

# Kosten-Nutzen-Analyse von interprofessioneller Zusammenarbeit

## Kurzbeschreibung des Forschungsprojekts M9

*Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe*

*Auftragnehmer/Forschungsteam: Mario Morger und Kilian Künzi (BASS), Peter Berchtold und Christof Schmitz (college M)*

### Ausgangslage

Die Diskussion um das künftige Zusammenspiel zwischen den Gesundheitsberufen sowie um neue Rollen nichtärztlicher Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren auch in der Schweiz insbesondere unter dem Begriff «Interprofessionelle Zusammenarbeit» (IPZ) an Dynamik gewonnen. Dies als Folge des zunehmenden Versorgungsbedarfs (immer mehr ältere, pflegebedürftige Menschen und Personen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen) und der im Vergleich zu Wertschöpfung und Haushaltseinkommen stetig steigenden Gesundheitskosten. In der Forschung herrscht genereller Konsens, dass IPZ eine Vielzahl an positiven Wirkungen haben kann. Eine vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene Studie (Sottas/Kissmann 2015) weist aber darauf hin, dass bisher bezüglich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von IPZ kaum verallgemeinerbare Evidenz vorhanden sei. Diese Lücke soll das vorliegend beschriebene Projekt schliessen helfen.

### Forschungsfragen / Projektziele

Für mehrere versorgungsspezifische Settings soll aufgezeigt werden, mit welchen einmaligen und wiederkehrenden Kosten IPZ verbunden ist und welcher Nutzen oder welche Kosteneinsparungen diesen gegenüberstehen. Die konkrete Forschungsfrage lautet: Wie verändert sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis von interprofessionell arbeitenden Teams im Verhältnis zu eher «konventionell» arbeitenden Teams im Laufe der Zeit? Die betriebswirtschaftliche Sicht wird dabei durch weitere Aspekte ergänzt. Beispielsweise ist geplant, die Auswirkungen der IPZ auf die Patient/innen zu berücksichtigen.

### Hypothesen / Erwartungen

Die Einführung bzw. Intensivierung von IPZ erfordert die Einrichtung von spezifischen Prozessen, Strukturen und gegebenenfalls auch Infrastrukturaufwand. IPZ bringt einen erhöhten Koordinationsbedarf mit sich und das involvierte Personal muss entsprechend weitergebildet werden. Die Einführung neuer IPZ-Strukturen führen also in der Regel zu kurzfristigen höheren Kosten im Gesundheitswesen. Die Forschungsliteratur zeigt aber auch relativ deutlich, dass IPZ einen stationären Spitalaufenthalt verkürzen, Wiedereintritte verhindern oder Medikamentenkonsum reduzieren kann (bspw. Barrett et al. 2007). Insbesondere bei chronischen Krankheiten sind die positiven Wirkungen, nicht zuletzt auch auf die Lebensqualität, feststellbar (Madan et al. 2013; Martinez-Gonzalez et al. 2014). Relevante Kosten(senkungs)faktoren für Leistungserbringer können ausserdem Delegation (z.B. Übertragung von Aufgaben des teureren ärztlichen Personals auf das günstigere Pflegepersonal), Wissensübertragung (z.B. interdisziplinäre Fallbesprechungen) oder die Mitarbeiterbindung durch erhöhte Personalfriedenheit sein.

Wir leiten aus den bisherigen (überwiegend qualitativen) Forschungserkenntnissen folgende Hypothesen ab: Erstens erwarten wir, dass die Errichtung von IPZ-Strukturen in einer ersten Phase Investitions-

kosten darstellen, denen nicht unmittelbar ein Ertrag in gleicher Höhe gegenübersteht. Zweitens ist zu vermuten, dass sich interprofessionelle Zusammenarbeit mittel- bis langfristig sowohl betriebs- als auch volkswirtschaftlich auszahlen kann. Allerdings gehen wir drittens davon aus, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis von IPZ je nach Setting stark unterschiedlich ausfällt und einzelne IPZ-Projekte auch ein negatives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen können.

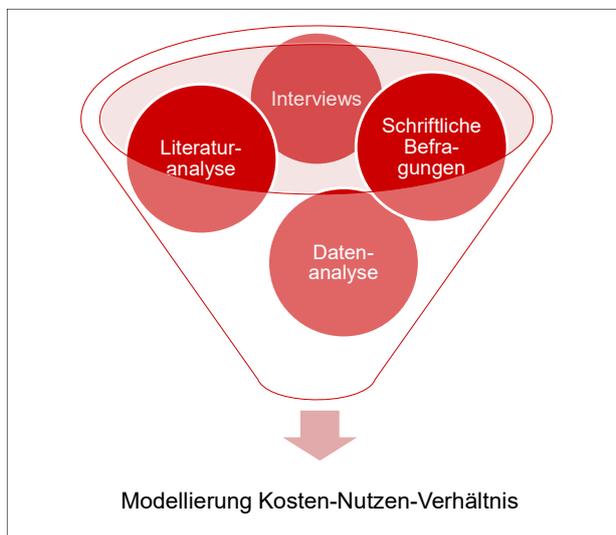
### Konzeptionelle Herausforderungen

IPZ ist nicht per se als eigenständige Massnahme oder definiertes Instrument zu verstehen. Häufig wird situationsbezogen mal professionell, mal interprofessionell gearbeitet und dies alles im gleichen Kontext (Atzeni et al 2017). Daraus ergeben sich hohe Anforderungen an die Messbarkeit von Kosten und Nutzen der IPZ. Methodisch handelt es sich nicht nur um eine absolute Bewertung, sondern vor allem auch um eine relative Beurteilung von IPZ gegenüber dem herkömmlichen, professionellen Miteinander der Gesundheitsberufe in verschiedenen Versorgungssettings.

Hinzu kommt eine weitere methodische Herausforderung. Diese besteht darin, die Wirkung des interessierenden Gegenstandes von allgemeinen Trends (z.B. generell optimierte Arbeitsprozesse, neue Organisationsstrukturen) und Dritteffekten (Änderung des Gesundheitszustandes in der Bevölkerung, Änderungen in der Finanzierungsstruktur, etc.) zu isolieren. Ein Kosten-Nutzen-Modell sollte also die kausalen, von IPZ ausgehenden, Effekte quantifizieren können. Hierzu benötigt man Vergleichsgruppen, welche keine oder kaum IPZ kennen, ansonsten aber möglichst ähnlich in Bezug auf alle anderen relevanten Faktoren sind, die die Kosten- und Nutzen beeinflussen.

### Methodisches Vorgehen

Zur Modellierung von Kosten und Nutzen der IPZ werden Informationen aus der Literatur, aus Interviews, Befragungen und mithilfe von sekundärstatistischen Daten gewonnen (vgl. Abbildung):



■ **Literaturanalyse:** Im ersten Schritt des Forschungsprojekts wird aufgrund der relevanten Literatur der aktuelle Kenntnisstand zu Kosten und Nutzen der IPZ erarbeitet, um erstens einen Eindruck über die in der Forschung breit akzeptierten qualitativen Wirkungen zu erlangen und zweitens, um quantitative Angaben zu diversen Dimensionen von Kosten und Nutzen zu erhalten.

■ **Online-Befragung:** Wir sehen vor, in rund 30 klinischen Settings (z.B. Chirurgie, Innere Medizin und Palliativ-Care oder Psychiatrie) Befragungen bei den Mitarbeitenden und der Klinikleitung durchzuführen. Die Fokussierung auf den stationären Sektor und die vor- bzw. nachgelagerten Bereiche erfolgt in

der Annahme, dass in diesem Kontext viele Berufsgruppen (interprofessionell) arbeiten. Innerhalb der zu untersuchenden stationären Settings sowie der vor- und nachgelagerten Bereiche werden möglichst alle involvierten Gesundheitsberufe mit einbezogen. Diese Befragungen haben drei Ziele:

- Durch Befragung der Klinikleitung wird erhoben, welche IPZ-Instrumente eingesetzt bzw. IPZ-Massnahmen umgesetzt werden.
- Durch quantitative Befragung der Mitarbeitenden wird erhoben, wie IPZ effektiv erlebt und eingeschätzt wird. Die Befragung wird auf Ebene der Klinik stattfinden und hat zum Ziel, individuelle, Gruppen- und organisationale Aspekte messen.
- Durch Befragung der Mitarbeitenden und der Klinikleitung wird schliesslich die subjektive Einschätzung zu den Kostenfolgen der IPZ-Instrumente eingeholt (einmalige Kosten für Implementierung IPZ, Zeitaufwand für zusätzliche Koordination, Entlastung durch Delegation, etc.).

■ **Qualitative Interviews:** Die schriftliche Befragung wird durch vorstrukturierte und Leitfragen-gestützte Interviews bei Klinikleitenden bzw. Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen ergänzt und zwar bei denjenigen Kliniken, wo die Ergebnisse aus der Online-Befragung besonders interessante IPZ-Settings nahelegen.

■ **Deskriptiv-statistische und ökonomische Analysen:** Aus den Befragungsergebnissen werden Indikatoren über das Ausmass von IPZ in den Kliniken entwickelt. Diese Informationen werden in einem nächsten Schritt mit Kostendaten und Umfragedaten zur Patientenzufriedenheit konfrontiert. Deskriptiv wird sodann verglichen, inwieweit sich die Fallkosten und die Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit der Intensität von IPZ unterscheiden. Hierzu werden **Clusteranalysen** durchgeführt (Vergleich von jeweils relativ homogenen Klinikgruppen). Eine solche Analyse kann erste wertvolle Hinweise auf mögliche Zusammenhänge liefern. Zur Analyse der kausalen Wirkung der IPZ sehen wir sodann ökonomische Verfahren (multivariate statistische Methoden) vor.

Im Rahmen der abschliessenden Synthesearbeiten werden die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse, der Befragungen, Interviews und Datenanalysen strukturiert, miteinander abgeglichen und validiert. Soweit möglich, werden Kosten und Nutzen mithilfe von Annahmen quantifiziert.

## Literatur

Atzeni Gina, Christof Schmitz und Peter Berchtold (2017): Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit, Studie im Auftrag der SAMW, swiss academies reports 12/2 2017

Barrett Juanita, Veron Curran, Lindsay Glynn und Marshall Godwin (2007): CHSRF Synthesis – Inter-professional collaboration and quality primary healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Madan Alok, Jeffery Borckardt, Kelly Barth, Jeffrey Romagnuolo, Katherine Morgan und David Adams (2013): Interprofessional collaborative care reduces excess service utilization among individuals with chronic pancreatitis. *Journal for Healthcare Quality* 35(5): 41–46

Martinez-Gonzalez Nahara, Peter Berchtold, Klara Ullman, André Busato und Matthias Egger (2014) : Integrated care programmes for adults with chronic conditions : a meta review. *International Journal for Quality in Healthcare* 26(5): 561-570

Sottas Beat und Stefan Kissmann (2015): Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP), Teibericht 1 im Auftrag des BAG, sottas formativ works