



School of  
Management and Law

# Task Shifting in der inter- professionellen Zusammenarbeit

## Schlussbericht Mandat 14

### Eine Studie der ZHAW

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Institut für Physiotherapie

Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis

Sarah Schmelzer, Eva Hollenstein, Johanna Stahl, Markus  
Wirz, Marion Huber, Irina Nast, Florian Liberatore

Auftraggeber:



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG

## **IMPRESSUM**

### **Herausgeber**

ZHAW School of Management and Law  
Stadthausstrasse 14  
Postfach  
8401 Winterthur  
Schweiz

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie  
<https://www.zhaw.ch/de/sml/institute-zentren/wig/>

### **Projektleitung, Kontakt**

PD Dr. Florian Liberatore  
[Florian.liberatore@zhaw.ch](mailto:Florian.liberatore@zhaw.ch)

Juli 2020

Copyright © 2020,  
ZHAW School of Management and Law

Alle Rechte für den Nachdruck und die  
Vervielfältigung dieser Arbeit liegen bei der  
Abteilung Gesundheitsökonomie der  
ZHAW School of Management and Law.  
Die Weitergabe an Dritte bleibt ausgeschlossen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>1. Hintergrund und Ziele des Forschungsprojekts</b>	<b>7</b>
1.1 Ausgangslage	7
1.2 Forschungsfragen	8
<b>2. Forschungsdesign und Methodik</b>	<b>9</b>
2.1 Praxismodelle	9
2.2 Methodik	9
<b>3. Aktuelle Umsetzung von Task Shifting in der Schweiz</b>	<b>11</b>
3.1 Methodisches Vorgehen	11
3.2 Erkenntnisse zu Modell 1: Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten	12
3.3 Erkenntnisse zu Modell 2: Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie	14
3.4 Erkenntnisse zu Modell 3: Indikationenliste	16
3.5 Zwischenfazit	18
<b>4. Auswirkungen von Task Shifting</b>	<b>22</b>
4.1 Methodisches Vorgehen	22
4.2 Erkenntnisse zu Modell 1: Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten	24
4.3 Erkenntnisse zu Modell 2: Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie	28
4.4 Erkenntnisse zu Modell 3: Indikationenliste	32
4.5 Zwischenfazit	35
<b>5. Handlungsempfehlungen</b>	<b>37</b>
5.1 Methodisches Vorgehen	37
5.2 Erkenntnisse zu Modell 1: Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten	37
5.3 Erkenntnisse zu Modell 2: Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie	41
5.4 Erkenntnisse zu Modell 3: Indikationenliste	42
5.5 Potenzielle Auswirkungen weiterer Task Shiftings	44
<b>6. Fazit</b>	<b>46</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>48</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>49</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>50</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>51</b>
<b>Autorinnen und Autoren</b>	<b>52</b>
<b>Anhang</b>	<b>54</b>

# Zusammenfassung

## 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.

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde seitens BAG durch folgende Vertreter/innen begleitet: Nico van der Heiden, Co-Sektionsleiter (bis 29. Februar 2020), Cinzia Zeltner, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sabine Thomas, wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie Lara De Simone, wissenschaftliche Projektassistentin.

## 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

Folgende drei Task-Shifting-Modelle wurden evaluiert:

- Modell 1: Klinische Fachspezialistinnen und Fachspezialisten (KF) 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 Physiotherapiestatt.
- 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 die Modelltypender KF und im Rahmen der 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 Tarifsysteeme 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 Fachspezialistinnen 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 Ärzte und Ärztinnen sowie Apotheken. Bei der Weiterentwicklung des Modells der KF und der Advanced-Practice-Practitioner (APP)-Rolle in der Physiotherapie sind die bessere Abgrenzung der neuen Rollen in der Berufspraxis sowie die Abbildung dieser Rollen in Tarifsystemen zu nennen.

## 1. HINTERGRUND UND ZIELE DES FORSCHUNGSPROJEKTS

### 1.1 Ausgangslage

Das Thema «Interprofessionalität» hat in den letzten Jahren in den gesundheitspolitischen Diskussionen eine zentrale Rolle eingenommen. So erhofft man sich von einer verstärkten interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) etwa, dass sie die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf das Gesundheitssystem abfedern und den Mangel an Fachpersonen zum Teil kompensieren kann. Die WHO definiert Interprofessionalität als «Lehre und Tätigkeit, die zustande kommt, wenn Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen im Sinne einer effektiven Kollaboration, welche die Gesundheitsergebnisse verbessert» (World Health Organization, 2010). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) stützt sich auf die Definition der WHO und versteht damit den Begriff als «über das klassische Miteinander und Nebeneinander der Gesundheitsberufe rund um die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Sinne einer einfachen Bündelung der Kompetenzen hinausgehend. Mitglieder interprofessioneller Teams begegnen sich auf Augenhöhe und engagieren sich für die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung. Dies ergibt sich aus der Notwendigkeit, dass keine Profession für sich allein eine umfassende Gesundheitsversorgung leisten kann. Je nach Aufgabe übernimmt in interprofessionellen Teams die am besten qualifizierte Person die Führung. Die klassische, starre Hierarchie existiert somit nicht» (BAG, 2017). Studien zeigen, dass eine verstärkte IPZ zu einer effektiveren Versorgung, einer höheren Arbeitszufriedenheit der Fachpersonen und somit zu einer längeren Verweildauer im Beruf führt (Körner, Wirtz, Bengel, & Göritz, 2015; Sottas & Kissmann, 2015; Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein, 2017).

Vergleichbare Vorteile werden im Rahmen des sogenannten Task Shiftings erwartet, bei welchem die Erbringung einer Leistung von einer auf eine andere Profession übertragen wird. Für die Definition des Begriffs Task Shifting orientiert sich die vorliegende Studie an derjenigen des ausgeschriebenen Mandates (BAG, 2018):

«Wenn die Erbringung einer Leistung von einer Profession auf eine andere übertragen wird. Die ursprünglich verantwortliche Profession ist in der Regel zwar weiterhin befugt, die Leistung zu erbringen, sie wird sich jedoch mutmasslich eher wieder auf ihre Kernkompetenz fokussieren.»

Task Shifting kann sowohl in Delegation (eine Profession erhält die Durchführungskompetenz für eine Tätigkeit, die Verantwortung für den Gesamtversorgungsprozess bleibt bei der bislang verantwortlichen Profession) als auch in Substitution (Übertragung einer Tätigkeit wie auch der damit einhergehenden Verantwortlichkeit) erfolgen (Schibli, 2012). Des Weiteren kann zwischen informellem und institutionalisiertem Task Shifting unterschieden werden. Das informelle Task Shifting beinhaltet die Übertragung von Aufgaben von einer auf die andere Profession, wobei die entsprechenden rechtlichen und / oder institutionellen Grundlagen für die formale Rollenklärung oder Rollenneuzuschreibung fehlen. Beim institutionalisierten Task Shifting hingegen sind die entsprechenden Grundlagen vorhanden, welche eine formale Rollenklärung oder -zuschreibung ermöglichen. Studienerkenntnisse weisen darauf hin, dass Task Shifting beispielsweise zu einer Stärkung der Kernkompetenzen, zu Kosteneinsparungen oder zu einer verbesserten Kontinuität führen kann. Mittels Task Shifting können Kernkompetenzen gestärkt, Kompetenzen erweitert, das Schnittstellenmanagement verbessert, Kosten gespart und zudem für die Patientinnen und Patienten ein (niederschwelliger) Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie eine höhere Konstanz der behandelnden Person gesichert werden (Laurant et al., 2005; Niezen & Mathijssen, 2014; Reeves et al., 2017).

Für eine gelingende IPZ gilt die (situationsbezogene) Rollenklärung als unumgänglich. Dies gilt umso mehr, wenn sich die Kompetenzen (im Sinne von Fähigkeiten und/oder Zuständigkeiten) im Versorgungssetting seitens der involvierten Personen überlappen. Die Zuschreibung bzw. die Übernahme von Rollen und Aufgaben unterliegen nicht nur den Fähigkeiten seitens der involvierten Individuen, sondern auch den professionellen Grenzen sowie der organisationalen und institutionellen Umgebung (Niezen & Mathijssen, 2014). In der Schweiz dürfen die Angehörigen der Pflege und der Therapieberufe nur auf ärztliche Anordnung hin tätig werden. Damit können rechtliche Aspekte unter anderem der IPZ entgegenwirken, indem ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Professionen besteht und eine Begegnung auf Augenhöhe als Voraussetzung für eine gelingende IPZ nicht zwingend gegeben ist. Task Shifting hingegen kann sowohl in Delegation als auch in Substitution erfolgen (Schibli, 2012). Beide Modelle erfordern eine formale Rollenklärung oder Rollenneuzuschreibung, womit Task Shifting eine treibende Kraft für die Entwicklung von IPZ sein könnte. Das Task Shifting könnte sich aus der interprofessionellen Praxis

entwickeln, wenn in dieser die Grundlagen (z.B. Wissen über bzw. Anerkennung in die Kompetenzen einer anderen Berufsgruppe) dafür gelegt werden.

Task-Shifting-Modelle gehen oft mit einer sogenannten «Advanced Practice» von GF einher. Bei Advanced Practice Nurses (APN) handelt es sich um registrierte Pflegefachpersonen, welche über eine akademische Ausbildung verfügen und sich u.a. Expertenwissen und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet haben (Positionspapier DBfK, ÖGKV und SBK zu APN, 2013). In der Physiotherapie bezeichnet Advanced Practice Practitioner (APP) die spezialisierte klinische Praxistätigkeit in einer erweiterten Rolle (Lüthi, 2020). Bei der Entstehung erweiterter Rollen im Rahmen von Task Shifting besteht Klärungsbedarf, ob bzw. inwiefern sie sich von Advanced-Practice-Rollen abgrenzen.

Obwohl die Forschung erste Erkenntnisse zu den Effekten von Task Shifting hervorbringt, fehlen krankheitsunspezifische Erkenntnisse zum Task Shifting für das schweizerische Gesundheitssystem. Zudem ist unklar, in welchem Zusammenhang das Task Shifting und die IPZ stehen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollen die untenstehenden Fragen geklärt werden. Die Studie gehört zum ersten Teil «Forschung» des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 – 2020» und adressiert Task Shifting in der interprofessionellen Zusammenarbeit.

### 1.2 Forschungsfragen

Das M14-Forschungsmandat im BAG-Förderprogramm Interprofessionalität umfasst folgende Ziele:

- Analyse der aktuellen Task-Shifting-Situationen im schweizerischen Gesundheitssystem hinsichtlich ihrer Funktionsweise und ihren Auswirkungen.
- Klären, welchen Beitrag die IPZ bei der Implementierung von Task Shifting leisten kann und inwiefern IPZ zur Förderung der Vorteile bzw. zur Minderung der Nachteile beitragen kann.

Folgende detaillierte Forschungsfragen wurden ausgehend von den Zielen des Forschungsmandats formuliert und in vier Arbeitspaketen (AP):

#### 1. Aktuelle Umsetzung von Task Shifting (Arbeitspaket 1)

- a. Welche Aufgaben werden in den gewählten Settings neu verteilt?
- b. Was erhoffen sich die involvierten Akteure von Task Shifting?
- c. Wie wird über die Neuverteilung der Zuständigkeitsbereiche entschieden?

#### 2. Auswirkungen von Task Shifting (Arbeitspaket 2 & 3)

- a. Welche ökonomischen (betriebs- und volkswirtschaftlichen) Auswirkungen hat das Task Shifting?
- b. Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich
  - i. möglicher Doppelspurigkeiten?
  - ii. möglicher Konkurrenzsituationen zwischen den Professionen und Fachpersonen?
  - iii. dem niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Patientinnen und Patienten?

#### 3. Rolle der IPZ (Integration in alle Arbeitspakete)

- a. Kann IPZ bei der Umsetzung von Task Shifting einen positiven Beitrag leisten und falls ja, wie?
- b. Kann IPZ dazu beitragen, die Auswirkungen von Task Shifting positiv zu beeinflussen und falls ja, wie?

#### 4. Handlungsempfehlungen für den Bund (Arbeitspaket 4)

- a. Wäre Task Shifting auch in weiteren Settings denkbar und wünschenswert im Hinblick auf die Optimierung der Versorgungsqualität, der Kosteneffizienz und des niederschweligen Zugangs zur Gesundheitsversorgung, und wenn ja, in welchen?
- b. Welche Massnahmen kann der Bund innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen treffen, um den in der Studie eruierten Handlungsbedarf zu decken?
- c. Welche weiteren Massnahmen wären wünschenswert und weshalb? Was müsste sich ändern, damit diese Massnahmen umgesetzt werden können?



## 2. FORSCHUNGSDESIGN UND METHODIK

### 2.1 Praxismodelle

Die obenstehenden Fragen wurden anhand von drei typischen Praxismodellen untersucht, welche in der nachfolgenden Abbildung 1 zusammengefasst sind:

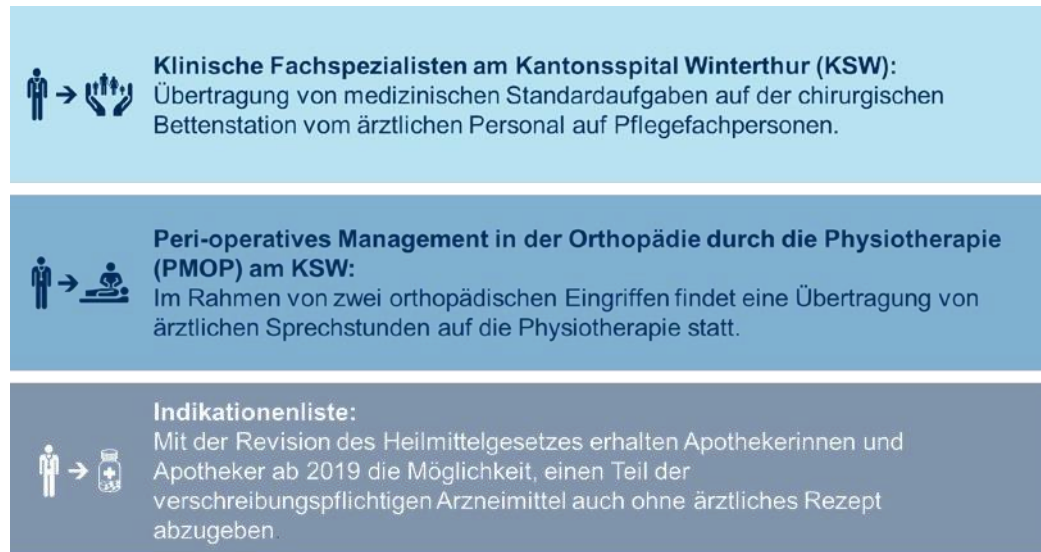


Abbildung 1: Übersicht zu den Praxismodellen

Die obenstehenden Praxismodelle werden im nachfolgenden Kapitel 3 detailliert beschrieben und hinsichtlich ihrer Charakteristika erläutert. Damit handelt es sich um eine fallstudienbezogene Evaluation von Task-Shifting-Implementierungen im Schweizer Gesundheitswesen.

Modell 3 zur Evaluation der Revision der Indikationsliste wurde durch einen wissenschaftlichen Beirat bestehend aus der Universität Basel – Pharmaceutical Care, dem Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel und dem Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern begleitet.

### 2.2 Methodik

Innerhalb der verschiedenen Arbeitspakete wurden differenzierte methodische Vorgehensweisen verwendet. Diese werden in der nachfolgenden Übersicht (siehe Tabelle 1) kurz dargestellt. Eine detaillierte Erklärung folgt innerhalb des jeweiligen nachfolgenden Kapitels.

Tabelle 1: Übersicht zum methodischen Vorgehen

Arbeitspaket	Methodische Vorgehensweise	Zeitraum
<b>1 – Aktuelle Umsetzung von Task Shifting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desk Research zu bestehendem Forschungs- und Praxiswissen wie auch zu Dokumentationen (bspw. rechtliche Gutachten)</li> <li>– Online Befragung der involvierten Berufsgruppen</li> <li>– Vertiefende Interviews mit Personen aus der Praxis sowie Entscheidungsträgern</li> </ul>	Oktober 2018 – April 2019
<b>2 – Auswirkungen von Task Shifting: Betriebs- und Organisationsebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Expertenworkshops zur Konzeption des Evaluationskonzeptes</li> <li>– Datenerhebung mittels Onlinebefragung, Interviews, Prozessbegleitungen, Betriebs- und Finanzkennzahlen</li> </ul>	März 2019 – Oktober 2019
<b>3 – Auswirkungen von Task Shifting: Systemebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Online Befragung mit verschiedenen Stakeholdern</li> <li>– Expertenworkshops</li> </ul>	September 2019 – Januar 2020
<b>4 – Handlungsempfehlungen für den Bund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entwicklung von Handlungsempfehlungen auf Basis der Ergebnisse aus den AP 1- 3</li> <li>– Expertenworkshops zur Validierung der Handlungsempfehlungen</li> </ul>	Januar 2020 - Mai 2020

### 3. AKTUELLE UMSETZUNG VON TASK SHIFTING IN DER SCHWEIZ

Im vorliegenden Kapitel wird erläutert, wie die oben definierten Praxismodelle (siehe Abbildung 1) im Schweizer Gesundheitswesen implementiert wurden. Dabei werden die nachfolgenden Forschungsfragen geklärt:

- a. Welche Aufgaben werden in den gewählten Settings neu verteilt?
- b. Was erhoffen sich die involvierten Akteure vom Task Shifting?
- c. Wie wird über die Neuverteilung der Zuständigkeitsbereiche entschieden?
- d. Kann IPZ bei der Umsetzung von Task Shifting einen positiven Beitrag leisten und falls ja, wie?

#### 3.1 Methodisches Vorgehen

##### Desk Research

In einem ersten Schritt wurden vorhandene Dokumente wie Grundlagenpapiere, Stellenbeschreibungen, Kompetenzprofile oder rechtliche Abklärungen in den ausgewählten Modellen analysiert.

##### Fragebogenerhebung

In einem zweiten Schritt wurden die verschiedenen Sichtweisen der beteiligten Fachpersonen innerhalb der Modelle erhoben. Da das primäre Ziel der Erhebung die Informationsgewinnung war, wurde der Fragebogen nicht auf wissenschaftlich vordefinierten Konstrukten aufgebaut. Die Fragebogenerhebung setzte ein gewisses Mass an Projektintegration und -erfahrung voraus. Da die Gesetzesrevision zur Indikationenliste erst per Januar 2019 in Kraft trat, war diese Voraussetzung zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung (Januar 2019) für das Modell 3 nicht gegeben, weshalb auf die Fragebogenerhebung im Modell 3 verzichtet und stattdessen die Anzahl der Interviews in diesem Modell erhöht wurde. Die Befragung wurde mittels Unipark an 13 Personen im Modell 1 und 30 Personen im Modell 2 verschickt. Im Modell 1 haben acht am Projekt «Klinische FachspezialistInnen» beteiligte Mitarbeitende an der Onlinebefragung teilgenommen. Im Modell 2 haben 22 am Projekt «PMOP» (Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie) beteiligte Mitarbeitende an der Onlinebefragung teilgenommen (siehe Anhang 1 und 2 für weiterführende Informationen).

##### In-depth-Interviews

In einem dritten Schritt wurden Interviews durchgeführt, um ein umfassenderes Verständnis zu erlangen. Für die Modelle 1 und 2 wurden Erkenntnisse aus dem Desk Research und der vorhergehenden Fragebogenerhebung integriert. Da für das Modell 3 keine Befragung durchgeführt wurde, basierten die Fragen des Interviewleitfadens gänzlich auf den Erkenntnissen des Desk Research.

Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Interviewpartner auf Tonband aufgenommen, anschliessend wurden die Tondaten in das Datenanalyseprogramm MAXQDA überführt und anhand von induktiv gebildeten Codes codiert.

In den Modellen 1 und 2 wurden Personen ausgewählt, die zum Zeitpunkt der Erhebung in diesen Modellen tätig waren und/oder im Entscheidungsprozess zur Neuverteilung eine Schlüsselrolle eingenommen hatten. Im Modell 1 wurden zwei Vertreter der ärztlichen Profession und drei Vertreter der KF interviewt.

Für das Modell 2 wurden zwei Vertreterinnen und Vertreter der ärztlichen Profession und vier Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten interviewt.

Für die Selektion der Interviewpartner im Modell 3 wurden Teilnehmende aus der Vernehmlassung des HMG IV selektiert. Dabei wurden sowohl Befürworter als auch Kritiker der Indikationenliste angeschrieben. Es wurde darauf geachtet, dass die potenziellen Interviewpartner einerseits in der Praxis tätig sind, andererseits sollten sie möglichst über den politischen Prozess und die Inhalte der Gesetzesrevision informiert sein. Da die Selbstdispensation (SD) möglicherweise einen Einfluss auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Apothekerinnen und Apothekern hat, wurden sowohl Personen aus Kantonen mit als auch aus Kantonen ohne SD angeschrieben. Interviewt wurden jeweils vier Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Apothekerinnen und Apotheker.

### 3.2 Erkenntnisse zu Modell 1: Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten

#### Aktuelle Umsetzung

Im Jahr 2014 wurde auf einer chirurgischen Bettenstation das Projekt «Klinische FachspezialistInnen» gestartet. Im Jahr 2017 folgte dann die Übernahme der KF in den Regelbetrieb. Gemeinsam mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) wurde zudem ein interdisziplinärer Weiterbildungs-Lehrgang («CAS Klinische/r Fachspezialist/in») erarbeitet, welcher im Februar 2017 angelaufen ist und sowohl Gesundheitsfachpersonen (GF) wie auch ärztlichem Personal offensteht.

Die KF sind Teil des ärztlichen Dienstes und stehen unter fachlicher Führung der Kaderärztinnen und -ärzte oder erfahrener Assistenzärztinnen und -ärzte. Sie arbeiten dabei eng mit den Pflegefachpersonen sowie diagnostischen und therapeutischen Diensten zusammen. Sie stellen zusammen mit der Abteilungsärztin / dem Abteilungsarzt die Präsenz und die medizinische Betreuung auf der Bettenstation sicher und übernehmen dabei abteilungsärztliche Aufgaben, wobei die medizinische Verantwortung für die Behandlung nach wie vor dem ärztlichen Fachpersonal obliegt. Die Kompetenzen der KF liegen dabei grundsätzlich in delegierten medizinischen Aufgaben und in der Umsetzung des Behandlungsplans bei Patientinnen und Patienten in stabilen und vorhersehbaren Situationen. Als Leitlinie gelten die standardisierten und definierten Behandlungspfade der Klinik. Bei komplexen und unvorhersehbaren Verläufen und Situationen muss immer Rücksprache mit der / dem behandelnden Ärztin / Arzt erfolgen. Die KF sind zudem verpflichtet, bei Unsicherheiten oder Aufgaben, die nicht in ihrem Aufgabenbereich liegen, ärztliches Personal beizuziehen.

Die Aufgabenliste gilt als nicht abschliessend und kann bei Bedarf angepasst werden. Auch müssen nicht alle KF alle Kompetenzen erwerben. Im Vordergrund stehen diejenigen Kompetenzen, die für die spezifische Arbeit nötig sind. Vor dem Hintergrund, dass ein Grossteil des Kompetenzerwerbs zudem individuell «on the job» geschieht und sich die Inhalte des Coachings sowie der Fort- und Weiterbildungen der KF auf den unterschiedlichen Stationen somit wohl unterscheiden, kann davon ausgegangen werden, dass sich die jeweiligen Kompetenzprofile der KF selbst innerhalb eines Spitals von Station zu Station unterscheiden.

KF müssen über eine Ausbildung als dipl. Pflegefachperson HF / FH verfügen, mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in einem somatischen Akutspital ausweisen können und idealerweise einen Bachelor- bzw. Masterstudiengang oder eine Weiterbildung in Intensivpflege absolviert haben. Des Weiteren werden ein überdurchschnittliches medizinisches Fachwissen sowie eine hohe Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz vorausgesetzt. Auch wird die Bereitschaft zu neuen Formen der IPZ und der Aufgabenverteilung sowie zur aktiven Mitarbeit bei der Entwicklung des Stellenprofils vorausgesetzt. Das lässt darauf schliessen, dass es sich nicht um ein statisches Berufsbild handelt und dieses auch zukünftig durchaus Anpassungen unterliegen dürfte.

#### Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung und den Interviews

Nachfolgend (Tabellen 2, 3 und 4) werden die zentralen Erkenntnisse aus der Fragebogenerhebung und den Interviews zusammengefasst.

Es gilt anzumerken, dass gewisse Aspekte jeweils berufsgruppenspezifisch häufiger genannt werden. Um dies abzubilden, wird jeweils nach dem entsprechenden Aspekt auf jeweilige/n Berufsgruppe/n verwiesen:

- Ärztliches Personal (A)
- Klinische Fachspezialisten und Fachspezialisten (KF)

Die Verweise bedeuten, dass der jeweilige Aspekt relativ häufiger von der betreffenden Berufsgruppe genannt wird. Dies bedeutet nicht, dass dieser Aspekt innerhalb der anderen Berufsgruppe nie erwähnt wird. Aspekte können zudem gleich häufig von beiden Berufsgruppen genannt werden. In diesem Fall wird in der Klammer auf beide Gruppen verwiesen.

Tabelle 2: Übersicht zu den positiven und negativen Erfahrungen im Modell 1

+	- Mitarbeitendenzufriedenheit und -motivation (KF)
	- Bessere PatientInnenbetreuung und -versorgung (A, KF)
	- Höhere Kontinuität (A, KF)
	- Erweiterung des Wissens (KF)
	- Fokussierung auf Kerntätigkeiten (A)
	- Prozessoptimierung (A, KF)
-	- Höherer Arbeitsaufwand und -belastung (A, KF)
	- Unklare Rollen- und Kompetenzverteilungen (A, KF)
	- Interprofessionelle Kulturunterschiede (KF)
	- Rivalität innerhalb und zwischen den Professionen (A, KF)
	- Höhere Anforderungen in der Personalrekrutierung (A, KF)

Tabelle 3: Übersicht zu den Hoffnungen und Befürchtungen im Modell 1

<b>Hoffnungen</b>	- Erhöhung der Job- und Arbeitgeberattraktivität (KF)
	- Verringerung der Fluktuation (KF)
	- Stärkung und Erweiterung des Berufsbildes (KF)
	- Erhöhung der Versorgungsqualität (A, KF)
	- Kostensenkung (A, KF)
	- Effizientere Weiterbildung für AssistenzärztInnen (A)
<b>Befürchtungen</b>	- Abhängigkeit von Einzelpersonen (A, KF)
	- Keine zukünftige Erweiterung und Adaption des Berufsbildes (A, KF)
	- Überlastung der Rolle (KF)
	- Fehlende Ausbildungsplätze für AssistenzärztInnen (A)
	- Akzentuierung des Fachkräftemangels in der Pflege (A, KF)

In Bezug auf die Hoffnungen und Befürchtungen zeigt sich in Tabelle 3 zusammenfassend ein hoher Übereinstimmungsanteil zwischen den Berufsgruppen. Beide Berufsgruppen erhoffen sich eine Erhöhung der Versorgungsqualität und eine Kostensenkung. Lediglich der Aspekt der Ausbildungsplätze für die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen scheint kontrovers. Einerseits besteht die Befürchtung, dass die KF die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen ersetzen könnten und dass diese damit keine Möglichkeiten mehr haben, die entsprechenden Aufgaben zu erlernen. Andererseits wird die Meinung vertreten, dass gerade durch die KF die verbleibenden Assistenzärztinnen und Assistenzärzte besonders gut ausgebildet werden, da sie sich mehr auf ihre Kerntätigkeiten (hier Operationen) fokussieren können. Ob diese Hoffnungen und Befürchtungen eintreten, ist letztendlich davon abhängig, wie die Umsetzung auf den Stationen erfolgt. Alle interviewten Personen vertreten die Meinung, dass es weiterhin Stationen geben muss, welche Ausbildungsplätze für Assistenzärztinnen und -ärzte bieten, damit ein wichtiger Ausbildungsaspekt der Facharztausbildung nicht verloren geht.

Tabelle 4: Übersicht zu den Förderfaktoren und Barrieren für gelingende IPZ im Modell 1

<b>Förderfaktoren</b>	– Gegenseitige Anerkennung der Kompetenzen und Funktionen (A, KF)
	– Kenntnisse über die gegenseitigen Kompetenzen (A, KF)
	– Angliederung an das ärztliche Team (KF)
	– Unterstützung durch die Führungsebene (A, KF)
	– Visiten mit gemeinsamen Behandlungszielen (A, KF)
<b>Barrieren</b>	– Starke Hierarchien (A, KF)
	– Hohe Arbeitsauslastung (A, KF)
	– Unterschiedliche Arbeitskulturen (KF)
	– Starre Rollenbilder (A, KF)

Zusammenfassend zeigt sich, dass die meisten Aspekte von den KF wie auch dem ärztlichen Personal gleichermaßen genannt und bewertet wurden. Dies könnte sicher auch auf den Umstand zurückzuführen sein, dass das Berufsbild der KF seit 2014 im KSW implementiert wird. Die daraus gewonnenen Erfahrungswerte spiegeln sich in einer ähnlichen Wahrnehmung der beiden Professionen wider. Insgesamt überwiegen die positiven Aspekte, was sich auch darin widerspiegelt, dass die KF mittlerweile in vielen Abteilungen des KSW eingesetzt werden.

### 3.3 Erkenntnisse zu Modell 2: Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie

#### Aktuelle Umsetzung

Der bisherige Sprechstundenablauf bestand aus der ärztlichen Aufklärung der Patientin / des Patienten drei Wochen vor einer Operation sowie aus regelmässigen Nachkontrollen postoperativ ebenfalls durch das ärztliche Personal. Seit Sommer 2018 übernehmen neuerdings Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten gewisse Sprechstunden unter ärztlicher Supervision. Dafür wurden die Behandlungsprozesse folgender zwei orthopädischer Eingriffe ausgewählt: die Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes im Kniegelenk (VKB Reko) sowie die Refixation einer Rotatorenmanschettenläsion im Schultergelenk (RM Reko).

Die Neuverteilung der Aufgaben im Rahmen der obenstehenden Sprechstunden umfasst nachfolgende Punkte:

- Erhebung von Daten und Scores vor der Operation
- Wundkontrolle, Fadenzug, Evaluation der Handhabung und Sitz der Orthese
- Beurteilung des Therapieverlaufs

Im Zuge der Neuverteilung der Aufgaben wurden auch neue Aufgabengebiete geschaffen, welche bisher von der ärztlichen Seite nicht abgedeckt wurden. Diese umfassen die standardisierte Erfassung von Daten auf biopsychosozialer Ebene in Anlehnung an den aktuellen wissenschaftlichen Stand. Die Erfassung dieser Daten wurde in den bestehenden Sprechstunden-Turnus integriert, wodurch für die Patientin / den Patienten kein Mehraufwand in Form von zusätzlichen Sprechstunden entsteht. Damit werden die neuen Vorgaben der Gesundheitsdirektion (GD) erfüllt, welche ab 2019 die Erfassung präoperativer Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zur Überprüfung der OP-Indikation fordern. Zudem gibt das therapeutische Personal Empfehlungen für die Behandlung in der ambulanten Rehabilitation ab. Eine illustrierte Übersicht zu den Sprechstunden befindet sich im Anhang 3.

## Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung und den Interviews

Nachfolgend (Tabellen 5, 6 und 7) werden die zentralen Erkenntnisse aus dem Fragebogen und den Interviews zusammengefasst. Aspekte, die von einer Berufsgruppe relativ häufiger genannt werden, sind wie folgt gekennzeichnet.

- Ärztliches Personal (A)
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (P)

Tabelle 5: Übersicht zu den positiven und negativen Erfahrungen im Modell 2

+	– Bereicherung der Arbeitsinhalte seitens Physiotherapie (P)
	– Höhere Mitarbeitendenzufriedenheit (P)
	– Optimierte interprofessionelle Zusammenarbeit (A, P)
	– Akzeptanz und Wertschätzung durch PatientInnen (P)
	– Höhere Behandlungsqualität (A, P)
–	– Höherer Arbeitsaufwand und höhere Arbeitsbelastung (A, P)
	– Unklare Rollenverteilungen (A, P)
	– Unzureichende Kommunikation über das Projekt (P)
	– Rivalität (A, P)
	– Widerstand gegenüber dem Projekt (A, P)

Bei den bisherigen Erfahrungen (siehe Tabelle 5) gibt es teilweise noch Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Besonders positive Erfahrungen werden tendenziell häufiger von den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten berichtet. Hingegen werden negative Aspekte meistens von beiden Berufsgruppen gleichermassen berichtet. Es sollte langfristig darauf geachtet werden, dass für das ärztliche Personal nicht die negativen Erfahrungen überwiegen.

Tabelle 6: Übersicht zu den Hoffnungen und Befürchtungen im Modell 2

<b>Hoffnungen</b>	– Erhöhung der Job- und Arbeitgeberattraktivität (P)
	– Stärkung und Erweiterung des Berufsbildes (P)
	– Erhöhung der Versorgungsqualität (A, P)
	– Entlastung der ÄrztInnen und Effizienzsteigerung (A, P)
	– Verbesserung der IPZ (A, P)
	– Kultureller Wandel (P)
<b>Befürchtungen</b>	– Fehlende PatientInnenakzeptanz (A, P)
	– Wettbewerbsnachteil (A)
	– Mengenausweitung (A)
	– Keine zukünftige Erweiterung und Adaption der Rolle (P)
	– Verlust motivierter PhysiotherapeutInnen (P)

Bezüglich der Hoffnungen und Befürchtungen zeigt sich in Tabelle 6 ein ähnliches Bild wie bei den Erfahrungen. Beide Berufsgruppenerhoffen sich eine Erhöhung der Versorgungsqualität, die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte und Effizienzsteigerung sowie eine Verbesserung der IPZ. Neben naheliegenden Aspekten wurden von der ärztlichen Seite auch Wettbewerbsnachteile und Mengenausweitung als Befürchtung genannt. Einerseits besteht die Befürchtung, dass die Behandlung und Betreuung durch das ärztliche Personal (besonders Ober- oder Chefärztinnen und -ärzte) einen wichtigen Wettbewerbsvorteil im Schweizer Gesundheitswesen darstellen, welcher durch das Modell gefährdet wird. Zudem besteht die Befürchtung, dass durch neue Aufgabengebiete eine Mengenausweitung

erfolgen könnte. Bisher erfolgt die Ausführung der neuen Aufgabenbereiche (Erfassung von PROMs) innerhalb der bestehenden Sprechstunden. Die Erweiterung dieser könnte jedoch dazu führen, dass mehr oder längere Sprechstunden nötig werden. Auf Seiten der Physiotherapie zeigt sich weiter die Befürchtung, dass sich das Modell nicht weiterentwickelt und die Übernahme lediglich von Teilaspekten für die Physiotherapeuten langfristig unbefriedigend ist. Durch die zunehmende Akademisierung in der Physiotherapie könnte sich diese Problematik noch verschärfen, weil gerade die motivierten und gut ausgebildeten Fachpersonen den Betrieb verlassen. Zudem gehen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten während ihrer Tätigkeit im Rahmen des Modells der regulären physiotherapeutischen Versorgung verloren, was vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels ebenfalls problematisch ist.

Tabelle 7: Übersicht zu den Förderfaktoren und Barrieren für gelingende IPZ im Modell 2

<b>Förderfaktoren</b>	– Gegenseitiges Vertrauen (A, P)
	– Kenntnisse über die gegenseitigen Kompetenzen (A, P)
	– Gute bestehende IPZ (A, P)
	– Offenheit gegenüber neuen Ideen (A, P)
<b>Barrieren</b>	– Strukturelle Rahmenbedingungen (Finanzierung, technische Hürden) (A, P)
	– Fehlende gegenseitige Akzeptanz (A, P)
	– Fehlende zeitliche Ressourcen (A, P)
	– Fehlende Möglichkeiten zum formalisierten Austausch (A, P)

Zusammenfassend zeigt sich, dass viele Aspekte – insbesondere auch die Barrieren und Förderfaktoren (siehe Tabelle 7) – von den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wie auch dem ärztlichen Personal ähnlich genannt und bewertet werden. Im Vergleich mit dem Modell 1, gibt es jedoch noch mehr Differenzen, besonders hinsichtlich der Befürchtungen. Möglicherweise ist dies auch auf die relativ kurze Laufzeit im Vergleich zu Modell 1 zurückzuführen. Um eine langfristige Implementierung des Projektes sicherzustellen, sollte darauf geachtet werden, dass beim ärztlichen Personal nicht die negativen Aspekte die positiven überwiegen.

### 3.4 Erkenntnisse zu Modell 3: Indikationenliste

#### Aktuelle Umsetzung

Der Bundesrat hat beschlossen, das geänderte HMG per 1. Januar 2019 in Kraft zu setzen. Die darin enthaltenen Anpassungen verfolgen unter anderem das Ziel, eine Erleichterung des Marktzutritts herbeizuführen, indem die Abgabe von bestimmten rezeptpflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken erlaubt wird.<sup>1</sup> Im Zusammenhang mit dem Task Shifting sind vor allem das revidierte HMG und die Arzneimittelverordnung (VAM) zentral. Die revidierten Gesetzesartikel (Art. 24 HMG, Art. 45 VAM) erlauben per 1. Januar 2019 Apothekerinnen und Apothekern, unter bestimmten Voraussetzungen verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne ärztliche Verschreibung abzugeben. Die Auswahl der Arzneimittel erfolgte unter dem Aspekt, dass Behandlungssicherheit und -qualität gewährleistet bleiben. Es gilt zu beachten, dass das Task Shifting lediglich den in Tabelle 8 beschriebenen Aspekt betrifft.

<sup>1</sup>

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/heilmittel/aktuelle-rechtssetzungsprojekte/ordentliche-revision-hmg.htm>



Tabelle 8: Übersicht zur Neuverteilung der Aufgaben im Hinblick auf das Task Shifting

	Kurzbeschreibung	Aufgabenverteilung bis Ende 2018	Aufgabenverteilung ab 2019
<b>Art. 45 Abs. 1 a) VAM</b>	Arzneimittel zur Behandlung häufig auftretender Krankheiten, sofern es sich um Arzneimittel mit bekannten, seit mehreren Jahren zugelassenen Wirkstoffen handelt.	Die Abgabe von Arzneimitteln der Abgabekategorie A und B ist nur auf ärztliche Verordnung möglich	Die Abgabe von Arzneimitteln der Abgabekategorie A ist nur auf ärztliche Verordnung möglich  Die Abgabe von Arzneimitteln der Abgabekategorie B ist grundsätzlich auf ärztliche Verordnung möglich.  <b>Bestimmte Arzneimittel (Indikationsliste) dürfen von Apothekerinnen und Apothekern ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden.</b>

Anmerkung: Die grau gedruckten Textpassagen stehen für schon bisher gültige Gesetzespassagen.

## Ergebnisse aus den Interviews

Nachfolgend (Tabellen 9 und 10) werden die zentralen Erkenntnisse aus den Interviews zusammengefasst. Aspekte, die von einer Berufsgruppe relativ häufiger genannt werden, sind wie folgt gekennzeichnet.

- Ärztliches Personal (A)
- Apotheken (AP)

Tabelle 9: Übersicht zu den Hoffnungen und Befürchtungen im Modell 3

<b>Hoffnungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stärkung der Rolle der ApothekerInnen in der Grundversorgung (AP)</li> <li>– Entlastung der ÄrztInnen und der Notfallstationen (A, AP)</li> <li>– Senkung der Gesundheitskosten (OKP) (A, AP)</li> <li>– Erhöhung der PatientInnensicherheit (AP)</li> <li>– Bessere IPZ (A, AP)</li> </ul>
<b>Befürchtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gefährdung der PatientInnensicherheit (A)</li> <li>– Unklare Verantwortlichkeiten und Koordination (A, AP)</li> <li>– Mengenausweitung (A)</li> <li>– Erhöhung der <i>Out-of-pocket</i>-Zahlungen (A)</li> <li>– Fehlende / träge Umsetzung der Kompetenzerweiterung (AP)</li> <li>– Fehlende ökonomische Anreize zur Umsetzung (AP)</li> </ul>

Tabelle 9 zeigt, dass viele Hoffnungen und Befürchtungen von beiden Professionen ähnlich oft genannt wurden. Hinsichtlich der PatientInnensicherheit gibt es jedoch Unterschiede zwischen den Professionen. Einerseits sind Apothekerinnen und Apotheker der Ansicht, dass durch die Gesetzesrevision die PatientInnensicherheit erhöht wird. Begründet wird dies mit dem Fachwissen der Apothekerinnen und Apotheker über die verschiedenen Arzneimittel und die dazugehörigen Interaktionen mit anderen Arzneimitteln. Gleichzeitig sieht das ärztliche Personal aber eine Gefährdung der PatientInnensicherheit. Diese Befürchtungen treten auf, obwohl die Expertengruppe zur

Indikationenliste bei der Auswahl der Arzneimittel die Aspekte der Behandlungssicherheit und -qualität berücksichtigt. Dies wird damit begründet, dass Apothekerinnen und Apothekern die klinische Erfahrung in der Diagnostik fehlt, welche für das Erkennen einer Indikation erforderlich ist. Befürchtet wird, dass eine wichtige Erkrankung übersehen wird, weil die Beratung in der Apotheke und nicht in der Arztpraxis erfolgt. Es gilt zu beachten, dass es sich hierbei um eine subjektive Einschätzung von Hausärztinnen und Hausärzten handelt, welche nicht in der Expertengruppe zur Indikationenliste zugehörig sind. Die Befragten verfügten über kaum / kein Wissen bezüglich der Vorgehensweise und Kriterien der Expertengruppe zur Indikationenliste, was eine mögliche Erklärung für die genannten Befürchtungen sein könnte.

Tabelle 10: Übersicht zu den Förderfaktoren und Barrieren für gelingende IPZ im Modell 3

<b>Förderfaktoren</b>	– Gegenseitiges Vertrauen (A, AP)
	– Kenntnisse über die gegenseitigen Kompetenzen (AP)
	– Erfolgreiche Vorzeigemodelle (A, AP)
	– Gemeinsame Ausbildungssequenzen (AP)
<b>Barrieren</b>	– Konkurrenzdenken (A, AP)
	– Fehlende Gefässe für den Austausch (A, AP)
	– Fehlende zeitliche Ressourcen (A)
	– Fehlende Finanzierungsmöglichkeiten (A)

Zusammenfassend zeigt sich, dass die verschiedenen Aspekte von den Apothekerinnen und Apothekern und dem ärztlichen Personal unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden (bspw. PatientInnensicherheit). Dies könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass beiden Berufsgruppen entsprechende Erfahrungswerte fehlen, welche in die Bewertung einfließen könnten. Zudem könnte die bisher schwach ausgeprägte IPZ ein Grund für die unterschiedlichen Meinungen sein. IPZ ist, besonders in den SD-Kantonen zwischen Apothekerinnen und Apothekern sowie Hausärztinnen und Hausärzten wenig bis nicht vorhanden.

### 3.5 Zwischenfazit

Im nachfolgenden Abschnitt werden modellübergreifend die zentralen Erkenntnisse zu den Fragestellungen zusammengefasst und diskutiert.

#### a. Welche Aufgaben werden in den gewählten Settings neu verteilt?

Basierend auf dem Umstand, dass sich die gewählten Modelle hinsichtlich ihrer Settings stark unterscheiden, differenzieren sich auch die neuverteilten Aufgaben entsprechend. Gemeinsam haben die drei Modelle, dass ärztliche Aufgabenbereiche auf nicht-ärztliches Personal übertragen werden. In den Modellen 1 und 2 umfasst dies ärztliches Personal im Spitalsetting, im Modell 3 hingegen hausärztliches Personal. In den Modellen 1 und 2 zeigt sich tendenziell ein breiteres Aufgabenspektrum als im Modell 3. Die Aufgabenbereiche in den Modellen 1 und 2 sind nicht abschliessend definiert und werden laufend angepasst, wobei die Verantwortung immer beim ärztlichen Personal bleibt (Delegationsmodell). Im Modell 3 hingegen sind die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche definiert und bieten keine (kurzfristigen) Anpassungsmöglichkeiten. Dabei handelt es sich auch um ein Substitutionsmodell, bei welchem, unter Einhaltung bestimmter Richtlinien, die Verantwortung vollständig auf die Apothekerin / den Apotheker übergeht. Hier erfolgt auch nach Abschluss des vorliegenden Projekts eine Erweiterung der Indikationenliste.

#### b. Was erhoffen sich die involvierten Akteure von Task Shifting und welche Erfahrungen haben sie bislang gemacht?

In allen drei Modellen werden Aspekte auf den Ebenen PatientInnen, Mitarbeitende, Prozesse und Ökonomie genannt.

Im Modell 1 stehen vor allem die bessere PatientInnenversorgung und Prozessoptimierung im Vordergrund, die durch die hohe Kontinuität, welche die KF gewährleisten, erreicht werden. Als kritisch angesehen werden vor allem Aspekte der Arbeitsbelastung, wie auch unterschiedliche Sozialisierungen. Zudem stützt sich das Modell stark auf die involvierten individuellen Akteure.

Im Modell 2 steht das Jobenrichment des physiotherapeutischen Personals wie auch die Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Auf Grund der kürzeren Projektlaufdauer werden vor allem Mehraufwände und eine höhere Arbeitsbelastung als negative Aspekte genannt.

Im Modell 3 stehen die Stärkung der Kompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker, der niederschwellige Zugang zur Gesundheitsversorgung, wie auch Kosteneinsparungen im Vordergrund. Durch die fehlende, flächendeckende Implementierung konnten zum Zeitpunkt der Studie keine Aussagen zu Erfahrungen getroffen werden. Befürchtungen beziehen sich auf die Aspekte der PatientInnensicherheit und Verschiebung der Gesundheitskosten zu den Privathaushalten.

### c. Wie wird über die Neuverteilung der Zuständigkeitsbereiche entschieden?

Bei der Implementierung der Projekte zeigen sich zwei verschiedene Vorgehensweisen. Die nachfolgende Tabelle 11 fasst diese zusammen.

Tabelle 11: Zusammenfassung zur Neuverteilung

Modell 1 – KF	Modell 2 – PMOP	Modell 3 – Indikationenliste
<u>Bottom-up</u>		<u>Top-down</u>
Treiber sind Einzelpersonen innerhalb der Organisation, wobei beide Professionen vertreten sind.		Treiber sind Akteure, welche auf der politischen Ebene agieren
Modelle werden in den Grundzügen konzipiert und anschliessend eingeführt.		Die Aufgabenbereiche und Kompetenzen im Modell sind klar durch den Gesetzesartikel definiert.
Die Etablierung ist ein langjähriger Prozess, welcher laufende Anpassungen, Erweiterungen und Überarbeitungen beinhaltet.		Die Umsetzung in der Praxis findet erst seit einem kürzeren Zeitraum statt.

Bei den beiden Bottom-up-Modellen zeigt sich, dass die Initiative für die Neuverteilung der Zuständigkeitsbereiche von Einzelpersonen oder einem kleineren Personenkreis ausgeht. Nicht alle Mitarbeitenden oder Interessensgruppen wurden von Beginn an integriert. Grund dafür ist, einen effizienteren Projektstart zu gewährleisten. Auch der Spezifikationsgrad der Aufgabenverteilung ist zu Beginn als tief zu bewerten. Dieses agile Vorgehen hat zum Vorteil, dass laufende Adaptionen (bspw. Erweiterung der Aufgabenbereiche) möglich sind. Der Nachteil ist, dass – vor allem zu Beginn – durch die Umstellung von Prozessen eine höhere Arbeitsbelastung entsteht.

Beim Top-down-Modell zeigt sich, dass die Initiative für die Neuverteilung der Zuständigkeitsbereiche auf der politischen Ebene anzuordnen ist. Der entsprechende Gesetzesartikel beruht auf einem langjährigen Ausarbeitungsprozess, an welchem verschiedene Akteure beteiligt waren. Der Spezifikationsgrad der Neuverteilung der Aufgabenbereiche ist als hoch zu bewerten. Bemängelt wurde in diesem Zusammenhang seitens Praxisvertretern, dass die bisherigen und weiteren Prozesse (Erweiterung der Indikationenliste) sich als langjährig und intransparent erweisen. Die Umsetzung erfolgt nun in den einzelnen Praxisinstitutionen.

Die Modelle 1 und 2 werden auf Initiative der Ärzteschaft und im Handlungsspielraum eines Spitals entwickelt, wohingegen Modell 3 auf einer klaren nationalen Gesetzesänderung basiert. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Handlungsspielraum, Gesetz) führen auch dazu, dass Modelle 1 und 2 eher individuelle Lösungen sind, Modell 3 hingegen eher auf einen neuen Standard hinausläuft. Entsprechend sind Modelle 1 und 2 weniger gut auf andere Spitäler übertragbar, Modell 3 könnte sich jedoch schweizweit durchsetzen.

**d. Kann IPZ bei der Umsetzung von Task Shifting einen positiven Beitrag leisten und falls ja, wie?**

Die Konzepte der IPZ und des Task Shifting können nur bedingt trennscharf differenziert werden. Dennoch zeigt sich, dass sich die IPZ und das Task Shifting gegenseitig beeinflussen. Die nachfolgende Abbildung 2 gibt einen Überblick dieses Zusammenhangs.

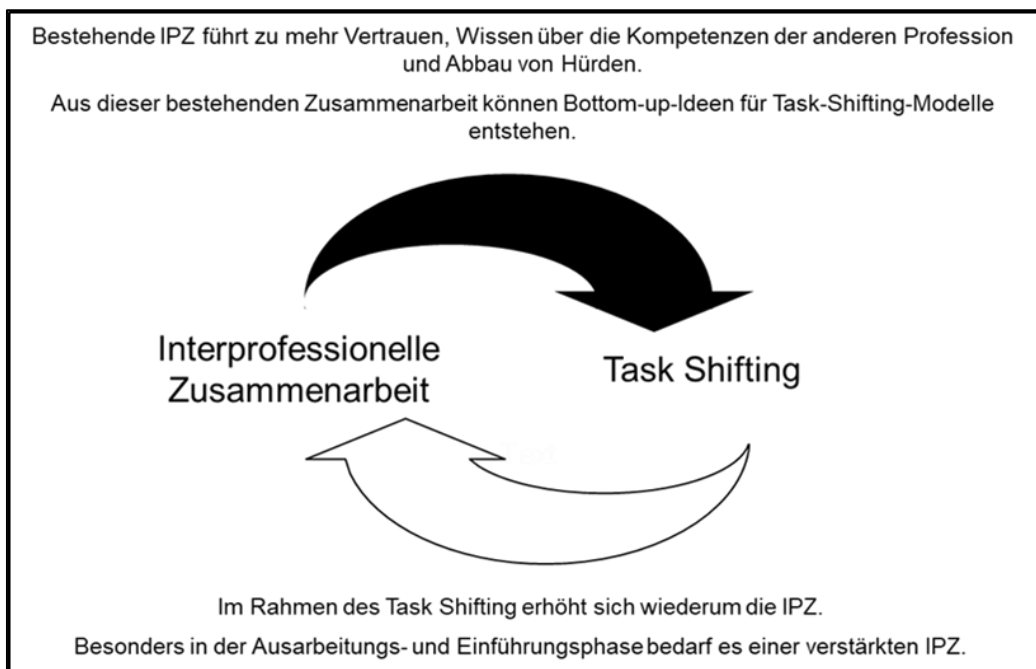


Abbildung 2: Übersicht zum Zusammenhang zwischen IPZ und Task Shifting.

In den Modellen 1 und 2 wird darauf verwiesen, dass die IPZ und das Task Shifting einander bedingen. Ohne eine bestehende IPZ wären die Modelle gar nicht erst entstanden. Somit kann die IPZ als Förderfaktor des Task Shifting gesehen werden. Durch die gemeinsame Arbeit entsteht unter anderem Vertrauen in die jeweilige Profession und deren Kompetenzen. Dies sind zwei zentrale Aspekte, um Task Shifting umzusetzen. In der Ausarbeitungs- und Einführungsphase der Modelle kommt es wiederum zu einem intensiveren Zusammenarbeiten mit neuen Inhalten zwischen den Professionen. Daraus resultiert eine verstärkte IPZ. Im Modell 3 entsteht die Neuverteilung nicht primär aus einer bestehenden IPZ. Besonders in den Kantonen mit Selbstdispensation ist die IPZ zwischen Apothekerinnen und Apothekern sowie Hausärztinnen und Hausärzten kaum oder wenig ausgeprägt. In den Kantonen mit Selbstdispensation besteht hingegen eine ausgeprägtere Zusammenarbeit. Jedoch erhoffen sich die Akteure, unabhängig von der Selbstdispensation-Regulierung, durch Task Shifting eine bessere IPZ.

## Diskussion

Obwohl sich die drei Modelle hinsichtlich Setting, Laufzeit und Modelltyp differenzieren, weisen die Erkenntnisse darauf hin, dass insbesondere die Implementierungsphase den grössten Effekt auf die faktische Umsetzung im Alltag hat.

Bei den Bottom-up-Modellen (1 und 2) erfolgt ein schneller Übergang in eine Pilotprojektphase, wobei die Aufgabenbereiche und -verantwortlichkeiten lediglich in ihren Grundzügen konzipiert sind. Dies erlaubt es, die Aufgaben kontinuierlich auf neue Situationen anzupassen. Dies scheint an die Bedingungen eines Delegationsmodells geknüpft, bei welchem die Verantwortung für die Aufgabenbereiche beim ärztlichen Personal bleibt. Ohne diese Voraussetzung wäre eine stetige Adaption der Aufgabenbereiche im weiteren Projektverlauf bspw. juristisch nicht vertretbar.

Ein Vorteil der stetigen Anpassungen ist die Berücksichtigung der Mitarbeitenden- und PatientInnenbedürfnisse, was bei den involvierten Berufsgruppen zu einem hohen Commitment führt. Die damit verbundenen Herausforderungen zeigen sich in dynamischen und somit unklaren Rollenzuteilungen und Verantwortlichkeiten sowie einer höheren Arbeitsbelastung. Gerade Letzteres ist in der Anfangsphase von Pilotprojekten kein unerwarteter Effekt. Jedoch zeigen die Erkenntnisse, dass dieser Effekt auch nach längerer Laufzeit (Modell 1) in abgeschwächter Form überdauernd ist. Dies ist unter anderem auf den tiefen Spezifikationsgrad der Aufgabenbereiche zurückzuführen. Treiber dieser Modelle ist unter anderem eine gute, bestehende IPZ. Denn gerade die Umsetzung dieser Modelle ohne die Einbindung des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals ist nicht denkbar. Wesentliche Ergebnisse einer funktionierenden IPZ wie bspw. gegenseitiges Vertrauen bilden eine wichtige Basis für den gemeinsamen Dialog und das Engagement.

Das Top-down-Modell (3) kennzeichnet sich durch eine lange Konzeptionsphase. Der Vorschlag zur Kompetenzerweiterung der Apothekerinnen und Apotheker um die beschränkte Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wurde vom Bundesrat im Jahr 2012 in der Botschaft zur Revision des HMG erwähnt. 2019 erfolgte nun ein Aspekt der Umsetzung durch die Indikationenliste, welche im entsprechenden Gesetzesartikel verankert ist. Die Verankerung im Gesetz bildet wiederum die Grundlage für das Substitutionsmodell, bei welchem sowohl die Aufgabenbereiche als auch die dazugehörige Verantwortung auf das nicht-ärztliche Personal übertragen wird. In diesem Sinne zeigt sich im Modell 3 auch ein hoher Spezifikationsgrad der übertragenen Aufgaben, was als klarer Vorteil zu gewichten ist und zudem eine Voraussetzung für die standardisierte Umsetzung darstellt. Wegen der kurzen Laufzeit des Projektes und des geringen Umfangs der Indikationenliste lagen zum Erhebungszeitpunkt lediglich exemplarische Erfahrungswerte vor. Dementsprechend gingen von den beteiligten Professionen vor allem Hoffnungen und Befürchtungen aus, welche als heterogen zu bewerten sind. Diese Befürchtungen umfassen eine mangelnde Integration der Praxisperspektive mit einhergehender Intransparenz beim Entscheidungsprozess. Die Auswirkungen sind ein verhältnismässig tiefes Commitment der involvierten Berufsgruppen. Hinsichtlich der IPZ besteht jedoch Einigkeit, dass das Task Shifting eine Möglichkeit bietet, die IPZ zukünftig zu intensivieren und zu optimieren, besonders dort, wo dies bisher nicht der Fall war (selbstdispensierende Kantone).

Zusammenfassend zeigen die Erkenntnisse, dass bei der Umsetzung von etablierteren Task-Shifting-Modellen (1 und 2) die positiven Aspekte überwiegen. Diese beziehen sich vor allem auf die PatientInnen- und Mitarbeitenebene. Negative Auswirkungen beziehen sich auf strukturelle Aspekte wie unklare Rollenverteilungen, welche sich oft in einer höheren Arbeitsbelastung widerspiegeln. Diese sollten sich durch klare Prozesse und effektive Qualitätsmanagementsysteme reduzieren lassen. Zum Erhebungszeitpunkt lagen noch keine Erkenntnisse zum Modell 3 vor.

Es gilt zu beachten, dass die obenstehenden Resultate auf Selbstberichten der involvierten Berufsgruppen aufbauen und entsprechende Verzerrungen (bspw. self-serving bias) enthalten können. Des Weiteren gilt es die Erkenntnisse in Relation zu den jeweiligen Stichproben(-grössen) zu interpretieren, welche als nicht-repräsentativ zu beurteilen sind.

#### 4. AUSWIRKUNGEN VON TASK SHIFTING

Im vorliegenden Kapitel soll die Frage geklärt werden, welche Auswirkungen die drei Task-Shifting-Modelle haben. Dabei werden die nachfolgenden Forschungsfragen geklärt:

- a. Welche ökonomischen (betriebs- und volkswirtschaftlichen) Auswirkungen hat das Task Shifting?
- b. Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich:
  - i. möglicher Doppelspurigkeiten?
  - ii. möglicher Konkurrenzsituationen zwischen den Fachpersonen?
  - iii. dem niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Patientinnen und Patienten?
- c. Kann IPZ dazu beitragen, die Auswirkungen von Task Shifting positiv zu beeinflussen und falls ja, wie?

Nachfolgend wird zunächst das übergeordnete, methodische Vorgehen beschrieben. Anschliessend folgen diemodellspezifische Ergebnisdarstellungen und abschliessend eine modellübergreifende Diskussion.

##### 4.1 Methodisches Vorgehen

Abbildung 3 veranschaulicht das methodische Vorgehen.

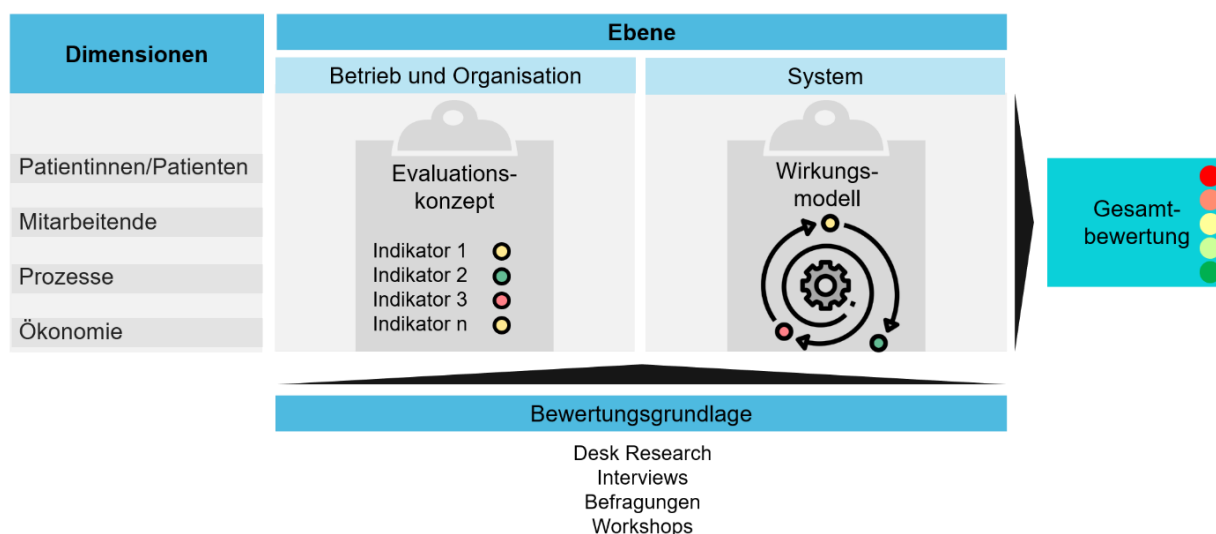


Abbildung 3: Übersicht zu Methodik und Datenquellen

##### Betriebs- und Organisationsebene

Für jedes Modell wurde ein Evaluationskonzept entwickelt. Die Evaluationskonzepte beinhalten pro Dimension verschiedene Indikatoren. Die Selektion der Indikatoren sowie die dazugehörige Erhebungsmethodik, basieren auf Erkenntnissen aus der Literatur. Zudem wurden modellspezifische Expertenworkshops durchgeführt, um Indikatoren an die Settings anzupassen. Die finalen Evaluationskonzepte wurden dem BAG vorgelegt und gutgeheissen (eine Übersicht der Evaluationskonzepte befindet sich im Anhang 4). Basierend auf den jeweiligen Evaluationskonzepten erfolgte die Datenerhebung zwischen Juni und Oktober 2019.

##### Systemebene

Die Auswirkungen der Task-Shifting-Modelle auf Systemebene wurden, basierend auf Expertenbefragungen und -workshops qualitativ ermittelt. Dazu wurde ein Wirkungsmodell für die ökonomischen Auswirkungen entwickelt, welches sich an der Methodik von Maurer, Knöfler, Schmidt, & Brügger (2017) orientiert. Die Einschätzung der Auswirkungen durch die Experten erfolgte zweistufig. In einem ersten Schritt wurde eine Onlinebefragung an verschiedene Stakeholder (Praxisinstitutionen, Versicherungen, etc.) verschickt, um verschiedene Sichtweisen zu

erhalten. Die daraus resultierenden Erkenntnisse wurden nachfolgend im Rahmen von Workshops mit Experten aus den jeweiligen Forschungsdisziplinen diskutiert und validiert.

### Ergebnisaufbereitung

Für eine übersichtliche Ergebnisaufbereitung wurde ein vereinfachtes Bewertungskonzept (siehe Tabelle 12) gewählt, welches modellübergreifend angewendet wird.

Tabelle 12: Bewertungskonzept - Übersicht

Dimension	Ebene	
	Betrieb und Organisation	System
<b>PatientInnen</b>	Gesamtbeurteilung über alle Indikatoren hinweg mittels Ampellogik	Gesamtbeurteilung über alle Indikatoren hinweg mittels Ampellogik
<b>Mitarbeitende</b>	Gesamtbeurteilung über alle Indikatoren hinweg mittels Ampellogik	Gesamtbeurteilung über alle Indikatoren hinweg mittels Ampellogik
<b>Prozesse</b>	Gesamtbeurteilung über alle Indikatoren hinweg mittels Ampellogik	Gesamtbeurteilung über alle Indikatoren hinweg mittels Ampellogik
<b>Ökonomie</b>	Gesamtbeurteilung der betriebswirtschaftlichen Auswirkungen über alle Indikatoren hinweg mittels Ampellogik	Gesamtbeurteilung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen bezüglich der Kosten (definiert als Preis x Menge) und dem Finanzierungsanteil (OKP, UVG, öffentliche Hand und Privathaushalte) Gesamtbeurteilung mittels Ampellogik

Die dazugehörige Ampellogik wird in der nachfolgenden Tabelle 13 erläutert.

Tabelle 13: Bewertungskonzept

Bewertung	Interpretation
	Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen dem Task Shifting und der Dimension <u>kein</u> Zusammenhang besteht
	Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen dem Task Shifting und der Dimension ein <u>negativer</u> Zusammenhang besteht
	Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen dem Task Shifting und der Dimension ein <u>tendenziell negativer</u> Zusammenhang besteht
	Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen dem Task Shifting und der Dimension ein <u>ambivalenter</u> Zusammenhang besteht
	Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen dem Task Shifting und der Dimension ein <u>tendenziell positiver</u> Zusammenhang besteht
	Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen dem Task Shifting und der Dimension ein <u>positiver</u> Zusammenhang besteht

Die ökonomischen Auswirkungen werden hinsichtlich der Kosten (definiert als Preis x Menge) und des Finanzierungsanteils (OKP, UVG, öffentliche Hand und Privathaushalte) eingeschätzt. Die Auswirkungen hinsichtlich der Versorgungsqualität wurden mittels derselben Indikatoreneingeschätzt wie auf Betriebs- und Organisationsebene.

#### 4.2 Erkenntnisse zu Modell 1: Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten

Tabelle 14: Zusammenfassung der Auswirkungen von Task Shifting im Modell 1

Ebene		
Dimension	Betrieb und Organisation	System
PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Höhere PatientInnenzufriedenheit durch Kontinuität und optimierte Prozessabläufe (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Höhere Zufriedenheit mit dem Schweizer Gesundheitssystem (+)</li> </ul>
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> <li>– KF berichten über Job Enrichment und längere Verweildauer im Beruf (+)</li> <li>– Keine allgemein höhere Arbeitszufriedenheit bei KF (/)</li> <li>– Tendenziell höhere Arbeitsbelastung bei den KF (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Potential, den professionsübergreifenden Fachkräftemangel zu reduzieren (+)</li> <li>– Pflegespezifischer Fachkräftemangel könnte jedoch steigen (-)</li> <li>– Konkurrenz zu Berufsbildern wie Advanced Practice Nurse (APN) (-)</li> </ul>
Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Optimierte Arbeitsprozesse mit vor- und nachgelagerten Stellen (+)</li> <li>– Potenzielle Gefahr von Doppelspurigkeiten durch nicht standardisierte Aufgabenbereiche (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbesserte koordinierte Versorgungsstrukturen (+)</li> </ul>
Ökonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direkt: Keine Änderung in den Fallkosten (/)</li> <li>– Indirekt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiefere Fallkosten durch kürzere Verweildauern (+)</li> <li>○ Geringere Wahrscheinlichkeit von Wiedereintritten (+)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einmaliger Mengeneffekt: vollständigere Leistungserfassung durch KF führt zu mehr abgerechneten Leistungen (-)</li> <li>– Dauerhafter Preiseffekt: Berücksichtigung der niedrigeren Verweildauern in der Kalkulation der DRG-Pauschalen (+)</li> </ul>

Anmerkungen: KF = Klinische Fachspezialisten und Fachspezialisten; (+) = positive Bewertung; (-) = negative Bewertung; (/) = neutrale Beurteilung



### Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten

Die KF bieten laut Aussagen der befragten Patientinnen und Patienten einen Mehrwert. Besonders durch die Kontinuität und die dadurch optimierten Prozessabläufe berichten Patientinnen und Patienten über eine höhere Zufriedenheit. Dabei gilt es jedoch, die Limitation zu beachten, dass die Patientinnen und Patienten KF teilweise nicht vom ärztlichen Personal unterscheiden konnten. Dies bestätigt die Erfahrung aus anderen Studien, dass Patientinnen und Patienten während einer Behandlung Schwierigkeiten haben, unterschiedliche Hierarchie-Stufen im Gefüge des ärztlichen Personals wahrzunehmen, solange dies nicht explizit kommuniziert wird. Diese Limitation lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass die Ergebnisqualität zwischen KF und Ärztinnen und Ärzten vergleichbar ist. Lediglich kann man sagen, dass vergleichbare bzw. bessere Prozessqualität durch KF von den Patientinnen und Patienten wahrgenommen wird.

Die kürzeren Verweildauern bei Patientinnen und Patienten mit Betreuung durch KF geben weiter Hinweise darauf, dass es zu reibungsloseren Prozessen kommt und bekräftigt die Erkenntnisse aus der PatientInnenbefragung. In diesem Kontext muss allerdings auch hervorgehoben werden, dass KF nur Patientinnen und Patienten mit unkomplizierten Verläufen behandeln. Andererseits wurde eine angestiegene Anzahl Überweisungen auf die Intensivstation seit der Einführung der KF beobachtet. Es gilt zu beachten, dass es sich bei den genannten Punkten lediglich um Beobachtungen handelt, welche im Rahmen der vorliegenden Studie nicht hinsichtlich der Kausalität überprüft werden konnten. Die genannten Kennzahlen unterliegen zahlreichen, weiteren Einflüssen.

Die Auswirkungen auf die PatientInnensicherheit durch die kontinuierliche Betreuung der KF konnten im Rahmen dieses Projekts aufgrund des Forschungsdesigns nicht geklärt werden. Hier stehen divergierende Expertenmeinungen im Raum. Zum einen wird betont, dass mögliche Probleme oder Komplikationen durch die Kontinuität auf der Bettenstation früher erkannt werden. Dem entgegen stehen Expertenmeinungen, die davor warnen, dass fehlendes Wissen bezüglich Medikamenten oder unklare Rollen- und Kompetenzverteilungen die PatientInnensicherheit tendenziell gefährden. Die Auswirkungen auf die PatientInnensicherheit durch die kontinuierliche Betreuung der KF sind bis dato unklar und es gilt, sie in einem weiteren Forschungsprojekt zu klären.

Zusammenfassend zeigen unsere Erhebungen direkte positive Effekte der KF auf die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der optimierten Prozessqualität. Die obengenannten kritischen Punkte konnten im Rahmen der vorliegenden Studie weder bestätigt noch widerlegt werden.

*Weiterführende Szenarien:* Zu beachten gilt, dass bei der Implementierung von KF im ambulanten Bereich (Hausarztpraxen, Notfallsprechstunden etc.) Potentiale für einen optimierten niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung bestehen würden.

### Auswirkungen auf die Mitarbeitenden

Die Auswirkungen auf die verschiedenen Berufsgruppen zeigen sich zusammenfassend ambivalent. Einerseits bietet die Rolle als KF Pflegefachpersonen laut Befragten eine Weiterbildungsmöglichkeit. Diese besteht vor allem für Pflegefachpersonen, die a) eine Ausbildung einer Höheren Fachschule (HF) innehaben und kein Bachelor- bzw. Masterstudium anstreben, b) Kompetenzen ausserhalb der pflegerischen Tätigkeiten weiterentwickeln möchten und c) eine Kompetenzerweiterung «on the job» wünschen. Die positiven Auswirkungen auf Aspekte wie Jobenrichment oder höhere Verweildauer im Beruf lassen sich auf Basis der Mitarbeitendenbefragungen bestätigen. Sinngemäss wird auch der Effekt auf den berufsübergreifenden Fachkräftemangel als positiv bewertet, weil diese Personen länger in der medizinischen (Grund-)versorgung tätig bleiben, anstatt beispielsweise in Managementbereiche zu wechseln. Obwohl es sich bei den KF um kein Pilotprojekt mehr handelt, gilt es zu beachten, dass die Befragten eine durch die Rollenerweiterung bedingte höhere Arbeitsbelastung empfinden. Zudem wird die Zugehörigkeit zum ärztlichen Team hinsichtlich der Sozialisierung von den Befragten als teilweise kritisch empfunden.

Die positiven Effekte lassen sich bei den anderen Berufsgruppen wie dem ärztlichen Personal oder Pflegefachpersonen nur teilweise bestätigen. So schätzt das ärztliche Personal die Unterstützung durch die KF, wünscht sich aber für die Fokussierung auf ihre Kernkompetenzen mehr Entlastung im administrativen Bereich. Dies liegt daran, dass administrative Tätigkeiten, wie beispielsweise das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen oder Berichte gegenüber der Krankenkasse zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht delegiert werden konnten. Hier

besteht bei dem weiteren Ausbau der Rolle der KF Klärungsbedarf über das Aufgabenspektrum. Aus der Perspektive von Pflegefachpersonen kommt es gar zu einem Akzentuieren des Fachkräftemangels, indem Pflegefachpersonen nun zum ärztlichen Personal wechseln. Zudem werden KF teilweise als Konkurrenz zu Berufsbildern wie Advanced PracticeNurse (APN) empfunden.

Die Betrachtung der KF aus der Systemperspektive fällt ambivalent aus. Einerseits wird kritisiert, dass durch die Rollenerweiterung der KF im Gegensatz zu jener der APN Pflegefachpersonen dem Pflegeberuf entzogen werden, da dabei die Fachpersonen dem Pflegeberuf erhalten bleiben. Andererseits wird angenommen, dass das Bild der KF besonders denjenigen Personen eine Karrieremöglichkeit bietet, die ansonsten aus dem Pflegeberuf austreten würden. Durch diese Möglichkeit würden sie immerhin der medizinischen Grundversorgung als Fachpersonen erhalten bleiben.

### **Auswirkungen auf die Prozesse**

Ein potenzieller Vorteil der KF besteht in der Gewährleistung einer höheren Kontinuität durch reibungslosere Prozesse sowohl intern als auch mit vor- und nachgelagerten Stellen. Dementsprechend kann es zu inter- und intraorganisationalen Effizienzgewinnen kommen, welche auf Betriebs- und Systemebene finanzwirksam sein könnten.

Laut Aussagen der Befragten ist es jedoch zentral für die Erschliessung der Effizienzgewinne, dass klare Rollen- und Kompetenzabgrenzungen vorliegen. Je nach Erfahrung und Arbeitsbereich gestalten sich die Rollen der KF sehr unterschiedlich. Die fehlende Standardisierung führt dazu, dass Mitarbeitende mit der gleichen Funktion auf anderen Stationen nicht aushelfen können. Hier könnten Qualitätsmanagementsysteme sowie Prozessoptimierungen mittels Lean Management dazu führen, dass die Potentiale für Effizienzgewinne besser ausgeschöpft werden können.

### **Auswirkungen auf die Ökonomie**

*Direkte Effekte:* In einer direkten fallbezogenen Erlös- und Kostenbetrachtung sind die Auswirkungen der KF als kostenneutral zu bewerten. Zum einen werden KF in ähnlichen Lohnklassen wie Assistenzärzte und Assistenzärztinnen vergütet, die bisher den Grossteil der Aufgaben auf Station übernommen haben. Dies führt dazu, dass bei gleichbleibendem Fall-Erlös im stationären Setting unter DRG-Fallpauschalen die fallbezogenen Kosten gleichbleiben. Zum anderen deuten die Ergebnisse der Kennzahlenanalysen darauf hin, dass durch die intensivere Betreuung der Patientinnen und Patienten durch die KF auf Station die Prozesszeiten und damit die Personalkosten in der Abteilung angestiegen sind.

*Indirekte Effekte:* Indirekte positive Effekte können sich auf den fallbezogenen Deckungsbeitrag durch kürzere Verweildauern und weniger Wiedereintritte zeigen, da diese die durchschnittlichen Fallkosten senken. Kürzere Verweildauern bieten darüber hinaus die Möglichkeit für ein Spital, im gleichen Zeitraum mehr Fälle zu behandeln.

*Effekte auf das schweizerische Gesundheitssystem:* Berücksichtigt man nur die direkten Effekte, wäre das Task Shifting auf Systemebene als kostenneutral zu beurteilen. Basierend auf der Annahme, dass KF flächendeckend eingesetzt werden, könnte im stationären Setting langfristig eine Preissenkung für die Leistungserbringung erreicht werden, wenn es dauerhaft zu niedrigeren Verweildauern kommt, welche dann in die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen einfließen. Zudem wäre im ambulanten Bereich eine Senkung der Taxpunktwerte möglich, falls eine entsprechende Anpassung von KVG und TARMED erfolgt.

Hinsichtlich der Menge abgerechneter Leistungen wäre tendenziell ein Anstieg durch den Einsatz von KF zu erwarten. Einerseits besteht die Annahme, dass KF eine umfassendere und intensivere PatientInnenbetreuung durchführen und dementsprechend mehr Leistungen erfassen (siehe Annahme zu den Personalkosten). Denkbar wäre zudem, dass die erbrachten Leistungen an den Patientinnen und Patientenumfassender abgerechnet werden, was im Stationsbetrieb ohne die KF aufgrund von Zeitmangel nicht immer optimal läuft. Damit handelt es sich jedoch nicht um eine Mengenausweitung, sondern eine vollständigere Abrechnung der Leistungen, die auch tatsächliche erbracht worden sind. Die dadurch verursachte Kostensteigerung gilt es jedoch in Relation zu einer höheren Behandlungsqualität und der Effizienzsteigerung sowie einer allfälligen grösseren PatientInnensicherheit zu interpretieren.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Ausbildungskosten. Die Ausbildungskosten zur Pflegefachperson resp. zur Physiotherapeutin oder Physiotherapeuten belasten die öffentliche Hand wesentlich weniger stark als die Ausbildungskosten für ein Medizinstudium. Bei optimalem Task Shifting ist anzunehmen, dass der Skill Grade Mix der Behandlungsteams sich so verändert, dass für die gleichen Aufgaben relativ weniger teurer ausgebildete Ärzte und Ärztinnen notwendig sind, was sich wiederum kostensenkend auswirken würde.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Gesundheitskosten als neutral zu beurteilen. Im Falle einer Kostensenkung würde dies im stationären Setting vor allem der OKP (UVG) und der öffentlichen Hand zugutekommen.

*Weiterführende Szenarien:* Ob und wie sich diese Erkenntnisse auf den ambulanten Bereich übertragen lassen, ist unklar, denn KF können selbständig nicht über den TARMED abrechnen. Dies wird aktuell in einer einjährigen Pilotstudie des KSW (Start November 2019) zusammen mit der Helsana, in der TARMED Positionen für die Leistungserfassung von KF geschaffen wurden, getestet. Ziel ist, die Anforderungen an eine Tarifierung der KF im ambulanten Notfallzentrum zu klären und eine Vergütung inkl. Monitoring zu entwickeln (Jamieson, 2019)

Die nachfolgende Abbildung 4 fasst die ökonomischen Auswirkungen auf die Systemebenen unter den obenstehenden Prämissen zusammen.



Abbildung 4: Zusammenfassung der ökonomischen Auswirkungen der KF auf die Systemebene

#### 4.3 Erkenntnisse zu Modell 2: Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie

Tabelle 15: Zusammenfassung der Auswirkungen von Task Shifting im Modell 2

Ebene		
Dimension	Betrieb und Organisation	System
PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hohe PatientInnenzufriedenheit u.a. bezüglich Informationsfluss, Qualität der Behandlung und IPZ (+)</li> <li>– Fokussierung auf funktionelle und alltagsrelevante Aspekte, was die Compliance verbessern könnte (+)</li> <li>– Mit der Literatur vergleichbare Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Höhere Compliance führt zu geringeren Versorgungskosten in den betreffenden Krankheitsbildern sowie zu tendenziell besseren Outcomes (+)</li> </ul>
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Job Enrichment für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (+)</li> <li>– Keine Effekte hinsichtlich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (/)</li> <li>– Tendenziell höhere Arbeitsbelastung bei allen Berufsgruppen (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Potential, professionsübergreifenden Fachkräftemangel zu reduzieren (+)</li> <li>– Kein Potential, den Fachkräftemangel innerhalb der Physiotherapie zu reduzieren (/)</li> <li>– Kurzfristiger Effekt: anfängliches Konkurrenzdenken welches jedoch mit zunehmendem Wissen über die Kompetenzen der anderen Berufsgruppe abnimmt (/)</li> </ul>
Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>– (Fast) keine Doppelspurigkeiten (+)</li> <li>– Tendenziell weniger Schnittstellen im Behandlungs- und Betreuungsprozess (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kein Effekt (/)</li> </ul>
Ökonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direkt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Physiotherapeutische Sprechstunden haben einen tieferen Deckungsbeitrag (-)</li> <li>○ Höhere Fallzahlen (Sprechstunden) bei gleicher ärztlicher Personaldecke im Spital möglich (+)</li> </ul> </li> <li>– Indirekt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Potenziell weniger Bildgebung durch die Integration von PhysiotherapeutInnen (+)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direkt: Unter den aktuellen tariflichen Bestimmungen wirkt das Modell auf Systemebene kostensenkend (+)</li> <li>– Indirekt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Potentiell weniger Bildgebung (+)</li> <li>○ Potentielle Mengenausweitung durch höhere Sprechstundenanzahl (-)</li> </ul> </li> </ul>

Anmerkungen: (+) = positive Bewertung; (-) = negative Bewertung; (/) = neutrale Beurteilung

### **Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten**

Die Patientinnen und Patienten zeigen sich in der Fragebogenerhebung zufrieden mit der Vorbereitung auf die Operation und mit der Nachbehandlung im Rahmen von PMOP. Sie geben an, ausreichend über die Vorbereitung auf die Operation und über die Nachbehandlung informiert worden zu sein, verständliche Antworten auf ihre Fragen erhalten zu haben sowie ausreichend in Entscheidungen einbezogen worden zu sein. Mit der Qualität der Vorbereitung auf die Operation und der Nachbehandlung zeigen sie sich sehr zufrieden. Die Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen und dem therapeutischen Personal empfinden sie als positiv, die Abläufe erwähnen sie als gut organisiert. Der ärztliche Kontakt wird dabei häufig explizit hervorgehoben und ist für viele Patientinnen und Patienten zentral. In Bezug auf die erhobenen Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zeigen die Patientinnen und Patienten mit der Referenzliteratur vergleichbare Werte auf. Es gibt einige wenige Patientinnen und Patienten, welche die Behandlung im herkömmlichen Modell mit der Behandlung im Rahmen von PMOP vergleichen können, da bei ihnen derselbe Eingriff beidseitig einmal vor- und einmal nach der Einführung von PMOP vorgenommen wurde. In Interviews erachten diese es als sinnvoll, dass neu die Physiotherapeutin / der Physiotherapeut die Verordnung für die Physiotherapie ausstellt, da sie davon ausgehen, dass die Physiotherapeutin / der Physiotherapeut informiert ist über die physiotherapeutischen Behandlungsansätze in der ambulanten Praxis. Darüber hinaus wird von der physiotherapeutischen Rolle im Rahmen der Nachbehandlung vor allem an das Durchführen sensorischer Wahrnehmungstest erinnert. Die Informationen aus den physiotherapeutischen Tests bieten eine weitere Orientierungshilfe dazu, wo sich eine Person im Heilungsverlauf verorten kann. Ein weiterer Mehrwert wird spontan nicht geäußert. Einen Unterschied in der Qualität der Vorbereitung auf die Operation und der Nachbehandlung vor und nach der Einführung von PMOP haben sie nicht wahrgenommen, ihre Zufriedenheit äussern sie als gleichermassen hoch.

Gemäss Aussagen der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten könnte die höhere Fokussierung der Gesprächsinhalte auf funktionelle und alltagsrelevante Aspekte die Compliance der Patientinnen und Patienten verbessern – spontan geäußert wurde eine solche verbesserte Compliance von den Patientinnen und Patienten jedoch nicht.

### **Auswirkungen auf die Mitarbeitenden**

Das Projekt PMOP hat besonders positive Auswirkungen auf das physiotherapeutische Personal hinsichtlich des wahrgenommenen Jobenrichment hervorgebracht. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass die Auswirkungen hinsichtlich des Verbleibs im Beruf gering ausfallen. Dies ist auch analog auf die systemische Ebene zu übertragen. Die neuen Aufgabenbereiche bieten Anreize, um länger im Beruf zu verbleiben bzw. das Berufsbild attraktiv zu gestalten. Das Projekt müsste aber langfristig eine umfassendere Erweiterung des jeweiligen Aufgabenbereiches umfassen und ggf. damit einhergehende Verantwortlichkeiten miteinschliessen (Substitutionsmodell). Das Delegationsmodell bündelt zum aktuellen Zeitpunkt noch viele Ressourcen und schafft eine zu hohe Dependenz zwischen dem ärztlichen und dem physiotherapeutischen Personal. Daher wären Modelle, wie sie in der Literatur schon beschrieben werden, erstrebenswert, in welchen die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten relativ selbständig einen Teil der PatientInnenbetreuung übernehmen.

Beim ärztlichen und administrativen Personal fallen die Effekte geringer aus. Für sie war vor allem zu Projektbeginn eine zunehmende Arbeitsbelastung spürbar durch den anfallenden Koordinationsaufwand der Sprechstunden und wie bereits erwähnt, die fehlende Möglichkeit, Aufgabenbereiche komplett an die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zu übertragen (als Beispiel kann hier das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen genannt werden, welches lediglich durch ärztliches Personal ausgestellt werden darf). Wie bereits beschrieben, müssten die Aufgabenbereiche autonomer durch die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten übernommen werden können, damit für das ärztliche Personal eine Fokussierung auf die Kernkompetenzen möglich würde.

Es zeigte sich, dass das Projekt den involvierten Berufsgruppen die Möglichkeit bietet, ihre bisherige Zusammenarbeit zu optimieren. Durch das Projekt entstand bislang ein besseres gegenseitiges Verständnis für die jeweiligen Kompetenzen und Expertisen, was wiederum die IPZ verbesserte.

### **Auswirkungen auf die Prozesse**

Die Prozessbegleitungen zeigten, dass trotz der kurzen Projektlaufzeit, die Sprechstundeneinhalte und -verantwortlichkeiten gut abgestimmt sind. Dies hat zur Folge, dass es kaum zu Doppelspurigkeiten kommt. Die physiotherapeutischen Sprechstunden umfassen verstärkt funktionelle und alltagsrelevante Aspekte wie auch PROMs. Sie tragen somit zur Erfüllung von Auflagen der Gesundheitsdirektion bei und erhöhen die Qualität.

Erste Tendenzen weisen zudem darauf hin, dass seit Projektbeginn mehr Patientinnen und Patienten für ihre postoperative Physiotherapie das KSW als Leistungserbringer wählen. Sollte sich diese Tendenz langfristig bestätigen, hätte dies positive Effekte auf die Auslastung der Physiotherapie und ihrer Infrastruktur. Bei Patientinnen und Patienten, welche ausschliesslich innerhalb des KSWs betreut werden, bestehen weniger Schnittstellen, welche oft mit Informationsverlust und Ineffizienzen einhergehen. Ein standardisierter, koordinierter und qualitativ hochstehender Behandlungsplan ist somit eher umsetzbar. Zudem hat dies auch positive Auswirkungen auf die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, da mehr Patientinnen und Patienten im KSW physiotherapeutisch betreut werden.

*Weiterführende Szenarien:* Die Effekte der Betriebsebene lassen sich analog auf die Systemebene übertragen. Das Modell bietet die Möglichkeit, die Versorgungseffizienz zu erhöhen, indem beispielsweise intraorganisationale, standardisierte Behandlungspfade etabliert werden bzw. durch adäquate Prozessmanagement und Qualitätsmanagementsysteme. Durch die Standardisierung werden Schnittstellenproblematiken in der gesamten Versorgungskette reduziert. Dies könnte dazu führen, dass die interorganisationale Zusammenarbeit optimiert wird.

### **Auswirkungen auf die Ökonomie**

*Direkte Effekte:* Bei einer direkten fallbezogenen Erlös- und Kostenbetrachtung bietet das Modell wenig Anreize aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Der Hauptgrund hierfür ist, dass der Deckungsbeitrag pro Sprechstunde für das physiotherapeutische Personal, verglichen mit dem ärztlichen Personal, deutlich tiefer ausfällt (unter Berücksichtigung der verschiedenen Personalkategorien). Grund dafür ist, dass die TARMED-Erlöse deutlich höher sind als diejenigen des Physiotherapie-Tarifs, anhand welchem aktuell die Sprechstunden abgerechnet werden. Auf der anderen Seite sind die Personalkosten für erfahrenes physiotherapeutisches Personal vergleichbar mit Löhnen von Assistenzärztinnen und -ärzten. Daher kann davon ausgegangen werden, dass unter den aktuellen, tariflichen Voraussetzungen eher eine Kostenneutralität erreicht wird.

*Indirekte Effekte:* Die Übernahme eines Teils der Sprechstunde durch physiotherapeutisches Personal ermöglicht es dem ärztlichen Personal, mehr Sprechstunden parallel durchzuführen. Dadurch werden Ressourcen für die Behandlung weiterer PatientInnenfälle freigesetzt. So ergibt sich potenziell die Möglichkeit für das Spital, mehr Fälle zu behandeln, was mit positiven Umsatzeffekten verbunden ist.

*Effekte auf das schweizerische Gesundheitssystem:* Durch den Einsatz der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in den Sprechstunden wird der Preis für die erbrachte Leistung gesenkt. Da der Sprechstundenturnus standardisiert ist, kommt es gleichzeitig zu keiner Mengenausweitung. Demnach werden die Kosten für das gesamte Gesundheitswesen tendenziell sinken. Der Effekt kommt vor allem der OKP bzw. UVG als Kostenträger der ambulanten Leistungserbringung zugute. Zu beachten gilt, dass die Annahmen auf der Prämisse beruhen, dass für die physiotherapeutischen Sprechstunden der Physiotherapietarif als Grundlage verwendet wird und die Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten gleichbleibt. Die Erhöhung der Fallzahlen im Spital durch die freiwerdenden Ressourcen kann auf Gesundheitssystem-Ebene als kostenneutral angesehen werden, sofern sich nur Marktanteile zwischen Spitälern verschieben.

*Weiterführende Szenarien:* Hinsichtlich der Mengeneffekte sind konträre Effekte denkbar. Einerseits zeigen Studien, dass durch die Integration von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in den Behandlungsprozess die Menge der erbrachten Dienstleistungen (bspw. Anzahl bildgebender Verfahren) reduziert werden kann. Andererseits wäre es zukünftig auch möglich, dass mehr physiotherapeutische Sprechstunden angeboten werden, welche ergänzend zu den orthopädischen Sprechstunden stehen, was zu einer Mengenausweitung führen würde. Die Auswirkungen auf die Menge der erbrachten Leistungen gilt es jedoch im Zusammenhang mit den entsprechenden Qualitätsmerkmalen zu beurteilen. So wäre es denkbar, dass zwar mehr physiotherapeutische Sprechstunden angeboten werden, was als Mengenausweitung zu interpretieren ist. Jedoch könnten diese zu einer schnelleren oder

differenzierteren Arbeitsaufnahme führen, welche beispielsweise die Kosten für Unfalltaggelder reduziert. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass die Anzahl physiotherapeutischer Sprechstunden in Relation zu den Operationen steht. Demnach geht eine erhöhte Sprechstundenanzahl tendenziell mit mehr Operationen einher.

Die nachfolgende Abbildung 5 fasst die ökonomischen Auswirkungen auf die Systemebene unter den obenstehenden Prämissen zusammen.



Abbildung 5: Zusammenfassung der ökonomischen Auswirkungen der KF auf die Systemebene

#### 4.4 Erkenntnisse zu Modell 3: Indikationenliste

Tabelle 16: Zusammenfassung der Auswirkungen von Task Shifting im Modell 3

	Ebene	
Dimension	Betrieb und Organisation	System
PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hohe PatientInnenzufriedenheit durch den niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung (+)</li> <li>– Negativer Effekt auf PatientInnenzufriedenheit durch zusätzliche Servicegebühr (-)<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung (+)</li> <li>– Reduktion der hausärztlichen Unterversorgung (+)</li> </ul>
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entlastung der Hausarztpraxen von Terminen für Rezeptausstellung (+)</li> <li>– Kompetenzerweiterung (+)</li> <li>– Jedoch Fortbildungen notwendig und höhere Dokumentationsaufwände (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Potential für die Stärkung der IPZ (+)</li> <li>– Eher negative Effekte hinsichtlich Fachkräftemangel bei Apotheken (-)</li> </ul>
Prozesse	Keine entsprechenden Indikatoren wurden erhoben	
Ökonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direkt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neue Erlöspotentiale durch Beratungsgebühren (+)</li> <li>○ Apotheken können nicht mehr über einen tariflich festgelegten Beratungspreis abrechnen (-)</li> <li>○ Hausarztpraxen verlieren finanziell interessante PatientInnen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direkt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kosten für hausärztliche Tätigkeit sinken im System (+)</li> <li>○ Es findet eine Kostenverschiebung vom OKP hin zu den Privathaushalten statt (-)</li> </ul> </li> </ul>

Anmerkungen: (+) = positive Bewertung; (-) = negative Bewertung; (/) = neutrale Beurteilung

<sup>2</sup> Auswirkungen auf Patientensicherheit und Behandlungsqualität für Systemebene unklar, da diese Aspekte für die Systemebene im Projekt nicht erfasst wurden.



## Prämisse

Die Erkenntnisse des Modelles sind hinsichtlich der Indikationen zur saisonalen allergischen Rhinitis und Rhino-Konjunktivitis zu interpretieren. Sie beziehen sich nicht auf Indikationen, welche in der Zwischenzeit ergänzend zur Liste hinzugefügt wurden. Auch handelt es sich nicht um eine wissenschaftliche Begleitevaluation zu den Auswirkungen der Indikationsliste.

## Auswirkung auf die Patientinnen und Patienten

Die Ergebnisse der PatientInnenbefragung zeigen, dass die PatientInnenzufriedenheit bezüglich einer Konsultation in der Apotheke mit derjenigen bei der Hausärztin / dem Hausarzt vergleichbar ist. Lediglich die wahrgenommene Diskretion wird in der Apotheke geringer bewertet. Mit dem Medikamentenbezug in der Apotheke verbinden die Patientinnen und Patienten jedoch eine einfache und weniger aufwändige Beschaffung, wodurch der niederschwellige Zugang zur Gesundheitsversorgung als optimiert zu beurteilen ist. Unter der Bedingung, dass die Kosten günstiger oder vergleichbar mit denjenigen einer Hausarztkonsultation sind, sind viele Patientinnen und Patienten auch bereit, für die Beratungsdienstleistung in der Apotheke zu bezahlen. Falls jedoch die Beratungspauschale höher ausfällt, entsteht den Patientinnen und Patienten ein finanzieller Nachteil. Einschränkend gilt es zu beachten, dass die Erkenntnisse aus einer nicht-repräsentativen Befragung aus der Deutschschweiz stammen, welche überwiegend in einer Kettenapotheke und einer Hausarztpraxen-Gruppierung durchgeführt wurde.

*Weiterführende Szenarien:* Die mit der Indikationsliste verbundene Dokumentationspflicht für Apothekerinnen und Apotheker könnte einen tendenziell positiven Einfluss auf die PatientInnensicherheit haben. Vorausgesetzt ist, dass ein übergreifendes Dokumentationssystem wie das EPD vorhanden ist, welches einen Austausch der erhobenen Daten mit anderen Leistungserbringern ermöglicht. Des Weiteren ist unklar, welche die Auswirkungen auf die Behandlungsqualität sind. Einerseits wird den Patientinnen und Patienten ein schneller und unkomplizierter Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht. Andererseits können Check-ups wegfallen, welche im Rahmen von Hausarztkonsultationen ergänzend durchgeführt werden und einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Krankheiten leisten. Diese Gefahr ist im Rahmen der untersuchten Indikationen (allergische Rhinitis und Rhino-Konjunktivitis) als relativ gering zu bewerten, könnte aber bei einer Erweiterung der Indikationsliste zum Tragen kommen. Die genannten Effekte werden sich erst im Zuge einer Begleitevaluationen nachweisen lassen.

## Auswirkungen auf die Mitarbeitenden

Die Auswirkungen der Indikationsliste auf die Mitarbeitendenzufriedenheit sind basierend auf den Befragungsergebnissen berufsgruppenunabhängig als moderat zu beurteilen. Dies betrifft sowohl allgemeine wie auch Task Shifting spezifische Aspekte (bspw. Jobenrichment und Fokussierung auf die Kernkompetenz). Die Erkenntnisse zeigen, dass beide Berufsgruppen für die Umsetzung in der Praxis andere Hoffnungen hatten. So fiel die Kompetenzerweiterung der Apothekerinnen und Apotheker zusammen mit der Umverteilung der Medikamente von der Kategorie C in B und D. Viele rezeptpflichtige Medikamente, welche Apothekerinnen und Apotheker nun abgeben dürfen, durften sie bereits vor der Umverteilung abgeben, was keine Kompetenzerweiterung darstellt.

Laut Expertenmeinung macht die Kompetenzerweiterung das Berufsbild der Apothekerin / des Apothekers attraktiver, was sich positiv auf die Reduzierung des Fachkräftemangels auswirken sollte. Andererseits wird angemerkt, dass die erweiterten Kompetenzen eine längere und kostenintensivere Weiterbildung nach Abschluss des universitären Studiums erforderlich machen. Dies könnte die Anreize für Berufseinsteiger, in der Grundversorgung tätig zu sein, reduzieren. Aus ärztlicher Sicht schafft die Kompetenzerweiterung tendenziell einen Vorteil, weil eine Entlastung von Bagatellfällen möglich wäre. Was aus Ressourcensicht sinnvoll erscheint, kann jedoch finanziell entgegengesetzte Anreize haben (siehe Auswirkungen auf die Ökonomie). Positiv hervorzuheben gilt es, dass durch die Indikationsliste Gremien entstehen (bspw. zur Erweiterung der Indikationsliste), welche neue Gefässeschaffen, um die IPZ zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern zu verstärken und zu optimieren.

## Auswirkungen auf die Ökonomie

*Direkte Effekte:* Aus betriebswirtschaftlicher Sicht und unter den aktuellen tariflichen Bedingungen, sind die Auswirkungen als tendenziell negativ für Apotheken zu bewerten. Beim gleichen Medikament haben kleinere,

rezeptfreie Packungen eine höhere Marge, verglichen mit der grösseren, rezeptpflichtigen Packung, welche in den neuen Kompetenzbereich der Apothekerin / des Apothekers fallen. Das Defizit gleicht (teilweise) bisher die Zuschläge aus der Leistungsorientierten Abgeltung (LOA) (Bezugs- und Medikamentencheck) aus. Diese Zuschläge entfallen jedoch bei der Abgabe durch die Apothekerin / den Apotheker ohne das Vorliegen eines ärztlichen Rezeptes. Somit fallen in den neuen Kompetenzbereich von Apothekerinnen und Apothekern Medikamente, welche tiefere Margen haben und nicht zuschlagsberechtigt sind. Dem entgegen steht das Argument, dass durch die Apotheken eine nicht-tariflich festgelegte Pauschale für die Beratungsdienstleistung erhoben werden kann, welche sinngemäss der LOA entsprechen würde. Bis dato ist die Umsetzung jedoch den einzelnen Apotheken überlassen, was zu einer Heterogenität innerhalb der verrechneten Beratungspauschalen führt. Zudem kommt der Umstand dazu, dass die Beratungspauschalen nicht über die OKP abgerechnet werden können, im Gegensatz zur LOA. Dies könnte eine potenzielle Gefahr für die Kundenakzeptanz darstellen, da der Finanzierungsanteil der Kundinnen und Kunden steigt und somit die finanziellen Anreize für die Gesundheitsversorgung in der Apotheke sinken. Die Effekte für Hausarztpraxen sind von vielen weiteren Aspekten abhängig. Bei einer tiefen Auslastung steht die Hausarztpraxis in direkter Konkurrenz zur Apotheke. Jedoch könnte die Indikationenliste auch bei einer hohen Auslastung einen finanziellen Nachteil bedeuten. Im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit komplexen (bspw. multimorbiden) Krankheitsbildern, senken Patientinnen und Patienten mit einfacheren (bspw. Heuschnupfen) Krankheitsbildern den Behandlungsdurchschnitt, was wiederum positive Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Hausarztpraxis hat. Zudem sind die ärztlichen Aufwände bei Patientinnen und Patienten mit weniger komplexen Krankheitsbildern tendenziell eher durch den TARMED ausreichend abgedeckt, verglichen mit PatientInnengruppen mit komplexeren Krankheitsbildern.

*Effekte auf das schweizerische Gesundheitssystem:* Volkswirtschaftlich sind tendenziell kostensenkende Effekte zu erwarten. Dies basiert auf dem Umstand, dass der Preis für den Medikamentenbezug inkl. der Beratungsdienstleistung in Apotheken tiefer ist, verglichen mit der gleichen Leistung in einer Hausarztpraxis. Unter den aktuellen tariflichen Bestimmungen kommt es beim Finanzierungsanteil zu einer Kostenverschiebung. Findet der Medikamentenbezug inkl. Beratungsdienstleistung ohne Vorliegen eines ärztlichen Rezeptes in der Apotheke statt, wird die OKP tendenziell entlastet, da kein Rückerstattungsanspruch unabhängig von der Franchise für die Kostenübernahme für das Medikament und die Beratung gegenüber der OKP besteht. Die Kosten werden von Patientinnen und Patienten selbst getragen.

*Weiterführende Szenarien:* Bezüglich der Menge an erbrachten Leistungen können zum aktuellen Zeitpunkt nur Mutmassungen angestellt werden. Einerseits könnte die Menge sinken, da in der Apotheke im Vergleich zu einer Hausarztpraxis weniger ergänzende Dienstleistungen (bspw. Diagnostik) erbracht werden. Wie bereits obenstehend erwähnt, gilt es zu beachten, dass diese Reduktion unter dem Aspekt der Behandlungsqualität nicht unbedingt wünschenswert ist. Andererseits ist durch den niederschweligen Zugang auch eine Mengenausweitung denkbar, weil Hürden (bspw. Terminvereinbarung beim Hausarzt) für die Medikamentenbeschaffung wegfallen. Die würde jedoch voraussetzen, dass Patientinnen und Patienten über Möglichkeiten der Indikationenliste informiert sind. Es ist jedoch anzunehmen, dass insbesondere Patientinnen und Patienten, die permanent auf Medikamente der Indikationenliste angewiesen sind, über Neuerungen informiert sind. Dies entspricht nicht den aktuellen Gegebenheiten, was unter anderem dem Umstand geschuldet ist, dass Werbung für rezeptpflichtige Medikamente verboten ist.

Die nachfolgende Abbildung 6 fasst die ökonomischen Auswirkungen auf die Systemebene unter den obenstehenden Prämissen zusammen.



Abbildung 6: Zusammenfassung der ökonomischen Auswirkungen der Indikationenliste auf die Systemebene

#### 4.5 Zwischenfazit

Im nachfolgenden Abschnitt werden modellübergreifend die zentralen Erkenntnisse zu den Fragestellungen zusammengefasst und diskutiert.

##### a. Welche ökonomischen (betriebs- und volkswirtschaftlichen) Auswirkungen hat das Task Shifting?

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht zeigen Szenario-Berechnungen zu den drei untersuchten Modellen, dass sich keine direkte Kosteneinsparungen durch die Implementierung von Task Shifting erzielen lassen. Die Auswirkungen für den einzelnen Betrieb sind zunächst als kostenneutral bis tendenziell negativ zu bewerten. Jedoch ergeben sich indirekt positive umsatzbezogene und kostenbezogene ökonomische Effekte für die Organisationen, welche sich zum Beispiel durch geringere Verweildauer der Patientinnen und Patienten, freie Kapazitäten von medizinischem Personal, höhere Qualitäts-Outcomes in der Versorgung sowie einen besseren Skill-Grade-Mix ergeben (Modell 1 und 2). Bei Modell 3 ist der ökonomische Vorteil für die Apotheken eher daran zu sehen, dass bei Ausweitung der Liste ihre strategische Rolle im Gesundheitswesen als Grundversorger mittelfristig gestärkt werden wird.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht sind die entsprechenden Task-Shifting-Modelle als kostenneutral bzw. leicht kostensenkend für das Gesundheitssystem zu beurteilen. Die aufgrund des Task Shifting intensivere Betreuung der PatientInnenfälle bei den Leistungserbringern kann zu einer vollständigeren Abrechnung von Leistungen und potenziell zu Mehrleistungen an den Patientinnen und Patienten führen, wodurch es zu einer Mengenausweitung kommen kann, die aber auch Qualitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung mit sich führt. Dagegen wirken effizientere Prozesse (bspw. durch tiefere Verweildauern) tendenziell entlastend auf die gesamtschweizerischen Gesundheitskosten, da diese in die Fallpauschalen eingepreist werden können. Das Modell 3 bietet zwar eine finanzielle Entlastung des OKP-Bereichs, jedoch erhöhen sich entsprechend die Out-of-pocket-Zahlungen der Patientinnen und Patienten, womit es sich bei der Höhe der Gesundheitskosten um ein Null-Summen-Spiel mit Verschiebung der Kosten zwischen den Finanzierungsquellen handelt.

##### b. Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen hinsichtlich:

###### i. möglicher Doppelspurigkeiten?

Insgesamt kommt es nicht zu vermehrten Doppelspurigkeiten durch die Task-Shifting-Modelle. Die Doppelspurigkeiten können nur in Abhängigkeit mit den jeweiligen Modellen evaluiert werden. Im Modell 1 gibt es keine

trennscharfe Abgrenzung der Aufgabenbereiche zwischen KF und beispielsweise Assistenzärztinnen und -ärzten. Demnach werden dieselben Aufgaben von beiden Berufsgruppen durchgeführt, was durchaus Doppelspurigkeiten verursacht. Zu beachten ist, dass diese teilweise auch erwünscht sind, gerade unter dem Gesichtspunkt der PatientInnensicherheit. In den beiden anderen Modellen zeigen sich keine systematischen Doppelspurigkeiten. Im Modell 2 ist dies darauf zurückzuführen, dass die Sprechstundeninhalte sehr gut aufeinander abgestimmt sind. Im Modell 3 sind durch die Gesetzesartikel die Aufgabenbereiche klar abgegrenzt. Jedoch sind durch die kurze Laufzeit dieses Modells nur beschränkte Aussagen zur Doppelspurigkeit möglich. Es wird sich langfristig zeigen, ob sich für die Indikationen auf der Indikationsliste Patientinnen und Patientenausschliesslich Apotheken wenden oder beispielsweise eine Zweitmeinung einholen.

b. Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen hinsichtlich:

#### **ii. möglicher Konkurrenzsituationen zwischen den Fachpersonen?**

Vor der Implementierung oder zu Projektbeginn kann noch ein Konkurrenzdenken zwischen den Fachpersonen zwischen den Berufsgruppen vorherrschen. Dieser Effekt fällt jedoch bei den beiden Bottom-up-Modellen eher gering aus, da von Beginn an beide Berufsgruppen involviert wurden und beide an der Gestaltung der Modelle aktiv mitgewirkt haben. Beim Top-down-Modell hingegen fand durch die Einführung der Indikationsliste eine Verstärkung des Konkurrenzdenkens statt. Es gilt zu beachten, dass ein solches besonders in den SD-Kantonen bereits vor der Einführung der Indikationsliste vorherrschte. Insgesamt gilt es zu beachten, dass die Verschiebung von Aufgabenbereichen ein grosses Potential für gegenseitiges Konkurrenzdenken zwischen den Berufsgruppen hat. Daher sollten diese gleichermassen in die Konzeptionierung und Implementierung miteinbezogen werden. Es sollte jedoch auch beachtet werden, dass Task-Shifting-Modelle das Konkurrenzdenken innerhalb der Berufsgruppe verstärken können. Gerade im Modell 1 zeigt sich, dass der Wechsel von Pflegefachpersonen hin zum ärztlichen Personal von den verbleibenden Pflegefachpersonen als kritisch beurteilt wird – in Bezug auf den Fachkräftemangel in der Pflege und die Abgrenzung der neuen Rolle zu Advanced-Practice-Rollen.

b. Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen hinsichtlich:

#### **iii. dem niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Patientinnen und Patienten?**

In Bezug zu Möglichkeiten eines niederschweligeren Zugang zur Gesundheitsversorgung durch das Modell zeigt die Analyse, dass von den Patientinnen und Patienten geschätzt wird, dass mit den KF eine «niederschwellige» Ansprechpersonen zur Verfügung steht. Das Potential von Task Shifting im ambulanten Setting stellt sich vielversprechender dar: Der erleichterte Zugang zur Medikamentenversorgung durch die erweiterte Indikationsliste erlaubt einen weniger aufwändigen und unkomplizierteren Zugang zur Gesundheitsversorgung (i.S.v. Medikamentenbezug und Beratung), was mögliche Engpässe in der Gesundheitsversorgung entschärfen könnte. Damit sind die Potentiale von Task Shifting im ambulanten Bereich als grösser einzuschätzen.

#### **c. Kann die IPZ dazu beitragen, die Auswirkungen von Task Shifting positiv zu beeinflussen und falls ja, wie?**

Wie sich zeigt, hat die IPZ einen Einfluss auf die Auswirkungen von Task Shifting auf einige der obenstehenden Fragestellungen. In den Bottom-up-Modellen ermöglicht die IPZ, dass die beteiligten Professionen die Kompetenzen der jeweils anderen Profession vertieft kennenlernen und das Vertrauen in sie stärken. Erst auf dieser Basis können gemeinsam die zu übertragenden Aufgaben definiert und die professionsspezifischen Rollen und Kompetenzen geklärt werden. Das Entwickeln einer gemeinsamen Sprache erleichtert die Abläufe und trägt damit wesentlich zum Gelingen des Task Shiftings bei. Die gegenseitige Wertschätzung wird dabei auch von den Patientinnen und Patienten wahrgenommen und erleichtert ihre Akzeptanz des Task Shiftings.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine gelingende IPZ einerseits die Basis für Task-Shifting-Modelle ist, jedoch auch deren Implementierung und Weiterentwicklung positiv beeinflusst. Die Koordination innerhalb einer Versorgungsstruktur kann verbessert werden, indem die Komplementarität der beteiligten Professionen berücksichtigt wird und professionsspezifische Aufgaben ausgerichtet auf die jeweiligen Kompetenzen definiert werden.

## 5. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Das vorliegende Kapitel erläutert, welche Handlungsempfehlungen sich aus den Erkenntnissen des Projekts in Bezug auf Task-Shifting-Implementierungen im Schweizer Gesundheitswesen ableiten lassen. Dabei werden die nachfolgenden Forschungsfragen geklärt:

- a. Wäre Task Shifting auch in weiteren Settings denkbar und wünschenswert im Hinblick auf die Optimierung der Versorgungsqualität, der Kosteneffizienz und des niederschweligen Zugangs zur Gesundheitsversorgung, und wenn ja, in welchen?
- b. Welche Massnahmen kann der Bund innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen treffen, um den in der Studie eruierten Handlungsbedarf zu decken?
- c. Welche weiteren Massnahmen wären wünschenswert und weshalb? Was müsste sich ändern, damit diese Massnahmen umgesetzt werden können?

### 5.1 Methodisches Vorgehen

Auf Basis der Ergebnisse aus den Arbeitspaketen 1 bis 3 wurden für jedes der drei untersuchten Modelle Handlungsempfehlungen entwickelt. Pro Modell wurde anschliessend ein Workshop mit Expertinnen und Experten zur Validierung der Handlungsempfehlungen durchgeführt. Diese Workshops dienten zudem dafür, mit den herangezogenen Fachpersonen auch die Thematik der Übertragbarkeit von Task Shifting auf andere Settings zu diskutieren. Da aufgrund der Corona-bedingten Massnahmen des Bundes von Workshops vor Ort abgesehen werden musste, erfolgten diese online mittels der Videokonferenzplattform Zoom. Mit Expertinnen und Experten, die am Workshoptermin verhindert waren, wurden nachträglich Einzelinterviews (via Telefon oder Zoom) geführt oder ihre Einschätzungen zu den Handlungsempfehlungen wurden schriftlich eingeholt.

Im Rahmen der jeweiligen Workshops schätzten die Expertinnen und Experten der Modelle 1 bis 3 die Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Angemessenheit in Inhalt, Dringlichkeit und Wichtigkeit ein. Die Teilnehmenden wurden zudem eingeladen, die Handlungsempfehlungen bei Bedarf zu ergänzen. Die Tabelle 17, Tabelle 18 und Tabelle 19 zeigen die Handlungsempfehlungen, die basierend auf den Evaluationsergebnissen des jeweiligen Modells entwickelt wurden.

### 5.2 Erkenntnisse zu Modell 1: Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten

#### Teilnehmende Expertinnen und Experten:

Am Workshop zum Modell KF nahmen folgende Expertinnen und Experten teil:

- Prof. Dr. med. Stefan Breitenstein, Direktor Departement KSW
- Emanuel Feusi, Stv. Institutsleitung Institut für Gesundheitswissenschaften der ZHAW
- Prof. Dr. Katharina Fierz, Leitung Institut für Pflege der ZHAW
- Prof. Dr. Sabine Hahn, Fachbereichsleiterin Pflege der Berner Fachhochschule
- Rachel Hediger, Dozentin für Pflege BScN der ZHAW
- Anita Manser Bonnard, Leitung Weiterbildung Institut für Gesundheitswissenschaften der ZHAW
- Nicole Oberhänsli-Schwarz, Co-Präsidentin der Akademischen Fachgesellschaft Spitex Pflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft
- Prof. Dr. Maria Schubert, Co-Leiterin Forschung und Entwicklung Institut für Pflege & MSc Pflege, ZHAW, Department Gesundheit

Eine schriftliche Rückmeldung zu den Handlungsempfehlungen wurde von folgendem Experten eingeholt:

- Dr. med. Marc Attinger, Chefarzt und Klinikleiter der orthopädischen Klinik im Tiefenau Spital Bern

## Handlungsempfehlungen

Tabelle 17: Aus der Evaluation mit den ExpertInnen des Modell 1 resultierende Handlungsempfehlungen

Kategorie	Handlungsempfehlung	Zielgruppe
<b>IPZ-Arbeitskultur</b>	Gegenseitige Anerkennung der Kompetenzen zwischen medizinischem Fachpersonal (z.B. ärztlichem Personal, Pflegefachpersonen) und klinischen FachspezialistInnen (KF).	Mikro
	KF gelten als vollwertige Mitglieder des medizinischen Fachteams. Dies wird gefördert, indem sie konsequent in ärztliche Tätigkeiten eingebunden werden (z.B. durch die Teilnahme an Rapporten, Visiten oder Weiterbildungsveranstaltungen).	
	Fördern einer reibungsarmen IPZ durch gegenseitige Inkenntnissetzung und Bekanntmachung der Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Kompetenzen der jeweiligen beteiligten Professionen. Bewusstmachen, dass es sich dabei um einen dynamischen Prozess handelt, an welchem alle Akteure eines Teams beteiligt sind.	Mikro
	Schaffen von Möglichkeiten zum regelmässigen formellen und informellen interprofessionellen Austausch innerhalb der Organisation.	Mikro
	Gezielte Förderung einer offenen Unternehmenskultur, die sich positiv auf eine gelingende IPZ auswirkt.	Mikro
<b>Ressourcenverfügbarkeit und Commitment</b>	Das Commitment der Klinikleitung ist Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Task Shifting (TS) in einer Organisation.	Mikro
	Ein hoher Vernetzungsgrad unter den Professionen ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für die gelingende Zusammenarbeit. Dieser soll durch die Schaffung von interprofessionell zusammengesetzten Gremien gefördert werden, in welchen die Akteure aller Stufen vertreten sind (AssistenzärztInnen, OberärztInnen, KF, Pflege, Klinikleitung).	Mikro
	Zeitliche und finanzielle Ressourcen für den Aufbau und die Weiterentwicklung von TS sind längerfristig zur Verfügung zu stellen.	Mikro
<b>Verantwortungsbereiche</b>	Die Aufgaben der KF sollten in Standardbeschreibungen und kontextgebundenen Zusatzblättern festgehalten werden (z. B. innerhalb von Qualitätsmanagementsystemen oder Lean Health Konzepten).	Mikro
	Die geforderten Kompetenzprofile der KF sollten – auch hinsichtlich der rechtlichen Absicherung – an den jeweiligen Arbeitsstellen klar definiert werden. Es gilt jedoch auch pragmatische Lösungen zu finden, da ein zu hoher Detaillierungsgrad mit einem erheblichen Entwicklungsaufwand einhergeht. Die klare Definition steht im Konflikt mit einer flexiblen (Weiter-) Entwicklung der KF oder anderen Rollenbildern.	Mikro
	KF sollten als alternative Ansprechpersonen für externe Stakeholder vom Spital definiert werden.	Mikro
	Das Berufsbild der KF bedarf einer rechtlichen Definition, um von externen Stakeholdern (z.B. Krankenversicherungen, Zuweiser) als vollwertige Ansprechperson anerkannt zu werden.	Makro Meso

<b>Prozessmanagement</b>	Eindeutige Definition der Prozessstandards insbesondere an den Schnittstellen und unter Berücksichtigung des jeweiligen Arbeitsplatzkontextes. Wichtig dabei ist, dass TS reibungslose Prozesse gewährleistet und diese nicht unterbricht. Prozessstandards sind von grosser Notwendigkeit, sollten aber nicht zu starr sein, da sonst Weiterentwicklungen oder neue, innovative Ideen behindert werden könnten. Dies sollte innerhalb von Qualitäts- oder Prozessmanagementsystemen erfolgen.	Mikro
<b>Haftung</b>	Haftungsrechtliche Bestimmungen sollten auf bestehenden Regelungen und den Bestimmungen delegierbarer Tätigkeiten aufbauen und gesetzlich geregelt sein.	Mikro
<b>Aus- und Weiterbildung</b>	Schaffung eines MAS, der mehr theoretische und praktische Ausbildung im medizinischen Bereich gewährleistet als der derzeitige CAS. Mittel- bis langfristig sollte ein Bachelor- und Masterstudium für die Ausbildung der KF geschaffen werden.	Meso
	<p>Es ist eine Tatsache, dass gewisse Überlappungen in den Curricula von ärztlichem Personal, KF und Advanced-Practice-Berufen bestehen. Ziel soll nicht eine Abgrenzung dieser Berufsbilder oder eine Veränderung bereits definierter Berufsbilder sein, sondern vielmehr das Beleuchten der Schnittmengen.</p> <p>Es ist Aufgabe der Hochschulen und Spitäler, auf diese neuen Karrierechancen hinzuweisen und sie zu bewerben.</p> <p>Um ärztliches Personal von der Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit zu überzeugen, sollte bereits früh in der Ausbildung eine Interaktion der Berufsgruppen ermöglicht werden. Folgende Massnahmen können hierbei unterstützen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schaffung gemeinsamer Ausbildungselemente</li> <li>– Frühe Integration interprofessioneller Ausbildungselemente</li> <li>– Durchführung gemeinsamer Module für ärztliches Personal und KF, bei Etablierung von Masterstudiengängen für KF</li> <li>– Früher Einbezug des ärztlichen Personals in der Aus- und Weiterbildung der KF (z.B. als Tutoren)</li> </ul> <p>Die Bestimmung des Ausbildungsniveaus für Advanced-Practice-Berufe und KF ist von zentraler Bedeutung.</p>	Mikro & Meso
<b>Entwicklung Berufsbild</b>	<p>Das «neue Berufsbild» der KF muss auf einer reglementierten Grundausbildung aufbauen (z.B. mittels BSc mit klar definierten Abschlusskompetenzen).</p> <p>Eine Herausforderung ist die zeitgerechte und adäquate Berücksichtigung des aktuell sehr dynamischen Umfelds von TS in der Ausbildung.</p> <p>Wichtig ist die Entscheidung darüber, welche Inhalte auf Basisstufe (Bachelorniveau) und welche auf Masterniveau (Spezialisierung) unterrichtet werden.</p>	Meso

	Zur Abstimmung über die Aufgabenprofile von AssistenzärztInnen und KF sollte der Verband Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) eingebunden werden.	Meso
<b>Revision von Rechtsgrundlagen</b>	Zur Steigerung der Attraktivität und Stärkung des Berufsbildes KF sollten qualifikations- und aufwandsgerechte Tarifstrukturen (TAR-MED) geschaffen werden. Es wird empfohlen im Austausch mit den Krankenkassen verschiedene Optionen zu prüfen.	Meso
	Im Gesetz sollte definiert werden, welche Aufgaben und Kompetenzen die KF innehaben.	Makro
	Hinsichtlich Haftungsfragen sollte am Delegationsmodell festgehalten werden, da hier die Verantwortung bei der delegierenden Instanz bleibt und somit weniger Rechtsunsicherheit besteht.	Makro Meso
<b>Finanzielle Förderung</b>	Für interne und externe Koordinationsleistungen unter den Leistungserbringern sollten Abrechnungsmöglichkeiten geschaffen werden, da TS diese Leistungen im Kontext der IPZ ansteigen lassen. Die Zeitlimitation der Position «Leistung in Abwesenheit des Patienten» sollte überdacht werden.	Meso
	Die Sicht der Krankenversicherungen auf TS könnte eine tragende Rolle bei der Weiterentwicklung von TS haben. Es sind daher Krankenversicherungen frühzeitig einzubinden.	Meso
<b>Forschung &amp; Monitoring</b>	Um weitere Erfahrungen mit TS-Modellen und IPZ zu gewinnen, sind Projekte mit wissenschaftlicher Begleitforschung unterstützenswert. Die Forschung soll dabei auch weitere Berufsgruppen von Advanced-Practice-Brufen umfassen.	Makro
	Der Umsetzungsgrad von TS im Schweizer Gesundheitswesen sollte regelmässige evaluiert werden.	Makro
	Die Forcierung einer Outcome-orientierten Forschung (z.B. über Patient Reported Outcome Measures (PROMs)) könnte mehr Evidenz zu den Auswirkungen von TS liefern.	Makro
<b>Wissenstransfer</b>	Es sollte auf der BAG-betriebenen Plattform zu Modellen guter Praxis der IPZ einen weiteren Filter für eine eigene Kategorie zu Best Practices von TS geben.	Makro
	Bis dato ist die nicht-themenspezifische Interprofessionalität noch nicht ausreichend abgedeckt. Gefördert werden sollten insbesondere Veranstaltungen zu IPZ-übergreifenden Themen, wie z.B. Rollenentwicklung oder interprofessionelle Kommunikation.	Makro

Anmerkungen: Makro = Bund und Kantone; Meso = Berufsverbände, Plattform Interprofessionalität, Tarifpartner; Mikro = Leistungserbringer im Gesundheitswesen



### 5.3 Erkenntnisse zu Modell 2: Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie

#### Teilnehmende Expertinnen und Experten:

Am Workshop zum Modell PMOP nahmen folgende Expertinnen und Experten teil:

- Dr. Hermann Amstad, ehem. Generalsekretär SAMW
- Emanuel Feusi, Leiter ZHAW-Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis
- Fabienne Lüthi, physioswiss, Projektleiterin IG SwissAPP
- Dr. Martin Verra, Direktor Institut für Physiotherapie Inselspital Bern

Eine schriftliche Rückmeldung zu den Handlungsempfehlungen wurde von folgenden Expertinnen eingeholt:

- Lea von Wartburg, BAG, Projektleiterin Koordinierte Versorgung
- Erika Ziltener, Präsidentin Dachverband Schweizerischer Patientenstellen

#### Handlungsempfehlungen

Tabelle 18: Aus der Evaluation mit den ExpertInnen des Modell 2 resultierende Handlungsempfehlungen

Kategorie	Handlungsempfehlung	Zielgruppe
<b>Aus- und Weiterbildung</b>	Die Berufsverbände der Physiotherapie und der Ärzteschaft definieren gemeinsam die Ausbildungsanforderungen an die Advanced-Practice-Practitioner (APP) <sup>3</sup> mit Task Shifting und stimmen sie mit denjenigen anderer Gesundheitsberufe (z.B. Pflege, Ernährungsberatung) ab. Für bereits ausgebildete Gesundheitsfachpersonen definieren sie Übergangsbestimmungen. Damit können die Ausbildungsanforderungen von den verschiedenen Institutionen der Leistungserbringer befolgt werden.	Meso
	In Abhängigkeit von den Beschlüssen der Berufsverbände reglementiert der Bund die MSc-Stufe im Gesundheitsberufegesetz und in dessen Verordnungen und formuliert die für das Task Shifting erforderlichen Kompetenzen auf MSc-Stufe. Damit können die Anforderungen an APP mit Task Shifting national geregelt werden.	Makro
<b>Weiterentwicklung Berufsbilder</b>	Die Berufsverbände der Physiotherapie und der Ärzteschaft sowie die Schweizerische Akademie Medizinischer Wissenschaften SAMW beschreiben basierend auf ihrem Standesrecht institutions- und setting-übergreifende APP-Rollen, um landesweit eine einheitliche Benennung und Definition von APP-Rollen zu ermöglichen.	Meso
	Die Berufsverbände der Physiotherapie sollen eine nationale Registrierung von APP implementieren, damit die einheitliche Rollendefinition national umgesetzt werden kann.	Meso
	Institutionen, die APP-Modelle etablieren, informieren die stationäre und ambulante Ärzteschaft in der Umgebung darüber und stärken so die Rolle der APP in der Wahrnehmung der Ärzteschaft.	Mikro
	Die medizinischen Curricula bereiten angehende ÄrztInnen im Rahmen der interprofessionellen Aus-, Weiter- und Fortbildung auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe mit Task Shifting vor, um die	Meso

<sup>3</sup> In der Physiotherapie bezeichnet Advanced Practice- Practitioner (APP) die spezialisierte klinische Praxistätigkeit in einer erweiterten Rolle. Advanced-Practice-Practitioner sind entsprechend PhysiotherapeutInnen, die in einer solchen erweiterten Rolle tätig sind.

	Rolle von Personen, die ärztliche Aufgaben übernehmen, in der Wahrnehmung der Ärzteschaft zu stärken.	
<b>Austausch</b>	Der Bund initiiert in Zusammenarbeit mit physiotherapeutischen Berufsverbänden oder Fachgesellschaften sowie den Verbänden anderer Gesundheitsberufe gemeinsame Austauschplattformen über neue Task-Shifting- oder andere Advanced-Practice-Modelle. Damit können die Institutionen gegenseitig von ihren Erfahrungen profitieren.	Makro
<b>Rechtssicherheit</b>	Gesetzgebung und Berufsverband schaffen den gesetzlichen Rahmen, in welchem neue Rollen mit Task Shifting definiert werden können hinsichtlich:  a) ob die neue Rolle in Delegation oder in Anordnung agiert,  b) ob die Rolle substituierend oder ergänzend zur ärztlichen Leistung agiert und  c) welche Ausbildungsanforderungen erfüllt sein müssen.	Makro Meso
<b>Tarife</b>	Gesetzgebung, Kostenträger (Krankenversicherer) sowie die Berufsverbände der Physiotherapie (Leistungserbringer) entwickeln Lösungen zur angemessenen Abbildung von Advanced-Practice-Leistungen in den Tarifwerken, welche die Verantwortung sowie Aus- und Weiterbildungszeit der APP widerspiegelt. Damit werden Advanced-Practice-Leistungen in der ambulanten Praxis erst ermöglicht.	Makro Meso
<b>Monitoring</b>	Bund und Berufsverbände unterstützen Projekte mit wissenschaftlicher Begleitforschung, damit die Versorgungsqualität in Task-Shifting-Modellen gestärkt werden kann.	Makro Meso
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Das BAG unterstützt weiterhin finanziell Initiativen und Projekte, welche die IPZ fördern, um damit auch die Entwicklung von Modellen mit Task Shifting voranzutreiben.	Makro

Anmerkungen: Makro = Bund und Kantone; Meso = Berufsverbände, Plattform Interprofessionalität, Tarifpartner; Mikro = Leistungserbringer im Gesundheitswesen

#### 5.4 Erkenntnisse zu Modell 3: Indikationenliste

Am Workshop zum Modell KF nahmen folgende Expertinnen und Experten teil:

- PD Dr. med. Klaus Bally, Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel
- Prof. Dr. Kurt Hersberger, Professor Dept. Pharmazeutische Wissenschaften der Universität Basel
- Julia Spoendlin, Pharmacoepidemiologist & Clinical Pharmacist der Universität Basel
- Dr. med. Carlos Quinto, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied Zentralvorstand der FMH

Ein Telefoninterview zu den Handlungsempfehlungen wurde mit folgendem Experten geführt:

- Dr. Marcel Mesnil, Generalsekretär Pharmasuisse

## Handlungsempfehlungen

Tabelle 19: Aus der Evaluation mit den ExpertInnen des Modell 3 resultierende Handlungsempfehlungen

Kategorie	Handlungsempfehlung	Zielgruppe
Aus-, Weiter- und Fortbildung	Förderung bestehender Koordinationsstellen und Strukturen zwischen den Berufsverbänden für die interprofessionelle Weiter- und Fortbildung (z.B. Plattform Interprofessionalität in der primären Grundversorgung, Expertengruppe «Indikationsliste» des BAG).	Meso
	Kontaktaufnahme durch FMH mit SIWF (Schweizerisches Institut für Ärztliche Weiter- und Fortbildung), um Aufnahme TS-spezifischer Inhalte in die Weiterbildungskataloge zu initiieren.  Förderung gemeinsamer Initiativen von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz und Pharmasuisse.  Kontaktaufnahme und Austausch mit der Plattform Interprofessionalität.	Meso
Datenaustausch	Zentrale Dokumentation sämtlicher Medikamente eines Patienten / einer Patientin mit Zugang für ÄrztInnen und ApothekerInnen schaffen. Praktikabilität und Integration ins elektronische Patientendossier (EPD) sicherstellen.	Meso
Tarife	Die Verrechnung von Beratungsdienstleistungen könnte zukünftig über LOA erfolgen (aktuell Verhandlungen im Rahmen von LOA 5).  Tarife / Positionen schaffen, die Apotheken eine Verrechnung von Leistungen, welche ohne Rezept an dem Patienten / der Patientin geschehen, zukünftig ermöglichen.	Meso
	Sicherstellen, dass Tarifeingriffe der Tarifpartner die IPZ nicht verschlechtern (z.B. Rücknahme der Zeitlimitation bei Leistungen in Abwesenheit des Patienten).  Schaffung von Vergütungsmöglichkeiten für ApothekerInnen.	Makro
Austausch	Finanzielle Unterstützung der Plattform Interprofessionalität durch den Bund.  Finanzielle Anreize für gemeinsame Qualitätsinitiativen ermöglichen.	Makro
	Best-Practice-Modelle für IPZ sollten zugänglich gemacht werden, bspw. auf der Plattform Interprofessionalität.  Eine Evaluation könnte durch die Eidgenössische Qualitätskommission 2021 erfolgen.	Meso
	Die Zusammenarbeit zwischen HausärztInnen und Apotheken sollte insbesondere in Selbstdispensationskantonen gefördert werden. Diese könnte niederschwellig durch eine bessere Abstimmung und Koordination untereinander (z.B. durch die Durchführung von Qualitätszirkeln und die Schaffung gemeinsamer Austauschgefässe) vorangetrieben werden.	Makro

<b>Information der PatientInnen</b>	Verfassen eines Berichts für Medien und Politik über die Entwicklung des TS (mit Blick auf Rolle der ApothekerInnen und Entwicklung der Liste B)  Auf <a href="http://Swissmedicinfo.ch">Swissmedicinfo.ch</a> sollte es Hinweise bei den betreffenden Medikamenten zur mit erleichterter Abgabe ohne Rezept geben.	Makro
	Apotheken sollten über die generelle Möglichkeit der Abgabe von Medikamenten in ihren Geschäftsräumen informieren im Rahmen der gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen.  Arztpraxen sollten auf die Möglichkeit des rezeptfreien Bezugs von Medikamenten bei Terminanfragen von PatientInnen aufmerksam machen.	Mikro
<b>Machbarkeitsstudien</b>	Es sollten die Potentiale weiteren TS zwischen ÄrztInnen und ApothekerInnen in Machbarkeitsstudien und Modellversuchen evaluiert werden.	Makro
<b>Begleitforschung</b>	Das BAG sollte die Begleitforschung zur Umsetzung und zu den Auswirkungen der erleichterten Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln nach Art. 24 des Heilmittelgesetzes (HMG) finanzieren.	Makro

Anmerkungen: Makro = Bund und Kantone; Meso = Berufsverbände, Plattform Interprofessionalität, Tarifpartner; Mikro = Leistungserbringer im Gesundheitswesen

## 5.5 Potenzielle Auswirkungen weiterer Task Shiftings

Die Frage nach der Übertragbarkeit von Task Shifting auf weitere Settings wurde bereits innerhalb der drei Modelle im Rahmen der *weiterführenden Szenarien* (vgl. Kapitel 4.2, 4.3 und 4.4) behandelt. Nachfolgend wird die Frage diskutiert, welche Auswirkungen hinsichtlich der Optimierung der Versorgungsqualität, der Kosteneffizienz und des niederschweligen Zugangs zur Gesundheitsversorgung zu erwarten wären.

### Auswirkungen auf die Kosteneffizienz

Die Delegation von Aufgabenbereichen von medizinischem Personal an andere Gesundheitsfachpersonen (GF) ist aus einer direkten betriebswirtschaftlichen Kostenbetrachtung als eher kostenneutral zu bewerten, da die erweiterten Rollenfunktionen der Gesundheitsfachpersonen mit entsprechenden höheren Gehaltseinstufungen verbunden sind, wodurch sich keine Personalkosten als Betrieb einsparen lassen. Indirekt sollten sich positive Effekte auf die Kosteneffizienz ergeben, aufgrund der zu erwartenden positiven Effekte des Task Shiftings auf die Versorgungsqualität. Andererseits verursachen höhere Koordinationsaufwände und eine gelingende IPZ zusätzliche Koordinationskosten, die zu höheren betriebswirtschaftlichen Kosten führen. Aus einer systemischen Perspektive kann demnach nur aufgrund der Qualitätseffekte (geringere Verweildauern, weniger Komplikationen) von positiven Effekten auf die Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung ausgegangen werden. Die höheren Koordinationskosten nach der Implementierung von Task Shifting werden bislang unzureichend im Tarifsysteem abgegolten. Im Falle neuer Tarifpositionen oder der Erweiterung bestehender Tarifpositionen wären sogar Kostensteigerungen im System durch TS denkbar.

### Niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung

Im stationären Bereich erlauben die erweiterten Rollenfunktionen insbesondere von Pflegefachpersonen eine Art Case-Manager-Funktion für Patientinnen und Patienteneinzunehmen, was die Verfügbarkeit von Ansprechpersonen erhöht und zu reibungsloseren, schnelleren (Eintritts-/Austritts-)Prozessen führen kann. In diesem Sinne kann hier auch von einem niederschweligen Zugang gesprochen werden.

In ambulanten Bereichen, in denen die Verfügbarkeit ärztlichen Personals einen Engpass in der Gesundheitsversorgung darstellt, erlaubt Task Shifting einen deutlich erleichterten niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dazu gehört die gestärkte Funktion der Apotheker und Apothekerinnen in der Grundversorgung (u. a. erleichterte Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln nach Art. 24 HMG; Grippeimpfungsmöglichkeit), die weiter ausgebaut werden könnte. In Hausarztpraxen erlaubt die Übertragung von Aufgabenbereichen auf Medizinische Praxisassistenten (MPAs), eine grössere Anzahl Patientinnen und Patienten zu versorgen, ohne die Kapazitäten des medizinischen Personals erhöhen zu müssen. Dabei ist jedoch zu prüfen, ob statt des vorherrschenden Delegationsprinzips bei der Task-Shifting-Implementierung nicht künftig auch Task Shifting nach dem Substitutionsprinzip sinnvoll und möglich wäre. Auf diesem Wege können die Potentiale der erweiterten Rollenfunktion an nicht-medizinische GF für einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung noch besser ausgeschöpft werden.

### **Auswirkungen auf die Versorgungsqualität**

Der Effekt potenzieller weiterer Task Shiftings auf die Versorgungsqualität kann auf Basis der vorliegenden Studie nicht abschliessend beantwortet werden. Dazu sind Modellversuche mit einer langfristigen wissenschaftlichen Begleitforschung zu den Auswirkungen dieser Task Shiftings notwendig. Dies liegt daran, dass die Prognose der Effekte auf die Versorgungsqualität ambivalent ausfällt. Während vor allem medizinische GF das Risiko sehen, dass die Zerstückelung und Aufteilung ihrer originär medizinischen Aufgaben an verschiedene GF dazu führt, dass das differenzierte Gesamtbild auf Patientinnen und Patienten verloren geht, betonen andere GF, dass Task Shifting eine intensivere, kontinuierlichere und bessere interprofessionelle Versorgung der Patientinnen und Patienten ermöglicht, als es bislang durch medizinisches Personal mit den begrenzten zeitlichen Ressourcen möglich gewesen ist. Entscheidend wird für die Versorgungsqualität bei Task Shifting, inwieweit eine IPZ zustande kommt. Eine erfolgreiche IPZ kann potenzielle Gefahren durch das Task Shifting vermindern und die Potentiale des Task Shifting optimal ausschöpfen. Diese Prämisse ergibt sich aus der Notwendigkeit, dass keine Profession für sich allein eine umfassende Gesundheitsversorgung leisten kann. In interprofessionellen Teams sollte damit der Skill-Grade-Mix optimiert werden und so die am besten für eine Aufgabe qualifizierte Person diese auch übernehmen.

## 6. FAZIT

### Würdigung der Projektergebnisse

Die im Projekt untersuchten Modelle zeigen, dass innerhalb von Task Shifting die Zuständigkeiten über zwei Wege verteilt werden können: bottom-up und top-Down. Bei Bottom-up-Modellen sind die Treiber Einzelpersonen innerhalb der Organisation, wobei beide Professionen vertreten sind. Task-Shifting-Implementierungen werden in den Grundzügen konzipiert und anschliessend eingeführt. Die Etablierung ist ein langjähriger Prozess, welcher laufende Anpassungen, Erweiterungen und Überarbeitungen beinhaltet. 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 die Modelltypen der KF 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 die PatientInnen 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 weiterer 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 Shiftings 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 Fachspezialistinnen 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 und Apotheken. Bei der Weiterentwicklung des Modells der klinischen Fachspezialistinnen und Fachspezialisten und der Advanced-Practice-Practitioner (APP)-Rolle in der Physiotherapie sind die bessere Abgrenzung der neuen Rollen in der Berufspraxis sowie die Abbildung dieser Rollen in Tarifsystemen zu nennen.

# Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2017). *Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017—2020*. Bern.

DBfK, ÖGKV, SBK (2013). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz -Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK. Positionspapier DBfK, ÖGKV und SBK zu APN*.

Jamieson, A. (2019). *Klinische Fachspezialisten. Tarifierungsprojektambulante Notfallpatienten*. Vortrag anlässlich des 3. Symposium für Klinische Fachspezialisten (18. Oktober 2019), Winterthur.

Körner, M., Wirtz, M. A., Bengel, J., & Göritz, A. S. (2015). Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0888-y>

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2>

Lüthi, F. (2020). Definition von SwissAPP. 2. *SwissAPP Symposium: Definition von SwissAPP, inter-nationale Standards und interprofessionelle Perspektiven*. Winterthur, 24.01.2020.

Maurer, M., Knöfler, F., Schmidt, R., & Brügger, U. (2017). *Sparpotentiale im Gesundheitswesen Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich*. Winterthur: WIG – Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW.

Niezen, M. G. H., & Mathijssen, J. J. P. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*, 117(2), 151–169. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.04.016>

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

Schibli, D. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung* (p. 33) [Report of the working group GDK and BAG]. Retrieved from GDK&BAG website: [http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_d.pdf)

Sottas, B., & Kissmann, S. (2015). *Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP)* [Teilbericht 1]. Bourguillon: Formative-Works.

World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Genf: World Health Organization.



# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zum methodischen Vorgehen	10
Tabelle 2: Übersicht zu den positiven und negativen Erfahrungen im Modell 1	13
Tabelle 3: Übersicht zu den Hoffnungen und Befürchtungen im Modell 1	13
Tabelle 4: Übersicht zu den Förderfaktoren und Barrieren für gelingende IPZ im Modell 1	14
Tabelle 5: Übersicht zu den positiven und negativen Erfahrungen im Modell 2	15
Tabelle 6: Übersicht zu den Hoffnungen und Befürchtungen im Modell 2	15
Tabelle 7: Übersicht zu den Förderfaktoren und Barrieren für gelingende IPZ im Modell 2	16
Tabelle 8: Übersicht zur Neuverteilung der Aufgaben im Hinblick auf das Task Shifting	17
Tabelle 9: Übersicht zu den Hoffnungen und Befürchtungen im Modell 3	17
Tabelle 10: Übersicht zu den Förderfaktoren und Barrieren für gelingende IPZ im Modell 3	18
Tabelle 11: Zusammenfassung zur Neuverteilung	19
Tabelle 12: Bewertungskonzept - Übersicht	23
Tabelle 13: Bewertungskonzept	23
Tabelle 14: Zusammenfassung der Auswirkungen von Task Shifting im Modell 1	24
Tabelle 15: Zusammenfassung der Auswirkungen von Task Shifting im Modell 2	28
Tabelle 16: Zusammenfassung der Auswirkungen von Task Shifting im Modell 3	32
Tabelle 17: Aus der Evaluation mit den ExpertInnen des Modell 1 resultierende Handlungsempfehlungen	38
Tabelle 18: Aus der Evaluation mit den ExpertInnen des Modell 2 resultierende Handlungsempfehlungen	41
Tabelle 19: Aus der Evaluation mit den ExpertInnen des Modell 3 resultierende Handlungsempfehlungen	43

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht zu den Praxismodellen	9
Abbildung 2: Übersicht zum Zusammenhang zwischen IPZ und Task Shifting.	20
Abbildung 3: Übersicht zu Methodik und Datenquellen	22
Abbildung 4: Zusammenfassung der ökonomischen Auswirkungen der KF auf die Systemebene	27
Abbildung 5: Zusammenfassung der ökonomischen Auswirkungen der KF auf die Systemebene	31
Abbildung 6: Zusammenfassung der ökonomischen Auswirkungen der Indikationenliste auf die Systemebene	35

# Abkürzungsverzeichnis

AP	Arbeitspaket
APN	Advanced Practice Nurse
APP	Advanced Practice Practitioner
GF	Gesundheitsfachperson
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
KF	Klinische FachspezialistInnen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PMOP	Peri-operatives Management in der Orthopädie durch die Physiotherapie
PROM	Patient Reported Outcome Measure
SD	Selbstdispensation
TS	Task Shifting

# Autorinnen und Autoren



**Sarah Schmelzer | Psychologie, M. Sc.**

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team Management im Gesundheitswesen**

Studium der Psychologie an der Universität Zürich. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Team Management im Gesundheitswesen seit 2016. Zuvor wissenschaftliche Mitarbeiterin am Simulationszentrum am Universitätsspital. Projekterfahrung und Fachkompetenz: Projektarbeit am Forschungsprojekt „Debriefings as Enabler for Learning in Ad-hoc Action Teams in Healthcare“ (USZ) vor allem im Bereich Kodierung und statistische Analysen von interprofessionellen Teams. Knowhow im Bereich Arbeits- und Organisationspsychologie, Human Factors, qualitative und quantitative statistische Auswertungen, sowie Erfolgskontrollstudien von Prozessoptimierungen im Gesundheitswesen.



**Eva Hollenstein | MSc BA**

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team Management im Gesundheitswesen**

Studium Public und Nonprofit Management (MSc) an der ZHAW und der Gesundheitswissenschaften (Mag, UMIT). Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team Management im Gesundheitswesen am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. Projekterfahrungen und Fachkompetenz in Evaluationen von Versorgungsleistungen, Analyse und Optimierung von Prozessen im Gesundheitswesen sowie Entwicklung von Messinstrumenten und Qualitätsmanagementsystemen.



**Johanna Stahl | Dipl. Psych.**

**Praktikantin im Team Management im Gesundheitswesen**

Diplomstudium der Psychologie an der Christian-Albrechts-Universität Kiel in Deutschland. Seit Februar 2020 am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie als Praktikantin tätig. Die Themenschwerpunkte von Johanna Stahl sind: Arbeits- und Organisationspsychologie, PatientInnenfeedback und Interprofessionelle Zusammenarbeit.

**Marion Huber | Dr. phil.**



**Stv. Leitung Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis**

Doktorat in Psychologie (Dr. phil.) sowie MSc. Cognitive and Brain Sciences und BSc. Psychologie an der Universität Basel. Diplomierte Physiotherapeutin des Universitätsklinikums Freiburg im Breisgau (Deutschland). 20 Jahre Berufserfahrung als Physiotherapeutin, 10 Jahre als Dozentin und Stv. Leiterin der Fachstelle für interprofessionelle Lehre und Praxis an der ZHAW mit 15 Jahren Forschungserfahrung im Gesundheitswesen, davon 10 Jahre im Bereich interprofessionelle Lehre und Zusammenarbeit. 15 Jahre Lehrtätigkeit im Gesundheitsbereich. Langjährige Erfahrung in interdisziplinären Forschungsprojekten, davon 5 Jahre universitäre Grundlagenforschung im Bereich Neuropsychologie, 10 Jahre in qualitativer Verhaltensforschung bei schwerst hirnerkrankten Menschen und Therapiewirksamkeit. Diverse Publikationen im Bereich interprofessionelle Zusammenarbeit und Entwicklung interprofessioneller Befunderhebungsinstrumente in der Neurologie. Aktuell Projektleitung im BAG-Projekt „Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate“.



**Irina Nast | Prof. Dr.**

**Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Physiotherapie**

Doktorat in Psychologie (Dr. phil.) an der Universität Basel und Lizentiat in Psychologie (Lic. phil.) an der Universität Zürich, Professorin für Physiotherapie ZFH. Dozentin für qualitative Forschungsmethoden, Epidemiologie und Statistik auf Bachelor-, Master- und Weiterbildungsebene.

Forschungsschwerpunkte: Entwicklung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle im physiotherapeutischen Kontext (u.a. Advanced Practice), Usability neuer Technologien. Diverse Publikationen im Bereich Entwicklung von Advanced Physiotherapy Practice (APP) Modellen in der Schweiz und randomisierte Kontrollstudien zur Evaluation eines neuen Modellvorhabens in der Physiotherapie.



**Markus Wirz | Prof. Dr.**

**Leitung Forschung und Entwicklung Physiotherapie**

Ausbildung: Physiotherapeut, PhD in Gesundheitswissenschaften. Berufserfahrung: 1991-2014: Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik Balgrist, Zürich, Physiotherapeut, Teamleiter und wissenschaftlicher Mitarbeiter. Seit 2014: ZHAW, Institut für Physiotherapie, Leiter Forschung

und Entwicklung. Projekterfahrung und Fachkompetenz: Langjährige Erfahrung in der klinischen und angewandten Forschung im Rahmen nationaler (KTI und Auftragsforschung) und internationaler Projekte (Horizon 2020 und Stiftungen), Projektmanagement und Teamleitung. Schwerpunkte: nicht-pharmakologische Interventionen, klinisches Assessment sowie Implementierung neuer Technologien. 25 peer-reviewed Publikationen sowie zwölf Buchbeiträge.



**Florian Liberatore | Privatdozent Dr. rer. pol.**

**Stv. Leiter Team Management im Gesundheitswesen**

Volkswirtschaftsstudium mit anschliessendem Doktorat im Bereich BWL und Habilitation als Privatdozent an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg (DE). An der genannten Universität am Lehrstuhl für Marketing und Gesundheitsmanagement als Wissenschaftlicher Mitarbeiter von

2004-2009 und danach als Akademischer Rat bis 2014 tätig. Von 2013-2014 Vertretungsprofessur im Fach Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen an der Wissenschaftlichen Hochschule Lahr (DE). 2014 erfolgte der Wechsel an das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie als stellvertretender Leiter des Teams Management im Gesundheitswesen und Dozent. Florian Liberatores Expertise liegt auf den Gebieten PatientInnenverhalten im Gesundheitswesen, Qualitätsindikatoren und Qualitätsmanagementsysteme, Value-based Healthcare Management, Analyse/Optimierung von Schnittstellen sowie interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

# Anhang

## Anhang 1 – Stichprobenbeschreibung Modell 1

Die nachfolgenden Abbildungen fassen die Stichprobenmerkmale hinsichtlich Berufsgruppen, Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Arbeitszeit im Projekt zusammen.

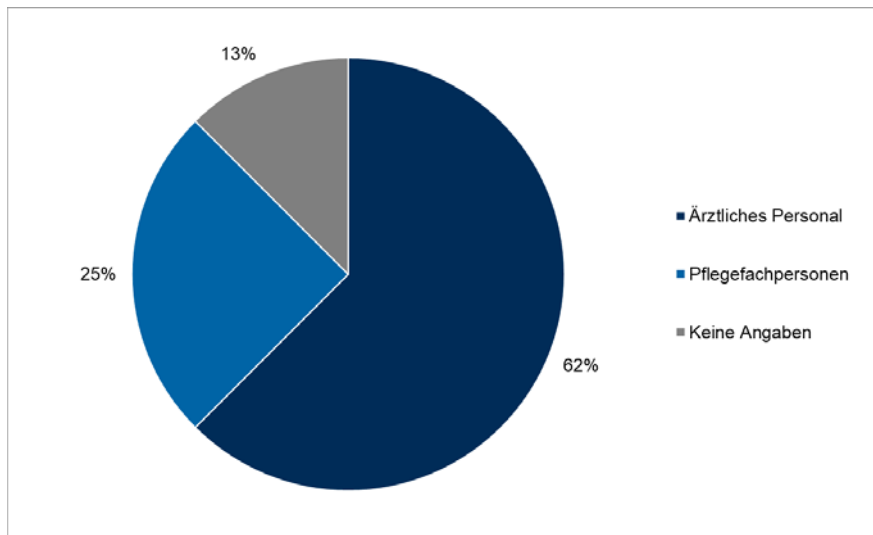


Abbildung 7: Modell 1 – Berufsgruppen (n=8)

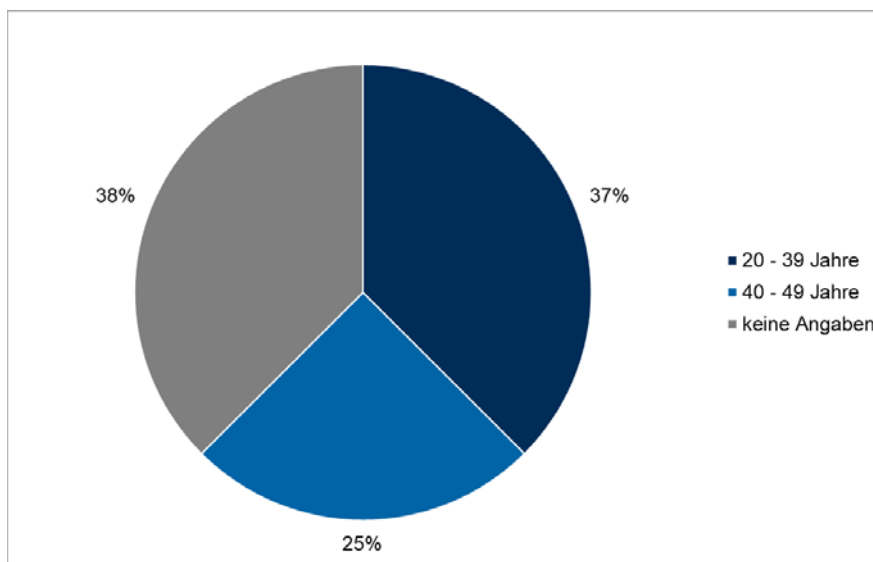


Abbildung 8: Modell 1 – Altersverteilung (n=8)

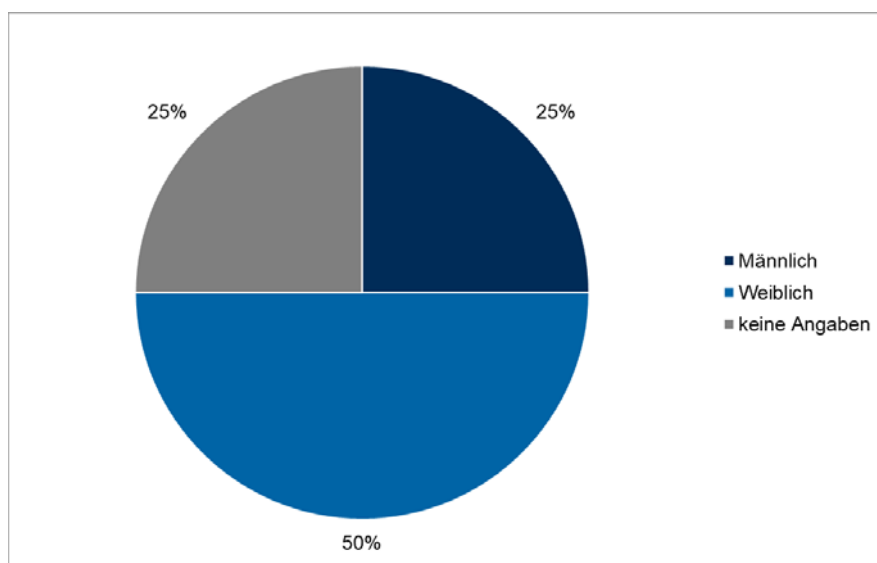


Abbildung 9: Modell 1 – Geschlecht (n=8)

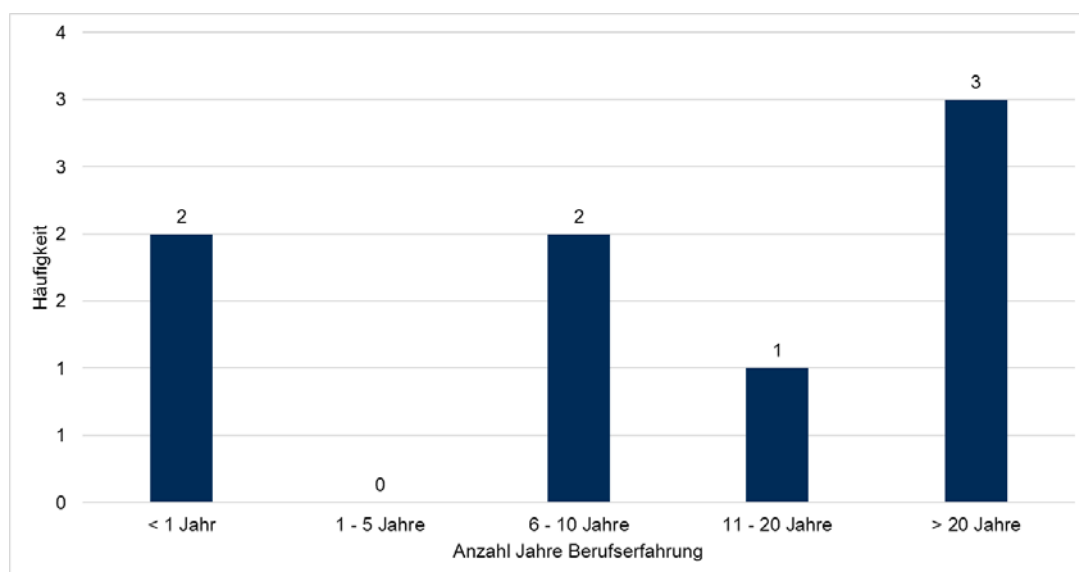


Abbildung 10: Modell 1 – Berufserfahrung (n=8)

Der prozentuale Anteil der Arbeitszeit im Projekt (in Relation zu der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit) lag bei 3 Personen < 10%, 3 Personen arbeiteten 50% oder mehr im Projekt, 2 Personen machten keine Angaben.

## Anhang 2 – Stichprobenbeschreibung Modell 2

Die nachfolgenden Abbildungen fassen die Stichprobenmerkmale hinsichtlich Berufsgruppen, Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Arbeitszeit im Projekt zusammen.

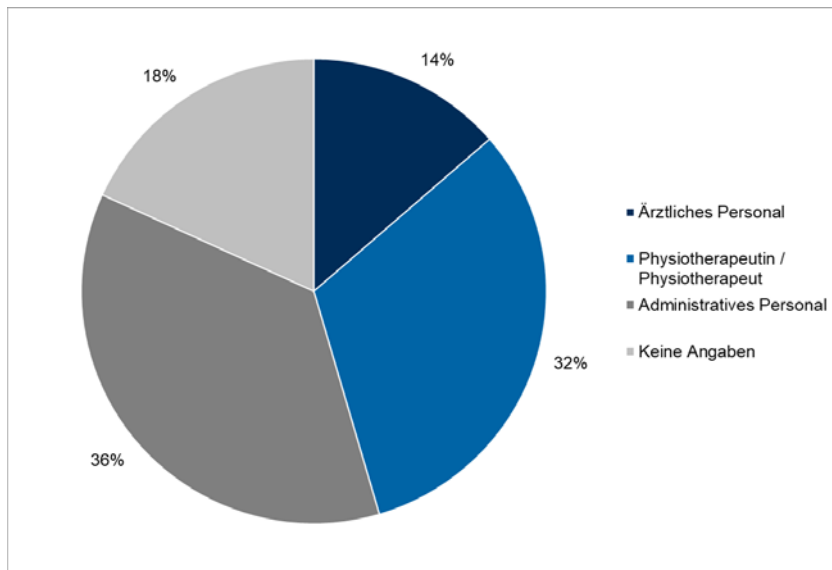


Abbildung 11: Modell 2 – Berufsgruppen (n=22)

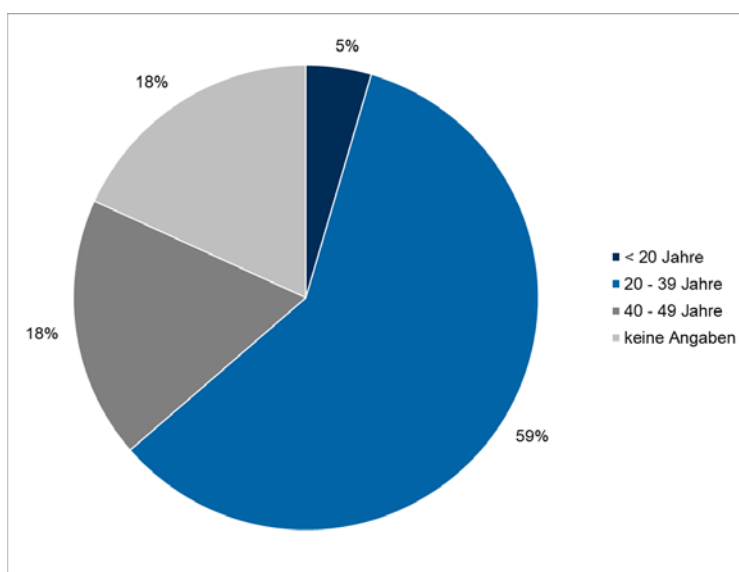


Abbildung 12: Modell 2 Altersverteilung (n=22)



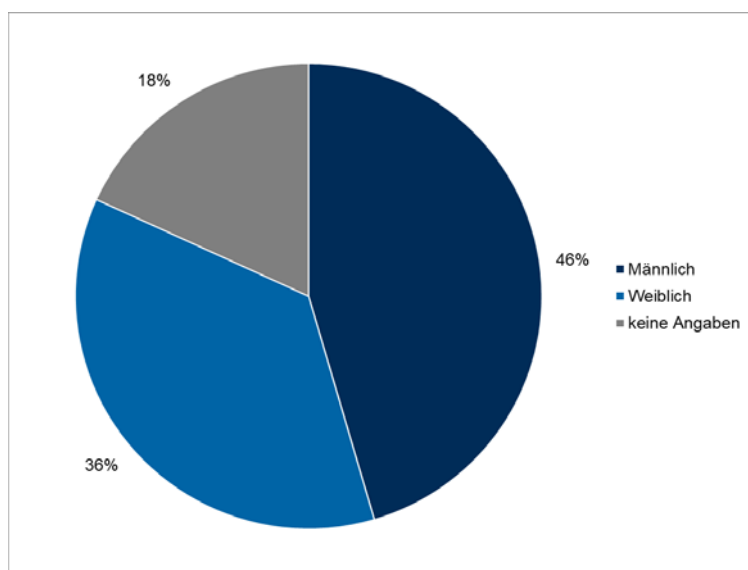


Abbildung 13: Modell 2 - Geschlecht (n=22)

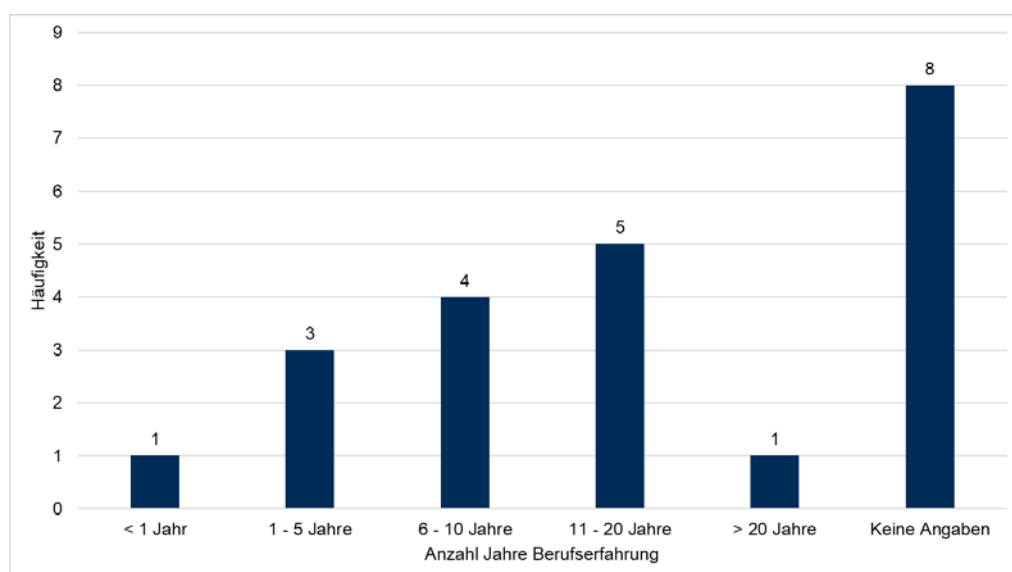





Abbildung 14: Modell 2 – Berufserfahrung (n=22)

Der prozentuale Anteil der Arbeitszeit im Projekt (in Relation zu der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit) lag bei sieben Personen unter 10%, vier Personen arbeiteten zwischen 10%-20% im PMOP Projekt, zwei Personen arbeiteten mehr als 20% im Projekt, acht Personen machten keine Angaben.

## Anhang 3 – Übersicht zu den Sprechstundentypen Modell 2

	Szenario	Beschreibung	Zeitaufwand	Beispiel
	<b>Aufeinanderfolgende Sprechstunden</b>	PatientIn besucht die ärztliche und physiotherapeutische Sprechstunde unabhängig und aufeinanderfolgend.	Insgesamt 1 Stunde (jeweils 30 Minuten pro Profession)	Präoperative Sprechstunden (RM & VKB)
	<b>Supervision fix</b>	Die Sprechstunde wird durch PhysiotherapeutIn geführt, Arzt/Ärztin kommt kurz hinzu	Insgesamt 30 Minuten – Anteil Arzt/Ärztin ca. 5-10 Minuten	6 Wochen postoperativ RM
	<b>Supervision nach Bedarf</b>	Die Sprechstunde wird durch den PhysiotherapeutIn geführt, der Arzt/Ärztin kommt nur bei Bedarf (bspw. bei Spezialfällen) hinzu.	Insgesamt 30 Minuten	9 Monate postoperative VKB

# Anhang 4 - Evaluationskonzept

## Modell 1 – KF

Dimension	Indikator	Fragestellung gemäss BAG Ausschreibung
<b>Versorgungsqualität</b>		
PatientInnen	PatientInnenzufriedenheit	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen (PatientInnenebene allgemein)
	Anzahl post-operative Komplikationen	
	Anzahl Überweisung auf die Intensivstation	
	Verweildauer	
	Wiedereintritte	
Mitarbeitende	FAT (Fragebogen zur Arbeit im Team)	Rolle der IPZ
	Mitarbeitendenzufriedenheit	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich möglicher Konkurrenzsituationen zwischen den Fachpersonen  (Mitarbeitendenebene allgemein)
	Verweildauer im Beruf	
	Überstunden pro Berufsgruppe	
	Anzahl Vollzeitäquivalente / Stellenprozente pro Berufsgruppe	
Prozess	Doppelspurigkeiten	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich möglicher Doppelspurigkeiten
	Zusammenarbeit mit internen (nachgelagerten) Stellen	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen  (Prozesse allgemein)
<b>Ökonomie</b>		
Ökonomie	Kosten pro Fall	Welche ökonomischen Auswirkungen hat das Task Shifting auf Betriebs-/ Organisationsebene?
	Erlös pro Fall	
	Personalkosten pro Fall	
	CaseMix	

**Modell 2 – PMOP**

Dimension	Indikator	Fragestellung gemäss BAG Ausschreibung
<b>Versorgungsqualität</b>		
PatientInnen	PatientInnenzufriedenheit	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen (PatientInnenebene allgemein)
	Quality of Life	
	Stress	
	Funktionsfähigkeit (PROM)	
	Schmerzen	
	Angstvermeidungsverhalten	
Mitarbeitende	Mitarbeitendenzufriedenheit	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich: Möglicher Konkurrenzsituationen zwischen den Fachpersonen
	IPZ	Rolle der IPZ
	Überstunden pro Berufsgruppe	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen: (Mitarbeitendenebene allgemein)
	Vollzeitäquivalente Stellen pro Berufsgruppe	
Prozess	Prozessabläufe	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich: Möglicher Doppelspurigkeiten
	Interne Nachbetreuung Physiotherapie	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen (Prozesse allgemein)
	Niederschwelliger Zugang	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich: Dem niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für die PatientInnen
<b>Ökonomie</b>		
Ökonomie	Durchschnittliche Personalkosten nach Berufsgruppen	Welche ökonomischen Auswirkungen hat das Task Shifting auf Betriebs-/ Organisationsebene?
	Kosten/Erlös ohne PMOP	
	Kosten/Erlös mit PMOP	
	Kosten/Erlös pro Zeiteinheit	

**Modell 3 - Indikationenliste**

Dimension	Indikator	Fragestellung gemäss BAG Ausschreibung
<b>Versorgungsqualität</b>		
PatientInnen	Allgemeine PatientInnenmerkmale	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich: Dem niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für die PatientInnen  (PatientInnenebene allgemein)
	PatientInnenzufriedenheit	
	Vertrauen (inkl. Widersprüchliche Informationen)	
	Örtlichkeit / Diskretion	
	Niederschwelliger Zugang (inkl. Delay)	
	PatientInnenseitige Kosten	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich: Dem niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für die PatientInnen
	Shared-decision making	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich: Dem niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für die PatientInnen  (PatientInnenebene allgemein)
	Rollenwahrnehmung ApothekerIn	
	Kostenakzeptanz	
	PatientInnenpfade	
Mitarbeitende	Mitarbeitendenzufriedenheit	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich möglicher Konkurrenzsituationen zwischen den Fachpersonen  Rolle der IPZ  (Mitarbeitendenebene allgemein)
	Kontakthäufigkeit Arzt/Ärztin sowie ApothekerIn	Welche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität lassen sich erkennen, z.B. hinsichtlich: Möglicher Doppelspurigkeiten
<b>Ökonomie</b>		
Ökonomie	Abgaben an Wochenenden/Randzeiten	Welche ökonomischen Auswirkungen hat das Task Shifting auf Betriebs-/ Organisationsebene?
	Cross-Selling Effekte	
	Kosten und Erlösszenarien für Apotheken mit und ohne die Indikationenliste	
	Kosten und Erlösszenarien für Hausarztpraxen mit und ohne die Indikationenliste	

# School of Management and Law

St.-Georgen-Platz 2  
Postfach  
8401 Winterthur  
Schweiz

[www.zhaw.ch/sml](http://www.zhaw.ch/sml)



**AACSB**  
ACCREDITED

**swissuniversities**