

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
 Bundesamt für Gesundheit BAG
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 E-Mail
noso@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Dokument	Ihr Ansprechpartner	Datum
	07.07.2015	b_2015-09-01 stellungnahme noso bag	Beat Huwiler Tel.: 062 836 40 90 Fax: 061 836 40 91 beat.huwiler@vaka.ch	01.09.2015

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Möglichkeit, zur Anhörung „Strategie NOSO“ Stellung nehmen zu können. Die Rückmeldung erfolgt nicht auf dem vorgegeben Antwortdokument, da verschiedene Feststellungen übergreifend gelten.

A. Zusammenfassung

Der Zielsetzung der Strategie, therapieassoziierte Infektionen möglichst zu vermeiden, wird zugestimmt und sie wird unterstützt. Die im Entwurf enthaltene Begriffsbestimmung „therapieassoziierte Infektionen“ ist nachvollziehbar und erklärend.

Die im Konzept vorgeschlagene Vorgehensweise erweist sich jedoch für verschiedene Bereiche der Strategie als überdimensioniert, sie dient der Zielsetzung kaum und verursacht einen enormen administrativen Aufwand. Dies primär, weil die Vorgehensweise auf dirigistischen Vorgaben durch Bundes- und kantonale Behörden beruht und mit viel Kontrolle (z.B. Stellenschlüssel), umgesetzt werden soll. Die Definition einer in der Schweiz „tolerierbaren“ Infektionsrate fehlt, auch ist das entsprechende Messsystem, welches für die Überprüfung (Kontrolle) benötigt wird, nicht beschrieben. Nach Konzept stehen nicht das Outcome und gute Prozesse im Zentrum, sondern die Erhebung von grossen Datenmengen. Zuwenig oder gar nicht berücksichtigt sind die Instrumente und Vorarbeiten der Institutionen SwissNoso, ANQ und Stiftung für Patientensicherheit. Warum alles neu erfinden, wenn das Wichtigste schon in guter Qualität vorhanden ist.

Die Strategie NOSO behandelt isoliert eines von verschiedenen wichtigen medizinischen Themen während der Spitalbehandlung. Es fehlen Vorstellungen zur Einbettung in den organisatorischen Ablauf des Spitalalltags. Auf die Schnittstellen, sprich Bedürfnisse der verschiedenen Interessen (primär Patient) wird nicht eingegangen. Dafür werden administrative Auflagen beschrieben. Die Strategie sieht vor – es wird erwartet –, dass durch eine zentrale Planung und Überwachung sowie mit Eingriffen in die Spitalführung, vermeidbare therapieassoziierte Infektionen beschränkt werden. Dazu soll auch der Genehmigungsprozess der Spitalliste durch die Kantone dienen.



Dass die vorgesehene Strategie in den Spitälern enorme Administrativkosten verursacht, wird nicht erwähnt, vielmehr wird darauf verwiesen, dass die Betriebskosten mit der Baserate nach SwissDRG bereits bezahlt sind. Für den Pflegeheimbereich fehlt jegliche Angabe zur Finanzierung. Es erstaunt, dass in der Strategie bereits die finanzielle Einsparung bei Umsetzung des Konzeptes beziffert wird, dies obwohl erst eine sehr grobe Einschätzung gemacht werden kann, wie viele therapieassoziierte Infektionen vermeidbar sein könnten.

Fazit: Die Zielsetzung des Strategiepapiers mit Vermeidung von therapieassoziierte Infektionen deckt sich mit den Zielen der Spitäler. Dass Verbesserungspotential besteht, wird von den Fachleuten nicht bestritten. Das Vorgehen in der vorgeschlagenen Form führt jedoch primär zu Bürokratie und es greift dirigistisch in die Spitalführung ein. Die Finanzierung der vorgesehenen Vorgaben / Kontrollmassnahmen wird nicht geregelt. Aus diesen und weiteren Gründen wird der Strategieentwurf zur Überarbeitung zurückgewiesen.

B. Stellungnahme zu den einzelnen Punkten

Nachstehende Ausführungen sollen die gemachten Aussagen in der Zusammenfassung belegen. Dabei wird nicht auf alle, sondern nur punktuell auf Themen Bezug genommen.

2.3 Auftreten und Häufigkeit von therapieassoziierten Infektionen

Das Strategiepapier beginnt auf Seite 3 mit dem Satz: „Jahr für Jahr erliegen in Schweizer Spitälern rund 70 000 Personen einer Infektion, etwa 2 000 von ihnen sterben daran“. In Kapitel 2.3 werden diese Zahlen wiederholt und sie wurden bei der Vorstellung des Strategieentwurfs gegenüber der Presse entsprechend dargelegt. In Kapitel 2.6 wird dann einschränkend festgehalten: „Therapieassoziierte Infektionen sind trotz gezielter präventiver Massnahmen nicht vollständig vermeidbar...je nach Infektionsart lassen sich zwischen 20 % und 50 % der therapieassoziierten Infektionen mit gezielten Verhütungsmassnahmen vermeiden“.

Es ist mit Sicherheit falsch, dass Jahr für Jahr in Schweizer Spitälern 70 000 Personen an einer Infektion erliegen. Hier besteht zumindest eine freud'sche Fehlleistung.

Nachdem die Strategie das Ziel hat, vermeidbare therapieassoziierten Infektionen zu bekämpfen, wird erwartet, dass die Kapitel 2.3 und 2.6 zusammengefasst und daraus abgeleitet Aussagen mit Nettozahlen erfolgen. Die Zahlen von Swissnoso sind offen zu legen.

Anmerkung:

Die Verfasser der Strategie versuchen mit einer Schätzung aus dem Jahr 2004 die Notwendigkeit der nationalen Strategie zu belegen. Das ist massiv unseriös. Erstens kann ein Vorhaben in dieser Grössenordnung nicht auf einer Schätzung beruhen und zweitens schon gar nicht auf einer aus dem Jahr 2004. In den letzten 10 Jahren haben die Spitäler Millionen in die Infektionsprävention investiert, nicht nur infrastrukturell, sondern auch personell. Mit gutem Recht kann davon ausgegangen werden, dass sich die Situation seit 2004 verbessert hat. Swissnoso erfasst bei den Spitälern seit 2010 die Daten zu Infektionen. Diese aktuellen Grundlagen werden als Ausgangslage aus nicht nachvollziehbaren Gründen nicht mit einbezogen. Es besteht einzig ein Hinweis auf die Verteilung der Infektionsarten.

2.7 Konsequenzen

In diesem Kapitel wird dargestellt, auf welcher Ebene, welche Arbeiten und Massnahmen zur Vermeidung von therapieassoziierten Infektionen erfolgen. Im Abschnitt Schweiz steht „Nationale Leitlinien zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen werden durch Swissnoso sowie durch die einzelnen Fachgesellschaften publiziert. Gleichzeitig wird festgehalten, dass in der Schweiz ein einheitliches, nationales Programm zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung therapieassoziierten Infektionen fehlt.

Die Strategie gibt jedoch keine Auskunft, wie durch eine nationale Überwachung Infektionen

verhindert werden. Als Ergebnis ist jedoch klar absehbar, dass die Administration ohne Nutzen erhöht wird.

2.9 Erfahrungen aus dem Ausland

In den Schlussfolgerungen verweist die Strategie auf das Benchmarking: „Verschiedene Studien zeigen zudem, dass ein adäquates Monitoring der auftretenden Infektionen sowie der Prozess- und Strukturindikatoren und Kommunizieren der Ergebnisse Infektionsraten senken kann. Wesentliche Aspekte sind dabei der Vergleich der erhobenen Daten mit internen und externen Referenzdaten (Benchmarking) und das Feedback an die zuständigen Personen“. Das Strategie Papier gibt keine Erläuterungen zum Benchmarking – vorstehende Aussage wird als gegeben taxiert. Es ist bekannt, dass ein Benchmarking im Bereich von Infektionsraten komplex ist und diverse Parameter zu berücksichtigen sind. Unter anderem braucht es eine Risikoadjustierung, sonst besteht als Folge die Gefahr der Patientenselektion.

3. Globalziel und Geltungsbereich

Die Definition der therapieassoziierten Infektion „Therapieassoziierte Infektionen sind in der Strategie NO-SO definiert als Infektionen, die während eines Aufenthalts in einer stationären Gesundheitseinrichtung – Spital oder Pflegeheim – erworben werden“ ist grundsätzlich richtig. Unter Globalziel steht: „Das Globalziel der Strategie NOSO ist die Reduktion therapieassoziiertter Infektionen und die Verhinderung der Ausbreitung gefährlicher Erreger in Spitälern und Pflegeheimen“. Damit wird klar dokumentiert, dass es bei der Strategie um die vermeidbaren Infektionen geht. Dies ist bei der Definition auszuweisen und das Zahlenmaterial in der Strategie daran anzupassen (siehe 2.3).

Das Wirkungsmodell baut auf dem Vorgehen top down auf; d.h.: zentrale Planung, Vorgaben, Eingriffe. Diese Systematik ist nicht Ziel führend, es bremst die Innovation und die Eigeninitiative und damit die Motivation der Direktbetroffenen an der Basis.

Mit der geplanten Umsetzung nach Wirkungsmodell greift der Bund und allenfalls die Kantone mit Personal- und später Infrastrukturvorgaben direkt in die Führungsverantwortung der Unternehmen ein.

Im Wirkungsmodell werden Aspekte, wie Medizinalprodukte und bauliche Massnahmen aber auch die Patientenrechte ausgeklammert. Zumindest die Patientenrechte müssen jedoch integraler Teil der Strategie sein, denn die arbeitstechnischen Möglichkeiten und Vorgaben sind mit den Patientenforderungen und -rechten in Einklang zu bringen (z.B. Besuchsverbote).

4. Strategiemodell

Unter Governance wird ausgeführt, dass alle Handlungsträger (= Akteure gemäss Chart) „die Zielerreichung mittels eigener Steuerungsinstrumente sowie durch die Durchsetzung von Normen“ einbringen müssen. Diese Aussage ist undifferenziert und bedeutet, dass jeder „sein Süppchen“ kochen kann.

Unter Monitoring wird eine umfassende Überwachung aufgebaut und den Beteiligten zur Verfügung gestellt. Wer, was und zu welchem Zeitpunkt erhalten soll, ist aus der Strategie nicht ersichtlich.

5.1 Governance

- Schlüsselmassnahmen G-2
 - G-2-1 Ebenen der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit klären
 - G-2-2 Handlungsträger erklären formell ihr Engagement
 - G-2-3 Institutionelles Risiko- und Qualitätsmanagement verbessern
 - G-2-4 Mindestanforderungen bezüglich Ressourcen ermitteln und Festlegen

Es ist nicht Aufgabe des Bundes oder der Kantone, vorstehende Massnahmen vorzugeben. Die Betriebe haben das Outcome sicher zu stellen.

- Schlüsselmassnahmen G-3
 - G-3-1 Finanzierungsinstrumente und Anreize für innovative Projekte in Qualität und Patientensicherheit schaffen
 - G-3-2 Verhütungsmassnahmen belohnen und unterstützen

Es reicht nicht, nur Projekte zu finanzieren. Zwingend sind die wiederkehren Kosten der Strategieumsetzung klar zu regeln und zu finanzieren.

- Schlüsselmassnahmen VB-2
 - VB-2-1 Sicherheitskriterien als Bedingung für den Erhalt einer Betriebsbewilligung etablieren und deren Einhaltung beobachten
 - VB-2-2 Umsetzung mit geeigneten Vollzugshilfen unterstützen und evaluieren

Es braucht keine zusätzlichen Bedingungen und Regelungen. Definiert werden muss, wie hoch die Infektionsrate (Outcome) maximal sein darf und wie diese gemessen wird.

5.2 Governance

- (a) Aufgaben Bund
 - Die Strategie sieht vor, dass der Bund Personalschlüssel vorgibt.

Dies ist nicht Aufgabe des Bundes. Wichtig ist, dass das Outcome der Leistungserbringung stimmt. In welcher personellen Zusammensetzung das erreicht wird, obliegt den Betrieben.

- (b) Aufgaben Spitäler
 - Nachstehender Abschnitt zeigt die Kernproblematik der Strategie NOSO. Es wird davon ausgegangen, dass durch zentrale Planung und Überwachung und mit Vorgaben eine Reduktion der therapieassoziierte Infektionen erreicht wird. Verkannt wird dabei, dass die Fachleute an der Basis arbeiten und die primären Träger einer Optimierung zur Vermeidung der therapieassoziierte Infektionen sind. Eine Optimierung wird erreicht durch Motivation und nicht durch Befehle.
„Da Governance auch die Steuerung und Regelung im Sinne einer Unternehmensführung umfasst, sind Spitäler und Pflegeheime in diesem Handlungsfeld ebenfalls relevante Akteure. Ihre Governance-Aufgabe in Bezug auf die Strategie NOSO besteht hauptsächlich in der Sicherstellung der innerbetrieblichen Arbeitskoordination, im Risiko-, Qualitäts- und Wissensmanagement (inkl. Fortbildung) sowie in der Förderung einer transparenten und auf gemeinsames Lernen ausgerichteten Betriebskultur“.

- Ziel G-3
 - Die Verfasser der Strategie NOSO haben zwar erkannt, dass die Finanzierung eine Problematik darstellt. Ein Lösungsansatz wird nicht aufgezeigt, vielmehr bleibt es bei der allgemeinen Feststellung „die Politik ist auch gefordert“.
„Es gehört zur Grundaufgabe einer Gesundheitsinstitution, den Patientinnen und Patienten eine sichere Behandlung zu gewährleisten. Das heutige Finanzierungssystem bildet dies bereits ab. Dennoch sind insbesondere die Verhütung, aber auch andere Bereiche der Reduktion therapieassoziierte Infektionen heute zu wenig interessant gestaltet, als dass die Akteure von sich aus mehr als das nötige Minimum darin investieren würden. Ähnliches gilt für die Entwicklung innovativer Lösungen und die Durchführung von zukunftsweisenden Projekten. Häufig sind Kosten und Nutzen solcher Vorhaben ungleich verteilt oder der Nutzen nur indirekt spürbar und

schon gar nicht quantifizierbar. Um Präventionsbemühungen und wegweisende Investitionen in Patientensicherheit und Qualität zu steigern, sind die notwendigen Anreize zu schaffen. Gleichzeitig ist für die Umsetzung solcher Massnahmen auch die Politik gefordert".

– G1-1 Richtlinien und Standards

Obwohl das Gesundheitswesen kantonal organisiert ist, kann nicht nachvollzogen werden, weshalb Best-Practice-Standards zur Vermeidung von therapieassoziierten Infektionen mit kantonal unterschiedlichen Regelungen ergänzt werden müssen. *„Ein nationales, interprofessionell zusammengesetztes Gremium mit Fachkompetenz in der Thematik der therapieassoziierten Infektionen erarbeitet Empfehlungen für Richtlinien und Standards. Letztere basieren auf wissenschaftlicher Evidenz, sind praxistauglich und mit der internationalen Praxis vereinbar. Sie dienen den Behörden als Grundlage für die Festlegung von national einheitlichen Best-Practice-Standards und von ergänzenden Regelungen auf kantonaler, regionaler oder lokaler Ebene, welche den jeweiligen Merkmalen und allfälligen Besonderheiten (etwa der kantonalen Gesundheitspolitik) Rechnung tragen. Der Geltungsbereich und der Grad der Verbindlichkeit werden für jede Norm einzeln festgelegt.“*

6.3 Ressourcen und Finanzierung

Die Strategieverfasser stellen einleitend fest: „Durch das Fallpauschalen-System SwissDRG werden die Kosten, welche für eine effiziente Leistungserbringung in notwendiger Qualität in den Spitälern erforderlich sind, vollständig abgegolten“.

Diese Aussage stimmt theoretisch, faktisch werden den Spitälern ständig zusätzliche Aufgaben auferlegt, ohne dass die Finanzierung geregelt wird. Die heute bezahlten Baserates entsprechen nicht einem „gebenchmarkten“ Preis. Es findet eine massive Quersubventionierung aus dem VVG-Bereich in die OKP statt.

Abschliessend

Mit der dramatisch negativen Darstellung der Ist-Situation werden Patienten verunsichert. Fast täglich müssen ängstliche Patienten beruhigt werden. Das hilft niemandem. Politiker, Patientenstellen oder Medien werden mit angeblich sachlich belegten Fakten bedient. Diese Fakten halten jedoch einer wissenschaftlichen Prüfung in keiner Weise Stand. Klar ist, dass nicht 2'000 Patienten pro Jahr allein wegen einer therapieassoziierten Infektion sterben. Meist handelt es sich bei Todesfällen durch Infektionen um hochkomplexe, multimorbide Patienten.

Deshalb sind diese Ausgangszahlen nicht nur abzulehnen, sondern die Projektverantwortlichen sind auf-gefordert aktuelle, wissenschaftliche Daten zu erheben und ebenso datenbasierte Ziele der Strategie vor-zugeben, wie „Welche Infektions- und Sterberaten sind Schweiz weit tolerierbar?“

Wenn ein solches Megaprojekt – wie vorliegend - initiiert wird, dann müssen sich die Projektverantwortlichen von Anfang an im Klaren sein, was dabei herauskommen soll. Das Ziel einer Reduktion, ist zu banal.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

SWISS REHA, die Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz, repräsentiert die namhaften Schweizer Rehabilitationskliniken aller Fachrichtungen. Diese verfügen zusammen über 2 400 Betten und damit über 50% des gesamtschweizerischen Bettenbestandes im Rehabilitationsbereich.

Die Mitglieder verpflichten sich, sich alle vier Jahre durch eine externe Zertifizierungsstelle auditieren zu lassen. Diese anspruchsvollen und verbindlichen Vorgaben garantieren einerseits eine hohe medizinische Qualität und tragen andererseits zu einer grösstmöglichen Wirtschaftlichkeit bei.

Freundliche Grüsse

SWISS REHA



Willy Oggier
Präsident



Beat Huwiler
Geschäftsführer