

Bundesamt für Gesundheit
Strategie NOSO
z.H. Frau Ulrike Schröder

noso@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Zürich, 14. September 2015

Rita Ziegler, lic. oec. HSG

Vorsitzende Verband Universitäre Medizin Schweiz
Vorsitzende der Spitaldirektion USZ

Geschäftsstelle Universitäre Medizin Schweiz
Agnes Nienhaus
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7
Postfach
3001 Bern
Agnes.Nienhaus@unimedsuisse.ch

Geschäftsstelle +41 (0)31 306 93 85

Stellungnahme des Verbands *Universitäre Medizin Schweiz* zum Entwurf der Strategie NOSO

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Entwurf der Strategie NOSO Stellung nehmen zu können. Gerne möchte der Verband *Universitäre Medizin Schweiz* diese Möglichkeit wahrnehmen und sich im Namen seiner Mitglieder zur Vorlage äussern. Unsere Stellungnahme finden Sie im Anhang.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen bei der weiteren Bearbeitung und in der Umsetzung der Strategie. Gerne stehen wir Ihnen für weitere Fragen zur Verfügung (Frau Agnes Nienhaus, agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch; 031 306 93 85).

Freundliche Grüsse



Rita Ziegler, lic. oec. HSG
Präsidentin Verband *Universitäre Medizin Schweiz*

Beilage:

- Stellungnahme im ausgefüllten Fragebogen

Mitglieder *Universitäre Medizin Schweiz*:

- Universitätsspital Basel
- Medizinische Fakultät, Universität Basel
- Inselspital Bern
- Medizinische Fakultät, Universität Bern
- Hôpitaux Universitaires de Genève
- Faculté de médecine, Université de Genève
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne
- Universitätsspital Zürich
- Medizinische Fakultät, Universität Zürich



Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen (Strategie NOSO)

Konsultation der interessierten Kreise

Besten Dank für Ihre Bereitschaft, zum Entwurf der „Nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen (Strategie NOSO)“ Stellung zu nehmen. Wir bitten Sie folgende Punkte zu beachten:

- Bitte reichen Sie **pro Institution / Organisation nur eine Stellungnahme in konsolidierter Form** ein.
- Wir bitten Sie um eine **kapitelweise Stellungnahme** zur Richtigkeit und Vollständigkeit der Inhalte des Strategieentwurfs (Punkt A). Zu den Kapiteln 5.2 bis 5.5 bzw. zu den einzelnen **Schlüsselmassnahmen** können Sie unter Punkt B Stellung nehmen. Unter Punkt C und D bitten wir Sie, zwei spezifische Fragen zu beantworten: Wir erkundigen uns nach Ihren Vorstellungen über **positive Anreizinstrumente und/oder -modelle** sowie über **mögliche Strukturen**, die geeignet wären, die Umsetzung der Strategie voranzutreiben. Unter Punkt E haben Sie schliesslich die Gelegenheit, **allgemeine Bemerkungen** und Anliegen zum Strategieentwurf einzubringen.
- Bitte benutzen Sie für Ihre Stellungnahme ausschliesslich das elektronische **Formular** und senden uns dieses als Word-Dokument per Mail zurück. Bitte schreiben Sie Ihre Anmerkungen zu den Punkten A bis E in die blauen Kästchen (vergrössern sich bei längeren Texten automatisch).
- **Termin für die Rücksendung: 14. September 2015**
- Adresse für die Rücksendung der Stellungnahme: Wir bitten Sie höflich, Ihre Stellungnahme zum Strategieentwurf NOSO auf dem vorgesehenen **Formular** gleichzeitig an die **beiden E-Mail-Adressen** noso@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch zu senden.
- Für weitere Fragen steht Ihnen Frau Ulrike Schröder, Projektleiterin Strategie NOSO, 058 46 51 268 / noso@bag.admin.ch, gerne zur Verfügung.

Angaben zur ausfüllenden Institution / Organisation

Bitte ausfüllen

Institution / Organisation	Universitäre Medizin Schweiz
Kontaktperson	Frau A. Nienhaus
Telefon	031 306 93 85
E-Mail	Agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch
Datum	14.9.2015

A) Anmerkungen zu einzelnen Kapiteln

Kapitel	Sind die Inhalte richtig, verständlich und vollständig?
<i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i>	
1 Einleitung	
1.1 Warum eine nationale Strategie für die Schweiz	In der Einleitung sollte zusätzlich auf die nationale Prävalenzstudie von 2003/2004, die nationale Präventionskampagne zur Händehygiene von 2005/2006 und die laufende Infektionsüberwachung betr. chirurgische Eingriffe hingewiesen werden.
1.2 Schnittstellen	Ungenügende Darstellung der Schnittstellen: Die Schnittstelle zur Spitalhygiene in den Universitätsspitälern und Zentrumsspitälern ist nicht herausgearbeitet.
1.3 Erarbeitungsprozess	OK
1.4 Begriffsbestimmung „therapieassoziierte Infektionen“ und „gefährliche Erreger“	OK
2 Ausgangslage	
2.1 Entstehung und Ursachen von therapieassoziierten Infektionen	OK
2.2 Risikofaktoren für therapieassoziierte Infektionen	Hier sollte erwähnt werden, dass die Ursachen und Mechanismen der infektiösen Risiken noch nicht ausreichend bekannt sind und weiterer Forschung benötigen.
2.3 Auftreten und Häufigkeit von therapieassoziierten Infektionen	<p>Die Formulierung „...beliebigen Tag im Durchschnitt 5.7% der Patientinnen und Patienten mindestens eine therapieassoziierte Infektion <u>erwerben</u>“ ist falsch. Es handelt sich um Prävalenz- und nicht Inzidenzdaten. Das heisst: Mindestens 5.7% <u>haben</u> an einem beliebigen Tag eine therapieassoziierte Infektion.</p> <p>Die Datenlage zu den Folgen von therapieassoziierten Infektionen (Anzahl Todesfälle etc.) ist sehr dürftig. Entsprechend sind die gemachten Angaben sehr grobe Schätzungen. Auf die methodologischen Einschränkungen muss hingewiesen werden, denn daraus ergibt sich die Notwendigkeit vertiefter Forschung.</p>
2.4 Erreger von therapieassoziierten Infektionen	Dieser Teil ist etwas kurz. Wichtig wäre auch die Erwähnung von nicht-bakteriellen Infektionen wie Viren und Pilzen und von Parasiten, welche gerade in tertiären Spitälern eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Dieser Punkt sollte ergänzt werden.
2.5 Gesundheitspolitische Bedeutung	„...bei postoperativen Wundinfektionen, nosokomialen Pneumonien und Bakteriämien mit erhöhter Morbidität und Mortalität zu rechnen“. Diese Aussage ist zu vage: diese Infektionen <u>führen</u> zu erhöhter Morbidität und Mortalität. Erwerbsausfälle und reduzierte Quality-of-life werden nicht speziell erwähnt, obwohl vor allem letzteres in der neueren Forschung einen grossen Stellenwert hat.
2.6 Vermeidbarkeit	Keine Bemerkung
2.7 Konsequenzen	Kein derartiges Unterkapitel vorhanden.
2.7 Bestehende Strukturen und Programme	Die bestehenden Strukturen und engagierten Institutionen im Bereich Aus- und Weiterbildung sowie Forschung sind nicht dargestellt. Hierbei

Kapitel	Sind die Inhalte richtig, verständlich und vollständig?
	<p><i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i></p>
	<p>nehmen die Universitätsspitäler und medizinischen Fakultäten eine zentrale Rolle ein. So geht es bei der Weiterbildung nicht nur um die Etablierung von spezifischen Titeln: Die Stellen für Personen in Weiterbildung werden von Spitälern, im Bereich der Infektiologie/Spitalhygiene vor allem Universitätsspitäler, geschaffen.</p> <p>Die Universitätsspitäler sind folglich nicht einfach als etwas grössere Spitäler/Gesundheitseinrichtungen anzusehen, denn sie haben eine viel breitere Funktion: In ihnen laufen die Fäden von Praxis, Lehre, Weiterbildung, Forschung und Entwicklung von Richtlinien zusammen. An den universitären Zentren kommen ausserdem Fachpersonen verschiedener Art zusammen: Infektiologen, Präventionsspezialisten, Laborfachpersonen, etc. oft mit gleichzeitigem Fokus aus Versorgung, Prävention und Forschung.</p> <p>Swissnoso macht mehr als nur die erwähnten Aktivitäten: Die Organisation engagiert sich seit 1992 in diversen Aktivitäten zur Verbesserung der Situation.</p> <p>Zum Satz S. 18: „<i>Ein Facharzt- oder Schwerpunkttitle in Hygiene in Analogie zum deutschen Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin oder Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie existiert in der Schweiz noch nicht, ist allerdings bereits in Planung</i>“: Dieser Satz spiegelt die Entwicklung nicht korrekt wider. Es ist wohl ein Schwerpunkttitel in Infektionsprävention im Gesundheitswesen/Spitalhygiene als Schwerpunkt innerhalb des Facharztstitels Infektiologie ist in Planung. Eine Analogie zum deutschen Facharzt ist aber nicht geplant, insofern in Deutschland kein Facharzttitel für Infektiologie besteht.</p>
<p>2.8 Erfahrungen aus dem Ausland</p>	<p>Unterkapitel fehlt noch...</p> <p>Es ist schade, dass bei der Erarbeitung der Strategie, nicht auf die Erfahrungen aus dem Ausland gewartet wurde. Die Schweiz ist tatsächlich gegenüber dem Ausland im Rückstand. Das Enddokument muss die ausländischen Erfahrungen miteinbeziehen.</p>
<p>2.9 Schlussfolgerungen</p>	<p>Hinweis notwendig, dass gute Strukturen (Kliniken an Universitätsspitalern, Swissnoso, Fachgesellschaften, etc) mit grossem strategischen und operativen Knowhow vorhanden sind und der Lösungsansatz darüber läuft, dass diese Strukturen gestärkt werden und besser miteinander und mit anderen Akteuren vernetzt werden. Die bestehenden Strukturen sind Ausgangspunkt und Garanten für eine evidenzbasierte Strategie NOSO und eine erfolgreiche Umsetzung (siehe auch Punkt D).</p> <p>In den Schlussfolgerungen ist auch die Notwendigkeit vertiefter Forschung, u.a. betreffend die Quantifizierung der therapieassoziierten Infektionen und deren Ursachen, zu die Mechanismen der infektiösen Risiken und zu einer wirksamen Präventionsarbeit zu erwähnen.</p>
<p>3 Globalziel und Geltungsbereich der Strategie</p>	
<p>Globalziel und Geltungsbereich der Strategie</p>	<p>Zum <u>Output</u> gehören auch die Forschungsergebnisse etwa betr. die Quantifizierung des Problems der therapieassoziierten Infektionen in der Schweiz und dessen vertieften Beschreibung. Dieses Wissen ist Grundlage dafür, dass ein Problembewusstsein entsteht.</p> <p>Die Abgrenzung und Abstimmung mit den diversen Schnittstellen (Abschnitt 1.2) sollte an dieser Stelle thematisiert werden.</p>
<p>4 Strategiemodell</p>	

Kapitel	Sind die Inhalte richtig, verständlich und vollständig?
	<i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i>
Strategiemodell	<p>In der Grafik im Teil Akteure fehlen die Bildungs- und Forschungsinstitutionen, die auch medizinische Fakultäten und Universitätsspitäler umfassen. Diese sind zentral und können nicht einfach unter „weitere Stakeholder“ subsummiert werden.</p> <p>Betr. Bildung und Forschung: Gerade hier sind die Akteure der universitären Medizin zentral: Die Universitätsspitäler und die medizinischen Fakultäten sind explizit zu erwähnen, denn diese Aufgaben liegen nicht allein in den Händen von Fachgesellschaften und Berufsverbänden, sondern wird vor allem von den Akteuren der universitären Medizin getragen.</p>
5 Handlungsfelder mit strategischen Zielen und Schlüsselmaßnahmen	
5.1 Übersicht	<p>Die Strategischen Ziele werden grundsätzlich unterstützt.</p> <p>Zum Umsetzung siehe die Anmerkungen zu den einzelnen Massnahmen.</p>
Kapitel 5.2 bis 5.5	<p>➔ Ihre Anmerkungen zu den Kapiteln 5.2 bis 5.5 bzw. zu den einzelnen <u>Schlüsselmaßnahmen</u> können Sie unter Punkt B anbringen</p>
6 Aspekte der Umsetzung	
6.1 Zeitplan und Einbezug der Akteure	<p>OK. Generell ist anzumerken, dass es kaum möglich sein wird, sämtliche 32 Massnahmen gleichzeitig und in kurzer Zeit umzusetzen. Eine Priorisierung sollte vorgenommen und danach eine nach Priorität gestaffelte Umsetzung vorgenommen werden.</p>
6.2 Gesetzliche Grundlagen	OK
6.3 Ressourcen und Finanzierung	<p>Dieser Abschnitt zeichnet sich durch vage Formulierungen aus, namentlich betreffend die Schaffung nachhaltiger Finanzierungsmechanismen und das Engagement privater Organisationen. Das Abstellen auf finanzielles Engagement privater Organisationen ist wohl weitgehend Wunschdenken und gefährdet die Umsetzung, wenn die gewünschten „Sponsoren“ fehlen. Wenn sich aber wirklich private Organisation finanziell engagieren würden, so bleibt die Frage offen, ob sie dann auch die nationale Strategie mitbestimmen und im Verlauf zugunsten ihrer Privatinteressen ändern könnten?</p> <p>Die Aussage betr. DRG: Dass die Qualitätssicherung in den Tarifen abgegolten ist, ist technisch korrekt und wird auch von unserem Verband als richtig erachtet. Ein höherer Aufwand für die Qualitätssicherung muss jedoch auch zu höheren Abgeltungen führen. Beim heutigen Druck auf den stationären Tarifen ist es problematisch, wenn die Qualitätssicherung mit immer höheren Auflagen verbunden wird, ohne dass dies bei den Tarifen berücksichtigt wird.</p> <p>Die Erhebung von Daten geht über das hinaus, was der ANQ heute leistet und mit seinen technischen Kapazitäten übernehmen kann. Es ist die Frage zu stellen, ob das bestehende Finanzierungssystem des ANQ für die Umsetzung der Strategie realistisch ist und ob für die Erhebung von erweiterten Daten zu den Spitälern nicht andere Akteure dazu kommen. Die Interpretation muss bei grösseren Datenmengen sowieso bei Fachexperten angesiedelt sein. Auch dafür ist eine Finanzierung vorzusehen.</p>

Kapitel	Sind die Inhalte richtig, verständlich und vollständig?
	<p><i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i></p>
	<p>Es bleibt unklar, wie der Zusatzaufwand für die Umsetzung der Massnahmen und die Forschungsanstrengungen finanziert werden soll. Dies sollte in der Strategie noch genauer ausgearbeitet werden. Organisatorisch sind die Massnahmen für die Betriebe umsetzbar, sofern die Finanzierung und Rekrutierung des dafür notwendigen zusätzlichen Personals gewährleistet ist. Mit der gegenwärtigen Finanzierung bzw. den gegenwärtigen Ressourcen ist der zusätzliche Aufwand nicht bewältigbar.</p> <p>Wichtig bei einer Forschungsfinanzierung ist die kompetitive Ausschreibung von Forschungsgeldern mit unabhängigem Peer-Review. Es muss gewährleistet sein, dass Geldflüsse für die Forschung und Entwicklung kompetitiv zu den Fachleuten fließen und nicht an selbsternannte „Experten“. Das Gebiet darf nicht zu einem neuen Geschäftszweig verkommen. Die universitäre Forschung muss dabei ihre Unabhängigkeit behalten und darf nicht bevormundet werden.</p> <p>Wir wünschen uns schon im jetzigen Stadium klare Aussagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welchem Ausmass trägt der Bund das System mit? • Nach welchen Kriterien wird Geld gesprochen? • Was stellt man sich unter privaten Organisationen vor, die ihr finanzielles Engagement erhöhen? Welches ist die Rolle derartiger privater „Sponsoren“?
6.4 Kommunikation	OK
6.5 Evaluation	<p>Das Evaluationsgremium muss zu einem grossen Anteil mit erfahrenen Fachkräften, d.h. mit Fachärzten, die im Bereich der therapieassoziierten Infektionen arbeiten, bestückt sein.</p>

B) Anmerkungen zu einzelnen Schlüsselmaßnahmen (Kapitel 5.2 bis 5.5)

Schlüsselmaßnahmen	Sind die Massnahmen zielführend und verständlich formuliert? Sind die Zuständigkeiten richtig?
<i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i>	
Kapitel 5.2: Handlungsfeld Governance	
G-1-1 Evidenzbasierte Best-Practice-Standards und Richtlinien erarbeiten und Verbindlichkeit festlegen	<p>Der Begriff der „Evidenzbasierten Best-Practice-Standards“ wird in diesem Dokument immer wieder verwendet und tönt sehr gut. Im angelsächsischen Raum ist der Begriff bereits zu einem Schlagwort verkommen. Es sollte in Zusammenhang mit der Strategie NOSO nicht als Worthülse enden.</p> <p>In der Realität ist der Begriff oft ein Gummibegriff. Die publizierte Evidenz ist häufig von beschränkter externer Validität, denn in unterschiedlichen Settings ist die Evidenz für spezifische Massnahmen unterschiedlich, teilweise sogar widersprüchlich. Deshalb muss bei „Best-Practice Standards“ immer das Umfeld einbezogen werden, sodass eine Verbindlichkeit Sinn macht. Die Balance zwischen Best Practice und lokaler Machbarkeit zu erreichen, ist wesentlich schwieriger als Standards zu verbreiten. Es ist deshalb wichtig, dass die nationalen Standards und Richtlinien regional und lokal gemäss den epidemiologischen Gegebenheiten adaptiert werden können. Starre nationale Richtlinien sind der Problemlage nicht angemessen und werden schnell zu „Papiertigern“.</p> <p>Akteure: Es ist richtig, dass die Verantwortung für Richtlinien und Standards bei einer Expertengruppe angesiedelt ist. (siehe dazu Anmerkungen zu G-2-1). Hingegen ist in Frage zu stellen, ob Behörden Richtlinien und Standards „erlassen“ sollen, denn diese werden dadurch zu starren Vorgaben und wirken bevormundend.</p>
G-2-1 Ebenen der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit klären	<p>Diese Massnahme ist sehr vage:</p> <p>Zentrales Element in der Umsetzung ist das Expertengremium. Die Zusammensetzung ist nirgends klar gemacht und muss ausgeführt werden. Das Gremium muss aus ausgewiesenen Fachexperten bestehen und ein multidisziplinäres Gremium darstellen, das auch die Anwendbarkeit prüft und eventuelle Audits über die Einhaltung unter sich hat. Die Einsetzung des erwähnten Expertengremiums ist prioritär, damit dieses schnell seine Arbeit aufnehmen kann.</p> <p>Im Kapitel 5.2 wird ausserdem von einem Steuerungssystem gesprochen. Was dieses Steuerungssystem ist, wer steuert, etc., bleibt unklar. Falls eine Steuerungsinstanz dem Expertengremium übergeordnet ist, ist zu beachten, dass auch diese Instanz eine enge Anbindung an Expertenwissen hat, um praxisferne Entscheidungen zu verhindern. Dies wird besonders wichtig, wenn es um „Sanktionen bei Nichterfüllung der Kontrollkriterien“ geht.</p> <p>Akteure: OK</p> <p>Wir empfehlen, ein Organigramm der Akteure zu erstellen.</p>
G-2-2 Handlungsträger erklären formell ihr Engagement	<p>Es ist wenig klar, wie die Akteure ihr Engagement erklären. Geschieht dies als Selbstverpflichtung im Leitbild der Institutionen oder über eine rechtlich verbindliche Verpflichtung (z.B. über Leistungsaufträge). Ausserdem ist unklar, wer die Mittel zur Verfügung stellt, damit diese Erklärung zum Engagement auch umsetzbar ist. Entsprechend ist unklar, welche Wirkung diese Massnahme entwickeln kann.</p>
G-2-3 Institutionelles Risiko- und Qualitätsmanagement ver-	<p>Diese Massnahme ist wichtig, jedoch noch zuwenig präzise formuliert. „Verbesserungen“ können alle machen, auch diejenigen, die schon ein</p>

Schlüsselmassnahmen	Sind die Massnahmen zielführend und verständlich formuliert? Sind die Zuständigkeiten richtig?
bessern	<p><i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i></p>
G-2-4 Mindestanforderungen bezüglich Ressourcen ermitteln und festlegen	<p>Die Festlegung von Mindestanforderungen namentlich betreffend das notwendige Fachpersonal ist eine wichtige Massnahme. Dabei stellt sich jedoch das Problem, dass es zur Zeit an Fachpersonal mangelt, um derartige Mindestanforderungen umzusetzen. Bei der Durchsetzung dieser „Normen“ ist ein Mangel an Personal zu berücksichtigen.</p> <p>Der Mangel an Fachpersonal liegt vor allem daran, dass entsprechende Weiterbildungsplätze im ärztlichen und pflegerischen Bereich fehlen. Diese Plätze müssen geschaffen werden, wofür allerdings in der gegenwärtigen Spitalfinanzierung nicht genügend Mittel zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Akteure: OK:</p>
G-3-1 Finanzierungsinstrumente und -anreize für innovative Projekte in Qualität und Patientensicherheit schaffen	<p>Es muss das Ziel sein, die vorhandenen Strukturen mittels der neuen Finanzierungsinstrumente und Anreize zu stärken, denn nur dort sind die praxisverbundenen Forscher zu finden. Zu vermeiden ist, dass durch neue Finanzierungsinstrumente praxisferne Strukturen neu geschaffen und alimentiert werden.</p> <p>Akteure: OK</p>
G-3-2 Verhütungsmassnahmen belohnen und unterstützen	OK
G-4-1 Strukturen für die Umsetzungskoordination optimieren	<p>Es ist klar, dass für die Umsetzung der Strategie NOSO Strukturen geschaffen werden müssen, dabei kann und soll jedoch auf bestehende Strukturen aufgebaut werden. Wichtig ist dabei vor allem das Expertengremium. Bei Swissnoso ist das Expertenwissen bereits heute gebündelt. Swissnoso leistet heute im Milizsystem einen guten Teil der Aufgaben, für die das Expertengremium vorgesehen ist, auf dieser Grundlage</p>

Schlüsselmassnahmen		Sind die Massnahmen zielführend und verständlich formuliert? Sind die Zuständigkeiten richtig?
		<i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i>
		kann aufgebaut werden. Es sollen nicht mehrere parallele Strukturen geschaffen werden, dazu gibt es zu wenig Fachpersonen.
G-4-2	Wissensplattform aufbauen	Bei dieser Massnahme müssen Institutionen mit Forschungsbezug den Lead in der Umsetzung haben. Hier sollte nicht nur Wissen zur Verfügung gestellt werden, sondern es sollte ein Austausch von Informationen zur Umsetzung der Strategie NOSO stattfinden. Die verschiedenen bestehenden IT-Plattformen von Swissnoso müssen berücksichtigt werden.
G-4-3	Wissenstransfer zwischen Experten und Anwendern sicherstellen	OK. Es ist sinnvoll, regionale Netzwerke rund um die Universitätsspitäler und grossen Kantonsspitäler aufzubauen, um damit die lokalen Anwender zu unterstützen und dabei die regionalen und lokalen Besonderheiten berücksichtigen zu können.
G-4-4	Teilnahme an internationalen Netzwerken und Programmen aktiv vorantreiben	Es sollten zwei Niveaus unterschieden werden: <ul style="list-style-type: none"> - Wissenschaftliche Zusammenarbeit: Liegt bei den Institutionen. Die universitäre Medizin ist hierzu international bereits gut vernetzt. Darauf kann aufgebaut werden, um eine weitere Stärkung der internationalen Vernetzung zu erreichen. - Politische Zusammenarbeit in den verschiedenen Netzwerken, die von der Europäischen Kommission initiiert wurden.

Kapitel 5.3: Handlungsfeld Monitoring

M-1-1	Koordination sicherstellen, Strukturen aufbauen	Die Massnahme sollte heissen „Koordination sicherstellen, Strukturen aufbauen und langfristig sicherstellen“: Mit dem Aufbau ist es noch nicht gemacht.
M-1-2	Datenbedarf, Methoden und Standards bestimmen	Aufbau auf den auf nationaler Ebene von Swissnoso bereits erhobenen Daten. Diese können – wenn die Finanzierung da ist – problemlos erweitert werden. Ein wichtiger Punkt ist etwa das Herausarbeiten von geeigneten Prozessindikatoren, die in der derzeitigen Surveillance zugunsten des Endpunkts „Infektion“ noch vernachlässigt wurden. Ergänzend sollen Module möglich sein, die dem Datenbedarf einzelner Institutionen dienen. Die Verwendung der Daten bzw. die Kommunikation der Resultate sollte thematisiert werden.
M-1-3	Akteure vor Ort stärken und adäquat ausbilden	OK
M-1-4	Qualität des Monitorings sicherstellen	Richtig, ein solches Monitoring muss jedoch methodisch korrekt vorgenommen werden (u.a. mit Berücksichtigung der unterschiedlichen Grundrisiken der Leistungserbringer). Bisher war die Berücksichtigung der Grundrisiken (Case-Mix-Adjustment) unbefriedigend.
M-2-1	Beobachtungen betreffend Adhärenz direkt an die beteiligten Mitarbeitenden zurückmelden	Diese Massnahme ist noch einmal zu prüfen. Bei einem nationalen Monitoring ist normalerweise ein zentral gemachtes Benchmarking auf den nationalen Vergleichsdaten vorgesehen, nicht primär ein institutionsinternes Monitoring, das bis auf die höchste Stufe geht (dies ist sehr unüblich). Ein zentrales Benchmarking ist die sinnvollere Lösung.
M-2-2	Daten zielgerichtet auswerten und die Analysen zielgruppenorientiert präsentieren	Dies ist für das public reporting wichtig, dabei müssen aber die richtigen Institutionen miteinander verglichen werden (Unispitäler untereinander,

Schlüsselmassnahmen		Sind die Massnahmen zielführend und verständlich formuliert? Sind die Zuständigkeiten richtig?
		<i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i>
	pengerecht zur Verfügung stellen	andere Subgruppen etwa Regionalspitäler, Privatspitäler, etc.). die Analysen müssen durch ausgewiesene Fachexperten vorgenommen werden.
M-2-3	Vorgaben für Benchmarking und Public Reporting festlegen	Wie bei M2-3
M-3-1	Institutionsinterne Früherkennungssysteme fördern	Die Früherkennung erscheint einfacher machbar, wenn geeignete elektronische Tools zur Verfügung stehen. Die elektronische Krankengeschichte kann dafür die Basis sein. Aus der NOSO-Strategie sollten Ressourcen in die Optimierung dieser Systeme fließen. Im Rahmen einer modernen Infektionsepidemiologie ist eine höhergradige Elektronifizierung relevanter Patientendaten nötig. Eine Klärung ist notwendig, ob ein solches System sämtliche Infektionen umfassen soll oder nur spezifische Erreger. Die Situation in den Spitälern der Schweiz im Bereich der Früherkennung und Reaktion ist derzeit sehr heterogen. Der Begriff „encourager“ in der französischen Fassung ist etwas schwach.
M-3-2	Meldethemen und -fristen festlegen und gesetzlich verankern	OK

Kapitel 5.4: Handlungsfeld Verhütung und Bekämpfung

VB-1-1	Kommunikationskonzept zur Information der Öffentlichkeit erarbeiten und umsetzen	Dass das Wissen über therapieassoziierte Infektionen derzeit ein kümmerliches Dasein fristet, ist eine nicht haltbare Pauschalaussage.
VB-1-2	Interne Lern- und Dialogkultur zum Thema therapieassoziierten Infektionen in Spitälern und Pflegeheimen fördern	Die Äusserung „Sanktionsfreiheit ist dabei entscheidend“ ist wichtig für das Benennen von Fehlern und Missständen, ist aber auf den ersten Blick nicht mit den für Spitäler in Aussicht gestellten Sanktionen vereinbar, falls Kontrollkriterien nicht erfüllt werden. Bedeutet das „keine Sanktionen ad personam, aber ja zu Sanktionen ad institutionem“? Zur Änderung der Fehlerkultur siehe auch M-2-1
VB-1-3	Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchende in die Infektionsprävention einbeziehen	OK
VB-2-1	Sicherheitskriterien als Bedingung für den Erhalt einer Betriebsbewilligung etablieren und deren Einhaltung beobachten	Es ist sinnvoll, dass für einen Leistungsauftrag die Gesundheitseinrichtungen ihre Präventionsmassnahmen und deren Einhaltung darstellen müssen. In der vorliegenden Formulierung ist die Massnahme sehr vage und muss unbedingt präzisiert werden. Lieber gar keine Sicherheitskriterien als schlecht befolgte. Unklar ist auch, ob es Sanktionen geben soll und wenn ja, welche? Ist beispielsweise ein Entzug der Betriebsbewilligung bei einem nicht-adhärennten Universitätsspital realistisch?
VB-2-2	Umsetzung mit geeigneten Vollzugshilfen unterstützen und evaluieren	Massnahme wenig klar. Evaluationen zur Qualität sind anspruchsvoll. Vollzugshilfen wie Checklisten dürfen nicht einfach „über den Spitalern abgeworfen werden“; das Personal bedarf einer Schulung für den optimalen Einsatz der Vollzugs-

Schlüsselmassnahmen	Sind die Massnahmen zielführend und verständlich formuliert? Sind die Zuständigkeiten richtig?
	<p><i>Wenn nein, bitte begründen und/oder Vorschlag für Verbesserung formulieren</i></p> <p>hilfen. Die Umsetzungsstrategie muss auf mehreren Wegen erfolgen, damit sich tatsächlich etwas ändert.</p> <p>Akteure: Die spezialisierten Einheiten der Universitätsspitäler können, sofern die Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, diese Funktion regional unterstützen.</p>
<p>VB-3-1 Beteiligung der Spitäler und Pflegeheime an Programmen durch die Bereitstellung von finanziellen Ressourcen sicherstellen</p>	<p>Akteure: Wer sind die „nationalen Organisationen im Qualitätsbereich im Gesundheitswesen“, welche die Federführung haben sollen? Solche Organisationen müssen einen Praxisbezug haben und dürfen nicht auf der Metaebene angesiedelt sein. Die derzeit agierenden nationalen Organisationen wie z.B. der ANQ, erlangen ihre Bedeutung erst in Kombination mit praxisnahen Vereinen, wie z.B. Swisnoso, und den Fachabteilungen der grossen Spitäler.</p>

Kapitel 5.5: Handlungsfeld Bildung und Forschung

<p>BF-1-1 Fachspezialistinnen und -spezialisten in Infektionsprävention dem Bedarf entsprechend aus-, weiter- und fortbilden</p>	<p>Fachspezialisten und -spezialistinnen müssen gleichzeitig theoretisch und praktisch ausgebildet werden. Dies kann nicht rein theoretisch oder per e-learning gemacht werden sondern nur an entsprechenden interprofessionellen Kliniken oder Abteilungen. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung ist dementsprechend an Weiterbildungsplätze gebunden. Diese müssen möglichst schnell geschaffen werden können, was Ressourcen benötigt.</p>
<p>BF-1-2 Bedeutung der Infektionsprävention in der Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals stärken</p>	<p>Ausbildung: Infektionsprävention wird schon im Medizinstudium gelehrt. Eine Überarbeitung der Lernziele ist sinnvoll. In der Ausbildung der pflegfachpersonen sollte das Thema ebenfalls einen festen Platz erhalten.</p> <p>Ansonsten ist die Massnahme sehr vage formuliert und sollte konkretisiert werden.</p>
<p>BF-1-3 Aufgabenspezifische Kompetenzen und Lernziele definieren</p>	<p>Massnahme ist sehr vage: Es ist unklar, auf welche Berufsgruppe diese Massnahme abzielt (Spezialisten, alle Gesundheitsberufe?) und ob sie die Aus- oder die Weiterbildung betrifft. Dies müsste genauer ausgeführt werden. Je nach Zielgruppe ist e-Learning angemessen oder nicht.</p>
<p>BF-1-4 Bildung der Mitarbeitenden im Bereich Infektionsprävention ins Qualitätsmanagement integrieren</p>	<p>Vage formulierte Massnahme. Müsste genauer ausgeführt werden. Die Rollenteilung zwischen Qualitätsmanagement und Fachpersonen der Spitalhygiene ist zu beachten.</p>
<p>BF-2-1 Thematik der therapieassoziierten Infektionen in der Forschungsförderung verankern</p>	<p>OK</p> <p>Akteure: Die Federführung sollte bei der universitären Medizin (Fakultäten, Universitätsspitäler) liegen.</p>
<p>BF-2-2 Kosten, Wirksamkeit und Sicherheit von neuen Technologien eruieren, Qualitätssicherung stärken</p>	<p>OK, die Frage von Wirksamkeit und Sicherheit ist Teil der Richtlinien und muss sowieso regelmässig reevaluiert werden.</p> <p>Akteure: OK</p>

C) Vorschläge für Anreizinstrumente und/oder -modelle

Die Verstärkung positiver Anreize zur Reduktion therapieassoziierter Infektionen wurde im vorliegenden Entwurf als strategisches Ziel (G-3) formuliert. Grundsätzlich werden durch das Fallpauschalen-System SwissDRG die Kosten, welche für eine effiziente Leistungserbringung in notwendiger Qualität in den Spitälern erforderlich sind, vollständig abgegolten.

In welchen Bereichen oder unter welchen Umständen braucht es aus Ihrer Sicht zusätzlich zum bestehenden System eine Anschubfinanzierung oder andere Formen der finanziellen Förderung? Welche weiteren (nicht-monetären) Anreizinstrumente oder -modelle wären geeignet, die Gesundheitsinstitutionen zu weiteren Anstrengungen zur Reduktion therapieassoziierter Infektionen anzuspornen? Welche positiven Anreize sind im Bereich der Pflegeheime nötig?

Das wichtigste Massnahme ist die Schaffung von Weiterbildungsplätzen im ärztlichen aber auch im pflegerischen Bereich vor allem in Universitätsspitalern. Nur diese Weiterbildungsplätze sichern eine adäquate theoretisch-praktische Weiterbildung und sichern gleichzeitig die Umsetzung wichtiger Massnahmen und die Forschung. Diese Zentrumsleistung kann über DRG nicht finanziert werden. Diese Weiterbildungen müssen bei allen beteiligten Berufsgruppen anhand von Titeln sichtbar gemacht werden.

Daten: Verbesserung der elektronischen Tools zur Verbindung der Patientendaten mit den mikrobiologischen Daten. Diese Tools könnten in verschiedenen Institutionen Resultate generieren, die die Komplexität der Patienten berücksichtigen.

Surveillance: Angebot einer elektronischen Plattform, die eine aktuelles Benchmarking erlaubt.

Prävention: Angebot an Weiterbildungsinstrumenten (Videos, Dokumente für Fokusgruppen) und Finanzierung von Personal für zeitlich beschränkte Präventionsprojekte (Medizin und Pflege):

Forschung: Regelmässige Publikation der Resultate in Zeitschriften mit der Möglichkeit, dass Spitäler Co-Autoren sind.

Kommunikation: Publikation zu den Erfolgen der Strategie NOSO und zu den erfolgreichsten Leistungserbringern. Kommunikation mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden, um die wichtigen Botschaften zu vermitteln.

D) Vorschläge für geeignete Strukturen für die Umsetzung

Im Strategieentwurf wird an mehreren Stellen von Strukturen gesprochen, welche – auf die bestehenden Institutionen und Organisationen aufbauend – die Koordination der Strategieumsetzung gewährleisten und einige spezifischen Aufgaben auf nationaler Ebene übernehmen sollen. Die Anforderungen an diese Strukturen werden unter der Schlüsselmassnahme G-4-1 „Strukturen für die Umsetzungscoordination optimieren“ zusammengefasst.

Wie sollen diese Strukturen aus Ihrer Sicht aussehen? Teilen Sie uns bitte Ihre Gedanken betreffend optimale Grösse, Zusammensetzung, Lead, Organisationsform, Diversifizierung (eine oder mehrere Organisationen), Finanzierung und weitere Aspekte mit.

Die Strategie NOSO sieht vor, dass das BAG eine zentrale Rolle in der Steuerung einnimmt. Dies verlangt nach einer BAG-internen Struktur, die die verschiedenen Aktivitäten tragen kann, und hoher Fachkenntnisse, die längerfristig gewährleistet sein muss. Diese Struktur ist derzeit nicht vorhanden und muss aufgebaut werden. Es ist dabei aber zu vermeiden, dass beim BAG eine grosse Struktur aufgebaut wird, die operative Verantwortung soll hauptsächlich bei den schon vorhandenen Strukturen angesiedelt werden. Dasselbe gilt für die Kantone. Dabei ist es wichtig, dass die Kantone nicht unterschiedliche Modelle verfolgen, sondern in einer „unité de doctrine“ und gemeinsam mit dem BAG agieren. Die Rolle der Kantone (u.a. der Kantonsärzte) ist genauer auszuführen.

Unseres Erachtens müssen für eine erfolgreiche Umsetzung der Strategie NOSO vor allem die vorhandenen Strukturen mit hoher Kompetenz und der Fähigkeit, die anderen Institutionen zu beraten, gestärkt werden. Es sind dies die spezialisierten Kliniken an Universitätsspitalern und grossen Zentrumsspitalern, Swissnoso und die Fachgesellschaften.

Die zentrale Rolle der universitären Medizin auf genereller Ebene und besonders der Kliniken für Infektiologie und Spitalhygiene an Universitätsspitalern wird im Entwurf nicht aufgenommen. An diesen vorhandenen Strukturen besteht die Kompetenz, die wichtigen Fragen im Versorgungsalltag, in Forschung sowie Aus- und Weiterbildung in einer Gesamtsicht zu behandeln. Diese Stellen sind ausserdem vernetzt mit der Mikrobiologie, der Sozial- und Präventivmedizin, Verhaltenspsychologie und mit anderen Kliniken der Unispitäler sowie mit der klinischen For-

schung. Wichtige Aufgaben im Bereich sind ausserdem Universitätsspitalern zugeordnet (z.B. Anresis). Heute sind leider Leistungen für ein regionales Netzwerk oder für nationale Expertengremien aufgrund der fehlenden Finanzierung und nicht ausreichendem Personal oft kaum möglich (Beispiel Ebolaepidemie in der Phase der Ausarbeitung der Strategie NOSO). Sind Finanzierung und Personal vorhanden, sind die universitären Kliniken jedoch sehr geeignet, um eine zentrale Rolle zu übernehmen.

Mit Swissnoso besteht bereits eine Expertengruppe, der sich aus den Fachpersonen der Universitätsspitäler und einiger weiterer grosser Spitäler zusammensetzt. Diese bestehende Struktur darf durch neue Gremien nicht konkurrenziert werden und der Aufwand für die beteiligten Experten darf nicht durch Doppelspurigkeiten ausufern. Der Aufbau allfälliger neuer Expertengremien muss deshalb zwingend die bestehenden Strukturen und Erfahrungen miteinbeziehen.

Dem Aufbau des Expertengremiums ist höchste Priorität einzuräumen. Dieses Gremium hat eine grosse Zahl von Aufgaben zu erfüllen. Im vorliegenden Entwurf ist die Zusammensetzung des Expertengremiums noch sehr vage beschrieben. Unseres Erachtens ist es wichtig, dass in diesem Gremium ausgewiesene Fachexperten vertreten sind, das die Zusammensetzung multidisziplinär und interprofessionell gestaltet ist. Die universitäre Infektiologie und Spitalhygiene, die die Aufgaben von Versorgung, Prävention, Lehre und Forschung zusammenbringt, muss darin gut vertreten sein.

Für den Aufbau des Expertengremiums sollte deshalb gelten:

- Keine Parallelstrukturen
- Einbezug der Universitätsspitäler und grossen Spitäler (mit Kliniken für Infektiologie/Spitalhygiene), Swissnoso und Fachgesellschaften.
- Ausgewiesene Fachexperten
- Die Arbeit der Experten muss finanziert sein

Die Rolle des ANQ sollte geprüft werden, namentlich wenn Swissnoso in grössere Strukturen integriert wird oder die Datenerhebung anders organisiert werden kann.

Erneut zu diskutieren ist ebenfalls die Rolle der Stiftung für Patientensicherheit. Das vorliegende Dokument erweckt den Eindruck, dass diese Stiftung für den Lead in der Umsetzung vorgesehen ist. Dies wäre ein grosses Problem, denn heute verfügt die Stiftung für Patientensicherheit nicht über die ausreichende Kompetenzen und Erfahrungen in diesem Bereich.

E) Allgemeine Bemerkungen und Anliegen

Allgemeine Bemerkungen und Anliegen zum Entwurf der „Nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen (Strategie NOSO)“

Der Verband *Universitäre Medizin Schweiz* hat den Entwurf der „Nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen“ (Strategie NOSO) mit Interesse aufgenommen. Sie begrüsst diese Strategie als umfassendes Programm, das sich einer grossen Herausforderung im Gesundheitswesen annimmt. In der Umsetzung wird jedoch eine Priorisierung notwendig sein, nicht alles kann aufs Mal umgesetzt werden.

Vage formulierte Massnahmen

Die Strategie ist sehr umfassend angelegt, die Massnahmen entsprechen inhaltlich weitgehend der heutigen Fachdiskussion, sie sind allerdings noch sehr vage formuliert. Die Auswirkungen, effektiven Aufgaben und Herausforderungen für die beteiligten Akteure können auf dieser generellen Ebene kaum abgeschätzt werden. Vor der Umsetzung bedarf es zwingend einer klareren Umschreibung der Massnahmen und einer erneuten Diskussion mit den beteiligten Akteuren.

Verwaltungsaufwand klein halten

Der Verwaltungsaufwand bei der Umsetzung der Strategie muss klein gehalten werden (keine administrative Aufblähung), die Patientinnen und Patienten müssen im Zentrum stehen.

Forschung

Die Verankerung der Forschung in der Versorgungspraxis im Spital ist wichtig, die Finanzierung ist heute jedoch schwierig (Z. B. zu Ursachen und Risiken betr. Infektionen oder zu den Auswirkungen neuer medizinischer Verfahren). Dieser Bereich soll gestärkt werden.

Ausserdem ist es unseres Erachtens wichtig, dass auch die Präventionsarbeit forschungsbasiert ist (nur so kann z.B. auf die neuen Erreger wie SARS, MERS-CoV, etc. adäquat reagiert werden).

Finanzierung:

Die Finanzierungsfragen sind ungeklärt. Für die Leistungserbringer sind die finanziellen Folgen nicht abschätzbar. Generell wird die Umsetzung für die Leistungserbringer zu einem Mehraufwand führen, der nur teilweise durch die Tarife abgegolten ist. Auch bei Ausarbeitung von Richtlinien besteht die Gefahr, dass der Mehraufwand bei den Spitälern mit hoher Expertise – den Universitätsspitälern und grösseren Zentrumsspitälern – anfällt, diese jedoch nicht für den Aufwand entschädigt werden. Diese Leistung muss entsprechend finanziert sein. Dasselbe gilt auch für die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung des notwendigen Fachpersonals, das für die Umsetzung der Strategie zwingend notwendig ist.

Besten Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Termin für die Rücksendung: 14. September 2015