

“ Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema

Beat Sottas

Im Gegensatz zu anderen Sektoren stößt das Thema Interprofessionalität in der Gesundheitswirtschaft auf erhebliche Widerstände. Die zögerliche Haltung mag auf Ängsten bezüglich unklaren Abläufen und Zuständigkeiten basieren, vielleicht auch auf der Befürchtung, dass kein Chef Entscheide fällt, für die er (oder sie) persönlich haftet. Die Entscheidungsträger in Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik fordern deshalb belastbare Wirksamkeitsbelege, welche die Vorteile und den Nutzen interprofessioneller Praxis und Ausbildung bestätigen (bzw. widerlegen).

Die WHO plädiert schon seit den 1970er Jahren für einen Übergang vom hierarchischen und paternalistischen Handlungsmodell hin zu besserer Partizipation und mehr Interprofessionalität im Gesundheitswesen (WHO, 1973; WHO, 2010). Auch andere prominente Akteure lancieren immer wieder Appelle für eine bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachpersonen und postulieren, dass damit mehr Wirksamkeit, mehr Patientensicherheit, weniger Leerlauf und Effizienzverluste sowie letztlich tiefere Kosten erreicht werden können (z.B. Frenk et al., 2010; Wissenschaftsrat, 2012). Die Innovationsdiskussion wird stimuliert durch Erfahrungen in den angelsächsischen und nordischen Ländern, die darauf hinweisen, dass eine systemisch konzipierte und systematisch angelegte Kooperation in der Praxis („interprofessional practice“, IPP) sowie eine verbesserte interprofessionelle Ausbildung („interprofessional education“, IPE) signifikante Vorteile gegenüber der konventionellen, monoprofessionell-hierarchischen Prozessführung und Arbeitsorganisation hat.

Als Hypothese kann entsprechend formuliert werden, dass sich eine interprofessionelle Organisation der Arbeit mit betonter Teamorientierung in der Kosteneffizienz niederschlagen muss.

Im folgenden Beitrag sollen zuerst einige Entwicklungen im Umfeld aufgearbeitet werden, welche interprofessionelle Kooperation fördern oder erfordern. In einem zweiten Schritt werden grundsätzliche Aspekte von Interprofessionalität beleuchtet. Im dritten Teil wird der Blick auf die ökonomischen Fragen der Interprofessionalität bzw. auf die Hypothese der Kosteneffizienz gerichtet.

Entwicklungen im Umfeld (er-)fordern Interprofessionalität

Die Gesundheitswirtschaft und die Versorgungsstrukturen werden von mehreren Megatrends getrieben, die mit unterschiedlichen, teils konvergierenden Wirkungsketten starke Umbrüche erzeugen:

- a) demographischer und epidemiologischer Wandel
→ Effekt: zunehmende Hochaltrigkeit und steigender Anteil von Menschen mit multimorbiden und degenerativen Krankheitsverläufen; die WHO spricht von einem „slow motion disaster“ (WHO 2010). Beim Leben mit chronischer Krankheit greifen konventionelle Interventionsmuster der Medizin kaum: Alterungsprozesse sind keine Krankheiten und Heilung ist i.d.R. nicht möglich.
- b) überproportional steigenden Gesundheitskosten
→ Effekt: die Gesundheitswirtschaft wird industrialisiert und realisiert Effizienzsteigerungen, u.a. durch minimal invasive Verfahren, kurze Aufenthaltszeiten und durch Externalisieren der Prozesse über die traditionellen Sektorengrenzen hinweg: „Ambulantisierung“ und Verschieben der Versorgung (und Kosten) entweder in den Privathaushalt oder in den Reha- und Langzeitbereich.
- c) Verknappung der Arbeitskräfte
→ Effekt: Bildungsinitiativen, Personalimport sowie Substitution durch Automatisierung und Robotik. Strategien auf der Personalebene greifen kaum, weil im Hintergrund ein doppelter Prozess läuft:
 - demographischer Wandel: weil die Baby-Boomer in Rente gehen entsteht eine Pensionierungswelle, unten können die Lücken wegen der abnehmenden Zahl von Schulabgängern nicht gefüllt werden; für die Schweiz kommt der Volksentscheid zur Begrenzung der Einwanderung erschwerend hinzu.
 - kurze Berufsverweildauer: in der Schweiz verlassen in der Medizin 32% und in der Pflege 46% der Ausgebildeten den Beruf (Lobsiger et al. 2016).Lösungen werden von technologischen Innovationen erwartet, von AAL über Devices und Pharmazeutika bis hin zum Personalersatz in Service, Diagnostik, Therapie und Pflege.
- d) mündige Bürger und Patienten
→ Effekt: Veränderung des Nutzerverhaltens
Insbesondere bei komplexen und chronischen Krankheitsverläufen wollen sie als Experten ihrer eigenen Situation, als Versorgungspartner und Ko-Produzenten mitwirken und mitentscheiden. Anweisung und Anleitung genügt nicht. Sie verstehen sich vermehrt als autonome und bezahlende Kunden sowie als informierte und vergleichende Einkäufer von Leistungen. Anstelle von rigiden Angebotsstrukturen suchen sie verfügbare und personalisierte Ansprechstrukturen.

In der Konsequenz führen diese Megatrends und die damit einhergehenden Effekte dazu, dass die hergebrachten, auf Intervention bei kritischen Akutsituationen ausgelegten Prozesse und die hoch strukturierten Entscheidungswege relativ gesehen an Bedeutung verlieren. Bei der rasch ansteigenden Masse von Menschen mit chronischen Krankheiten oder langwierigen Genesungsverläufen dominierende weniger dringliche und kritische Settings. Retchin (2008: 930) hat diese Entschleunigung mit einer Kurve dargestellt und begründet robust, dass die vielschichtige Komplexität der Reha, in der Primärversorgung, in der Polypharmazie bei mehreren chronischen Krankheiten oder auch in palliativen Situationen nicht direktive Entscheide, sondern interprofessionelles Co-Management verlangt.

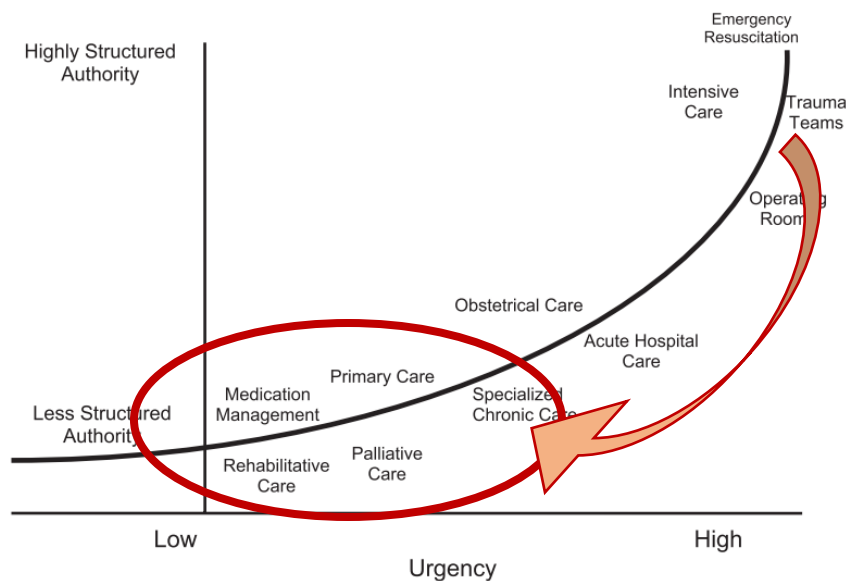


Abb. 1: Multimorbidität verschiebt den Focus von Interventionen bei kritischen Akutsituationen, die ein strukturiertes und direktives Vorgehen erfordern, zu Settings, die von einer einzigen Fachperson nicht bewältigt werden können und entsprechend Co-Management unterschiedlicher, verteilter Kompetenzen verlangen. Quelle: Retchin 2008, ergänzt durch Autor.

Diese Transformation erfordert die Entwicklung und Implementierung neuer Versorgungsmodelle, die in eine neue Zuteilung von Aufgaben und Rollen, namentlich zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegefachpersonen münden. Konventionelle Ausbildungen in Medizin und Pflege adressieren diesen Wandel ungenügend, u.a. auch, weil bestehende Berufsidentitäten, die Lehrpläne, aber auch Werte und Normen sich immer noch stark auf traditionelle Berufsbilder aus der kritischen Akutversorgung mit hierarchisch geprägten Strukturen ausrichten.

Interprofessionalität ist nicht gleich Interprofessionalität

Es gibt zahlreiche Definitionen von interprofessioneller Zusammenarbeit, weil in der Literatur ganz unterschiedliche Zusammenarbeitsformen als interprofessionell bezeichnet. Die theoretische Trockenübung im monoprofessionellen Klassenraum-Setting, die 3-Minuten-Notfall-Simulation und routinemässig interprofessionellen Arbeitsabläufe bei der Therapie von aphasischen Schlaganfall-Patienten stehen offensichtlich nicht gleichwertig als „gute interprofessionelle Praxis“ nebeneinander.

Kälble (2004) beschreibt Interprofessionalität so, „dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten (optimal) nutzbar gemacht werden“ (S. 40).

Nach D'Amour et al. (2005) zeugt Interprofessionalität, vom Streben aller Beteiligten, die verschiedenen Fachrichtungen und deren Herangehensweisen in Einklang zu bringen. Dies setzt kontinuierliche Interaktion und permanenten Wissensaustausch voraus (S. 9). Diese Form der Kollaboration schliesst neben dem Behandlungsteam auch den Patienten und sein soziales Umfeld mit ein. Gemeinsam soll

partizipativ und koordiniert eine Entscheidung hinsichtlich der Behandlung erreicht werden (CIHC 2010 S. 11).

Zwarenstein et al. (2009) formulieren es noch einmal anders – stärker soziologisch – und sprechen von einem ausgehandelten Übereinkommen zwischen den Gruppen, hinsichtlich des Fachwissens und der Beiträge, welche sie einbringen können. Interprofessionalität schließt dadurch auch die daraus erwachsenden Problemfelder ein, wie z.B. Spannungen durch Machtgefälle, Kommunikationsprobleme, Missverständnisse hinsichtlich Rollen und Verantwortung, sowie Konflikte durch unterschiedliche Vorstellungen bei der Behandlung und Versorgung.

Methodenprobleme bei der Kosteneffizienz von Interprofessionalität

Die Definition von Zwarenstein lässt anklingen, dass in der soziologischen Gemengelage verschiedene Abgrenzungsprobleme bestehen. Rüegg-Stürm (2007) sieht dies als Ergebnis des Zeitdrucks in der Akutversorgung, wo der Fokus auf der zeitlich getakteten Interaktion und einer therapeutischen Beziehung mit unmittelbarer Wertschöpfung am Patienten liegt. Diese steht über allem - absorbiert aber so viel Aufmerksamkeit und Energie, dass grundlegende Problemstellungen einer durchgängig patientenzentrierten Wertschöpfung über die unmittelbare Arbeit am Patienten hinaus unzureichend adressiert werden. In der Managementperspektive birgt dies nach Auffassung dieses Autors die Gefahr, dass Grundfragen des krankenhausweiten Organisierens und Führens über alle Funktionen hinweg systematisch vernachlässigt werden.

Aus diesen Bedingungen ergeben sich fünf Probleme für Untersuchungen der Kosteneffizienz:

1. Die *Akutversorgung im Krankenhaus hat interprofessionelle Zusammenarbeit gar nicht im Blick*. Weil sie gem. Retchin (2008) ein hoch strukturiertes Vorgehen erfordert, verläuft sie meist hierarchisch und direktiv.
→ Weil eine veränderte Art der Erbringung von Versorgungsleistungen aus historischen Gründen gar nicht denkbar ist, wird der Aspekt im Management systematisch vernachlässigt (Rüegg-Stürm 2007). Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung fördert die Blickverengung: disruptive Innovationen werden von der Technologie erwartet, nicht im Prozessmanagement.
2. Es kann *nicht durch eine kurzfristige Intervention von klassischer Versorgung auf interprofessionelle Versorgung gewechselt* werden; zudem sind parallele Arbeitsorganisationen schwierig für das Management.
→ Studien erfordern aufwändige Designs und Kontrollstrukturen zum Verhindern von expliziten oder impliziten Ungleichbehandlungen z.B. aufgrund von Managementstilen und -präferenzen. Gem. Zwarenstein et al. (2009) wurden solche bisher kaum realisiert.
3. Die *Randbedingungen werden jeweils sehr stark verändert*.
→ In der Praxis wird z.B. Interprofessionalität häufig durch Anstellung zusätzlicher Arbeitskräfte erreicht, wodurch logischerweise sowohl die Versorgungsleistung und auch die Kosten steigen.
4. *Gemessen werden nicht Teamleistungen, sondern Einzelmaßnahmen und das Handeln Einzelner*.
→ Zahlreiche Studien zu Interprofessionalität haben ein Methodenproblem, weil Effekte einzelner Faktoren oder das Handeln einzelner Individuen gemessen werden. Weil nicht die Teamprozesse untersucht werden (können), ist gem. Reeves (2012) fraglich, ob durch die Intervention überhaupt interprofessionelle Zusammenarbeit angestrebt und erreicht wird.

5. In vielen Studien gibt es einen *positiven Selbstbeurteilungs-Bias*.
→ Ausgangspunkte sind das Erleben und die Wahrnehmung der betroffenen Leistungserbringer selbst. Die Beurteilung erfolgt nicht mittels objektiver Daten zu Morbidität oder Kosten, oder auch nicht aus Sicht der Patienten oder der Organisation.
Deshalb gibt es auch Stimmen, die vertreten, dass die tatsächlichen Vorteile bezüglich der Outcomes niedriger liegen als die wahrgenommenen (u. a. Gonzalo et al. 2014).

Als Fazit lässt sich festhalten, dass interprofessionelle Praxis nicht ein einheitliches Konzept ist, sondern sich in ganz unterschiedlichen Formen manifestiert. Entsprechend gibt es viele Fallstudien, die spezifische Aspekte adressieren (Performanz, Wirkung, Nutzen, Haltung etc.) mit Variationen nach Zweck, Setting, Prozess, Interessenlage, Perspektive usw. Aber es gibt kaum randomisierte Studien mit Kontrollgruppen. Viele Autoren sehen darin keinen Mangel, sondern vertreten, dass die Methodenvielfalt insgesamt zu belastbaren Ergebnissen führt, weil in der soziprofessionellen Realität keine Laborbedingungen herrschen. In der deutschsprachigen Versorgungsforschung wird die Frage der Kosteneffizienz von Interprofessionalität bislang unzureichend als Forschungsgegenstand erkannt und bearbeitet. Dies mag primär darin begründet sein, dass die Realitäten in hierarchischen Versorgungsorganisationen spielen. Dennoch gibt es Formen interprofessioneller Kooperationen sowohl auf der Mikroebene der therapeutischen Patienten-Interaktion als auch auf der Mesoebene des Managements, die einer Analyse bedürfen (u.a. Hollweg et al. 2016, Klapper/Schirlo 2016, Sottas/Kissmann 2015).

Güte der Evidenz variiert je nach Aspekt von Interprofessionalität

Die vorliegenden Ergebnisse stammen aus einer weltweiten Literaturreview zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit. Dabei ist im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit die Evidenzlage bei zehn gesundheits- und bildungspolitisch interessierenden Aspekten untersucht worden (Sottas/Kissmann 2015). Die Aussage „interprofessionelle Team sind effizienter und senken die Kosten“ ist einer der Aspekte.

In einer breit angelegten, internationalen Datenbankrecherche wurden weit über 50'000 Publikationen identifiziert, welche sich mit IPP beschäftigen. Aus diesen Fallstudien, Metaanalysen und Literaturreviews wurden ca. 2800 Publikationen selektiert, welche Aussagen zu IPP im Allgemeinen versprachen. Daraus wurden in mehreren Schritten relevante Studien mit Ergebnissen zu den zehn Aspekten ermittelt. Bei jedem Aspekt wurden zwei Dimensionen geprüft:

1. Gibt es Evidenz hinsichtlich des Einflusses von interprofessioneller Praxis z. B. auf die Kosten?
Diese Ergebnisse wurden unter Berücksichtigung der Güte der Evidenz (gering, mittel, gut) mit einer Skala von 0-5 bewertet.
2. Wie sieht dieser Einfluss aus? Wirkt sich die interprofessionelle Praxis positiv, negativ oder gar nicht auf z. B. die Kosten aus? Die Auswirkung auf Nutzen und Wirksamkeit wurden mit den Kategorien (negativ, neutral/ambivalent, positiv oder unklar) bewertet.

Die Güte der wissenschaftlichen Evidenz und die Auswirkungen auf Nutzen und Wirksamkeit lassen sich für alle zehn Aspekte in geraffter Form in einer Rangliste darstellen:

Rang	Aspekt	wissenschaftliche Evidenz	Auswirkungen
1	„Interprofessionelle Zusammenarbeit macht Fachpersonen im Job zufriedener und sie verbleiben länger im Job“	⊕⊕⊕⊕⊕	☑ ☑
2	„Bessere Zusammenarbeit = wirksamere Versorgung“	⊕⊕⊕⊕○	☑ ☑
3	„Interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht die Akzeptanz seitens der Patienten“	⊕⊕⊕⊕○	☑ ☑
4	„Interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht den Patientennutzen“	⊕⊕⊕⊕○	☑ ☑
5	„Interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht die Akzeptanz bei den anderen Fachpersonen“	⊕⊕⊕⊕○	≈ ☑
6	„Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“	⊕⊕○○○	≈ ☑
7	„Höhere Patientensicherheit dank interprofessioneller Versorgung“	⊕⊕○○○	? ☑
8	„Interprofessioneller Versorgung erleichtert den Zugang und die Erreichbarkeit“	⊕⊕○○○	? ☑
9	„Interprofessionelles Arbeiten fördert lebenslanges Lernen“	⊕○○○○	? ☑
10	„Interprofessionelle Organisation erhöht die Motivation der Mitarbeiter“	⊕○○○○	? ☑

Der Aspekt „interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ rangiert in der Auswertung der Literatur betr. Güte der Evidenz auf Rang 6 von 10. Das Gesamtbild zeigt allerdings ein Bild, das für die Führung und Organisation insgesamt erhellend ist.

Situierung der Evidenzlage bei der Kosteneffizienz

Trotz der Methodenprobleme finden sich in der Literatur viele Elemente, welche hinsichtlich der Kosteneffizienz belastbare Argumente liefern. Dabei ist insbesondere auf folgende Arbeiten zu verweisen: Barrett et al. (2007, S. 6-16, die sich auf mehrere unterschiedliche Studien abstützen), Borill et al. (2002, S. 4-5, die sich auf 6 Studien beziehen), Jacobson (2012, S. 16-19, mit Bezug zu ca. 30 Studien), Kara et al. (2015, mit einer Analyse der Kosteneffektivität in einer interprofessionellen Team einer Accountable Care Organization), Lanham et al. (1996, mit Beobachtungen in der Primärversorgung), Lemieux-Charles und McGuire (2006, S. 271-283, die eine Metaanalyse von 5 Studien gemacht haben), Simon et al. (2001, Behandlung von Depressionen in der Grundversorgung), Unützer et al. (2008, interprofessionelle Behandlung von Altersdepressionen), Martinez-González et al. (2014, systematic review betr. Aufgabenübertragung in der Grundversorgung), Van der Biezen et al. (2016, Erfahrungen in den Niederlanden).

Interessant sind Setting und Kontext der existierenden Studien: Sie kommen ganz überwiegend aus dem Bereich der Pflege bzw. untersuchen aus der Perspektive der Pflege Fragestellungen im Bereich der

Grundversorgung, der Behandlung chronischer Krankheiten (insb. Diabetes und Bluthochdruck), der Psychologie, der Geriatrie oder der Palliativversorgung. Der restlichen Studien kommen hauptsächlich aus dem Kontext der Akutversorgung und Nachsorge bei Herzinsuffizienzen. Die untersuchte Intervention liegt durchgängig in der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, wobei hoch qualifizierte Pflegefachpersonen (i.d.R. Master-Hochschulabschluss) die Versorgung durch Anamnese, zusätzlichen Patientenkontakt, Präventionsarbeit (gerade bei Risikopatienten) und eine intensivere Verlaufskontrolle und Nachsorge verbessern. Weil dabei meistens zusätzliches Personal eingesetzt wird, kann eine unmittelbare Kostensenkung nur zustande kommen, wenn die Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch andere, schlechter bezahlte Fachpersonen übernommen werden (was bei Medizin und Pflege auch in Ländern der Fall ist, die seit Jahrzehnten eine gut etablierte Übertragung ärztlicher Tätigkeiten kennen, z.B. bei den Nurse Practitioners in den USA). Der kurzfristige Spareffekt wird zudem durch den Zusatzaufwand für Kommunikation und Koordination geschmälert, weshalb selten unmittelbare Kostensenkungen oder Kostenvorteile belegt werden.

Mittelfristig wirken Mechanismen, wie z.B. der Umstand, dass die Verbesserung der Grundversorgung zu einer Reduktion von teurer Akutversorgung führt sowie die Anzahl und die Dauer von Hospitalisationen reduziert. Mittelfristig wirken auch präventive Maßnahmen und aufsuchende Betreuung, welche durch den engeren Patientenkontakt den Versorgungsbedarf allgemein reduzieren.

Langfristig auch ökonomisch vorteilhaft ist die Gesamtbetrachtung: durch die interprofessionelle Aufgabenteilung wird in der Regel eine signifikante Steigerung der Gesundheit und Lebensqualität der Patienten erzielt.

Zur Evidenzlage bei der Kosteneffizienz von Interprofessionalität

Für den gerade im deutschen Sprachraum kontrovers bzw. oft kritisch diskutierten Aspekt „Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ ergibt sich in der Gesamtbeurteilung eine Evidenz mittlerer Güte mit einem ambivalenten Ergebnis.

Die positiven Argumente lassen sich wie folgt zusammenfassen.

- + Die Aufgabenverteilung in interprofessionellen Teams erlaubt, die Fähigkeiten und Kompetenzen der einzelnen Fachpersonen optimal einzusetzen.
- + Das Mehraugenprinzip reduziert die Fehlerquote und damit die Folgekosten.
- + Rollenübergreifendes Handeln erlaubt Substitutionseffekte - andere Teammitglieder stehen entlastend oder ersetzend zur Verfügung.
- + Durch besseres Co-Management und kooperatives Verhalten werden kostentreibende Doppelspurigkeiten vermieden.
- + Interdisziplinäre Teams können die Effizienz steigern und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer verkürzen.
- + Der proaktive Einbezug der Patienten vermittelt ein Gefühl erhöhter Aufmerksamkeit und Zuwendung, was zu tieferer Frequentierung von Leistungserbringern führt.

Neben diesen positiven Aspekten werden in der Literatur verschiedene negative Punkte herausgearbeitet:

- In der Primärversorgung braucht es bei Aufgabenübertragung an Nurse Practitioners mehr Personal; kosteneffizient ist erst ein Verhältnis von mindestens 1 Medizin : 2 Nurse Practitioners.
- Die Team-Koordination ist ein organisatorischer Zusatzaufwand, weil er Extrazeiten zur Absprache innerhalb des Teams erfordert.
- Teamprozesse erfordern oft auch strukturelle Veränderungen, insb. zusätzliche Räume und Erweiterungen der IT-Infrastrukturen.
- Aufgabenübertragungen bedeuten oft Funktionsänderungen, welche das Lohngefüge tangieren.
- Führungsprozesse und Controlling sind (ähnlich wie bei einer Matrixorganisation) aufwändiger.

Insgesamt hat eine Organisation basierend auf interprofessioneller Kooperation und Arbeitsteilung auch unter Kostengesichtspunkten eine Reihe positiver Auswirkungen, die für eine gute Führungspraxis bedenkenswert sind. Allerdings zeigt sich auch, dass die Aussage aufgrund der gesichteten Arbeiten weltweit nicht eindeutig ist und somit auch im Vergleich mit anderen Aspekten, bei denen die Evidenzlage deutlich besser ist, nicht restlos überzeugt. Auch wenn in der Praxis die Auswirkungen eher positiv sind, fallen für Management und Führung die unvorteilhaften Opportunitätskosten und die organisatorischen Komplikationen besonders ins Gewicht.

Die oft zitierten erfolgreichen Beispiele aus Skandinavien zeigen, dass gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit einen langjährigen Transformationsprozess voraus setzt, bei welchem nebst den Organisations- und Versorgungsstrukturen auch die Strategien auf der Makroebene sowie die Haltungen, Normen und Werte der Mitarbeitenden auf der Mikroebene grundlegend verändert worden sind.

Als Erfolgsfaktoren sind entsprechend in jedem Fall die Organisationsentwicklung und adäquate Managementinstrumente zu betrachten. Mit geeigneten Managementansätzen bleiben die Abläufe auch in einer interprofessionellen Arbeitsorganisation effizient.

Literatur

Barrett, Juanita; Curran, Vernon; Glynn, Lindsay; Godwin, Marshall (2007): Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare. Ontario.

Borrill C, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A, Richards A, Shapiro D, West M. (2002): The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. London.

D'Amour; Danielle; Oandasan, Ivy (2005): Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education. An emerging concept, Journal of Interprofessional Care, 19:sup1, 8-20

Frenk, J.; Chen, L.; Bhutta, Z.; Cohen, J.; Crisp, N.; Evans, T.; et al. (2010): Health Professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken. Zürich: Careum.

Gonzalo, Jed D.; Kuperman, Ethan; Lehman, Erik; Haidet, Paul (2014): Bedside Interprofessional Rounds. Perceptions of Benefits and Barriers by Internal Medicine Nursing Staff, Attending Physicians, and Housestaff Physicians, J. Hosp. Med., 9: 646–651

- Hollweg, W., Beck, EM., Schulenburg, K., Trock, S., Rübiger, J., Kraus, E., Borde, T. (2016). Interprofessionelle Versorgung – Ein Studienggebiet mit Zukunft und Herausforderungen. *IJHP*, Vol 3, Issue 1, DOI: 10.1515/ijhp-2016-0009
- Jacobson, Paul M. (2012): Evidence Synthesis for the Effectiveness of Interprofessional Teams in Primary Care. Canadian Health Services Research Foundation.
- Kälble, Karl (2004): Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – theoretische Klärungen. In Kaba-Schönstein, L./Kälble K. (Hrsg.): *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen Frankfurt/Main*, S. 29-41.
- Kara A, Johnson CS, Nicley A, Niemeier MR, Hui SL (2015): Redesigning Inpatient Care: Testing the Effectiveness of an Accountable Care Team Model. *J Hosp Med*. 2015 Dec;10(12):773-9. doi: 10.1002/jhm.2432
- Klapper B, Schirlo C. (2016): Interprofessional Training – Published by the Robert Bosch Stiftung and the Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. *GMS J Med Educ*. 2016;33(2):Doc38. DOI:10.3205/zma001037
- Langham, Susan; Thorogood, Margaret; Normand, Charles; Muir, John; Jones, Lesley; Fowler, Godfrey (1996): Costs and cost effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care. The Oxcheck study, *BMJ* 1996;312:1265-8.
- Lemieux-Charles, Louise;, McGuire, Wendy L. (2006): What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. 2006;63:263 – 300.
- Lobsiger M, Kägi, W, Burla, L. (2016). Berufsaustritte von Gesundheitspersonal. *Obsan*, Neuchâtel.
- Martinez-González N.A, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, Roseman T. (2014): Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 2014, 14 (214).
- Reeves, Scott (2012): The rise and rise of interprofessional competence. *Journal of Interprofessional Care*, 26:4, 253-255, <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2012.695542>
- Retchin SM: (2008): A conceptual framework for interprofessional and co-managed care. *Academic Medicine*. 2008, 83: 929-933. 10.1097/ACM.0b013e3181850b4b
- Rüegg-Stürm J. (2007): Die Prozessqualität ist die Grundlage. Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern. *Dtsch Arztebl* 2007; 104(50): A 3464–7
- Simon, Gregory E.; Katon, Wayne J.; VonKorff, Michael; Unützer, Jürgen; Lin, Elizabeth H. B.; Walker, Edward A.; Bush, Terry; Rutter, Carolyn; Ludman, Evette (2001): Cost-Effectiveness of a Collaborative Care Program for Primary Care Patients With Persistent Depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1638–1644.
- Sottas, Beat; Kissmann, Stefan (2015): Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). Eine Übersichtstudie zur Evidenzlage. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Unützer, Jürgen; Katon, Wayne J. ; Fan, Ming-Yu; Schoenbaum, Michael C.; Lin, Elizabeth H. B.; Della Penna, Richard D.; Powers, Diane (2008): Long-term Cost Effects of Collaborative Care for Late-life Depression. *Am J Manag Care*. 2008 February ; 14(2): 95–100.
- Van der Biezen, M., Schoonhoven, L., Wijers, N., van der Burgt, R., Laurant M & W. (2016). Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing* 72(8), 1813–1824. doi: 10.1111/jan.12954
- WHO (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3). Geneva: World Health Organization.
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin/Köln.
- Zwarenstein, Merrick; Goldman, Joanne; Reeves, Scott (2009): Interprofessional collaboration. effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

Die Studie wurde ermöglicht durch eine Förderung des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Bern (15.028407)

Kontakt

Dr. Beat Sottas
sottas formative works
Rue Max-von-Sachsen 36
CH 1722 Bourguillon
+41 79 285 91 77
sottas@formative-works.ch
www.formative-works.ch