

Task Shifting in der interprofessionellen Zusammenarbeit

Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG,
Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017–2020

Zusammenfassung des Schlussberichts zum Forschungsprojekt Mandat 14

3. Juli 2020

AutorInnen

Sarah Schmelzer¹, Eva Hollenstein¹, Johanna Stahl¹, Markus Wirz², Marion Huber³, Irina Nast², Florian Liberatore¹

¹ Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ² Institut für Physiotherapie, ³ Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

Projektauftrag und Zielgruppe

Projektauftrag

Im Rahmen des Mandat 14 des BAG-Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» hat die ZHAW (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Institut für Physiotherapie, Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis) untersucht, wie Task Shifting aktuell umgesetzt wird und welche Auswirkungen dies hat. Dabei wurde in drei unterschiedlichen Task-Shifting-Modellen zwischen ökonomischen Auswirkungen und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität unterschieden. Übergeordnet wurde untersucht, welche Rolle die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) dabei einnimmt.

Zielgruppe des Berichts

Der Bericht ist sowohl an Leistungserbringer gerichtet, die Task Shifting implementieren möchten, als auch an regulatorische Behörden, Verbände und Krankenversicherungen, die sich über die Potentiale und Regulierungsbedarfe informieren möchten.

Studienobjekt und Methodik

Studienobjekt

Folgende drei Task-Shifting-Modelle wurden evaluiert:

- Modell 1: Klinische Fachspezialistinnen und Fachspezialisten am Kantonsspital Winterthur (KSW): Übertragung von medizinischen Standardaufgaben auf der chirurgischen Bettenstation vom ärztlichen Personal auf Pflegefachpersonen.
- Modell 2: Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie (PMOP) am KSW: Im Rahmen von zwei orthopädischen Eingriffen findet eine Übertragung von ärztlichen Sprechstunden auf die Physiotherapie statt.
- Modell 3: Indikationenliste: Mit der Revision des Heilmittelgesetzes erhalten Apothekerinnen und Apotheker ab 2019 die Möglichkeit, einen Teil der verschreibungspflichtigen Arzneimittel auch ohne ärztliches Rezept abzugeben.

Methodik

Mittels Desk Research wurde der aktuelle Stand der Umsetzung von Task Shifting im Schweizer Gesundheitswesen eruiert. Für alle drei Task-Shifting-Implementierungen wurden daraufhin zunächst qualitative Interviews mit beteiligten Gesundheitsfachpersonen zu den Erfahrungen, Erwartungen und Befürchtungen geführt. Es folgten betriebswirtschaftliche Analysen nach einem wissenschaftlichen Evaluationskonzept basierend auf Controlling-Daten, Mitarbeitenden-/PatientInnen-Befragungen, Prozessbeobachtungen sowie Szenario-Berechnungen. Die Auswirkungen der Task-Shifting-Modelle auf Systemebene sowie die Handlungsempfehlungen wurden qualitativ, basierend auf Befragungen und Workshops mit Expertinnen und Experten ermittelt.

Zentrale Ergebnisse

Task-Shifting-Initiativen entstehen entweder bottom-up oder top-down. Im Falle der Bottom-up-Modelle (beide untersuchten Modelle des KSW) sind die Treiber Einzelpersonen oder Organisationseinheiten innerhalb der Organisation. Vorteile dieses Ansatzes bestehen darin, dass neue Lösungen im Sinne

des Subsidiaritätsprinzips zwischen den beteiligten Gesundheitsfachpersonen entstehen und somit eine hohe Akzeptanz aufweisen. Nachteilig ist jedoch, dass bei dieser Vorgehensweise regulatorische Anpassungsbedarfe entstehen, die erst durchgesetzt werden müssen. Bei Top-down-Modellen sind die Treiber Akteure, welche auf der politischen Ebene agieren. Die Aufgabenbereiche und Kompetenzen im Modell sind klar durch den Gesetzesartikel definiert. Bei der Umsetzung in der Praxis können Schwierigkeiten bei der Implementierung entstehen, dafür besteht Rechtssicherheit.

Die untersuchten Task Shiftings führen weder auf Organisationsebene noch auf Systemebene zu grossen Kosteneinsparungen. Vielmehr ergeben sich überwiegend positive Effekte auf die Prozessqualität, die indirekt auch kostenwirksam sein können. Wenn, wie bei Modell 3 Kosteneffekte auftreten, dann handelt es sich um Kostenverschiebungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in den Out-of-pocket-Bereich. Weiter führen Task Shiftings auch nur bedingt zur erhofften Entlastung von medizinischem Personal durch andere Gesundheitsfachpersonen. Zwar werden ärztliche Zeitressourcen frei, wenn andere Gesundheitsfachpersonen Aufgaben delegiert übernehmen, andererseits entsteht aber wieder zusätzlich Abstimmungs- und Koordinationsbedarf im Rahmen der IPZ.

Als zentrale Vorteile von Task-Shifting-Implementierungen konnten für Modelltypen der klinischen FachspezialistInnen und im Rahmen des PMOP die Folgenden identifiziert werden:

1. Die neuen Rollen erfüllen eine Art Case Manager Funktion in der Behandlung mit intensiverem PatientInnenkontakt, was diese als positiv wahrnehmen.
2. Durch die erhöhte Kontinuität in der Leistungserbringung werden Prozesse wie das Austrittsmanagement verbessert.
3. Task Shiftings ermöglichen Rollenerweiterungen und damit mehr Karriereoptionen für nicht-medizinische Gesundheitsfachpersonen, reduzieren jedoch weniger den Fachkräftemangel, da Ärztinnen und Ärzte nicht unbedingt entlastet werden und die Gesundheitsfachpersonen mit Rollenerweiterungen als Personalressourcen in ihren ursprünglichen Tätigkeitsfeldern fehlen.

Task Shifting und IPZ hängen eng zusammen. Die im Rahmen dieser Studie untersuchten Formen von Task Shiftings sind dann erfolgreich, wenn in den Organisationen die IPZ funktioniert. Dabei erhöhen Task Shiftings die Koordinationsaufwände in der Leistungserbringung, wodurch weiter Druck auf die Tarifsysteme entsteht, Koordinationsaufwände besser abzugelten.

Zu den zentralen Herausforderungen bei diesen Task-Shifting-Implementierungen gehören zum einen der Umgang mit unklaren Rollen- und Kompetenzverteilungen, welcher teilweise zu Rivalität innerhalb und zwischen den Professionen führt. Zum anderen fehlen die regulatorischen und tariflichen Grundlagen zur Abrechnung von Leistungen in erweiterten Rollenfunktionen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen, da sie bottom-up entstanden sind.

Als zentrale Vorteile von Task Shifting konnten im Modell der erweiterten Indikationenliste die Folgenden identifiziert werden:

1. Für Patientinnen und Patienten ermöglicht dieses Task Shifting einen niederschweligen, erleichterten Zugang zur Medikamentenversorgung.
2. Diese Form des Task Shifting stärkt die Rolle der Apotheken als eine Säule der Grundversorgung im Gesundheitssystem.

3. Weiter stärkt der Austausch und die Zusammenarbeit in der Kommission zur Ausarbeitung der Indikationenliste die interprofessionelle Denkweise auf Verbandsebene, was sich langfristig auf die Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung auswirken sollte.

Zu den zentralen Herausforderungen bei diesem Task Shifting gehören zum einen ein bislang noch fehlendes Bewusstsein über diese Neuregelung in der Bevölkerung. Auch die Nutzung und Förderung dieses optionalen Zugangs durch die Arztpraxen und Apotheken ist ausbaufähig, da wenig finanzielle Anreize auf beiden Seiten bestehen. Ausserdem müssen tarifliche Klärungen getroffen werden, wie die Beratungsleistungen der Apotheken in Zusammenhang mit der Abgabe der Medikamente vergütet werden können.

Handlungsbedarfe

Entsprechend ergeben sich folgende Handlungsbedarfe sowohl auf institutioneller als auch auf regulatorischer Ebene: In den Organisationen benötigt es klare Prozesse und Verantwortungsstrukturen und flankierend ein Qualitätsmanagementsystem, welches Optimierungsbedarfe identifiziert und umsetzt. Für die neuen Rollen im Gesundheitswesen benötigt es mittelfristig rechtliche Grundlagen, eigene neue Tarifpositionen, welche die Arbeit dieser Gesundheitsfachpersonen mit erweiterten Rollen entgelten sowie eine Abgrenzung zwischen unterschiedlichen neuen Rollen. Im Bereich der Pflege ist beispielsweise unklar, wie sich die klinischen Fach-spezialistinnen und Fachspezialisten von Advanced Practice Nurses abgrenzen. Langfristig ist davon auszugehen, dass die starren Rollenbilder im Gesundheitswesen sukzessive durch ein Task Sharing ersetzt werden, bei dem diejenige Gesundheitsfachperson für eine Teilaufgabe in einer Behandlung eingesetzt wird, die dazu am besten befähigt ist.

Limitationen und Impact der Studie

Einschränkend ist anzumerken, dass die vorliegenden Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf einer Fallstudien-Betrachtung von drei Task-Shifting-Implementierungen basieren, wovon zwei aus dem gleichen Spital stammen. Daher ist die Aussagekraft und Generalisierbarkeit eingeschränkt. Nichtsdestotrotz leistet der vorliegende Bericht einen wichtigen Beitrag zur Schliessung der Forschungslücke zum Stand der Umsetzung, der Erfahrungen und Auswirkungen von Task Shifting im Schweizer Gesundheitswesen. Der Bericht kann damit als Grundlagendokument gesehen werden, um ein differenziertes Verständnis zur Implementierung, Evaluation und den potenziellen Auswirkungen von Task Shifting zu gewinnen. Es sollte ausgehend von dieser Studie eine langfristige Begleitforschung zu den Konsequenzen von Task Shifting etabliert werden. Dennoch lassen sich bereits auf Grundlage dieser Studie klare Handlungsempfehlungen ableiten. Diese umfassen beim Task Shifting im Rahmen der erweiterten Indikationenliste die tarifliche Verankerung der Beratungsleistungen der Apotheken sowie die bessere Kommunikation des erleichterten Zugangs zu Medikamenten in der Öffentlichkeit durch Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken. Bei der Weiterentwicklung des Modells der klinischen Fachspezialistinnen und Fachspezialisten und der Advanced-Practice-Practitioner-Rolle in der Physiotherapie sind die bessere Abgrenzung der neuen Rollen in der Berufspraxis sowie die Abbildung dieser Rollen in Tarifsyste men zu nennen.