dass aufgrund des aktuellen Umsetzungsstands bisher auch kaum Bedarf zur Abstimmung operativer Arbeiten zwischen den drei Strategien bestand.

NOSO – StAR

Aufgrund der engen inhaltlichen und organisatorischen Verbindungen bestand laufend Abstimmungsbedarf und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Zuständigen für die Strategien NOSO und StAR. Es galt vor allem zu klären, wer für in der Thematik der multiresistenten Erreger (MRE) in Spitälern⁷⁷ wofür zuständig sein soll. Es wurde vereinbart, dass die für StAR zuständige Sektion SGP die Entwicklungsarbeiten betreut und die Sektion I&I sich der Umsetzung annimmt. Dieser Zuständigkeitswechsel werfe allerdings gewisse Fragen auf. Es sei z.B. nicht klar, welche Seite künftig als «Eigner» der MRE-Richtlinien auftrete, wer die Themenführerschaft übernehme und wer wofür operativ zuständig sein soll. Dies habe einen Einfluss auf die Akteursbeziehungen (BAG-interne Ansprechpersonen für Swissnoso) und auf die Zusammensetzung von Projektgremien der Strategien. Bisher hätten sich noch keine Fragen der Finanzierungszuständigkeit gestellt, was aber künftig der Fall sein könnte. (Interviewaussagen von vier Personen)

Eine praktische Schwierigkeit zeigte sich darin, dass das BAG in den beiden (und weiteren Strategien) häufig mit denselben externen Personen zusammenarbeitet, was die Terminfindung erschwert und zur Folge hat, dass die betreffenden Personen teilweise in kurzen Intervallen mehrmals vom BAG zu Besprechungen eingeladen sind. (Interviewaussagen von drei Personen)

NOSO – Qualitätsstrategie

Die BAG-interne Koordination zwischen den Strategien NOSO und Qualität ist von zwei wichtigen Kontextfaktoren geprägt:

- Die Strategie NOSO beruht auf dem Epidemiengesetz und liegt in der Zuständigkeit des Direktionsbereichs Prävention und Gesundheitsversorgung (PuG); die Qualitätsstrategie

⁷⁷ Swissnoso erarbeitete im Auftrag des BAG Richtlinien zur Prävention und Kontrolle multiresistenter Erreger sowie zur Ausbruchsbekämpfung (Publikation im Oktober 2021; <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/mdro-richtlinien>; Zugriff am 30.5.2022).

stützt sich auf das Krankenversicherungsgesetz (KVG), für welches der Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung (KUV) zuständig ist.

- Bereits zu Beginn der Umsetzung der Strategie NOSO war klar, dass die Qualitätsbestimmungen im KVG revidiert werden sollten und sich damit die Rahmenbedingungen zur Finanzierung von Projekten der Qualitätsentwicklung ändern würden. Der Bundesrat hatte die entsprechende Botschaft dem Parlament im Dezember 2015 unterbreitet. Während dieser Zeit konnten keine Entscheidungen über die Weiterführung der Finanzierung der Programme der bisherigen Qualitätsstrategie (u.a. das Blasenkatheter-Pilotprogramm im Rahmen von «progress!») gefällt werden.

Gemäss Sitzungsprotokollen hatten die zuständigen BAG-Einheiten 2017 ein gemeinsames Vorgehen angestrebt, um die nationalen Programme zu NOSO und Qualität insgesamt kohärent und koordiniert umzusetzen. Dies betraf die Finanzierung der von den beiden Seiten finanzierten NOSO-Überwachungs- und Interventionsmodule⁷⁸, die Integration von Qualitätsprojekten in die Umsetzungsplanung der Strategie NOSO, die Ebene der verschiedenen Regulierungen (Richtlinien und Standards der Infektionsprävention gemäss EpG; Zulassungskriterien und Qualitätsanforderungen bei der Spitalplanung gemäss KVG), aber auch die Erwartungen an die gemeinsamen, an den verschiedenen Strategien beteiligten Stakeholder.

Soweit für das Evaluationsteam ersichtlich konnte diese angestrebte Koordination bisher nicht erfolgen. Gemäss den geführten Gesprächen (Interviewaussagen von fünf Personen) erklärt sich dies primär mit folgenden Umständen:

- Die parlamentarische Beratung der KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» dauerte länger als angenommen; die revidierten Bestimmungen wurden im Juni 2019 verabschiedet und auf den 1. April 2021 in Kraft gesetzt. Die Qualitätsstrategie wurde ab 2019 erarbeitet und 2022 publiziert. Die beiden Prozesse (Umsetzung der Strategie NOSO und Neuausrichtung der Qualitätsstrategie) befanden sich deshalb in unterschiedlichen Stadien und konnten zeitlich nicht aufeinander abgestimmt und zusammengeführt werden. Weil die Grundlagen im Bereich Qualität noch nicht vorlagen, konnten für die Strategie NOSO wichtige Anliegen (Zuständigkeitsfragen, Finanzierung von Programmen und Aktivitäten in Spitälern) an den Koordinationssitzungen nicht geklärt werden.
- Während die inhaltlichen Schnittstellen beidseits klar sind, bestünden gewisse Unterschiede zwischen in der Organisationskultur und fachlichen Ausrichtung der beiden Direktionsbereiche KUV und PuG. Das gegenseitige Verständnis sei nicht immer da und es sei bisher nicht gelungen, eine gute Zusammenarbeit aufzubauen. Die für die Strategie NOSO zuständigen Stellen seien z.B. nicht in die Ausarbeitung der Qualitätsstrategie involviert und nicht über deren Stand und vorgesehenen Inhalte informiert gewesen.

⁷⁸ 2017 war vorgesehen, die Swissnoso-Surveillance-Module über den EpG-Kredit zu finanzieren, die Interventionsmodule über das Budget der Qualitätsstrategie (Sitzungsprotokoll des Koordinationsorgans NOSO-StAR-KUV).

Gemäss Interviewaussagen von drei Personen (BAG-intern und -extern) lassen sich diese Unterschiede wie folgt charakterisieren: Die Akteure im Bereich öffentliche Gesundheit bzw. Infektionsprävention seien eher in medizinischen Settings verankert, fachlich ausgerichtet und gemäss Projektlogik tätig. Die Akteure im Bereich KUV/Qualitätsentwicklung seien eher ökonomisch und juristisch ausgerichtet, seien mehr mit Prozessen befasst und orientierten sich eher an einer Regulierungs- und Kontrolllogik. Dieser Bereich sei zudem auch finanziell und politisch von grösserer Bedeutung. Diese Unterschiede würden sich auch bei den Organisationen zeigen, die mit den jeweiligen Direktionsbereichen zusammenarbeiten.

Inwiefern die anhand von Sitzungsprotokollen festgestellte personelle Fluktuation sowohl in der Projektleitung der Strategie NOSO als auch in der Sektion Qualität und Prozesse des Direktionsbereichs KUV einen weiteren Faktor für die Koordinationsschwierigkeiten darstellen, lässt sich nicht beurteilen.

Nach den neuen rechtlichen KVG-Bestimmungen sind seit März 2022 nun auch die bundesrätlichen Vierjahresziele und die Qualitätsstrategie bekannt sowie die Finanzierungsgefässe definiert. Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) hat ihre Grundlagen- und Konzeptarbeiten aufgenommen und wird u.a. die progress!-Programme «Sicherheit in der Chirurgie» und «Sicherheit bei Blasenkathetern» prioritär weiterführen (EQK 2022). Damit dürften die Grundlagen für die Koordination des Qualitätsbereichs mit der Strategie NOSO zumindest auf strategischer Ebene vorliegen. Allerdings ändern sich damit auch die Zuständigkeiten: Beim Bund ist anstelle des Direktionsbereichs KUV im BAG die EQK für das Thema der Qualitätsentwicklung zuständig. Die weiterhin offenen Klärungen bezüglich der Finanzierung von Massnahmen zur Umsetzung der Strategie NOSO sind mit der EQK zu treffen. Gemäss Interviewaussagen sind die Beziehungen neu aufzubauen.

8.2.3 Aussensicht BAG-externer Akteure auf die BAG-interne Koordination

BAG-externe Personen aus Kantonen und Fachorganisationen wurden in den Interviews zu ihrer Wahrnehmung der Koordination zwischen den verschiedenen BAG-Strategien gefragt.

Kantonsärztinnen und Kantonsärzte verweisen allgemein auf die steigende Zahl von BAG-Strategien, mit denen sie sich zu befassen hätten. Der Aufwand dafür nehme laufend zu, die Ressourcen der Kantone blieben aber konstant. Die verschiedenen BAG-Strategien würden sich so gegenseitig konkurrieren, die kantonsärztlichen Dienste seien zunehmend überfordert, müssten Prioritäten setzen und könnten sich nicht überall in gleichem Mass engagieren (Interviewaussagen von zwei Personen; Wüest-Rudin 2020).

NOSO – NSI/GRIPS

Zur Koordination zwischen den Strategien NSI, GRIPS und NOSO äusserten sich nur zwei Personen auf kantonaler Ebene. Diese stellten keine Abstimmungsprobleme oder Doppelspurigkeiten fest.

NOSO – StAR

Die Koordination zwischen der Strategie NOSO und der StAR betrifft hauptsächlich Swissnoso, die in beiden Strategien vom BAG mit Umsetzungsarbeiten beauftragt ist. Gemäss Interviewaussagen von zwei Personen befassen sich aufgrund der engen thematischen Verbindungen bei Swissnoso dieselben Personen gleichzeitig mit den verschiedenen Strategien. Die Kontakte und Koordination würden gut funktionieren, allerdings sei der interne Koordinationsaufwand teilweise hoch. Eine Herausforderung stelle sich, z.B. bei der Verbuchung von Zahlungen für Projektarbeiten, die beiden Strategien gleichermaßen dienen.

NOSO – Qualitätsstrategie

Alle fünf Personen aus Kantonen und Fachorganisationen, die sich dazu geäussert haben, sind der Ansicht, die BAG-interne Abstimmung zwischen der Strategie NOSO und der Qualitätsstrategie sei ungenügend. Das Potenzial, die beiden Strategien gut zu verbinden, sei zu wenig genutzt worden. Die zuständigen Einheiten in den beiden Direktionsbereichen hätten sich zu wenig gut abgesprochen.⁷⁹

Swissnoso ist gleichzeitig im Auftrag des BAG (diverse Mandate) als auch des ANQ (SSI Surveillance) und damit eines Akteurs aus dem Qualitätsbereich tätig. Diese Konstellation sei zwar etwas komplex und administrativ aufwändig, stelle für die Organisation allerdings keine spezielle Herausforderung dar. (Interviewaussagen von drei Personen)

⁷⁹ Die Gespräche wurden vor Publikation der Qualitätsstrategie durchgeführt.

9 Fazit und Empfehlungen

9.1 Beantwortung der Evaluationsfragen

Basierend auf den voranstehenden Ausführungen werden im Folgenden die retrospektiven Hauptfragen 1-4 der Evaluation zusammenfassend beantwortet.

1) Was ist der Stand der Umsetzung der Strategie NOSO? Welche Fortschritte wurden bislang erzielt?

In allen Handlungsfeldern der Strategie NOSO sind Umsetzungsaktivitäten in Gang. Ein zentrales Ergebnis sind die 2021 publizierten 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 Spitälern als Qualitätskriterium vorsehen; Krankenversicherer können sie im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsverträge als Vorgabe an Spitäler 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 Spitälern 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 Spitälern. 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 richten 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 WHO blieben ohne Ergebnis.

Mehrere vorgesehene Massnahmen (Aufbau einer nationalen 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.

2) Erweisen sich die Massnahmen und Instrumente im Hinblick auf die Erreichung der im Wirkungsmodell formulierten Output- und Outcome-Ziele als geeignet (Zweckmässigkeit)?

Die Massnahmen der Strategie NOSO sind aus fachlicher Sicht zweckmässig. Ihre Wirksamkeit hängt davon ab, ob Gesundheitseinrichtungen bereit sind, sie umzusetzen. Bisher hat die Strategie NOSO erst wenige konkret greifbare Ergebnisse hervorgebracht, die bei den Zielgruppen direkte Wirkungen auslösen konnten. Trotzdem hat auf einigen Zieldimensionen der Strategie NOSO eine Entwicklung im angestrebten Sinn eingesetzt. Die beobachteten bzw. berichteten Veränderungen betreffen hauptsächlich die Spitäler und die Kantone. 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. Im Kanton VD wurde das bereits bestehende Infektionskontrollprogramm angepasst. 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 mangels Informationen nicht fundiert beurteilen.

Bisher wurden im Rahmen der Strategie NOSO keine Massnahmen veranlasst bzw. umgesetzt, um die angestrebten Veränderungen bei Alters- und Pflegeheimen sowie auf der Ebene des Personals in Gesundheitseinrichtungen und bei Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchenden von Spitälern und Pflegeheimen auszulösen.

Diejenigen Massnahmen die soweit konkretisiert sind, dass ihre Zweckmässigkeit beurteilt werden kann, scheinen aus Sicht der befragten Spitäler grundsätzlich geeignet, die angestrebten Wirkungen zu erzielen. Der Nutzen der strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler wird von praktisch allen befragten Akteuren als hoch beurteilt. Ihre Publikation hat in zahlreichen Spitälern konkrete Aktivitäten im Sinne der Strategie NOSO ausgelöst. Die noch nicht verabschiedeten operativen Ziele für Spitäler werden diese Entwicklung zusätzlich unterstützen, indem sie konkrete überprüfbare Indikatoren definieren. Die Zweckmässigkeit der Mindestanforderungen und der operativen Ziele hängt davon ab, ob sich Spitäler tatsächlich daran orientieren. Wenn Kantone sie

als Steuerungsinstrument bei der Zulassung und Aufsicht von Spitälern einsetzen und sie Eingang in die neuen Qualitätsverträge mit Krankenversicherern finden, wird ein Anreiz dafür geschaffen. Die GDK empfiehlt den Kantonen in ihren Empfehlungen zur Spitalplanung, die Mindestanforderungen für die Spitäler verpflichtend festzulegen. Um ihre Verbindlichkeit sicherzustellen, müsste die Erfüllung der Mindestanforderungen bzw. der operativen Ziele allerdings auch überprüft werden. Ob, wann und wie dies erfolgen wird, ist jedoch noch unklar. Auch die Frage allfälliger Sanktionen bei Nichterfüllung ist noch offen.

Um Spitäler bei der Erfüllung der angestrebten Ziele und bei der Erfassung, Prävention und Bekämpfung von HAI zu unterstützen, erarbeitet Swissnoso im Auftrag des BAG entsprechende Module und Hilfsangebote. Die Nutzung dieser Angebote ist allerdings noch nicht sehr gross, von betriebsspezifischen Faktoren abhängig und wird durch diverse hinderliche Umstände erschwert: Spitäler sind aufgrund bereits hoher Belastung und Spardruck oft nicht bereit, den personellen und finanziellen Zusatzaufwand für betriebliche Anpassungen und Massnahmen zur Überwachung und Prävention von HAI zu leisten, und auf technischer Ebene (Informatik, digitale Klinikinformationssysteme) sind die Voraussetzungen für die Erfassung von Monitoringdaten als Entscheidungsgrundlage und zur Erfolgskontrolle oft ungünstig. Die Zweckmässigkeit dieser Angebote für Spitäler ist dann hoch, wenn sie ihnen praxisorientierte Hilfsmittel zur Verfügung stellen, möglichst wenig Zusatzaufwand bezüglich Zeit, Personaleinsatz, IT-Anpassungen und Kosten verursachen und einen hohen und für die Spitalleitung rasch erkennbaren Nutzen bringen. Die bei Swissnoso involvierten Fachpersonen sind selbst in Spitälern tätig und dürften somit grundsätzlich auf eine hohe Praxisorientierung und Praktikabilität der von ihnen aufgebauten Angebote achten. Wie Interviewaussagen und Befragungsantworten zeigen, gilt es dabei allerdings zu beachten, dass sich bei kleineren und mittleren Spitälern die grösseren Herausforderungen zeigen als bei grösseren Zentrumsspitälern.

Ein Teil der Massnahmen in den Handlungsfeldern Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung der Strategie NOSO liegt in der Zuständigkeit der einzelnen Gesundheitseinrichtungen. Deren Wirksamkeit ist von der Bereitschaft der Leitungen von Gesundheitseinrichtungen abhängig, sie umzusetzen und die vorhandenen Unterstützungsangebote zu nutzen. Es wurden jedoch in der Strategie NOSO bisher noch keine Aktivitäten umgesetzt, um Spitalleitungen direkt anzusprechen und sie zu motivieren, die erwähnten Aktivitäten umzusetzen. Dies stellt eine konzeptionelle Lücke in den Wirkungsketten dieser Massnahmen dar und begrenzt deren Zweckmässigkeit. Es ist jedoch zu erwarten, dass vom Einsatz der strukturellen HAI-Mindestanforderungen durch Kantone und Krankenversicherer ein entsprechender Impuls ausgeht.

3) *Sind Aufgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten der Umsetzungspartner klar? Bewährt sich die Zusammenarbeit und Koordination aus Sicht der Beteiligten (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 Stellenprozente 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.

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 konnten 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.

4) Welchen nationalen und internationalen Kontextfaktoren ist die Strategie und deren Umsetzung ausgesetzt?

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.

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, die dezentralen Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen im Spitalwesen, die unter Hauptfrage 2 erläuterten Umsetzungshindernisse in Spitälern sowie die unterschiedlichen Voraussetzungen und Motivationen in den Kantonen.

Ein wichtiger Kontextfaktor ist die seit 2017 erfolgte Weiterentwicklung der gesetzlichen und strategischen Grundlagen der Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung. Leistungserbringer sollen u.a. 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. 2022 schlossen die Spitäler und die Krankenversicherer neue Qualitätsverträge ab. 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.

Hauptfrage 5 nach Optimierungsbedarf an der Strategie oder ihrer Umsetzung wird im nachfolgenden Abschnitt diskutiert.

9.2 Optimierungsbedarf an der Strategie NOSO

5) Gibt es Optimierungsbedarf an der Strategie oder ihrer Umsetzung?

9.2.1 Anpassungsbedarf aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner

In den geführten Interviews beurteilten sechs Personen die Strategie NOSO insgesamt als gut konzipiert, inhaltlich umfassend und zweckmässig. Der Aufbau, die Handlungsfelder und Ziele seien sinnvoll und gäben einen guten Rahmen vor. Es sei angebracht, auf verschiedenen Ebenen anzusetzen. Das Vorhaben, zunächst eine umfassende Surveillance von HAI aufzubauen, um danach gestützt auf deren Ergebnisse zielgerichtete Interventionen zu entwickeln und umzusetzen, sei der richtige Weg.

Die Interviewaussagen von 15 Personen zur Frage des Anpassungsbedarfs sind in Tabelle 16 thematisch gruppiert zusammengefasst.

Tabelle 16: Anpassungsbedarf an der Strategie NOSO gemäss Interviews

| Was sollte man aus Ihrer Sicht an der Strategie NOSO anpassen? Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge an den Massnahmen oder an der Gouvernanz? | Anzahl Nennungen |
|--|------------------|
| Inhaltliche Aspekte der Strategie NOSO | |
| Ambulante Versorgung berücksichtigen: Auch ambulante Strukturen in Spitälern, Arztpraxen und die Spitex sollten sich für Infektionsprävention und -kontrolle engagieren; sie bewegen sich zumeist ausserhalb der fachlichen Strukturen im Bereich der HAI und werden von der Strategie NOSO nicht angesprochen. | 5 |
| Schnittstellen zu anderen BAG-Strategien klären: Das Zusammenspiel, die Zuständigkeiten und die Gouvernanzstrukturen sollten zwischen den Strategien NOSO, Antibiotikaresistenzen und Qualitätsentwicklung geklärt und ggf. neu definiert werden. Allenfalls wäre eine übergeordnete Strategie, die alle Bereiche abdeckt, sinnvoller und in Steuerung und Umsetzung effizienter. | 3 |
| Emergente Pathogene und virale Epidemien in der Strategie NOSO thematisieren | 1 |
| Konzeption und Umsetzung von Massnahmen | |
| Aktivitäten weiterführen, Strategieumsetzung verstetigen und fördern: Die Strategie NOSO muss weiter gepflegt werden, es braucht Kontinuität. Es gilt die Umsetzung weiterzuführen und zu fördern und die verschiedenen Akteure dabei bedarfsgerecht zu unterstützen. | 5 |
| Infektionsprävention als Standardelement der Spitalhygiene verankern: Die Infektionsprävention sollte ein Standardelement der Spitalversorgung und Versorgungsqualität sein. Die | 4 |

| Was sollte man aus Ihrer Sicht an der Strategie NOSO anpassen? Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge an den Massnahmen oder an der Gouvernanz? | Anzahl Nennungen |
|--|------------------|
| fachlichen Grundlagen dafür liegen vor; es gilt dafür zu sorgen, dass Gesundheitseinrichtungen und Kantone sie einsetzen. Wo dies noch nicht passiert, gilt es entsprechende Veränderungsprozesse in Betrieben und Verwaltungsstellen zu lancieren und zu fördern. | |
| Praxisorientierte Umsetzungshilfen zur Verfügung stellen: Jede Gesundheitseinrichtung und jeder Kanton muss sich selber überlegen, wie die bestehenden Vorgaben und Empfehlungen in der Praxis umgesetzt werden können (z.B. Erfassung/Monitoring von HAI-Raten, regulatorische Umsetzung der HAI-Mindestanforderungen) und entsprechende Lösungen entwickeln. Einheitliche Betriebs- bzw. kantonsübergreifende Hilfsmittel und technische Lösungen zur Unterstützung wären nützlich -aber aufgrund der Heterogenität der IT-Systeme, betrieblichen und kantonalen Situationen und Herausforderungen etc. schwer zu realisieren. Empfehlungen und Ratschläge oder allgemeine Eckwerte zur Orientierung wären bereits hilfreich. | 6 |
| Fortschritte und Verbesserungen messen: Um Veränderungsprozesse zu unterstützen sind die mit der Strategie NOSO erreichten Fortschritte und die konkreten Verbesserungen in Betrieben aufzuzeigen. Dies bedingt entsprechende Messungen und Feedbacks. Kantone und Betriebe sollten sich bewusst werden, wo sie bezüglich HAI stehen. | 2 |
| Massnahmen im Bereich Bildung: Schulung von Personal in Gesundheitseinrichtungen ist bedeutend; Ausbildung von Personal und Fachexpertinnen in Spitalhygiene prioritär weiterentwickeln und intensivieren; mehr Ausbildungsplätze schaffen; Bildungsinhalte überarbeiten, dabei auch Fachgesellschaften und FMH einbeziehen; neben Spitalpersonal auch weitere Settings berücksichtigen.; | 6 |
| Informationsfluss unter Spitälern im Fall von kantonsübergreifenden Ausbrüchen von HAI ausbauen, nationale Informationsplattform schaffen; Reaktionszeit des Meldesystems bei Ausbrüchen von HAI oder MRE verbessern | 2 |
| Schnittstellen und Informationsaustausch zwischen Spitälern und Pflegeheimen bei der Infektionsprävention und bei der Kontrolle von multiresistenten Keimen verbessern (Sensibilisierung, Schulung) | 2 |
| Gouvernanz | |
| Projektleitung stärken: Ressourcen ausbauen, personelle Kontinuität und starke, sichtbare Prozessführung sicherstellen. | 3 |
| Umsetzungsverantwortliche/Akteure aus der Praxis stärker in die Strategie einbeziehen | 2 |
| Zuständigkeiten und Kommunikationsmechanismen klar definieren und besser vermitteln | 1 |
| Spitalleitungen stärker in die Strategieumsetzung einbeziehen: Leitungen an den Projektgremien beteiligen; Leitungen direkt in Konsultationen einbinden; Verbindung zu Spitalleitungen via H+, Vereinigungen der Spitaldirektorinnen und -direktoren oder Kantonsärzteschaft stärken. | 6 |
| Kleinere Spitäler besser in die Strategie einbeziehen , um sie zu sensibilisieren, ihre spezifischen Anliegen und Herausforderungen zu erkennen und sie gezielt unterstützen zu können. | 4 |
| Alters- und Pflegeheime besser in die Strategie einbinden: Gestützt auf Daten zur Prävalenz von HAI in Alters- und Pflegeheimen Auslegeordnung über Herausforderungen, Ansatzpunkte, Ziele, mögliche Massnahmen und Zuständigkeiten vornehmen; Beziehungen zu Organisationen des Pflegebereichs intensivieren; Strukturen, niederschwellige Angebote und Hilfsmittel schaffen, um Pflegeheime gezielt bei der Infektionsprävention zu unterstützen. | 5 |
| Medizinische Fachgesellschaften stärker in die Strategie einbinden und besser ansprechen | 3 |
| Umsetzungskontrolle: Bund und Kantone sollten die Erfüllung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen und der Qualitätsverträge überprüfen; sie sollten die Kapazität, das Fachwissen und den Willen haben, um ihre jeweiligen Aufsichtsaufgaben konsequent wahrzunehmen. | 2 |

| Was sollte man aus Ihrer Sicht an der Strategie NOSO anpassen? Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge an den Massnahmen oder an der Gouvernanz? | Anzahl Nennungen |
|--|------------------|
| Kantone: Kantone besser in Umsetzung einbinden; Vertretung im Projektteam optimieren; Gesundheitsdirektor/inn/en stärker einbeziehen; Rolle der kantonalen Akteure klären, bessere Information über Umsetzungsstand; | 6 |
| Kommunikation verbessern: Kommunikationswege klar definieren und vermitteln; Bewusstsein für die Bedeutung der HAI-Präventionsmassnahmen stärken; Swisnoso-Projekte und -Module aktiv an Spitäler promoten, Plattform zur Vermittlung guter Projekte schaffen. | 4 |
| Leistungsfähigkeit von Umsetzungspartnern sicherstellen | 1 |
| Kantone | |
| Konsequenterer Einsatz der Kantone: Die Kantone sollten ihre Rolle als Unterstützer von Gesundheitseinrichtungen bei der Umsetzung der Präventionsmassnahme noch stärker wahrnehmen, positive Anreize schaffen und die Umsetzung kontrollieren; Verbindung zwischen kantonsärztlichen Diensten und Gesundheitseinrichtungen im Bereich HAI-Prävention stärken, Reporting über Massnahmen einführen. | 2 |
| Rahmenbedingungen | |
| Anreize für Gesundheitseinrichtungen schaffen: Gesetzliche und finanzielle Anreize schaffen; Nutzen und «return on investment» evidenzbasiert aufzeigen; klare Vorgaben schaffen, Verbindlichkeit und Druck erhöhen; Stellung und Anforderungen an Spitalhygiene und Spitalhygieniker/innen gesetzlich verankern. | 5 |
| Digitalisierung und Automatisierung der Datenerfassung verbessern: Monitoringtools koordinieren und homogenisieren; technische und datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen für Erhebung, Auswertung und Austausch von Daten verbessern; Spitäler mit konzeptionellen (Definitionen, Indikatoren, Standards) und technischen (Softwaretools) Umsetzungshilfen unterstützen. | 4 |
| Finanzierung des Aufwands für zusätzliche Massnahmen sichern | 1 |

Quelle: Interviewaussagen von 15 Personen.

9.2.2 Anpassungsbedarf aus Sicht des Evaluationsteams

Basierend auf den bisherigen Ausführungen in den Kapiteln 4 bis 8 und den geführten Interviews beurteilt das Evaluationsteam den Bedarf zur Anpassung der Konzeption (Ziele und Massnahmen), Umsetzung und Steuerung der Strategie NOSO wie folgt:

Anpassungen der Strategie, ihrer Handlungsfelder und Massnahmen drängen sich nicht auf. Die Ziele sind weiterhin aktuell und relevant, und aus fachlicher Perspektive sind der Grundansatz, der Aufbau und die Handlungsfelder der Strategie NOSO sinnvoll, zweckmässig und – bezogen auf die stationäre Gesundheitsversorgung – umfassend. Die vorgebrachten inhaltlichen Vorschläge, die Strategie auf die ambulante Gesundheitsversorgung auszudehnen⁸⁰ und auch emergente Pathogene und virale Epidemien zu thematisieren, sind fachlich sicherlich gerechtfertigt. Angesichts der

⁸⁰ Die Strategie NOSO bezieht sich explizit nur auf die stationäre Versorgung. Eine Ausweitung auf die ambulante Versorgung war im Strategiedokument «in einem zweiten Schritt» vorgesehen (Bundesrat 2016: 4). Das BAG liess 2016/2017 zwei Vorstudien dazu erstellen (Vettori et al. 2016; Zingg 2017), entschied jedoch 2017, für den ambulanten Bereich keine neue Strategie zu erarbeiten (Protokoll der Projektteam-Sitzung vom 5.12.2017).

fortschreitenden Verlagerung von operativen Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich⁸¹ und der zunehmenden Bedeutung des spitalambulanten Bereichs in der Gesundheitsversorgung insgesamt⁸² scheint eine Ausdehnung des Geltungsbereichs der Strategie NOSO auf den spitalambulanten Bereich an sich durchaus angezeigt. Die Umsetzung von Massnahmen für diesen Bereich würde jedoch den Einbezug zusätzlicher Akteure bedingen: In Spitalambulatorien sind teilweise Ärztinnen und Ärzten privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung tätig (Belegarztsystem), die nicht per se in die hierarchischen Strukturen eines Spitals integriert sind und die möglicherweise auch von Fachorganisationen wie Swissnoso nur beschränkt erreicht werden. Gemäss Interviewaussagen ist auch nicht gewährleistet, dass Pflege- oder Assistenzpersonal in Spitalambulatorien an Informations- und Schulungsaktivitäten der Berufs- und Fachorganisationen teilhaben. Um diese Zielgruppen anzusprechen, wären spezifische Anstrengungen und Massnahmen nötig. Dies müsste durch einen Ausbau der Ressourcen und der Gouvernanzstrukturen begleitet werden, was mit Blick auf die aktuelle Situation der Abteilung übertragbare Krankheiten im BAG als unrealistisch zu beurteilen ist. Mit Blick auf die bereits bestehenden Kapazitätsengpässe zur Steuerung und Umsetzung der Strategie NOSO und auf die grosse Vielfalt und Heterogenität der aktuell involvierten Akteure würde eine solche Ausweitung die aktuell vorhandenen Möglichkeiten der Projektleitung klar übersteigen und wäre mit grossen Risiken für die Umsetzung der bestehenden Strategie NOSO verbunden. Aufgrund der engen inhaltlichen Verflechtungen und gewissen Doppelspurigkeiten in den Beziehungen zu Swissnoso wäre jedoch allenfalls denkbar, die Zuständigkeiten und Kapazitäten für die Strategie NOSO und für das Teilprojekt Mensch der Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz effizienter zu organisieren und ggf. zu fusionieren.

Mit Blick auf den aktuellen Stand der Strategie NOSO muss das Hauptziel von Anpassungen darin bestehen, die weitere Umsetzung zu fördern, die Arbeiten in gewissen Handlungsfeldern (Bildung) und Aktivitäten (operative Ziele für die Spitäler) mit grösseren Covid-bedingten Stillständen mit hoher Priorität wiederaufzunehmen und die Voraussetzungen für die Steuerung und Umsetzung der Strategie zu verbessern. Dabei gilt es folgender Ausgangslage Rechnung zu tragen:

- Die Verantwortung für zahlreiche Massnahmen der Strategie NOSO und zur Umsetzung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen liegt bei den betrieblich autonomen stationären Gesundheitseinrichtungen (Tabelle 8). Die Wirksamkeit der Strategie hängt im Wesentlichen von deren Aktivitäten zur Infektionsprävention und -kontrolle ab. Somit sind letztlich das Bewusstsein für die Thematik und das konkrete Verhalten der Ärzteschaft und des Pflegepersonals in Gesundheitseinrichtungen, aber auch die Leadership und das Engagement der Leitungen von Spitälern und Pflegeheimen entscheidend für die Erreichung

⁸¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html> (Zugriff am 30.9.2022) und Bundi et al. (2022).

⁸² Seit 1997 nahmen die Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenversicherung pro Person für stationäre Spitalleitungen im Durchschnitt um 1.2% zu, die Leistungen für ambulante Spitalleistungen (inklusive Medikamente) um durchschnittlich 3.8%. Der Anteil der spitalambulanten Leistungen an den Gesamtkosten erhöhte sich zwischen 1997 und 2021 von 10.8% auf 18.0% (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 2.19). Vgl. auch den Helsana-Mengenreport 2019 (Gyger 2019).

der Strategieziele. Es fanden sich jedoch bisher im Rahmen der Strategie noch kaum konkrete Aktivitäten, um diese zur Umsetzung dieser Massnahmen zu stimulieren. Diese Zielgruppen sind auch nicht direkt in die Umsetzungsorganisation der Strategie NOSO eingebunden; sie werden indirekt über die Verbände (H+, CURAVIVA) und über die verschiedenen Fachorganisationen im Bereich Infektionsprävention angesprochen.

- Die Ziele und Erwartungen an Umsetzungspartner und Gesundheitseinrichtungen sind definiert und in Form der strukturellen HAI-Mindestanforderungen und der noch nicht verabschiedeten operativen Ziele für Spitäler konkretisiert. Diverse Angebote (Richtlinien, Empfehlungen, Hilfsmittel, Surveillance- und Interventionsmodule etc.), um die Gesundheitseinrichtungen bei der Umsetzung von Massnahmen der Infektionsprävention zu unterstützen, liegen vor oder sind im Aufbau. Die Nutzung dieser Angebote ist allerdings noch nicht sehr gross, von betriebsspezifischen Faktoren abhängig und wird durch diverse hinderliche Umstände erschwert: Spitäler sind aufgrund von bereits hoher Personalbelastung und -knappheit sowie Spardruck oft nicht bereit oder in der Lage, den personellen und finanziellen Zusatzaufwand für betriebliche Anpassungen und Massnahmen zur Überwachung und Prävention von HAI zu leisten. Auf technischer Ebene (Informatik, digitale Klinikinformationssysteme) sind die Voraussetzungen für die Erfassung von Monitoringdaten als Entscheidungsgrundlage und zur Erfolgskontrolle oft ungünstig. In Alters- und Pflegeheimen sind diese Hindernisse noch grösser; die personellen und strukturellen Voraussetzungen der Infektionsprävention sind im Vergleich zu Akutspitäler in der Regel weniger weit entwickelt (Zuñiga et al. 2018). 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 Akutspitalern.
- Die Aktivitäten von Gesundheitseinrichtungen im Bereich der Infektionsprävention hingen bisher weitgehend von deren Eigeninitiative ab (vgl. Abschnitt 4.2.1); es fehlten verbindliche Vorgaben und Anreize dazu. Mit der Weiterentwicklung der gesetzlichen und strategischen Grundlagen der Qualitätsentwicklung im Rahmen des KVG, deren Umsetzung in Form von neuen Qualitätsverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern und mit der offiziellen Empfehlung der GDK an die Kantone, die strukturellen HAI-Mindestanforderungen umzusetzen (Abschnitt 5.2.2), haben die Verbindlichkeit der Ziele und Richtlinien der Infektionsprävention und der Druck auf die Gesundheitseinrichtungen, diese zu erfüllen, zugenommen. Damit bestehen stärkere Anreize für Spitäler, Massnahmen im Sinne der Strategie NOSO umzusetzen. Betriebe, die in diesem Bereich noch wenig weit fortgeschritten sind und hinsichtlich ihrer Strukturen, Personalausstattung, Qualifikation und konkreten Massnahmen der Infektionsprävention und -kontrolle Handlungsbedarf aufweisen, sind auf technische und fachliche Unterstützung angewiesen. Solche steht via Swissnoso und die Massnahmen im Rahmen der Strategie NOSO zur Verfügung. Der unterstützende Ansatz der Strategie NOSO kann somit die eher einem «command and control»-Ansatz folgende stärkere KVG-Regulierung gut ergänzen. Wenn es gelingt, Spitalleitungen dieses Unterstützungspotenzial aufzuzeigen und sie zur Nutzung der

vorhandenen Angebote zur Überwachung und Prävention von HAI zu motivieren, ist dies zum einen den Zielen der Strategie NOSO förderlich und kann zum anderen der potenzielle Widerstand der Spitäler gegen verbindlichere Regulierungen etwas aufgefangen werden.

- Die für längere Zeit offene Situation bezüglich der Rahmenbedingungen für künftige Programme und Massnahmen der Qualitätsentwicklung im Bereich der Krankenversicherung hat sich in der Zwischenzeit weitgehend geklärt. Die Zuständigkeiten sind bekannt, die neuen von der EQK betreuten Finanzierungsgefässe und -reglemente liegen seit 2021 vor (EQK 2022), und die Qualitätsstrategie wurde im März 2022 publiziert. Damit besteht nun eine günstige Ausgangslage für die Klärung der lange offenen Fragen zum Zusammenwirken der Strategie NOSO und der Qualitätsstrategie in Bezug auf die Finanzierung von Überwachungs- und Interventionsaktivitäten, die Umsetzungsplanung der beiden Strategien und auf die Erwartungen der gemeinsamen beteiligten und betroffenen Stakeholder (vgl. Abschnitt 8.2.2).
- Die seit 2021 bestehenden Rahmenbedingungen zur Finanzierung von Programmen oder Projekten zur Qualitätsentwicklung über Finanzhilfen der EQK – namentlich das Erfordernis des Anteils von 50% Eigenleistung – sind für viele Organisationen, die sich im Bereich der Infektionsprävention betätigen, eher schwer zu erfüllen. Es ist deshalb ungewiss, inwiefern das grosse Potenzial dieser auf das KVG abgestützten Finanzhilfen tatsächlich zur Finanzierung von Aktivitäten der Infektionsprävention genutzt wird. Die Akteure der Infektionsprävention dürften deshalb weiterhin auf die Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen des EpG angewiesen sein.
- Die Leistungsfähigkeit der Projektleitung der Strategie NOSO im BAG ist aufgrund der verfügbaren personellen Ressourcen und der aktuellen Situation der zuständigen Abteilung Übertragbare Krankheiten (weiterhin hohe Belastung durch die Covid-19-Pandemie, unbesetzte Stellen) begrenzt. Sie kann deshalb kaum zusätzliche Aufgaben übernehmen. Das federführende BAG ist bei der Strategieumsetzung auf die Unterstützung von externen Partnern angewiesen und muss sich diese sichern.

Vor diesem Hintergrund sieht das Evaluationsteam die folgenden Stossrichtungen zur Anpassung der Strategie NOSO. Diese tragen den bestehenden Systemgrenzen Rechnung und fokussieren auf Anpassungen innerhalb der Strategie, d.h. auf die Gouvernanz, die Rollen, Zuständigkeiten und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und auf die Ausgestaltung von Massnahmen. Gewisse Hürden für die Strategieumsetzung betreffen institutionelle Rahmenbedingungen ausserhalb des Einflussbereichs der Strategie NOSO und müssten auf übergeordneter staatlicher Ebene oder innerhalb von Spitalbetrieben angegangen werden. Dies betrifft allfällige Anpassungen des regulatorischen Umfelds (z.B. spezifische gesetzliche Anforderungen an die Spitalhygiene bzw. Infektionskontrolle⁸³; Anpassung von datenschutzrechtlichen Voraussetzungen; finanzielle Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen bei der Umsetzung von Massnahmen der Infektionsprävention und

⁸³ Deutschland z.B. kennt gesetzliche Vorgaben (GKV-Spitzenverband 2021; vgl. Fussnote 67).

-kontrolle) oder die Förderung der Digitalisierung und die Weiterentwicklung und Harmonisierung von digitalen Klinikinformationssystemen in Spitälern.

Gouvernanz der Strategie NOSO stärken und optimieren

Zur Unterstützung der Strategieumsetzung sollten die Kapazitäten zur Leitung und Führung der Strategie NOSO gestärkt, die Strukturen zur Umsetzung weiterentwickelt, das Netzwerk der beteiligten Akteure erweitert und die Rollen gewisser Umsetzungspartner geklärt werden. Diese Stossrichtung umfasst folgende Elemente:

- Sicherung und ggf. Ausbau der Kapazitäten der Projektleitung im BAG
- Kontinuität des Projektteams sichern, regelmässige Sitzungen
- Stärkere Berücksichtigung der Perspektive von Umsetzungsakteuren im Projektteam sicherstellen: Kantone (auch für Spitalversorgung zuständige Stellen), Spitäler bzw. Spitalleitungen (v.a. auch mittlere und kleinere Betriebe), Alters- und Pflegeheime einbeziehen
- Betroffene medizinische Fachgesellschaften aktivieren und in die Umsetzung einbinden

Umsetzungsstrukturen im Bereich der Alters- und Pflegeheime stärken

Wie in Abschnitt 7.5 dargelegt sind die Akteursstrukturen im Bereich der Alters- und Pflegeheime stark fragmentiert und waren bislang die Voraussetzungen, um die Thematik der HAI in diesem Bereich über nationale Netzwerke und Fachorganisationen anzugehen, nicht gegeben. Unter der Prämisse, dass die Ziele der Strategie NOSO auch für Alters- und Pflegeheime relevant sind und weiterhin verfolgt werden sollen,⁸⁴ gilt es hier anzusetzen. Entsprechend umfasst diese Stossrichtung folgende Elemente:

- Möglichkeiten, Rollen und Erwartungen von bzw. an CURAVIVA bei der Umsetzung der Strategie NOSO klären, Ziele und Prozessschritte gemeinsam festlegen und ggf. weitere mögliche Partnerorganisationen identifizieren und einbeziehen
- Schaffung einer Umsetzungsstruktur, die Massnahmen im Bereich der Alters- und Pflegeheime koordinieren und deren Umsetzung initiieren bzw. leiten kann
- Alters- und Pflegeheime, Verbände und Fachorganisationen in diesem Bereich aktivieren und in die Umsetzung einbinden

Voraussetzungen für die Umsetzung auf kantonaler Ebene optimieren

In den Kantonen sind zum einen die für die öffentliche Gesundheit (Infektionskontrolle) zuständigen kantonsärztlichen Dienste, zum anderen die für die Spitalversorgung und Qualitätsfragen zuständigen Stellen im Kontext der Strategie NOSO aktiv, und es bestehen in beiden Bereichen

⁸⁴ Die Pilot-Punktprävalenzstudien in den Kantonen VD und SG zeigten HAI-Raten von 4.4 bzw. 4.0% und damit eine etwas tiefere Prävalenz als sie in den Akutspitälern gemessen wird (zwischen 5.4 und 5.9%).

interkantonale Austauschgremien. Interaktion und Informationsaustausch zwischen diesen beiden Bereichen sind jedoch nicht überall gegeben. Kantonale Aktivitäten im Bereich der Überwachung, Prävention und Bekämpfung von HAI hängen davon ab, ob rechtliche Instrumente und Strukturen dafür bestehen, wer im Kanton sich dieses Themas annimmt, ob die betreffende Stelle bzw. Person einen kantonsinternen Auftrag hat oder sich eigeninitiativ darum kümmert, wie gut sie über das Thema und die verfügbaren Instrumente (inklusive die strukturellen HAI-Mindestanforderungen) informiert ist, und von den verfügbaren Ressourcen. In den Kantonen stellen sich zudem diverse offene Fragen in Zusammenhang mit der Anwendung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen (Form der regulatorischen Umsetzung, Verbindlichkeit, Kontrolle/Überprüfung).

Somit gilt es auf Ebene der einzelnen Kantone folgende Aspekte zu optimieren:

- Umsetzung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen: Grundlagen schaffen, offene Fragen klären
- Austausch zwischen kantonsärztlichen Diensten, NOSO-Kontaktpersonen und für Spitalversorgung zuständigen Stellen optimieren

Die GDK unterstützt die Kantone, indem sie auf nationaler Ebene zwischen den Kantonen, dem BAG, Swisnoso und H+ koordiniert und verschiedene interkantonale Gremien betreut. Sie verfügt jedoch über keine systematische Übersicht über die Situation in den einzelnen Kantonen. Auf interkantonomer bzw. kantonsübergreifender Ebene sieht das Evaluationsteam folgende Optimierungsmöglichkeiten:

- Die Kantone besser über die Strukturen und Informationsflüsse in Zusammenhang mit der Strategie NOSO informieren
- Informationsflüsse aus dem Projektteam in die Kantone in Zusammenhang mit der NOSO-Thematik verbessern
- Den Kantonen verstärkt das Zusammenspiel der Bereiche Infektionsprävention und Spitalversorgung/Qualität vermitteln.

Veränderungsprozesse in Spitälern anregen und unterstützen

Wie in Abschnitt 4.2.1 dargelegt, sind viele der in der Strategie NOSO vorgesehenen Aktivitäten der Eigeninitiative von Spitälern überlassen. Die Ausarbeitung von Arbeitshilfen zur Unterstützung der Umsetzung ist in der Strategie explizit vorgesehen und in Gang. Diese richten sich meistens an Fachpersonen der Infektionsprävention. Damit konkrete Massnahmen, wie sie im Strategiedokument und den strukturellen HAI-Mindestanforderungen vorgesehen sind, umgesetzt und die dazu nötigen betrieblichen Voraussetzungen (z.B. personelle Kapazitäten, Stellenpläne, Finanzierung von Aktivitäten, IT-Infrastruktur zur Datenerfassung und -verknüpfung, Angebote und Zeiteresourcen für Schulungen im Bereich Infektionsprävention etc.) geschaffen werden, ist Leadership und Einsatz der Leitungen auf verschiedenen Ebenen eines Spitals (Gesamtbetrieb, Klinik, Medizin, Pflege) notwendig. Dies kann nur bedingt eingefordert werden (z.B. über die strukturellen HAI-Mindestanforderungen, vgl. Abschnitt 7.2), sondern muss stimuliert und unterstützt werden.

Es wurden hingegen bisher bei der Strategieumsetzung keine konkreten entsprechenden Impulse gesetzt. Diese Lücke in der Wirkungskette der Strategie NOSO kann wie folgt behoben werden:

- Vorhandene Netzwerke und Gefässe nutzen oder solche schaffen, um Spitäler – v.a. deren Leitungen – direkter in Aktivitäten zur Prävention und Bekämpfung von HAI einzubinden, dabei insbesondere die Beteiligung mittlerer und kleinere Spitäler sicherstellen, um deren Anliegen und Herausforderungen berücksichtigen zu können
- Spitalleitungen sowie Leitungen der Bereiche Medizin und Pflege gezielt ansprechen, informieren und sensibilisieren, ihnen Bedeutung und Nutzen der Infektionsprävention und -kontrolle vermitteln
- Bedarfsgerechte, praxisnahe und niederschwellige Hilfestellungen zur Unterstützung der Umsetzung anbieten
- Fortschritte, Nutzen und Wirksamkeit von Massnahmen im Betrieb aufzeigen

Kommunikation weiterentwickeln

Die bisherigen Kommunikationsaktivitäten des BAG informieren auf eher allgemeiner Ebene über Entwicklungen der Strategie NOSO. Sie waren für diverse (potenzielle) Umsetzungspartner und kantonale Stellen nicht sehr relevant, da bisher noch wenig konkrete, sie betreffende Ergebnisse aus der Strategieumsetzung vorlagen. Dies hat sich v.a. mit den strukturellen Mindestanforderungen und den neuen Rahmenbedingungen der Qualitätsentwicklung geändert. Die vorliegende Evaluation zeigt, dass bei Spitälern, kantonalen Stellen und Fachgesellschaften gewisse Informationslücken und nicht abgedeckte Bedürfnisse nach praxisnaher Information über Massnahmen der Strategie NOSO bestehen. Mehrere der voranstehend skizzierten Stossrichtungen verweisen zudem auf Kommunikationsaktivitäten. Diese sollten deshalb weiterentwickelt werden.

- 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 Kommunikationsmassnahmen ansprechen
- Die voranstehend erwähnten Zielgruppen über die Strategie NOSO und ihre Ziele und Massnahmen, über die Rollen und Zuständigkeiten der verschiedenen Akteure sowie über spezifische Angebote informieren
- Akteursworkshops für Zielgruppen und Stakeholder wieder aufnehmen

Inhaltliche und organisatorische Schnittstellen zwischen verschiedenen BAG-Strategien klären und ggf. anpassen

Zwischen der Strategie NOSO und dem Teilprojekt Mensch der Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) bestehen inhaltliche und organisatorische Verflechtungen (vgl. Abschnitt 8.2), die sowohl für die beiden zuständigen BAG-Sektionen als auch für Swissnoso, die im Rahmen beider Strategien Mandate des BAG umsetzt, Koordinationsaufwand und gewisse Doppelspurigkeiten mit sich

bringen. Angesichts allseits knapper personeller Kapazitäten wäre zu prüfen, ob und wie diese Verflechtungen reduziert und die Zuständigkeiten und Projektorganisationen neu und effizienter gestaltet werden können.

Die Qualitätsstrategie ergänzt und unterstützt die Strategie NOSO. Die darauf basierenden Vierjahresziele schaffen eine verbindliche Vorgabe zur Nutzung der Empfehlungen und Mindestanforderungen im Bereich HAI. Zudem bestehen neue Gefässe und finanzielle Mittel zur Förderung von Programmen und Projekten, die sich auch auf die Messung und die Prävention von HAI beziehen können. Die 2017 vorgesehene Abstimmung zwischen den beiden Strategien (vgl. Abschnitt 8.2.2) kann somit vor dieser neuen Ausgangslage wieder aufgenommen werden.

9.3 Empfehlungen

Die nachfolgenden Empfehlungen des Evaluationsteams setzen bei den voranstehend skizzierten Stossrichtungen an. Sie regen konkrete Anpassungen und Massnahmen an, um die Umsetzung der Strategie NOSO zu optimieren und die Rahmenbedingungen dafür zu verbessern. Die Empfehlungen sind prinzipiell an Akteure adressiert, die in die Organe zur Steuerung und Umsetzung der Strategie NOSO eingebunden sind und denen entsprechende Aufgaben zukommen oder zukommen können. Da dies auf Gesundheitseinrichtungen nicht zutrifft, wurde darauf verzichtet, an sie gerichtete Empfehlungen zu formulieren. Wie voranstehend ausgeführt ist das Handeln dieser zentralen Zielgruppe der Strategie NOSO jedoch entscheidend für deren Wirksamkeit.

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 Bereich 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 Pflegeverantwortlichen, 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: Swisnoso; 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, Angebote zur Unterstützung bei deren Einsatz und positive Erfahrungen damit 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 Swisnoso, H+, 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.

Dokumente und Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2009). Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2016). Projektantrag: Umsetzung der nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO). Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2018a). Umsetzung Strategie NOSO – Zwischenbericht 1. November 2016 – März 2018. Bern: BAG. (unveröffentlicht)
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2018b). Umsetzung Strategie NOSO – Zwischenbericht 2. April 2018 – Oktober 2018. Bern: BAG. (unveröffentlicht)
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2020). Strategie NOSO – Jahresbericht 2019. Bern : BAG.
- Bellini, Enrico (2018). Mise en œuvre de la stratégie NOSO. Concept de communication pour les parties prenantes. Bern: IC Infraconsult. (unveröffentlicht)
- Bundesrat (2016). Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO). Bern.
- Bundesrat (2022a). Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie). Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bern: BAG.
- Bundesrat (2022b). Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung für die Jahre 2022–2024. Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bern: BAG.
- Bundi, Pirmin et al. (2022). Évaluation de la réglementation « l’ambulatoire avant le stationnaire » de l’ordonnance sur les prestations de l’assurance des soins. Étude réalisée sur mandat de l’Office fédéral de la santé publique. Lausanne : IDHEAP, Université de Lausanne.
- Coordination Center Prevalence Study CH (2018). Point Prevalence Survey 2017 of healthcare-associated infections and antimicrobial use in Swiss acute care hospitals. Genf: Hôpitaux Universitaires Genève/Bern: Swissnoso
- Ecoplan (2019). Anreizsysteme zur Verhütung healthcare-assoziiertes Infektionen in Spitälern und Pflegeheimen: Definitiver Schlussbericht. Bern: Ecoplan.
- EQK – Eidgenössische Qualitätskommission (2022). Jahresbericht der Eidgenössischen Qualitätskommission EQK. Jahr 2021. Bern: EQK.
- GDK (2020). Qualität im Gesundheitswesen: Sicht der Kantone. Positionspapier der GDK. Bern: GDK

- GDK (2022). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 und am 25.5.2018 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 20.5.2022. Bern: GDK.
- GKV-Spitzenverband (2021). Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2020 an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Gyger, Pius (2019). Mengenentwicklungen in der Grundversicherung. Helsana-Report. Zürich: Helsana-Gruppe.
- H+ Die Spitäler der Schweiz (2022). Voraussichtliche Startauswahl Q-Verbesserungsmassnahmen, Stand 26.08.2022. <https://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsprogrammeundpatientensicherheit> (Zugriff am 26.9.2022)
- Knoepfel, Peter; Larrue, Corinne; Varone, Frédéric und Veit, Sylvia (2011). Politikanalyse. Opladen & Farmington Hell: Verlag Barbara Budrich.
- Kuster, Stefan; Schüpbach, Mike und Maag, Judith (2015). Strategie NOSO: Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen – IST-Analyse. Bern: BAG.
- Merçay, Clémence; Grünig, Annette und Dolder, Peter (2021). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung (Obsan Bericht 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Metsini, Aliko et al. (2021). Evaluation of existing and desired measures to monitor, prevent and control healthcare-associated infections in Swiss hospitals. Swiss Medical Weekly. <https://doi.org/10.4414/smw.2021.20516>
- Rüefli, Christian; Duetz, Margreet; Jordi, Michael und Spycher, Stefan (2015). „Gesundheitspolitik“, in Oggier, Willy (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017; Bern: hogrefe; 117-136.
- Sager, Fritz et al. (2021). Politikevaluation – Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmiedel, Yvonne et al. (2022). Second report of Swissnoso on the epidemiology of healthcare-associated infections in Switzerland. October 2020 – October 2021. Bern: Swissnoso.
- Schoch, Tobias et al. (2018). Anreizsysteme zur Verhütung healthcare-assoziierter Infektionen in Spitälern und Pflegeheimen. Bern: Ecoplan.
- Schreiber, Peter; Sax, Hugo; Wolfensberger, Aline et al (2018). The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005–2016: Systematic review and meta-analysis. In: Infection Control & Hospital Epidemiology 39. 1277–1295.
- Sommerstein, Rami et al. (2020). First report of Swissnoso on the epidemiology of healthcare-associated infections in Switzerland since 2017. Per August 2020. Bern: Swissnoso.
- Swissnoso (2018). Swiss Point Prevalence Survey about Healthcare-associated Infections and Antibiotic Use in acute-care hospitals – Work package 2 (costs, mortality). Bern: Swissnoso.

- Vettori, Anna; Angst, Vanessa und von Stokar, Thomas (2016). Strategie NOSO ambulant: Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen im nichtstationären Bereich – Vorstudie. Zürich: INFRAS Forschung und Beratung.
- Wüest-Rudin, David; Müller, Peter und Haldemann, Katrin (2020). Situationsanalyse Epidemien-gesetz. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: bolz+partner consulting ag.
- Zingg, Walter; Fu, Qiao und Neves, Diana (2017). Strategie NOSO Ambulant. Systematic review on the burden and prevention of healthcare-associated infections in outpatient care. Genève : Hôpitaux Universitaires de Genève, Service de Prévention et Contrôle de l'Infection.
- Zuñiga, Franziska et al. (2021). SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Basel: Universität Basel, Institut für Pflege-wissenschaft.

Anhang 1: In der Strategie NOSO vorgesehene Aktivitäten und Outputs

In der Strategie NOSO sind keine konkreten Outputs bzw. Leistungsziele für die einzelnen Schlüsselmassnahmen definiert. Das Evaluationsteam leitete deshalb aus den Ausführungen zu den Teilbereichen im Strategiedokument ab, welche möglichen Produkte und Leistungen an die Zielgruppen sich aus den beschriebenen Aktivitäten ergeben können. Sie sind in Tabelle 17 aufgelistet.

Tabelle 17: In der Strategie NOSO vorgesehene Aktivitäten und Outputs pro Handlungsfeld (HF)

| Schlüsselmassnahmen (Nummer) | Teilbereiche/Aktivitäten | In der Strategie NOSO vorgesehene Outputs (z.T. vom Evaluati-onsteam hergeleitet) |
|--------------------------------------|--|---|
| HF Governance | | |
| Standards und Richtlinien (G-1) | Mindestanforderungen für Spitäler und Pflegeheime ermitteln | National einheitliche Standards und Richtlinien zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von HAI in Spitälern und Pflegeheimen |
| | Datenbedarf, Methoden und Standards bestimmen | Empfehlungen zu Monitoringsystemen (Datenbedarf, Erhebungsmethoden, Datenformate und andere Qualitätsparameter) |
| | Empfehlungen für Datenverwertung erarbeiten | Empfehlungen für die Verwertung von Monitoringdaten |
| | Kompetenzen und Lernziele definieren | <ul style="list-style-type: none"> • Lernziele und -inhalte in Bezug auf HAI • Bedarfsgerechte und aufgabenspezifische Lernmaterialien |
| Zuständigkeiten und Strukturen (G-2) | Aufgaben und Rollenteilung klären | <i>Klare Rollen der involvierten Akteure¹</i> |
| | Strukturen optimieren | <i>Koordinations- und Umsetzungsstrukturen: KOr EpG, erweiterte Fachgruppe Swissnoso¹</i> |
| | Koordinationsstrukturen Monitoring | <i>Kapazitäten für eine übergeordnete Koordination des Monitorings in Spitälern und Pflegeheimen der Schweiz, für die Verwaltung und Auswertung gewisser Beobachtungen und die Ableitung zielgerichteter Interventionen¹</i> |
| | Qualitätsmanagement und Infektionsprävention berücksichtigen | <i>betrieblicher Prozess, kein eigentlicher Output erkennbar</i> |
| Unterstützung der Umsetzung (G-3) | Arbeitshilfen bereitstellen, Umsetzung evaluieren | <ul style="list-style-type: none"> • Managementinstrumente und Vollzugshilfen (Checklisten, Care Bundles, Best Practice-Beispiele, Entscheidungshilfen zur Evaluation von technologischen Innovationen vor deren Einführung) |

| Schlüsselmassnahmen (Nummer) | Teilbereiche/Aktivitäten | In der Strategie NOSO vorgesehene Outputs (z.T. vom Evaluati-onsteam hergeleitet) |
|---------------------------------------|---|---|
| | | etc.) zur Unterstützung der Umsetzung der Infektionsverhü-tungs- und -bekämpfungsmassnahmen in Spitälern und Pflege-heimen <ul style="list-style-type: none"> • Schulungsangebote an Leistungserbringer |
| | Wegweisende Projekte unterstützen | Ergebnisse von Forschungs- und Entwicklungsprojekten und von (Pilot-)Programmen zur Reduktion von HAI |
| | Anreize verbessern | <i>Stärkere reputationssteigernde oder wettbewerbliche Anreize für Gesundheitseinrichtungen, Infektionsverhütung zu betreiben²</i> |
| | Massnahmen zur Reduktion von HAI als Kriterium in Aufsichts-, Planungs- und Bewilligungsprozessen berücksichtigen | <i>Vorgaben zur Infektionsprävention als Kriterium in Aufsichts-, Pla-nungs- und Bewilligungsprozessen²</i> |
| Wissensmanagement (G-4) | Wissensplattform aufbauen | Nationale internetbasierte Wissensplattform zu HAI |
| | Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis sicherstellen | <i>Strukturen und Aktivitäten des Wissenstransfers unter Fachperso-nen¹</i> |
| | Internationale Zusammenarbeit | <i>Prozess, kein eigentlicher Output erkennbar</i> |
| HF Monitoring | | |
| Nationales Monitoring system (M-1) | Akteure in Gesundheitseinrichtungen stärken und weiterbilden | Klare, verständliche Darstellung der Rahmenbedingungen (not-wendige Ressourcen, Infrastruktur, Aufgaben und Kosten) des Monitorings im Bereich HAI für Spitäler und Pflegeheime |
| | Qualität des Monitoring sicherstellen (Audits) | Auditberichte zur Qualität des Monitorings von HAI in Spitälern und Pflegeheimen |
| Zielgerichtete Daten auswertung (M-2) | Daten bedarfs- und zielgruppengerecht auswerten | Nach national einheitlichen Richtlinien erhobene und ausgewer-tete Daten zu den häufigsten HAI und deren Einflussfaktoren (Strukturen und Prozesse) |
| | Direktes Feedback zur Adhärenz an Mitarbeitende | Betriebsinterne Auswertungen von Struktur- und Prozessindika-toren und Feedback an Mitarbeitende, Direktion und Pati-ent/inn/en bzw. Bewohner/innen |
| | Public Reporting und Benchmarking einrichten | Publikation von ausgewählten Daten und Analyseergebnissen an ausgewählte Zielgruppen oder die Öffentlichkeit |

| Schlüsselmassnahmen (Nummer) | Teilbereiche/Aktivitäten | In der Strategie NOSO vorgesehene Outputs (z.T. vom Evaluati-onsteam hergeleitet) |
|--|---|--|
| Früherkennung (M-3) | Früherkennungssysteme verstärken | Unterstützungsangebote (Wissen, elektronische Werkzeuge, Best Practices etc.) an Gesundheitseinrichtungen zur Früherkennung von HAI-Ausbrüchen |
| | Gesetzliche Meldepflicht erweitern / Verordnungsrecht ergänzen | <i>Vorgaben zur Meldepflicht von hoch-/multiresistenten Keimen²</i> |
| HF Verhütung und Bekämpfung | | |
| Optimierung und Weiterentwicklung (VB-1) | Standards und Richtlinien praktisch umsetzen | <i>betrieblicher Prozess, kein eigentlicher Output erkennbar</i> |
| Sensibilisierung und Einbezug (VB-2) | Kommunikationskonzept zur zielgruppengerechten Information an die Öffentlichkeit | Kommunikationskonzept und an die Bevölkerung gerichtete Kommunikationsmassnahmen zur Problematik der HAI |
| | Austausch zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Besuchenden zur Bedeutung von HAI sowie zu möglichen Behandlungsrisiken und Verhütungsmassnahmen | <i>betrieblicher Prozess, kein eigentlicher Output erkennbar</i> |
| | Engagement formell erklären | Formelle Erklärung des Engagements für die Reduktion von HAI durch Bund, Kantone und Träger von Spitälern und Pflegeheimen (z.B. Integration in kantonale Gesundheitsprogramme oder Leitbilder von Gesundheitseinrichtungen) |
| Lern- und Dialogkultur (VB-3) | Infektionsprävention in Unternehmenskultur und Qualitätsmanagement verankern | <i>betrieblicher Prozess, kein eigentlicher Output erkennbar</i> |
| | Sanktionsfreie transparente Fehlerberichts-kultur und Kultur des konstruktiven Dialogs schaffen | |
| Förderung der Impfprävention (VB-4) | Mitarbeitende und andere Personen zum Impfen und zur Prüfung ihres Impfstatus motivieren; Impfangebote organisieren | <ul style="list-style-type: none"> • Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen zu Impfungen • Impfangebote für Personal und Patientinnen und Patienten |
| | Besuchende auf den Nutzen der Impfprävention aufmerksam machen | |
| HF Bildung und Forschung | | |
| Infektionsprävention in der Bildung (BF-1) | Gesundheitsfachpersonen zu Wissensvermittlern aus- und weiterbilden | Angebote zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen zu Fachexpertinnen und -experten im Bereich Infektionsprävention |

| Schlüsselmassnahmen (Nummer) | Teilbereiche/Aktivitäten | In der Strategie NOSO vorgesehene Outputs (z.T. vom Evaluonsteam hergeleitet) |
|--|--|--|
| | Infektionsprävention in der Weiterbildung des gesamten Personals in Gesundheitsinstitutionen stärken Bildung im Bereich Infektionsprävention institutionalisieren | <ul style="list-style-type: none"> • Betriebsinterne Schulungen und Weiterbildungen in Infektionsprävention • Betriebsinterne informelle Bildungsangebote • Aufgabenspezifische Lernziele und Unterrichtsmodule für alle Gesundheitsberufe • Spezifische Kurse zu HAI für Spital- und Pflegeheimleitende |
| Forschungsförderung (BF-2) | HAI in Forschungsförderung verankern | <ul style="list-style-type: none"> • Studien, Wissensressourcen zu HAI • (Ideen für) Neue Nischenprodukte im Bereich der Infektionsprävention |
| Neue Technologien, Qualitätssicherung (BF-3) | Grundlagen für das Beurteilen neuer Technologien erarbeiten | Entscheidungsgrundlagen für Technologieanwender/innen zur Beurteilung von technologischen Innovationen |
| HF Evaluation | | |
| Baseline (E-1) | Punktprävalenzstudien und Literaturrecherchen durchführen | Studien und Zahlen zu Prävalenz, Mortalität und Sekundärkosten von HAI |
| Evaluation Strategie NOSO (E-2) | Zwischenevaluation | Evaluationsbericht mit Empfehlungen |

Bemerkungen:

¹ Diese Outputs von Aktivitäten betreffen Veränderungen von institutionellen Elementen, d.h. der organisatorischen Rahmenbedingungen und von Ressourcen zur Umsetzung der Strategie NOSO. Es handelt sich dabei nicht um an Zielgruppen gerichtete Angebote/Leistungen.

² Diese Outputs von Aktivitäten betreffen Veränderungen von rechtlichen Bestimmungen. Es handelt sich dabei nicht um an Zielgruppen gerichtete Angebote/Leistungen.

Anhang 2: Datenquellen und Erhebungsmethoden

Tabelle 18 fasst zusammen, welcher Informationsbedarf sich aus den Operationalisierungen der Evaluationsfragestellungen (Tabelle 5) ergibt und mittels welchen Datenquellen und Erhebungsmethoden dieser Bedarf gedeckt wurde.

Tabelle 18: Informationsbedarf, Datenquellen und Erhebungsmethoden

| Frage | Informationsbedarf | Datenquellen/Erhebungsmethoden |
|-------|--|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitäten in den 16 Schlüsselmassnahmen der Strategie NOSO; Kommunikationsaktivitäten (Was wurde seit 2016 alles gemacht und erarbeitet? Aktueller Stand?) - Allfällige Schwierigkeiten oder Verzögerungen, Gründe dafür | <p>Dokumente: v.a. Protokolle der Projektgremien; halbjährliche Zwischenberichte zum Stand der Umsetzung; Jahresberichte; Newsletter; Berichte zu Aktivitäten von externen Mandatnehmenden; weitere</p> <p>Befragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projektverantwortliche im BAG - an Massnahmenumsetzung beteiligte Akteure |
| 2 | <p>Von Strategie NOSO angestrebte Wirkungen auf Output- und Outcome-Ebene pro Schlüsselmassnahme; Kommunikationsziele («Soll»)</p> <p><i>Durch Strategie NOSO ausgelöste Wirkungen auf Output- und Outcome-Ebene («Ist»):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - von Umsetzungsakteuren erarbeitete Outputs - HAI-bezogene Aktivitäten von Gesundheitseinrichtungen in Bereichen wie Monitoring, Prävention, Infektionskontrolle, Sensibilisierung, Schulung, organisationsinterne Governance etc. - Veränderungen von Problem- und Verhaltensbewusstsein, Wissen, Einstellungen und Verhalten bei Personal in Spitälern, Pflegeheimen und in Fachorganisationen - Wahrnehmung von Kommunikationsaktivitäten | <p>Dokumente (Strategie NOSO; Projektantrag; Kommunikationskonzept)</p> <p>Dokumente: halbjährliche Zwischenberichte zum Stand der Umsetzung; Newsletter; im Rahmen von Umsetzungsaktivitäten erarbeitete Unterlagen; weitere (über Befragungen und Desk-Research zu ermitteln)</p> <p>Befragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - an Massnahmenumsetzung beteiligte Akteure - betroffene Stakeholder, Spitäler - Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in Kantonen |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung der Nützlichkeit von Outputs und der Zweckmässigkeit der Massnahmen und Kommunikationsaktivitäten - Gründe für fehlende Outputs oder ausbleibende Outcomes | <p>Befragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - an Massnahmenumsetzung beteiligte Akteure - betroffene Stakeholder, Spitäler - Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in Kantonen |
| 3 | <p>Klarheit der Aufgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten der verschiedenen Akteure und Gremien bei Steuerung und Umsetzung der Strategie NOSO</p> <p>Eignung der Gouvernanz für Auslösen von Massnahmen, zur Sicherstellung von Zusammenarbeit der Umsetzungspartner und von Koordination (v.a. BAG-intern)</p> | <p>Dokumente: Beschreibung der Organisation und Prozesse (Projektantrag); Sitzungsprotokolle von Projektausschuss und Projektteam; Dokumentation zu anderen Strategien</p> <p>Befragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projektverantwortliche im BAG - Projektteam, Projektausschuss |

| Frage | Informationsbedarf | Datenquellen/Erhebungsmethoden |
|-------|---|--|
| | <p>Qualität der Zusammenarbeit und der Koordination: Effizienz der Prozesse, Gelingen der Rollenklärung und der operativen Zusammenarbeit</p> <p>Herausforderungen bei Koordination zwischen verschiedenen BAG-Strategien, Umgang damit</p> | <ul style="list-style-type: none"> - betroffene Stakeholder, Spitäler - Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in Kantonen |
| 4 | <p>Politische, rechtlich-institutionelle, strategisch/programmatische oder organisationsbezogene Faktoren und Rahmenbedingungen, die sich hinderlich oder förderlich auf die Handlungsorientierung bzw. die Kooperationsbereitschaft oder die Ressourcen der umsetzenden Akteure oder der Adressaten auswirken</p> <p>Einfluss auf Strategie NOSO</p> | <p>Dokumente: Dokumentation der Umsetzung anderer BAG-Strategien (StAR, GRIPS, NIS, Qualitätsstrategie); Vorstösse im Parlament; Jahresberichte Strategie NOSO; weitere</p> <p>Befragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - betroffene Stakeholder - Projektteam, Projektausschuss - Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in Kantonen - internationale Expertinnen/Experten |
| 5 | <p>Hinweise auf Schwierigkeiten und Anpassungsbedarf; Vorschläge für Verbesserungen</p> | <p>Befragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - betroffene Stakeholder, Spitäler - Projektteam, Projektausschuss - Kontaktpersonen für die Strategie NOSO in Kantonen <p>Studien/Literatur</p> |

Anhang 3: Interviewpartnerinnen und -partner

Tabelle 19: Liste der durchgeführten Interviews

| Personen | Organisation/Funktion | Rolle in der Strategie NOSO |
|--|---|---|
| Projektverantwortliche im BAG | | |
| Virginie Masserey | BAG, DB PuG, Leiterin Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramme (bis März 2022) | Projektverantwortliche (bis März 2022) Mitglied Projektteam und Projektausschuss |
| Véronique Kobel | BAG, DB PuG, Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramme | Projektleitung Strategie NOSO (seit Januar 2021) Mitglied Projektteam und Projektausschuss |
| Céline Gardiol | BAG, DB PuG, Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramme | stv. Projektleitung Strategie NOSO (bis März 2022), Leiterin Sektion I&I (ab April 2022), Mitglied Projektteam und Projektausschuss |
| Projektteam und Projektausschuss Strategie NOSO | | |
| Pascal Besson | H+, Leiter Geschäftsbereich Betriebswirtschaft und Qualität | Mitglied Projektausschuss |
| Angelina Hofstetter | H+, Fachverantwortliche Qualität und Patientensicherheit | stv. Mitglied Projektausschuss |
| Dieter Conen | Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Präsident (bis Dezember 2021) | Mitglied Projektteam |
| Regula Heller Petra Busch | ANQ, Leiterin Akutsomatik ANQ, Geschäftsleitung | Mitglied Projektteam |
| Béatrice Duvillard | Réseau hospitalier Neuchâtel, Infirmière référente HPCI SIPI, Präsidentin ad interim | Mitglied Projektteam ¹ |
| Simon Gottwalt | BAG, DB PuG, Sektion Strategien, Grundlagen und Programme, Leiter Teilprojekt StAR-Mensch | Mitglied Projektteam |
| Tobias Grisiger Martine Reymond | BAG, DB KUV, Sektion Qualität und Prozesse | Mitglied Projektteam ¹ |
| Kathrin Huber Seraina Grünig | GDK, stv. Generalsekretärin GDK, Projektleiterin, Leiterin Begleitgruppe Qualitätssicherung im Spital | Mitglied Projektausschuss Mitglied Projektteam |
| Michael Kirschner | CURAVIVA, wissenschaftlicher Mitarbeiter | Mitglied Projektausschuss ¹ |
| Marie-Theres Meier | Universitätsspital Zürich, Klinik für Infektionskrankheit und Spitalhygiene, Teamleiterin fibs, Präsidentin (bis 2021) | Mitglied Projektteam |

| Personen | Organisation/Funktion | Rolle in der Strategie NOSO |
|--------------------------------------|--|---|
| Nicolas Müller | Universitätsspital Zürich, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Leitender Arzt SGInf, ehemaliger Präsident | Mitglied Projektteam |
| Christiane Petignat | Canton de Vaud, médecin adjointe, Leiterin Hygiène, prévention et contrôle de l'infection Vaud (bis März 2022) | Mitglied Projektteam Pilotprojekt Punktprävalenz-Erhebung in Pflegeheimen im Kanton VD |
| Matthias Schlegel | Kantonsspital St. Gallen, Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene, stv. Chefarzt, Leiter Spitalhygiene SGSH, Präsident | Mitglied Projektteam Fachliche Leitung CCM Clean Hands |
| Andreas Widmer | Swissnoso, Präsident | Mitglied Projektteam Projektleitung Punktprävalenz-Erhebung, Fachliche Leitung SSI Intervention |
| Danuta Zemp | Kanton SG, Kantonsärztin | Mitglied Projektteam (bis Ende 2019) |
| Walter Zingg | Universitätsspital Zürich, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Leiter Spitalhygiene Swissnoso, Vorstandsmitglied | Mitglied Projektausschuss Kordinator Punktprävalenz-Erhebung Grundlagenarbeiten für die strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler |
| Franziska Zuñiga | Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaften, Leiterin Lehre Mitglied EQK | Mitglied Projektteam |
| Kantonale Kontaktpersonen NOSO | | |
| Annette Egger | Kanton BS, Gesundheitsdepartement, Bereich Gesundheitsversorgung; Leiterin Qualitätsmonitoring Nordwestschweizerische Spitäler Mitglied EQK | Kantonale NOSO-Kontaktperson ¹ |
| Stéphane Emonet | Hôpital du Valais, Institut Central, Chef du Service des Maladies Infectieuses | Kantonale NOSO-Kontaktperson ¹ |
| Gaud Catho | Hôpital du Valais, Cheffe de clinique dans le service de Maladies Infectieuses ; stv. Kantonsärztin | |
| Barbara Grützmacher Margaux Bovet | Kanton BE, Kantonsärztin Abteilung Versorgungsplanung; wissenschaftliche Mitarbeiterin | Kantonale NOSO-Kontaktperson |
| Nadia Kreis | Abteilung Aufsicht und Bewilligung, wissenschaftliche Mitarbeiterin | |
| Aliki Metsini | Canton de Genève, Service de la santé publique, Cheffe Secteur Maladies Transmissibles | Kantonale NOSO-Kontaktperson ¹ |
| Sophie Bontemps | Conseillère en santé publique | |

| Personen | Organisation/Funktion | Rolle in der Strategie NOSO |
|---|---|---|
| Claude-François Robert | Canton de Neuchâtel, Kantonsarzt | Kantonale NOSO-Kontaktperson |
| Laurent Kaufmann | stv. Kantonsarzt | |
| Jakob Walbert | Kanton Aargau, Sektion Spitalversorgung & Entwicklung, Leistungs- und Qualitätscontrolling | Kantonale NOSO-Kontaktperson |
| An Umsetzungsaktivitäten beteiligte Personen, Umsetzungspartner | | |
| Philipp Kohler | Kantonsspital St. Gallen, Oberarzt mbF. Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene. | Pilotprojekt Punktprävalenz-Erhebung in Pflegeheimen im Kanton SG |
| Rafael Moreno | Swissmedic, Einheit Spitalinspektionen | Umsetzungspartner |
| Nicolas Troillet | Hôpital du Valais, Institut Central Swissnoso, Vorstandsmitglied | Fachliche Leitung SSI Surveillance |
| Barbara Weil | FMH, Leiterin Abteilung Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel | Umsetzungspartner Unterstützung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen |
| Alexander Schweiger | Kantonsspital Zug, Oberarzt mbF Medizinische Klinik und Infektiologie | Fachliche Leitung CAUTI Surveillance |
| Rami Sommerstein | Hirslanden Zentralschweiz, Co-Leiter Infektiologie und Spitalhygiene Swissnoso, Leiter Forschung & Entwicklung | Fachliche Leitung SSI Intervention |
| Erich Tschirky | Swissnoso, Generalsekretär | Generalsekretariat Swissnoso |
| Viktorija Rion | Swissnoso, stv. Generalsekretärin | Koordination der Aktivitäten und des Rahmenvertrags mit dem BAG |
| Danielle Vuichard Gysin | Kantonsspital Münsterlingen, Leitende Ärztin Infektiologie und Spitalhygiene Swissnoso, Leiterin Forschung & Entwicklung | Koordinatorin Swissnoso-Kompetenzzentrum für Ausbruchsstudien |
| Expertinnen und Experten auf internationaler Ebene | | |
| Alessandro Cassini | Canton de Vaud, médecin adjoint | Ehemaliger Mitarbeiter des ECDC und des WHO Infection control hub |

Bemerkungen: ¹ Als Vertretung/in Absprache mit der ursprünglich für ein Gespräch angefragten Person, die die genannte Funktion eigentlich ausübt.

Anhang 4: Erhebungsinstrumente

Fragekatalog für die Interviews

Legende für Adressaten der Frage:

PT: Mitglieder Projektteam

PL: Projektleitung

PA: Mitglieder Projektausschuss

UA: Umsetzungsakteure

K: Kantonale Kontaktpersonen

KUV: Zuständige für Qualitätsstrategie

StAR: Zuständige für StAR

Die Fragen und deren Reihenfolge wurden der jeweiligen Situation und Rolle der Gesprächspartner/-innen angepasst. In einzelnen Gesprächen wurden hier nicht aufgeführte zusätzliche akteurs-, themen- bzw. massnahmenspezifische Fragen gestellt.

Einstieg, Übersicht

- Wie sind Sie bzw. wie ist Ihre Organisation konkret in die Umsetzung der Strategie NOSO eingebunden? Alle
- Wurden die Rolle und Verantwortlichkeit Ihrer Organisation/Person in der Strategie NOSO jemals definiert/festgelegt/vereinbart? Ist sie Ihnen klar? Alle

Gouvernanz

- Wie erleben Sie die Gouvernanz der Strategie NOSO? Scheinen Ihnen die Zuständigkeiten, Rollen und Entscheidungsbefugnisse der verschiedenen Gremien (Projektausschuss, Projektleitung, Projektteam) klar? Alle
- Wie funktioniert in Ihrer Wahrnehmung die Planung der Umsetzung der Strategie NOSO? Wer (Organisation/Projektorgan) hat Ihrer Wahrnehmung nach die Fäden in der Hand? Wer steuert die Umsetzung und definiert, wann im Rahmen der Strategie NOSO was passiert, wer welche Aktivitäten anpackt? Alle
- Wie erleben Sie die Rolle des Projektteams? Tut es, was in der Projektorganisation vorgesehen ist? (→ stichwortartige Zusammenfassung der Aufgaben) Wenn nein, was sind Gründe dafür? PT, PL, PA
- Anhand der Protokolle zeigen sich eine hohe Fluktuation bei der Zusammensetzung des Projektteams und teilweise viele Absenzen einzelner Personen an den Sitzungen. Was sind mögliche Gründe oder Erklärungen dafür? Wie hat sich das auf die Arbeit im Projektteam ausgewirkt? PT, PL
- Wie erleben Sie die Rolle der Projektleitung? Tut sie, was in der Projektorganisation vorgesehen ist? (→ stichwortartige Zusammenfassung der Aufgaben) Wenn nein, was sind Gründe dafür? PT, PL, PA, UA

- Wie gut gelingt es, die verschiedenen Umsetzungsakteure der Strategie NOSO dazu zu bewegen, die vorgesehenen Aktivitäten umzusetzen? Hat das BAG Kompetenzen und Mittel, um Umsetzungsmassnahmen in Gang zu setzen, v.a. wenn es Stillstände oder Schwierigkeiten gibt? PT, PL, PA
- Soweit Sie das beurteilen können: Wie erleben Sie die Rolle des Projektausschusses? Tut er, was in der Projektorganisation vorgesehen ist? (→ stichwortartige Zusammenfassung der Aufgaben) Wenn nein, was sind Gründe dafür? PT, PL, PA

Qualität der Gouvernanz, Zusammenarbeit und der Koordination

- Bewährt sich aus Ihrer Sicht die Steuerung der Strategieumsetzung? Ist sie geeignet, die vorgesehenen Umsetzungsprozesse in Gang zu setzen und zu begleiten und die Aktivitäten der verschiedenen Beteiligten zu koordinieren? Wo sehen Sie diesbezüglich Stärken, wo Schwächen? PT, PL, PA
- Erachten Sie die Prozesse zur Steuerung der Strategie NOSO (Sitzungsrhythmus des Projektteams/des Projektausschusses; Vorbereitung und Ablauf der Sitzungen; Arbeiten zwischen Sitzungen) als effizient? Sehen Sie diesbezüglich Anpassungsbedarf? PT, PL, PA
- Wie beurteilen Sie allgemein die Rollenaufteilung in der Strategie NOSO? Sind aus Ihrer Sicht alle wichtigen Stellen und Organisationen involviert und ist die Rollenverteilung zwischen ihnen stimmig? Alle
- Wie beurteilen Sie die Koordination und Zusammenarbeit unter den verschiedenen beteiligten Organisationen bei der Umsetzung der Strategie NOSO? Verläuft sie konstruktiv und harmonisch oder stellen Sie Reibungen fest? PT, PL, PA, UA
- Fühlen Sie sich (aus Sicht Ihrer Organisation) ausreichend in die Aktivitäten der Strategie NOSO einbezogen? Würden Sie sich eine andere Form oder andere Intensität des Einbezugs wünschen? Alle

Koordination unter verschiedenen BAG-Strategien (NOSO, NSI, GRIPS, StAR, Qualitätsstrategie)

- Wie gestaltet sich der Austausch zwischen Ihrer Sektion und der den für die Strategie NOSO zuständigen Personen im BAG? Über welche Kanäle und Gefässe findet der statt? KUV, StAR, PL
- Wo stellen sich die konkreten Herausforderungen bei der Koordination zwischen der StAR, der Strategie NOSO, den anderen Strategien der Abteilung MT (NSI, GRIPS) und der Qualitätsstrategie? Wie gehen Sie mit diesen Herausforderungen um? KUV, StAR, PL, PT, K, Swissnoso

Information und Kommunikation

- Fühlen Sie sich ausreichend über die Aktivitäten und Entwicklungen in der Strategie NOSO informiert? Alle

- Wie beurteilen Sie die Kommunikationsprodukte (Newsletter, Jahresbericht, Website) des BAG zur Strategie NOSO? Kommen sie bei Ihnen an? Wie wichtig sind sie für Sie? Brauchen Sie andere/mehr/eine andere Form von Information? Kantone, UA, Personen in Spitälern
- Sind die Informationsflüsse zwischen BAG, GDK/Kantonen und Spitälern/Pflegeheimen in Zusammenhang mit Aktivitäten und Massnahmen der Strategie NOSO aus Ihrer Sicht klar? BAG, GDK, K, Personen in Spitälern

Umsetzung

- Ist Ihr Kanton/Ihre Organisation in irgendeiner Form an der Umsetzung der Strategie NOSO beteiligt? Wenn ja, wie, was sind konkrete Aktivitäten? K, UA
- Ist in Ihrem Kanton vorgesehen, die strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Spitäler zu nutzen (oder passiert das bereits)? Wenn ja, wie? K
- Wie beurteilen Sie die Rahmenbedingungen für Spitäler, die Massnahmen der Strategie NOSO bzw. die strukturellen Mindestanforderungen umzusetzen? Alle
- Sind in Ihrem Kanton Pflegeheime in irgendeiner Form in Massnahmen der Strategie NOSO oder in entsprechende Aktivitäten des Kantons eingebunden? Wie präsentieren sich die Rahmenbedingungen dafür? K, Personen in Spitälern
- Soweit Sie das beurteilen können: Kommt die Umsetzung der Strategie NOSO aus Ihrer Sicht gut voran? Was läuft gut, was weniger? Alle
- Massnahmenspezifische Frage, je nach Gesprächspartner/-in: Wo stehen die folgenden Aktivitäten? Wer kümmert sich darum, was tut sich konkret? Zeigen sich dabei Herausforderungen oder Schwierigkeiten? PL, UA
- Welches sind aus Ihrer Sicht die grössten Herausforderungen bei der Umsetzung der Strategie NOSO? Alle

Wirkungen

- Was hat sich aufgrund der Strategie NOSO für Ihre Organisation bzw. in Ihrem Tätigkeitsbereich konkret verändert? UA, Swiss-noso
- Wie schätzen Sie den konkreten Nutzen der strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Spitäler ein? Stellen Sie, fest, dass diese bereits irgendwelche Wirkungen (bei Kantonen oder in Spitälern) entfalten? Alle
- Hat sich seit 2017 aufgrund der Strategie NOSO hinsichtlich der folgenden Aspekte etwas verändert? Was beobachten Sie diesbezüglich? alle
 - In Kantonen (z.B. Aktivitäten, Programme, Strukturen, Vorgaben zu Spitalhygiene, Infektionskontrolle etc.; Massnahmen zur Reduktion von HAI als Kriterium in Aufsichts-, Planungs- und Bewilligungsprozessen)
 - In Spitälern (z.B. Organisation und interne Stellung der Spitalhygiene; «Qualitätskultur»; Aktivitäten/Massnahmen im Bereich HAI; Nutzung von Modulen; Teilnahme an Monitorings; Schulung und Weiterbildung von Personal zu HAI)?
 - In Alters- und Pflegeheimen (z.B. Organisation und interne Stellung der Infektionsprävention; «Qualitätskultur»; Aktivitäten/Massnahmen im Bereich HAI;

Nutzung von Swissnoso-Modulen; Teilnahme an Monitorings; Schulung und Weiterbildung von Personal zu HAI etc.)

- Beim Personal in Spitälern und Pflegeheimen (z.B. Problembewusstsein, Wissen/Kompetenzen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf HAI/Spitalhygiene/Infektionskontrolle; Impfstatus)
- Qualität des Monitorings von HAI in Spitälern und Pflegeheimen, Verfügbarkeit von Daten und Analysen zu HAI
- Verfügbarkeit von Wissen bezüglich der Epidemiologie von potenziell gefährlichen Erregern, die HAI verursachen können

- Stellen Sie andere Auswirkungen der Strategie NOSO fest? Welche? Alle

Kontext/Rahmenbedingungen

- Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten exogenen Faktoren und Rahmenbedingungen, die sich hinderlich oder förderlich auf die Umsetzung und Wirksamkeit der Strategie NOSO auswirken? Alle

Inwiefern hat sich die Covid-19-Pandemie auf die Strategie NOSO ausgewirkt?

- Inwiefern beeinflussen die neuen Rahmenbedingungen der Qualitätsbestimmungen im KVG (Qualitätsstrategie, EQK, neue Finanzierungsmechanismen) die Umsetzung der Strategie NOSO? Alle

Anpassungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten

- Wo sehen sie die Stärken, wo die Schwächen der Strategie NOSO? Was sollte man aus Ihrer Sicht an der Strategie NOSO anpassen? Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge an den Massnahmen oder an der Gouvernanz? Alle

- Im Hinblick auf Empfehlungen aus der Evaluation: Zu welchen Aspekten wünschen Sie sich aus der Evaluation Aussagen und Vorschläge zu möglichen Verbesserungen an den Massnahmen oder an der Gouvernanz der Strategie NOSO? Alle

Fragebogen der Online-Befragung von Akutspitälern

Informationen zur Strategie NOSO

1) Ist Ihnen die Strategie NOSO bekannt?

| | |
|-----------------------|------|
| <input type="radio"/> | Ja |
| <input type="radio"/> | Nein |

2) Von wem erhalten Sie Informationen über die Aktivitäten und Entwicklungen in der Strategie NOSO? (Mehrfachnennungen möglich)

| | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Bundesamt für Gesundheit BAG |
| <input type="checkbox"/> | H+ Die Spitäler der Schweiz |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und -direktoren SVS bzw. Fédération Suisse des directrices et directeurs d'Hôpitaux FSDH |
| <input type="checkbox"/> | Swissnoso |
| <input type="checkbox"/> | Kantonale Stellen |
| <input type="checkbox"/> | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK |
| <input type="checkbox"/> | ANQ |
| <input type="checkbox"/> | Stiftung Patientensicherheit Schweiz |
| <input type="checkbox"/> | Spitalinterne Personen |
| <input type="checkbox"/> | Andere, nämlich: [Textfeld] |
| <input type="radio"/> | Keine dieser Organisationen |
| <input type="radio"/> | Weiss nicht |

3) Fühlen Sie sich ausreichend über die Aktivitäten und Entwicklungen in der Strategie NOSO informiert?

| | |
|-----------------------|-------------|
| <input type="radio"/> | Ja |
| <input type="radio"/> | Eher Ja |
| <input type="radio"/> | Eher nein |
| <input type="radio"/> | Nein |
| <input type="radio"/> | Weiss nicht |

Kommunikationsprodukte

4) Kennen Sie folgende Kommunikationsprodukte des BAG zur Strategie NOSO?

| | Ja | Nein |
|---------------|-----------------------|-----------------------|
| Newsletter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jahresbericht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Website | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5) Wie beurteilen Sie den Nutzen der Kommunikationsprodukte des BAG der Strategie NOSO?

| | Nützlich | Eher nützlich | Eher nicht nützlich | Nicht nützlich | Kann ich nicht beurteilen |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Newsletter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jahresbericht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Website | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 6) Welche Anpassungen der Information über die Strategie NOSO würden Sie sich wünschen (z.B. häufigere Information, eine andere Form von Information, mehr oder andere Inhalte etc.)?

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Textfeld | |
| <input type="radio"/> | Keine Anpassungen |

Outputs und Wirkungen der Strategie NOSO

- 7) Sind Ihnen die folgenden Elemente der Strategie NOSO bekannt?

| | Ja | Nein | Weiss nicht |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Punktprävalenz-Erhebung der healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) in Spitälern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Strukturelle HAI-Mindestanforderungen für Spitäler | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Swissnoso-Modul SSI Surveillance | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Swissnoso-Modul SSI Intervention | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Swissnoso-Modul CCM CleanHands | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Swissnoso-Modul CAUTI Surveillance | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 8) Erachten Sie die folgenden in der Strategie NOSO vorgesehen Massnahmen als zweckmässig, um healthcare-assoziierte Infektionen (HAI) zu reduzieren und die Ausbreitung potenziell gefährlicher Erreger in Spitälern zu verhindern?

| | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Kann ich nicht beurteilen |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Aufbau eines nationalen Systems zum Monitoring von HAI und deren Einflussfaktoren (Strukturen und Prozesse in Spitälern) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Punktprävalenz-Erhebung der HAI in Spitälern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von HAI bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten für Schweizer Akutspitäler | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Förderung der Impfprävention bei Medizinal- und Gesundheitspersonal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bedarfsgerechter Ausbau der Aus- und Weiterbildung in Infektionsprävention für Medizinal- und Gesundheitsberufe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sensibilisierung von Personen des Spitalmanagements für das Thema Infektionsprävention im Rahmen von Managementweiterbildungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Förderung von Forschung zu HAI-Themen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entwicklung von Entscheidungsgrundlagen zur Beurteilung von Kosten, Wirksamkeit und Sicherheit von technologischen Innovationen zur Prävention von HAI vor deren Einführung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9) Hat der Kanton, in dem Ihr Spital seinen Standort hat, seit 2017 in Bezug auf die folgenden Aspekte in Zusammenhang mit der Überwachung und der Prävention von HAI etwas verändert?

| | Wurde ausgebaut oder neu geschaffen | Wurde abgebaut | Bestand bereits, keine Veränderung | Besteht nicht, keine Veränderung | Weiss nicht |
|--|-------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Rechtsgrundlagen in Zusammenhang mit HAI | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kantonale Richtlinien in Zusammenhang mit HAI | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kantonale Programme und Aktivitäten zur Überwachung von HAI | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schulungs- und Weiterbildungsangebote zum Thema HAI | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kantonale Strukturen und Organe (z.B. Kommissionen, Verwaltungseinheiten etc.) zum Thema Spitalhygiene/ Infektionskontrolle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vorgaben/Auflagen an Spitäler zur Überwachung (z.B. Verpflichtung zur Messung von HAI) oder zur Prävention und Kontrolle von HAI (z.B. in Leistungsverträgen oder Betriebsbewilligungen, als Zulassungsvoraussetzung etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anderes, nämlich: [Textfeld] | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10) Hat sich seit 2017 in Ihrem Spitalbetrieb hinsichtlich der folgenden Aspekte etwas verändert?

| | Wurde eingeführt, ausgebaut oder angepasst | Wurde abgebaut | Bestand vor 2017 bereits, keine Veränderung | Besteht nicht, keine Veränderung | Weiss nicht |
|--|--|-----------------------|---|----------------------------------|-----------------------|
| Integration des Themas Infektionskontrolle/-prävention in das Leitbild des Spitals | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Von der Spitalleitung unterstützte Richtlinien und Weisungen zur Prävention von HAI | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Multidisziplinäres strategisches Organ für Infektionsprävention (Hygienekommission) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jährlicher Spitalhygiene-Plan mit einer Strategie und definierten Spitalhygiene-Zielen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Wurde eingeführt, ausgebaut oder angepasst | Wurde abgebaut | Bestand vor 2017 bereits, keine Veränderung | Besteht nicht, keine Veränderung | Weiss nicht |
|--|--|-----------------------|---|----------------------------------|-----------------------|
| Betriebsinternes Spitalhygiene-Team | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unterstützung durch externe Fachpersonen für Spitalhygiene (bei Fehlen eines betriebsinternen Teams) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Surveillance/Überwachung von HAI, z.B. Nutzung von Swiss-noso-Surveillance-Modulen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schulung von neu eintretendem Personal zu Standard-Hygiene-massnahmen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Regelmässige Schulung von Gesundheitsfachpersonen mit Patientenkontakt zu relevanten Themen der Infektionsprävention | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Spezifisches internes Spitalhygiene-Audit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Monitoring der Händehygiene | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Implementation von Interventionsmodulen zur Prävention von HAI | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Förderung der Impfprävention bei Mitarbeitenden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

11) Hat sich in Ihrer Wahrnehmung seit 2017 hinsichtlich der folgenden allgemeinen Aspekte etwas verändert?

| | Hat sich in den letzten 5 Jahren verbessert | Hat sich in den letzten 5 Jahren verschlechtert | Keine Veränderung | Weiss nicht |
|---|---|---|-----------------------|-----------------------|
| Qualität des Monitorings von HAI in Spitälern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verfügbarkeit von Daten und Auswertungen zu HAI | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verfügbarkeit von Wissen bezüglich der Epidemiologie von potenziell gefährlichen Erregern, die HAI verursachen können | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Unterstützungsbedarf, Anliegen an die Strategie NOSO

12) Adressiert die Strategie NOSO bezüglich der Ziele, Massnahmen und Projektorganisation Ihre Bedürfnisse bzw. werden ihre Anliegen aufgenommen?

Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz im untenstehenden Textfeld.

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> | Ja |
| <input type="radio"/> | Eher Ja |
| <input type="radio"/> | Eher nein |
| <input type="radio"/> | Nein |
| <input type="radio"/> | Kann ich nicht beurteilen |

Begründung Ihrer Antwort:

| |
|----------|
| Textfeld |
|----------|

13) Haben Sie allgemeine Bemerkungen oder Rückmeldungen in Bezug auf HAI oder die Strategie NOSO, die Sie uns mitteilen möchten?

| |
|----------|
| Textfeld |
|----------|

Allgemeine Informationen

14) Bitte geben Sie uns die Funktionen derjenigen Personen an, die diesen Fragebogen beantwortet haben (z.B. Direktor/in, Verantwortliche/r Qualitätsmanagement, Fachexperte/Fachexpertin für Infektionsprävention etc.).

| | |
|-----------|--|
| Person 1: | |
| Person 2: | |
| Person 3: | |

Anhang 5: Rücklauf der Online-Spitalbefragung

Tabelle 20: Rücklauf der Online-Spitalbefragung nach Spitaltyp und Kanton

| Spitaltyp | Anzahl eingeladen | Anzahl Teilneh- mende | Anteil Teilneh- mende |
|--|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| K111: Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Universitätsspital) | 5 | 5 | 100% |
| K112: Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2) | 42 | 23 | 55% |
| K121: Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3) | 18 | 11 | 61% |
| K122: Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4) | 26 | 15 | 58% |
| K123: Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5) | 15 | 7 | 47% |
| K231: Spezialklinik Chirurgie | 5 | 3 | 60% |
| Unbekannt | 1 | 0 | 0% |
| Kanton | | | |
| AG | 8 | 2 | 25% |
| AI | 1 | - ¹ | 0% |
| AR | 1 | - | 0% |
| BE | 18 | 11 | 61% |
| BL | 2 | 1 | 50% |
| BS | 3 | 2 | 67% |
| FR | 3 | 3 | 100% |
| GE | 4 | 3 | 75% |
| GL | 1 | - | 0% |
| GR | 11 | 8 | 73% |
| JU | 1 | - | 0% |
| LU | 2 | - | 0% |
| NE | 3 | 1 | 33% |
| NW | 1 | 1 | 100% |
| OW | 1 | 1 | 100% |
| SG | 5 | 4 | 80% |
| SH | 1 | 1 | 100% |
| SO | 2 | 2 | 100% |
| SZ | 3 | 3 | 100% |
| TG | 2 | - | 0% |
| TI | 4 | 1 | 25% |
| UR | 1 | - | 0% |
| VD | 13 | 7 | 54% |
| VS | 3 | 1 | 33% |
| ZG | 2 | 1 | 50% |
| ZH | 16 | 11 | 69% |
| Gesamtrücklauf | 112 | 64 | 57% |

Bemerkung: ¹ Betreibt kein Akutspital mehr.

Anhang 6: Umsetzungsstand der Strategie NOSO pro Handlungsfeld

Die nachfolgenden Tabellen bieten einen systematischen Überblick über den Stand der Umsetzung und die erreichten Fortschritte in den einzelnen Schlüsselmassnahmen der fünf Handlungsfelder der Strategie NOSO. Die ausgewiesenen Informationen sind den gesichteten Dokumenten (Halbjahresberichte, Protokolle von Projektteam und Projektausschuss, Swissnoso-Offerte, Teilnehmer- und Adressatenlisten), Interviews, der Online-Spitalbefragung und Websites entnommen.

Handlungsfeld Governance

Tabelle 21: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld G der Strategie NOSO

| G | Governance |
|------------------------------|---|
| G-1 | Standards und Richtlinien |
| Vorgesehene Aktivitäten | G-1-1: Mindestanforderungen für Spitäler und Pflegeheime ermitteln G-1-2: Datenbedarf, Methoden und Standards bestimmen G-1-3: Empfehlungen für Datenverwertung erarbeiten G-1-4: Kompetenzen und Lernziele definieren |
| Strategisches Ziel (Outcome) | National einheitliche Standards und Richtlinien zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von HAI in Spitälern und Pflegeheimen sind erarbeitet und werden regelmässig aktualisiert. |
| Umsetzungsstand und Outputs | Eine Swissnoso-Projektgruppe hat ab 2018 unter Einbezug verschiedener Stakeholder strukturelle HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler erarbeitet. Diese beruhen auf Vorarbeiten des ECDC und der WHO. Entwürfe wurden mehrfach im Projektteam und im Projektausschuss diskutiert und Mitte 2020 bei der GDK und H+ in Vernehmlassung gegeben. Das Dokument der Mindestanforderungen ⁸⁵ wurde mit einem vom BAG, GDK und H+ unterschriebenen Begleitschreiben mit einer Medienmitteilung im Januar 2021 publiziert und an einem von Swissnoso organisierten Online-Symposium im August 2021 vorgestellt ⁸⁶ . An diesem Symposium nahmen gemäss Anmeldungen 239 Personen teil (141 aus 93 Spitälern aller Kategorien, 84 aus Verwaltung (Bund/Kantone), Verbänden, Fachorganisationen und Industrie, 6 aus Alters- und Pflegeheimen, 8 aus dem Ausland). In der Strategie NOSO war lediglich vorgesehen, eine landesweit gültige Referenznorm zu den Personalschlüsseln zu formulieren. Die vorliegenden HAI-Mindestanforderungen gehen inhaltlich darüber hinaus. Sie umfassen einen Katalog von sieben Schlüsselkomponenten: Richtlinien und Weisungen; Material und Ausrüstung; Organisation der Spitalhygiene und Personalausstattung; Aufgabenorientierte Schulung; Audits und Monitoring; Infektionsüberwachung und Datenauswertung; Interventionen. Damit decken sie einige Bereiche der Strategie NOSO ab (Tabelle 9). |

⁸⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-noso--spital--und-pflegeheiminfektionen/noso-in-den-spitaelern/standards-und-richtlinien/mindestanforderungen-fuer-spitaeler.html> (Zugriff am 16.6.2022)

⁸⁶ <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/strukturelle-mindestanforderungen-hai/symposium> (Zugriff am 16.6.2022)

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>Die Umsetzung der Mindestanforderungen soll über die ordentlichen Projektgremien der Strategie NOSO gesteuert werden. Die drei Hauptzielgruppen werden jeweils spezifisch begleitet: Die GDK pflegt über die Begleitgruppe «Qualitätssicherung in Spitälern» den Austausch mit den Kantonen, H+ wendet sich an die Spitaldirektionen und Swisnoso arbeitet mit den Spitalhygiene-Teams und steht bei Bedarf für andere Zielgruppen zur Verfügung. Im Januar 2022 hielt Swisnoso einen Online-Workshop für Spitalhygiene-Fachpersonen ab, an dem gemäss Anmeldungen 101 Personen teilnahmen (90 aus 59 Spitälern fast aller Kategorien, 11 andere).⁸⁷ Die GDK-Plenarversammlung hat die Mindestanforderungen in die revidierten Empfehlungen zur Spitalplanung aufgenommen (GDK 2022: 14).</p> <p>Die Ausarbeitung von Mindestanforderungen für Alters- und Pflegeheime wurde verschiedentlich diskutiert, aber bisher nicht gestartet. Solche sollten sich auf Wissensgrundlagen über die epidemiologische Situation stützen können; eine nationale Punktprävalenzstudie in Pflegeheimen konnte jedoch bisher nicht umgesetzt werden (vgl. Schlüsselmassnahme E-1).</p> |
| | <p>Datenbedarf, Methoden und Standards für das Monitoring werden im Rahmen des Aufbaus des nationalen Monitoringsystems von Swisnoso ermittelt (vgl. Handlungsfeld M).</p> |
| | <p>Die Ausarbeitung von Empfehlungen für die Datenverwertung sind zumindest teilweise durch den Aufbau des Monitoringsystems in den Spitälern abgedeckt (vgl. Handlungsfeld M). Die Datenverwertung durch die Kantone und auf nationaler Ebene soll durch die operativen Ziele abgedeckt werden.</p> |
| | <p>Im Auftrag des BAG wurde eine quantitative und qualitative Bedarfsanalyse Infektionsprävention in der Bildung erarbeitet. Der Schlussbericht liegt seit September 2019 vor. Die Studie ging der Frage nach, ob und bei wem im Bereich der Bildung für das Thema Infektionsprävention Probleme vorliegen. Bildungsinhalte waren nicht Gegenstand der Studie. Das Projektteam diskutierte die Ergebnisse der Analyse am 27.11.2019 und am 8.9.2020 und legte die nächsten Schritte im Bereich Bildung fest. Diese konnten wegen der Covid-19-Pandemie bisher nicht weiterverfolgt werden (vgl. Handlungsfeld BF, Tabelle 24).</p> |
| Fortschritte/ Zielerreichung | <p>G-1-1: Der vorgesehene Output (HAI-Mindestanforderungen) liegt für Akutspitäler vor und geht inhaltlich über das ursprünglich Vorgesehene hinaus. HAI-Mindestanforderungen für Pflegeheime fehlen noch.</p> <p>G-1-2: in Arbeit, noch kein Output vorliegend</p> <p>G-1-3: in Arbeit, noch kein Output vorliegend</p> <p>G-1-4: Situationsanalyse erfolgt, Stossrichtungen und Konzept für weiteres Vorgehen im Projektteam definiert, wegen Covid-19 seither keine Aktivitäten (vgl. Handlungsfeld BF). Noch kein Output vorliegend.</p> |
| G-2 | Zuständigkeiten und Strukturen |
| Vorgesehene Aktivitäten | <p>G-2-1: Aufgaben klären, Rollenteilung optimieren</p> <p>G-2-2: Strukturen optimieren</p> <p>G-2-3: Strukturen zur Koordination des Monitorings sicherstellen</p> <p>G-2-4: Qualitätsmanagement und Infektionsprävention berücksichtigen</p> |

⁸⁷ <https://www.swisnoso.ch/forschung-entwicklung/strukturelle-mindestanforderungen-hai/ipc-workshop-21012022> (Zugriff am 16.6.2022)

| | |
|------------------------------|---|
| Strategisches Ziel (Outcome) | Die Akteure kennen ihre Aufgaben und Rollenteilung und koordinieren ihre Aktivitäten. In Spitälern und Pflegeheimen bestehen Strukturen und Prozesse zur Reduktion von HAI. |
| Umsetzungsstand und Outputs | <p>Zur Klärung der Aufgaben und Rollenteilung erfolgten in den Jahren 2017 bis 2019 mehrfach bilaterale und multilaterale Gespräche zwischen dem BAG und verschiedenen Partnern, namentlich mit CURAVIVA, mit H+ (zur Klärung der Kommunikation mit Spitälern), mit dem ANQ und mit der GDK und Kantonsvertretungen.</p> <p>In der Strategie NOSO war vorgesehen, die Expertengruppe Swissnoso um weitere Fachspezialist/inn/en aus benachbarten Disziplinen und unter Berücksichtigung verschiedener institutioneller Kontexte (kleine und mittelgrosse Spitäler, Pflegeheime etc.) zu erweitern (Projekt NOSOnet bzw. Swissnoso+). Im Hinblick auf die Umsetzung dieser Massnahme führte Swissnoso im Sommer 2017 Gespräche mit den Stakeholdern. Die Rückmeldungen aus diesen Gesprächen führten zum Entscheid, auf NOSOnet zu verzichten. Die befragten Akteure wollten insbesondere keine neuen Parallelstrukturen zu den bereits bestehenden Gefässe schaffen. Zudem hielten sie es für wichtig, dass die Prozessführung für eine solche Expertengruppe beim BAG selbst liegt.</p> <p>Der Aufbau einer Koordinationsstruktur ist ein Element des Monitoringsystems, das sich in Aufbau befindet (vgl. Handlungsfeld M).</p> |
| Fortschritte/ Zielerreichung | <p>Aktivität G-2-4 liegt im Verantwortungsbereich der Spitäler. Es sind keine konkreten Massnahmen im Rahmen der Strategie NOSO ersichtlich, über welche Spitalbetriebe zu Anpassungen der Organisation des Qualitätsmanagements bewegt werden sollten. Die Schlüsselkomponente 3 der strukturellen HAI-Mindestanforderungen thematisiert die Organisation der Spitalhygiene und Personalausstattung, deren Aufgaben und Beziehung zur Spitalleitung, und konkretisiert die im Strategiedokument sehr vage formulierte Massnahme.</p> <p>G-2-1: Gemäss den geführten Interviews ist die Rollenklärung je nach Organisation unterschiedlich gut gelungen. Die Rollen von H+ und der GDK sowie die Kommunikationsflüsse zu den Spitälern und Kantonen spielten sich nicht zuletzt aufgrund der Arbeit an den strukturellen HAI-Mindestanforderungen weitgehend gut ein. Sowohl im Fall des ANQ als auch von CURAVIVA führten jedoch die verschiedenen Gespräche mit den Strategieverantwortlichen im BAG nicht zu einem jeweils von beiden Seiten geteilten Verständnis der Rollen, Zuständigkeiten und Aufgaben der beiden Organisationen.</p> <p>G-2-2: nach Vorarbeiten auf weitere Massnahmen verzichtet; kein Output</p> <p>G-2-3: in Arbeit, noch kein Output vorliegend</p> <p>G-2-4: Keine Aktivitäten ersichtlich. Eigendynamik in Spitälern: Gemäss Spitalbefragung fand seit 2017 eine gewisse Weiterentwicklung der Spitalhygiene-Strukturen statt: 14 der teilnehmenden 55 Spitäler (25.5%) schufen eine multidisziplinäre Hygienekommission (in 38 [69%] bestand eine solche bereits). 22 Spitäler (40%) verfügen neu über einen Spitalhygieneplan (ebenfalls 22 hatten einen solchen bereits). In 19 Spitälern (34.5%) erfolgte eine Weiterentwicklung des internen Spitalhygiene-Teams (vgl. Abschnitt 6.3)</p> |
| G-3 | Unterstützung der Umsetzung |
| Vorgesehene Aktivitäten | <p>G-3-1: Arbeitshilfen bereitstellen, Umsetzung evaluieren</p> <p>G-3-2: Wegweisende Projekte und Programme unterstützen</p> <p>G-3-3: Anreize zur Umsetzung von Verhütungsmassnahmen verbessern</p> <p>G-3-4: Massnahmen zur Reduktion von HAI als Kriterium in Aufsichts-, Planungs- und Bewilligungsprozessen berücksichtigen</p> |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Die Strategieumsetzung wird mit geeigneten Werkzeugen und durch positive Anreize unterstützt. |

Umsetzungsstand und Outputs

G-3-1: Die Umsetzung dieser Aktivität steht in Zusammenhang mit den strukturellen HAI-Mindestanforderungen (vgl. Handlungsfeld G-1). Um die Spitäler bei deren Umsetzung zu unterstützen befasst sich Swissnoso mit der Erarbeitung von Hilfsmitteln und Materialien. Ein Foliensatz für die Präsentation der HAI-Mindestanforderungen steht zur Verfügung, ein Selbstevaluations-Tool soll bis Ende 2022 vorliegen. Swissnoso bietet zudem Online-Austauschtreffen für Infektionspräventionsteams an.

G-3-2: Die Massnahme beschreibt die bestehenden Finanzierungsmöglichkeiten, d.h. dass das BAG über den EpG-Kredit Massnahmen der Infektionsprävention und über den (KVG-)Qualitätskredit Massnahmen zur Förderung der Patientensicherheit finanzieren kann. Ersteres wird über die Verträge mit Swissnoso umgesetzt (Tabelle 7), letzteres umfasste das von der Stiftung Patientensicherheit und Swissnoso umgesetzte nationale Pilotprogramm «progress! – Sicherheit bei Blasenkathetern». Während der parlamentarischen Beratung der KVG-Revision «Qualität und Wirtschaftlichkeit» und der Ausarbeitung der Qualitätsstrategie waren die Finanzierung von Patientensicherheits-Projekten und die Zusammenarbeit mit der Stiftung weitgehend blockiert. Nach langer Unklarheit über die Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten für die Finanzierung von Qualitäts- bzw. Patientensicherheitsprojekten sind diese nun bekannt. Mit Inkrafttreten der neuen Qualitätsbestimmungen am 1. April 2021 übernahm die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) die Finanzierung und erhielt einen Kreditrahmen dafür zur Verfügung gestellt. Ab 2022 finanziert die EQK zwei Grundlagenprogramme und ein Projekt der Stiftung Patientensicherheit (EQK 2022). Im März 2022 wurde auch die neue Qualitätsstrategie publiziert (Abschnitt 2.4.1). Diskussionen zur Koordination der Aktivitäten und Finanzierung im Bereich der HAI zwischen der Abteilung MT im BAG und der EQK haben noch nicht stattgefunden.

G-3-3: Als Vorarbeit zur Verbesserung der **Anreize** für die Spitäler im Bereich der HAI-Prävention, gab das BAG eine externe Studie in Auftrag (Ecoplan 2019). Deren Ergebnisse wurden Ende 2018 im Projektteam diskutiert. Das BAG und das Projektteam gingen davon aus, dass die verschiedenen im Rahmen der Strategie NOSO erarbeiteten Elemente (nationales Monitoringsystem, Punktprävalenzstudien, strukturelle HAI-Mindestanforderungen) sich künftig als Anreizinstrumente für die Spitäler etablieren und einen Vergleich zwischen den Spitälern ermöglichen. Aus diesem Grund wurden keine weiteren Massnahmen zur Förderung von Anreizen für die Spitäler lanciert. Zudem werden die Ziele der Strategie im Rahmen von operativen Zielen präziser formuliert, damit die Spitäler klare Referenzwerte haben (Abschnitt 5.2.3). Das BAG geht deshalb davon aus, dass die operativen Ziele ein Motivationsfaktor für Spitäler sind, weil sie damit konkrete Indikatoren haben und ihre Fortschritte auch anhand von Daten messen können.

G-3-4: Laut den vorliegenden Einschätzungen in Interviews haben einige Kantone HAI-bezogene Ziele in ihre Leistungsaufträge, Aufsichts- und Kontrollmechanismen gegenüber den Spitälern eingebaut. Eine systematische Übersicht, ob, wie viele und welche Kantone dies getan haben, liegt jedoch nicht vor

Um die Umsetzung der Strategie NOSO zu unterstützen und den Kantonen und Spitälern klare Orientierungspunkte zur Verfügung zu stellen, initiierte das Projektteam Anfang 2018 die Ausarbeitung von **operativen Zielen für die Strategie NOSO** im Sinne von Indikatoren zur Operationalisierung der Strategieziele. Diese sollten eine Anreizwirkung ausüben und die datengestützte Messung von Fortschritten ermöglichen. In der Folge wurde BAG-intern ein Zielkatalog erarbeitet und sowohl im Projektteam als auch im Projektausschuss zur Diskussion gestellt. Die Ziele bzw. Indikatoren liegen seit Ende 2019 vor. Die ausführenden Texte konnten jedoch bisher nicht fertiggestellt werden, da aufgrund der Einbindung der zuständigen BAG-Einheit in die Covid-19-Bewältigung keine Kapazität dafür vorhanden war. Die Abstimmung der Ziele mit den strukturellen Mindestanforderungen und ihre Verabschiedung durch den Projektausschuss mussten deshalb zeitlich verschoben werden. Sie konnten deshalb nicht zusammen

| | |
|---------------------------------|--|
| | mit den Mindestanforderungen kommuniziert und an den Workshops präsentiert werden. Die Ziele und die Begleittexte wurden unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie im ersten Quartal 2022 vom BAG fertiggestellt. Es war vorgesehen, sie im Mai 2022 im Projektteam zu diskutieren und anschliessend das Vorgehen betreffend Publikation und Begleitkommunikation mit H+ und der GDK zu besprechen. Die vorgesehene Projektteam-Sitzung musste jedoch abgesagt werden, womit das weitere Vorgehen vorläufig unklar ist. |
| Fortschritte/ Zielerreichung | G-3-1: Aktivitäten in Gang; einzelne Outputs vorliegend. G-3-2: Finanzierung von Swisnoso-Aktivitäten über EpG-Kredit; Finanzierung von Qualitäts- bzw. Patientensicherheitsprojekten über Qualitätskredit wegen Unklarheit über die rechtlichen und strategischen Grundlagen und die Zuständigkeiten bis 2021/2022 blockiert. G-3-3: nach Vorarbeiten auf weitere Massnahmen verzichtet; kein Output G-3-4: Dynamik in Gang |
| G-4 | Wissensmanagement |
| Vorgesehene Aktivitäten | G-4-1: Wissensplattform aufbauen G-4-2: Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis sicherstellen G-4-3: Internationale Zusammenarbeit aktiv vorantreiben |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Ein Wissensaustausch im Bereich der Best Practices findet auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene statt. |
| Umsetzungsstand und Outputs | Die konkrete Umsetzung einer professionell betriebenen nationalen Wissensplattform ist noch offen. Nach längeren Diskussionen wurde entschieden, dass bis auf Weiteres die bestehende Website von Swisnoso als Wissensplattform dienen soll. Materialien und Daten zu HAI werden dort publiziert. Eine Überarbeitung dieser Webseite steht zur Diskussion. Inhaltliche und konzeptionelle Erwartungen und die Finanzierung der zu erwartenden hohen Kosten sind jedoch noch nicht geklärt. Es wurden keine expliziten Aktivitäten des Wissenstransfers ermittelt. Die Aufbereitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Verbreitung in die Praxis via Website, peer-reviewte Fachzeitschriften und Referate ist jedoch eine laufende Tätigkeit von Swisnoso und Teil des Mandats zur Bereitstellung von Expertise. Das BAG versuchte verschiedentlich, eine institutionelle Verbindung mit Fachpersonen der Weltgesundheitsorganisation WHO zu etablieren, um sich in bestehende internationale Netzwerke einbringen zu können. Mehrere informelle Gespräche blieben bisher ohne konkretes Ergebnis. |
| Fortschritte/ Zielerreichung | G-4-1: vorläufiger Output liegt vor, Weiterentwicklung noch offen G-4-2: laufende Aktivität G-4-3: keine Fortschritte |

Handlungsfeld Monitoring

Tabelle 22: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld M der Strategie NOSO

| | |
|----------------------------|--|
| M | Monitoring |
| M-1 | Nationales Monitoringsystem |
| Vorgesehene Aktivitäten | M-1-1: Akteure stärken und adäquat weiterbilden M-1-2: Monitoringqualität sicherstellen |

| | |
|------------------------------|--|
| Strategisches Ziel (Outcome) | Ein nationales System zum Monitoring von HAI und deren Einflussfaktoren (Strukturen und Prozesse) ist aufgebaut und wird betrieben. |
| Umsetzungsstand und Outputs | <p>Seit 2009 setzt Swissnoso das Modul SSI Surveillance im Auftrag des ANQ um. Dieses dient der gemäss ANQ-Messplan obligatorischen Erhebung der Wundinfektionen. 168 Spitäler, Kliniken und Spitalstandorte aus allen Schweizer Kantonen beteiligen sich daran. Seit 2014 bietet Swissnoso das Messinstrument CleanHands an.</p> <p>Das BAG hat nach längeren ausschreibungsrechtlichen Abklärungen im September 2019 Swissnoso ein Mandat zum Aufbau eines nationalen Überwachungssystems erteilt. Dieses baut auf den bestehenden Elementen des Programms Swiss Clean Care auf und soll diese weiterentwickeln. Der Prozess ist auf die entsprechenden Ziele der Strategie NOSO ausgerichtet und ist modular konzipiert (Offerte Swissnoso). Für die wichtigsten HAI (CLABSI, CAUTI, HAP) sollen die zu erfassenden Daten, die Minimalanforderungen an die Messung, Datenformate und die Mindestqualität der Daten definiert werden. Nach Covid-19-bedingten Verzögerungen erstellte Swissnoso als ersten Schritt und Grundlage für die Arbeiten eine Marktanalyse und erhob mittels Umfrage bei den Schweizer Spitälern deren technischen Voraussetzungen und personellen Kapazitäten für die Überwachung von HAI (Metsini et al. 2021). Diese Bestandesaufnahme bildet eine wichtige Grundlage für die weiteren Arbeiten.</p> <p>Die Arbeiten an den weiteren Modulen sind in Gang: Auf der Grundlage des Pilotprogramms «progress! – Sicherheit bei Blasenkathetern» konnte ein Modul zur CAUTI Surveillance wie geplant aufgebaut werden. Es steht den Spitälern seit Januar 2022 zur Verfügung. 19 Spitäler nahmen an diesem Modul teil (https://www.swissnoso.ch/module/cauti-surveillance/ueber-cauti-surveillance/teilnehmer).</p> <p>Die Vorarbeiten zu einem neuen Modul zur CLABSI Surveillance haben begonnen. Das Projekt ist als Vorreiterprojekt zur Etablierung einer automatisierten elektronischen Surveillance vorgesehen. Der Start der Datenerfassung war ursprünglich per Januar 2021 vorgesehen; Covid-19-bedingt hat sich dessen Umsetzung verzögert. Im Bereich der spitalassoziierten Lungenentzündungen (VAP/nvHAP) sind Abklärungen zu einem zukünftigen Überwachungsmodul in Arbeit. Das im Vertrag mit Swissnoso dafür vorgesehene optionale Budget wurde beantragt.</p> <p>Die Surveillance-Module beinhalten neben den Tools zur Datenerfassung und quartalsweise betriebspezifischen Datenauswertungen auch Hilfsmittel (Surveillance-Handbücher, Erfassungsformulare, technische Handbücher), Informationsveranstaltungen und Einführungskurse für die teilnehmenden Spitäler (https://www.swissnoso.ch/module/cauti-surveillance/ueber-cauti-surveillance/das-modul).</p> |
| Fortschritte/ Zielerreichung | Der Prozess zum Aufbau eines nationalen Monitoringsystems ist in Gang. Bestehende Elemente (SSI Surveillance) werden weitergeführt, mit CAUTI-Surveillance steht seit 2022 ein neues Modul zur Verfügung. |
| M-2 | Zielgerichtete Datenverwertung |
| Vorgesehene Aktivitäten | <p>M-2-1: Daten zeitnah, bedarfs- und zielgruppengerecht auswerten</p> <p>M-2-2: Direktes Feedback an Mitarbeitende einrichten</p> <p>M-2-3: Public Reporting und Benchmarking einführen</p> |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Die Daten und Analysen zu HAI stehen zeitnah, bedarfs- und zielgruppengerecht aufgearbeitet zur Verfügung. |
| Umsetzungsstand und Outputs | Das Modul CCM Clean Hands erlaubt den Spitälern jederzeit eine unmittelbare Rückmeldung zur Händehygiene-Adhärenz und eine individuelle Analyse der erfassten Daten. Im Rahmen der Surveillance-Module von Swissnoso (SSI, CAUTI) erhalten die teilnehmenden Betriebe periodisch einen individuellen Bericht mit den betriebspezifischen Daten und einem anonymisierten Vergleich mit anderen Betrieben. Zudem publizieren Swissnoso einen nationalen Vergleichsbericht zu den Wundinfektionen und der ANQ die risikobereinigten Wundinfektionsraten. Swissnoso erstellt zudem einen |

| | |
|---------------------------------|---|
| | jährlichen Bericht über die Epidemiologie von HAI in der Schweiz. Darüber, wie Spitalbetriebe diese verschiedenen Daten nutzen und intern weiterverarbeiten, liegen keine Informationen vor. Einzelne Gesprächspartner/innen beurteilen die Situation als verbesserungsfähig. |
| Fortschritte/ Zielerreichung | Laufende Umsetzung |
| M-3 | Früherkennung |
| Vorgesehene Aktivitäten | M-3-1: Institutionsinterne Früherkennungssysteme verstärken M-3-2: Gesetzliche Meldepflicht erweitern |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Die Kapazitäten und Qualitätsniveaus der Früherkennung von Infektions-Ausbrüchen in Spitälern und Pflegeheimen sind angeglichen oder angenähert |
| Umsetzungsstand und Outputs | <p>Swissnoso erarbeitet im Rahmen von StAR im Auftrag des BAG Richtlinien für die Prävention und Kontrolle von multiresistenten Erregern (MRE) im Nicht-Ausbruch-Setting (https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/mdro-richtlinien). Diese legen einen Fokus auf die Früherkennung und enthalten allgemeine Grundsätze der Infektionsprävention zur Eindämmung der Übertragung von MRE sowie MRE-spezifische Empfehlungen.</p> <p>U.a. mit dem Ziel, Spitäler bei der Früherkennung und Bekämpfung von Ausbrüchen von HAI zu unterstützen beauftragte das BAG Swissnoso mit dem Aufbau eines entsprechenden Kompetenzzentrums (vgl. Abschnitt 5.2.3). Gestützt auf das aufzubauende nationale Monitoringsystem soll auch ein nationales Frühwarnsystem entwickelt werden. Dieser Aufbau ist seit 2019 in Gang und wegen Covid-19 gegenüber den vorgesehenen Plänen zeitlich in Verzug. Anhand konkreter Fälle (VRE-Ausbruch; Covid-19) wurden Praxiserfahrungen gesammelt und Richtlinien und Empfehlungen erarbeitet, die in die künftigen Angebote an Spitäler einfließen werden.</p> <p>Inwiefern Spitäler eigenständig ihre Kapazitäten zur Früherkennung ausbauen, ist nicht bekannt.</p> <p>Eine Erweiterung der Meldepflicht durch das Verankern von Meldethemen und -fristen wird voraussichtlich nicht umgesetzt. Zum einen wird gestützt auf Erfahrungen in anderen Ländern befürchtet, dass von einer Meldepflicht ein negativer Anreiz ausgeht, Infektionen nicht zu melden, um Sanktionen zu vermeiden. Zudem wäre der prozedurale Aufwand für eine Verordnungsänderung sehr hoch.</p> |
| Fortschritte/ Zielerreichung | M-3-1: Aufbau eines Unterstützungsangebots in Gang; konkrete Empfehlungen zu einzelnen Erregern vorliegend M-3-2: keine Aktivität; kein Output |

Handlungsfeld Verhütung und Bekämpfung

Tabelle 23: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld VB der Strategie NOSO

| | |
|---------------------------------|--|
| VB | Verhütung und Bekämpfung |
| VB-1 | Optimierung und Weiterentwicklung |
| Vorgesehene Aktivitäten | VB-1-1: Standards und Richtlinien praktisch umsetzen |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Die Verhütung und Bekämpfung wird optimiert und weiterentwickelt. ¹ |

| | |
|------------------------------|--|
| Umsetzungsstand und Outputs | <p>Die 2021 publizierten strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler stellen Standards dar, an denen sich Betriebe orientieren können.</p> <p>Neben den Überwachungsmodulen bietet Swissnoso auch Interventionsmodule an (SSI Intervention) oder entwickelt weitere solche Module (CAUTI Intervention und CLABSI Intervention). Swissnoso unterstützt dabei Spitäler bei der Entwicklung und Umsetzung von Interventionen mittels Schulungen und regelmässigem Austausch mit anderen Teilnehmern und stellt Informationsmaterial zur Verfügung. Das Modul SSI Intervention wurde nach einer 2018 abgeschlossenen Pilotphase mit neun Spitälern ab 2019 auf nationaler Ebene angeboten. Im Frühjahr 2022 nutzten sechs Spitalbetriebe das Modul. Seit 2021 wird das Modul CAUTI Intervention aufgebaut. Die Kickoff-Sitzung fand im September 2021 statt, die Einführung soll im Oktober 2022 starten. Die Vorbereitungsarbeiten zur Entwicklung eines CLABSI Intervention-Moduls konnte nach etwas Verzögerung aufgrund fehlender personeller Ressourcen 2020 starten.</p> <p>Als Reaktion auf einen Ausbruch von Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) in Schweizer Spitälern startete Swissnoso im Juli 2018 im Auftrag des BAG (im Rahmen der Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz [StAR]) eine Ausbruchsuntersuchung und erarbeitete Richtlinien zur Prävention und Kontrolle multiresistenter Erreger sowie zur Ausbruchsbekämpfung (Publikation im Oktober 2021; https://www.swiss-noso.ch/forschung-entwicklung/mdro-richtlinien).</p> <p>In Ergänzung zu den im Strategiedokument vorgesehenen Massnahmen beauftragte das BAG aufgrund von entsprechendem Handlungsbedarf 2019 Swissnoso mit dem Aufbau eines Kompetenzzentrums für regionale und nationale epidemiologische Studien bei HAI-Ausbrüchen. Dieses soll im Sinne einer Grundstruktur bzw. «Schnelleingreiftruppe» im Ereignisfall möglichst rasch Expertise in der Bekämpfung von HAI-Ausbrüchen, die mehrere Spitäler und Kantone betreffen, zur Verfügung stellen. Gestützt auf das aufzubauende nationale Monitoringsystem soll auch ein nationales Frühwarnsystem entwickelt werden (vgl. Schlüsselmassnahme M-3). Der Aufbau dieses Kompetenzzentrums ist in Gang. Die Covid-19-Pandemie stellte einen ersten konkreten Anwendungsfall dar; Swissnoso publizierte zahlreiche Richtlinien (https://www.swiss-noso.ch/forschung-entwicklung/aktuelle-ereignisse/archiv-richtlinien). Dafür rückte der Aufbau der vorgesehenen Grundlagen und Konzepte des Kompetenzzentrums in den Hintergrund und verzögerte sich entsprechend. Ein Konzeptpapier liegt vor und wurde 2021 bei der Kantonsärzteschaft in Vernehmlassung gegeben. Auf dessen Basis wird Swissnoso mit den Kantonen, Spitälern und dem BAG Diskussionen über die Umsetzung dieses Konzepts führen.</p> |
| Fortschritte/ Zielerreichung | <p>Swissnoso unterstützt Spitäler bei der Umsetzung von konkreten Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von HAI und der strukturellen HAI-Mindestanforderungen. Das Modul SSI Intervention wird noch von wenigen Spitälern genutzt. Gemäss Spitalbefragung erfolgte seit 2017 in 14 von 55 teilnehmenden Spitälern (25.5%, davon 9 Spitäler der Grundversorgung) eine Weiterentwicklung bezüglich der Implementation von Interventionsmodulen (18 Spitäler [32.7%] gaben an, solche unverändert einzusetzen).</p> |
| VB-2 | Sensibilisierung und Einbezug |
| Vorgesehene Aktivitäten | <p>VB-2-1: Kommunikationskonzept erarbeiten und umsetzen</p> <p>VB-2-2: Betroffene Personen (Patient/innen, Bewohner/innen sowie Besuchende) in die Infektionsprävention einbeziehen</p> <p>VB-2-3: Akteure erklären formell ihr Engagement</p> |
| Strategisches Ziel (Outcome) | <p>Personal, Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchende von Spitälern und Pflegeheimen kennen das Problem der HAI und deren Folgen für die persönliche und die öffentliche Gesundheit. Sie verstehen die zu treffenden Massnahmen und tragen zu deren Umsetzung bei.</p> |

| | |
|------------------------------|---|
| Umsetzungsstand und Outputs | <p>VB-2-1: In Zusammenarbeit mit einer Kommunikationsagentur hat das BAG ein Kommunikationskonzept erarbeitet. Dieses liegt seit 2018 vor (Bellini 2018). Das BAG hat die Webseite zur Strategie NOSO überarbeitet, versendet einen Newsletter (Stand Mai 2022: 8 Ausgaben) und publizierte jährlich einen Jahresbericht (mit Ausnahme von 2020, aufgrund von Covid-19). Diese Kommunikationsaktivitäten (Newsletter, Website etc.) richteten sich bisher an die Strategieakteure und Umsetzungspartner. Das BAG hat bewusst entschieden, sich (noch) nicht an die Bevölkerung zu richten, da es dafür noch zu früh sei (Bellini 2018). Im Rahmen der Strategie NOSO wurden allerdings auch mehrere Medienmitteilungen und Artikel, z.B. im BAG Bulletin publiziert.</p> |
| | <p>VB-2-2: Der Einbezug von Betroffenen (Patient/innen, Bewohner/innen sowie Besuchenden) in die Infektionsprävention betrifft vor allem Spitalbetriebe. Es sind keine konkreten Aktivitäten in diesem Bereich bekannt.</p> |
| | <p>VB-2-3: 2017 und 2018 führte das BAG Stakeholderworkshops durch, die u.a. zum Ziel hatten, die verschiedenen Akteure dazu zu motivieren, an der Umsetzung der Strategie NOSO mitzuwirken. Konkrete Aktivitäten, um Akteure zu einem formellen Engagement zu bewegen, gab es bisher keine, u.a. weil lange Zeit keine konkreten greifbaren Outputs als Aufhänger eines solchen Engagements vorlagen. Die strukturellen HAI-Mindestanforderungen stellen einen solchen Output dar: Bei deren Publikation der 2021 traten das BAG, die GDK und H+ gemeinsam als Absender auf und unterstrichen mit diesem Signal ihr Engagement in diesem Thema. Zahlreiche weitere Organisationen (VKS, SGIInf, SGSH, fibs, SIPI, PIGS, FMH, Patientensicherheit Schweiz) empfehlen die Umsetzung der Mindestanforderungen und erklärten so ebenfalls ihr Engagement in einem formellen Dokument. Die GDK hat die Mindestanforderungen zudem in ihr Positionspapier «Qualität im Gesundheitswesen» (GDK 2020: 11) und in die von der Plenarversammlung verabschiedeten revidierten Empfehlungen zur Spitalplanung (GDK 2022: 14) aufgenommen und sich somit auf höchstmöglicher Ebene für deren Umsetzung ausgesprochen.</p> |
| Fortschritte/ Zielerreichung | <p>VB-2-1: Die vorgesehenen Outputs liegen – ausser dem Jahresbericht 2020, auf den aufgrund von Covid-19 verzichtet wurde) – vor. Die Abonnentenzahl des Newsletters hat sich seit dessen Lancierung verdreifacht; er erreichte im Mai 2022 639 Personen, v.a. in Spitälern (vgl. Abschnitt 6.7.1). Die Kommunikationsprodukte richten sich allerdings an andere Zielgruppen als im strategischen Ziel vorgesehen.</p> |
| | <p>VB-2-2: keine Fortschritte erkennbar</p> |
| | <p>VB-2-3: Gemäss Spitalbefragung integrierten seit 2017 fünf der teilnehmenden 55 Spitäler (9%) das Thema der Infektionskontrolle und -prävention in ihr Leitbild (in 20 [36.4%] war dies bereits der Fall). Inwiefern einzelne Kantone ihr Engagement formell erklärt hatten, wurde im Rahmen der Evaluation nicht erhoben; es liegen keine Informationen dazu vor. Die Publikation und anstehende Umsetzung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen für Akutspitäler gaben einen konkreten Anlass dafür, dass diverse Dachorganisationen und Fachgesellschaften ihr Engagement fürs Thema HAI erklären konnten. Sie sind eine Grundlage dafür, dass weitere Akteure (Kantone, Spitäler) dies künftig ebenfalls tun können.</p> |
| VB-3 | Lern- und Dialogkultur |
| Vorgesehene Aktivitäten | <p>VB-3-1: Infektionsprävention in Betriebskultur verankern</p> |
| Strategisches Ziel (Outcome) | <p>In jeder Gesundheitseinrichtung wird die Infektionsprävention integraler Bestandteil der Unternehmenskultur und des Qualitätsmanagements. Die Möglichkeit einer sanktionsfreien Berichterstattung über Fehler und Zwischenfälle trägt zum konstruktiven Dialog und somit zur Weiterentwicklung der Institution bei.</p> |

| | |
|------------------------------|---|
| Umsetzungsstand und Outputs | Zu Beginn der Umsetzung wurde ein Literaturreview erstellt («Literatur Review: Behavioural Determinants of Compliance with Infection Prevention Best Practice Guidelines»). Weiter entwickelte Swissnoso im Rahmen des SSI Intervention die Applikation Clean Care Monitor-SSI (CCM-SSI) als Instrument zur betriebsinternen Compliance. Dieses Tool kann auch ohne Teilnahme am SSI Intervention genutzt werden. Nach einer Testphase 2018 wurde das Tool allen Spitälern angeboten. |
| Fortschritte/ Zielerreichung | Zur Unterstützung von Spitälern steht das Tool Clean Care Monitor zur Verfügung. Seit seiner Einführung wird dieses von über 90 Spitälern genutzt. Über allfällige Anpassungen der Betriebskultur im Sinn des strategischen Ziels liegen keine Informationen vor. |
| VB-4 | Förderung der Impfprävention |
| Vorgesehene Aktivitäten | VB-4-1: Mitarbeitende und andere Personen zum Impfen motivieren |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Das Impfen wird in Spitälern und Pflegeheimen gefördert. |
| Umsetzungsstand und Outputs | Es gab keine direkten Aktivitäten in der Strategie NOSO zur Förderung der Impfprävention. Die Strategien NSI und GRIPS decken das Thema bereits ab und sollen zur Zielerreichung der Strategie NOSO beitragen. Sie werden von in derselben BAG-Sektion (I&I) geleitet wie die Strategie NOSO. Es wurde sektionsintern entschieden, dass NOSO keine eigenen Aktivitäten zum Thema Impfen umsetzt. In der NSI wurde zunächst viel Aufbauarbeit geleistet. Kurz vor Übergang in die Umsetzung brach die Covid-19-Pandemie aus und stoppte die Arbeiten. |
| Fortschritte/ Zielerreichung | keine Aktivitäten/kein Output im Rahmen der Strategie NOSO, Verzögerung durch Covid-19 bei Umsetzung der NSI. In der Spitalbefragung gaben 23.6% der teilnehmenden Betriebe an, die Impfprävention bei Mitarbeitenden sei ausgebaut worden (Zentrumsspitäler: 9 von 25; Grundversorgung: 4 von 27). 63.4% der Betriebe war diesbezüglich bereits aktiv und hat keine Veränderung vorgenommen. Es ist somit ein gewisser Fortschritt festzustellen, der jedoch kaum auf die Strategie NOSO zurückgeführt werden kann. |

Bemerkung: ¹ Ziel abgeleitet aus dem Untertitel in der Kurzfassung der Strategie NOSO.

Handlungsfeld Bildung und Information

Tabelle 24: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld BF der Strategie NOSO

| | |
|------------------------------|---|
| BF | Bildung und Forschung |
| BF-1 | Infektionsprävention in der Bildung |
| Vorgesehene Aktivitäten | BF-1-1: Gesundheitsfachpersonen dem Bedarf entsprechend zu Fachexpertinnen und -experten aus- und weiterbilden BF-1-2: Bedeutung der Infektionsprävention in der Weiterbildung des gesamten Personals in Gesundheitsinstitutionen stärken BG-1-3: Bildung der Mitarbeitenden im Bereich Infektionsprävention institutionalisieren |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Das Personal von Spitälern und Pflegeheimen ist im Bereich Infektionsprävention bedarfsgerecht aus- und weitergebildet. Es verfügt über die notwendigen Kompetenzen, um zur Reduktion von HAI beizutragen. |
| Umsetzungsstand und Outputs | Im Bereich der Bildung wurde eine Bedarfsanalyse bei den Bildungsinstitutionen durchgeführt (vgl. Schlüsselmassnahme G-1). Der Schlussbericht liegt seit September 2019 vor. Er schlug Massnahmen in den Bereichen <i>Grundausbildung, Fort- und Weiter-</i> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p><i>bildung des medizinischen Personals</i> sowie <i>Ausbildung und Sensibilisierung des Managements</i> vor. Das Projektteam diskutierte die Ergebnisse der Analyse am 27.11.2019 und am 8.9.2020 und skizzierte das weitere Vorgehen in diesen drei Bereichen.</p> <p>In der Grundausbildung kam das Projektteam zum Schluss, dass ein nationaler Standard zu Hygiene und Infektionsprävention für die Grundausbildung sinnvoll wäre, aber von Bildungsexperten und -verantwortlichen erarbeitet werden müsste, nicht im Rahmen der Strategie NOSO. Die Projektleitung sollte das weitere Vorgehen BAG-intern mit der Sektion Gesundheitsberufe besprechen.</p> <p>Im Bereich Fort- und Weiterbildung wurde ein Modell mit vier Stufen von HAI-Kompetenz entwickelt und im Projektteam diskutiert. Der Vorschlag sollte in die Umsetzung der strukturellen HAI-Mindestanforderungen integriert werden; diese definieren eine angemessene und regelmässige Schulung der Spitalmitarbeitenden als Schlüsselkomponente 4. Das Modell konnte nicht wie vorgesehen im Symposium zu den Mindestanforderungen vom August 2021 thematisiert werden, da dieses verkürzt wurde.</p> <p>Für die Förderung der Kompetenz des Managements sieht der Bericht Ansatzpunkte in der Managementausbildung und in der Sensibilisierung (Weiterbildung). Im Bereich der Managementausbildung ist zunächst eine BAG-interne Auslegeordnung der verschiedenen Bildungswege nötig. Sensibilisierung kann über verschiedene Wege erfolgen, für welche im Rahmen der Strategie NOSO Elemente erarbeitet wurden bzw. werden: Benchmarking (Punktprävalenzstudien, nationales Monitoring, strukturelle HAI-Mindestanforderungen), Aufzeigen der eigenen Verantwortung und Hebelwirkung (Schlüsselkomponenten 5 und 6 der strukturellen HAI-Mindestanforderungen), finanzielle Konsequenzen für den eigenen Betrieb erkennen (Studien zu Mortalität und Kosten von HAI [Swissnoso 2018] und zu Anreizsystemen [Ecoplan 2019]).</p> <p>Aufgrund anderer Prioritäten und fehlender Ressourcen im BAG wurde die Erarbeitung von Massnahmen im Bildungsbereich während der Covid-19-Pandemie in den Jahren 2020/2021 weitgehend stillgelegt. Die Wiederaufnahme war für 2022 vorgesehen; aufgrund anderer Prioritäten und einer personellen Vakanz war dies jedoch nicht möglich.</p> <p>Gemäss Spitalbefragung fand seit 2017 eine gewisse Weiterentwicklung in den Bereichen der Schulung neu eintretenden Personals zu Standard-Hygienemassnahmen und bei regelmässigen Schulungen zu relevanten Themen der Infektionsprävention statt: Je 14 der teilnehmenden 55 Spitäler (25.5%) gaben an, hier sei ein Ausbau erfolgt.</p> |
| Fortschritte/ Zielerreichung | Vorbereitungsarbeiten erfolgt, wegen Covid-19/anderen Prioritäten verzögert; noch keine Outputs |
| BF-2 | Forschungsförderung |
| Vorgesehene Aktivitäten | BF-2-1: HAI in Forschungsförderung verankern |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Es steht mehr Wissen über HAI zur Verfügung. |
| Umsetzungsstand und Outputs | Das BAG hat die Forschung nicht aktiv gefördert. Es fanden keine Kontakte mit Akteuren der Forschungs- und Innovationsförderung statt, um diese dazu zu veranlassen, Ausschreibungen und Forschungsprojekte zum Thema HAI zu lancieren. Das BAG hat sich darauf beschränkt, auf Antrag einzelne Forschungsprojekte zu unterstützen . Soweit ersichtlich wurden drei Studien finanziell unterstützt («Prevention Bundle for non-ventilator associated Hospital acquired Pneumonia (nvHAP)» des Universitätsspitals Zürich, zwei Literaturreviews von Swissnoso [im Rahmen der Schlüsselmassnahme VB-3 und E-1]). |
| Fortschritte/ Zielerreichung | Die Massnahme wurde nicht wie im Strategiedokument beschrieben umgesetzt. Trotzdem liegen einzelne Studien zur Thematik von HAI vor; Swissnoso hat auf seiner Web- |

| | |
|------------------------------|---|
| | site (https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/publikationen) zahlreiche Forschungsarbeiten zu HAI und multiresistenten Erregern publiziert, allerdings aus Eigeninitiative. |
| BF-3 | Neue Technologien, Qualitätssicherung |
| Vorgesehene Aktivitäten | BF-3-1: Grundlagen für das Beurteilen neuer Technologien erarbeiten |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Spitäler und Pflegeheime sind besser in der Lage, neue Technologien vor ihrem Einsatz systematisch auf Kosten und Nutzen zu evaluieren. |
| Umsetzungsstand und Outputs | Diese Aktivität wurde bisher nicht als prioritär eingeschätzt, weshalb noch keine Umsetzungsarbeiten erfolgt sind. |
| Fortschritte/Zielerreichung | Keine Aktivitäten/Fortschritte |

Handlungsfeld Evaluation

Tabelle 25: Umsetzungsstand der Schlüsselmassnahmen in Handlungsfeld E der Strategie NOSO

| E | Evaluation |
|------------------------------|---|
| E-1 | Baseline |
| Vorgesehene Aktivitäten | Punktprävalenzstudien und Literaturrecherchen durchführen |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Die Zahlen zu Prävalenz, Mortalität und Sekundärkosten der HAI sind bekannt und ihr vermeidbarer Anteil ist ermittelt. Das ermöglicht die Entwicklung gezielter nationaler Massnahmen, die nach den Bedürfnissen der Spitäler und Pflegeheime priorisiert werden. Die Pflegeeinrichtungen kennen ausserdem ihre eigene Situation und passen die Massnahmen entsprechend an. Die regelmässige Durchführung einer landesweiten Punktprävalenz-Erhebung ermöglicht, die Wirkung der Massnahmen der Strategie NOSO langfristig zu evaluieren. ¹ |
| Umsetzungsstand und Outputs | <p>2017 führte Swissnoso eine erste nationale Punktprävalenz-Erhebung der healthcare-assoziierten Infektionen in Akutspitälern gemäss dem Protokoll des ECDC durch. Es nahmen 96 Spitäler daran teil; die identifizierte Prävalenz von HAI betrug 5.9% (Coordination Center Prevalence Study CH (2018)). Die Ergebnisse wurden breit publiziert und in Projektteam und Projektausschuss präsentiert. Eine zweite Studie (Swissnoso 2018) erstellte auf der Basis der erfassten Daten Schätzungen zur Mortalität und zu den Folgekosten von HAI. Diese wurde in Projektteam und Projektausschuss vorgestellt und auf der BAG-Website publiziert.</p> <p>In den Jahren 2018, 2019 und 2021 (2020 erfolgte aufgrund von Covid-19 keine Erhebung) hatten interessierte Akutspitäler die Möglichkeit, die von Swissnoso erstellte Erhebungsplattform für eine vereinfachte Punktprävalenz-Erhebung zu nutzen (Teilnahme: 2018: 21 Spitäler, 2019: 34, 2021: 29; Ergebnisse: https://www.swissnoso.ch/module/punktpraevalenz-erhebung-hai/resultate). Eine zweite nationale Erhebung zur HAI Punktprävalenz wird 2022 durchgeführt.</p> <p>Swissnoso erstellte mit finanzieller Unterstützung des BAG eine Metaanalyse zum Anteil vermeidbarer HAI (Schreiber et al. 2018).</p> <p>Im Kontext des Rahmenvertrags mit dem BAG hat Swissnoso 2020 und 2022 Berichte über die Epidemiologie von HAI in der Schweiz seit 2017 vorgelegt (Sommerstein et al. 2020; Schmiedel et al. 2022).</p> <p>Im Bereich der Pflegeheime wurden in zwei Kantonen (VD 2018 und SG 2019) Pilot-Punktprävalenzstudien durchgeführt, um die Machbarkeit solcher Studien in diesem</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>Setting zu überprüfen. Die Studien wurden von den durchführenden Stellen und Personen (HCPI Vaud; Kantonsspital SG) initiiert und konnten dank der finanziellen Unterstützung des BAG mit kommunikativer Unterstützung von CURAVIVA St. Gallen umgesetzt werden.</p> <p>Eine nationale Erhebung der Prävalenz von HAI in Pflegeheimen als Grundlage für weitere Massnahmen und zur Definition von Mindestanforderungen der HAI-Prävention in diesem Bereich ist seit Beginn der Strategieumsetzung vorgesehen. Wegen schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen und fehlenden Ressourcen sowie wegen Covid-19 konnte dies bisher noch nicht umgesetzt werden. Seit November 2021 erfolgten Gespräche mit CURAVIVA und einer Fachexpertin zum weiteren Vorgehen zur Vorbereitung einer Prävalenz-Erhebung. Unklar ist, wer die Leitung eines solchen Prozesses übernehmen könnte.</p> |
| Fortschritte/ Zielerreichung | <p>Punktprävalenzstudien bei Akutspitalern sind als Instrument etabliert und bei 88% der an der Befragung teilnehmenden Spitäler bekannt. Sie werden von einzelnen regelmässig, von anderen punktuell genutzt. Es stehen regelmässig nach internationalen Standards erhobene Informationen über die Prävalenz zur Verfügung. Eine erste Auswertung zur Mortalität und zu den Sekundärkosten von HAI liegt vor.</p> <p>Im Bereich der Alters- und Pflegeheime konnten zwei Pilotstudien durchgeführt werden, die Hinweise auf die Machbarkeit und die Voraussetzungen solcher Erhebungen aufzeigten. Eine nationale Studie steht weiterhin aus, vorbereitende Arbeiten sind inzwischen angelaufen. Grosse Verzögerung.</p> |
| E-2 | Evaluation Strategie NOSO |
| Vorgesehene Aktivitäten | Zwischenevaluation |
| Strategisches Ziel (Outcome) | Der Nutzen und die Wirtschaftlichkeit der Massnahmen werden mit der Unterstützung von Fachpersonen regelmässig evaluiert. So können bei Bedarf Anpassungen an den Umsetzungsarbeiten vorgenommen werden. ¹ |
| Umsetzungsstand und Outputs | Das BAG hat im Sommer 2021 den Auftrag zur formativen Evaluation der Strategie NOSO extern ausgeschrieben und an das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung vergeben (Ziele und Fragestellungen vgl. Kapitel 1). Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse dieser Evaluation. |
| Fortschritte/ Zielerreichung | Die Evaluation wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie später als vorgesehen in Auftrag gegeben und anschliessend fristgerecht umgesetzt; der Bericht liegt vor. |

Bemerkung: ¹ Formulierungen gemäss Website der Strategie NOSO.

Anhang 7: Von Spitälern wahrgenommene Veränderungen in Kantonen

Tabelle 26: Von Spitälern wahrgenommene Veränderungen in Kantonen

Hat der Kanton, in dem Ihr Spital seinen Standort hat, seit 2017 in Bezug auf die folgenden Aspekte in Zusammenhang mit der Überwachung und der Prävention von HAI etwas verändert?

| | | AG | BE | BL | BS | FR | GE | GR | NE | NW | OW | SG | SH | SO | SZ | TI | VD | VS | ZG | ZH | Total | |
|---|--|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-------|----|
| Rechtsgrundlagen in Zusammenhang mit HAI | <i>Wurde ausgebaut oder neu geschaffen</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | <i>Wurde abgebaut</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | <i>Bestand bereits, keine Veränderung</i> | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 15 |
| | <i>Besteht nicht, keine Veränderung</i> | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 |
| Kantonale Richtlinien in Zusammenhang mit HAI | <i>Wurde ausgebaut oder neu geschaffen</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| | <i>Wurde abgebaut</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | <i>Bestand bereits, keine Veränderung</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 |
| | <i>Besteht nicht, keine Veränderung</i> | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 13 |
| Kantonale Programme und Aktivitäten zur Überwachung von HAI | <i>Wurde ausgebaut oder neu geschaffen</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| | <i>Wurde abgebaut</i> | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| | <i>Bestand bereits, keine Veränderung</i> | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 13 |
| | <i>Besteht nicht, keine Veränderung</i> | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 12 |
| Schulungs- und Weiterbildungsangebote zum Thema HAI | <i>Wurde ausgebaut oder neu geschaffen</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | <i>Wurde abgebaut</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | <i>Bestand bereits, keine Veränderung</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 11 |
| | <i>Besteht nicht, keine Veränderung</i> | 0 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 15 |
| Kantonale Strukturen und Organe zum Thema Spitalhygiene/Infektionskontrolle | <i>Wurde ausgebaut oder neu geschaffen</i> | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 |
| | <i>Wurde abgebaut</i> | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| | <i>Bestand bereits, keine Veränderung</i> | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 3 | 18 |
| | <i>Besteht nicht, keine Veränderung</i> | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Vorgaben/Auflagen an Spitäler zur Überwachung oder zur Prävention und Kontrolle von HAI | <i>Wurde ausgebaut oder neu geschaffen</i> | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 | 8 |
| | <i>Wurde abgebaut</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | <i>Bestand bereits, keine Veränderung</i> | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 16 |
| | <i>Besteht nicht, keine Veränderung</i> | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 |
| Total | | 1 | 28 | 2 | 5 | 11 | 18 | 20 | 6 | 0 | 0 | 15 | 0 | 5 | 17 | 6 | 26 | 6 | 0 | 32 | | |

Quelle: Online-Umfrage bei Spitälern (N=59)

Anhang 8: Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation

Tabelle 27: Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe der Evaluation

| Steuergruppe | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|
| Linda Nartey (Vorsitz) | BAG | Vizedirektorin, Leitung Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung |
| Virginie Masserey | BAG | Leitung Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm (bis Ende März 2022) |
| Céline Gardiol | BAG | Leitung Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm (ab April 2022) |
| Begleitgruppe | | |
| Virginie Masserey (Vorsitz) | BAG | Leitung Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm (bis Ende März 2022) |
| Céline Gardiol (Vorsitz) | BAG | Leitung Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm (ab April 2022) |
| Véronique Kobel | BAG | Leitung Umsetzung Strategie NOSO |
| Mike Schüpbach | BAG | Stv. Leitung Sektion Rechtsbereich 2 |
| Sarah Ott | BAG | Ltg. a.i. Sektion Qualität und Prozesse |
| Hans C. Matter | BAG | Leitung Sektion Strategien, Grundlagen und Programme |
| Simon Gottwalt | BAG | Leitung Teilprojekt StAR Mensch |
| Seraina Grünig | GS GDK | Projektleiterin |
| Marie-Theres Meier | fibs | Fachexpertin Infektionsprävention |
| Emmanouil Glampedakis | HPCi VD | Médecin coordinateur |
| Nicolas Müller | SGinf | Präsident |
| Matthias Schlegel | SGSH | Präsident |
| Laetitia Qalla Widmer | SIPI | Präsidentin |
| Andreas Widmer | Swissnoso | Präsident |
| Walter Zingg | UniversitätSpital Zürich | Fachexperte in Infektionsprävention |
| Michael Kirschner | CURAVIVA | Wissenschaftlicher Mitarbeiter |
| Pascal Besson | H+ | Leiter Geschäftsbereich Betriebswirtschaft und Qualität |