Im Spannungsfeld zwischen Professionalisierung, Recht und Tradition

Autor(en): **Huber, Marion**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **114 (2016)**

Heft 9

PDF erstellt am: **01.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949233

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Im Spannungsfeld zwischen Professionalisierung, Recht und Tradition

Interprofessionelle Zusammenarbeit lässt sich in einer umfassenden und ganzheitlichen Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung nicht mehr wegdenken. Sie beschreibt in erster Linie die Zusammenarbeit mindestens zweier unterschiedlicher Berufsgruppen zur Erlangung eines gemeinsamen Ziels. Tradition, rechtliche Aspekte, Professionalisierung und Spezialisierung bringen jedoch hemmende Faktoren mit sich. Es gilt, sich diese bewusst zu machen und der Frage nachzugehen, in wieweit diese Hindernisse überwunden werden können.

Marion Huber

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ), ein Begriff, der heutzutage quasi zum guten Ton einer personenzentrierten Betreuung und damit auch zum Hebammenalltag gehört, wird oftmals als Deckmantel für unterschiedliche Formen von Zusammenarbeiten genutzt. Von daher gilt es zunächst, diesen Begriff zu definieren. IPZ umfasst die Zusammenarbeit mindestens zweier unterschiedlicher Berufsgruppen, das heisst die kooperative Zusammenarbeit unterschiedlicher Personen mit unterschiedlichen Kompetenzen und Spezialisierungen. Dies zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles (D'Amour et al., 2005, S.120). Es bedeutet nicht das additive Zusammenfügen silohaften Wissens, sondern vielmehr das Erkennen von Überlappungsbereichen oder auch Verbindungsstellen, das Er- und Anerkennen von Kompetenzen und somit auch das Klären von Rollen (D'Amour, 2005, S. 120). Multiprofessionell hingegen ist das additive Zusammenfügen fragmentierten Wissens zur Erreichung eines übergeordneten Zieles, das nur bedingt als ein gemeinsame formuliertes Ziel sein muss (D'Amour, 2005, S. 120).
Die Forderung nach IPZ hat sich in erster Linie aus ökonomischen Gründen als aktuelles Thema herauskristallisiert. Leitgedanken dabei sind Kostenreduktion, Fachkräftemangel und die Problematik fragmentierten Wissens durch Professionalisierungsbestrebungen und Spezialisierung. Dennoch lassen sich die wenigsten Situationen in der Praxis nur durch eine Profession bewältigen. Erforderlich wird nun ein Schnitt- oder besser Verbindungsstellenmanagement, das Basis der IPZ ist.

Räumliche Distanzen sind ein Hindernis

Nicht gelingende IPZ zeigt sich in erster Linie unter anderem durch Informationslücken, Fehlinformationen, «critical Inzidents», Missverständnisse und Fehlentscheidungen. Hinzu kommen Standesdünkel und Ängste sowie eine persönliche Hemmschwelle, andere hinzuzuziehen, sei es bei Problemen oder wenn die eigenen Grenzen erreicht sind (Waring, 2005, Abstract). Eine weitere Problematik für gelingende IPZ kann in den unterschiedlichen Denk- und Sichtweisen bezüglich der Betreuung von Schwangeren/Gebärenden/Müttern gesehen werden (Reime et al., 2004, S. 1390).
Hindernisse für IPZ beginnen auf struktureller Ebene. Schon räumliche Distanzen wirken sich erschwerend aus, da sie die Zugänglichkeit der Professionen behindern. Sie erschweren zudem eine gemeinsame Zielfindung, die jedoch als unabdingbar für gelingende IPZ angesehen wird (Xyrichis und Lowton, 2008, S. 144). Ebenfalls auf struktureller Ebene anzusiedeln ist die aktuelle Entwicklung im Gesundheitswesen. Professionsspezifische Traditionen, hoher Spezialisierungsgrad und Professionalisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe wirken der IPZ entgegen. Professionalisierung bedeutet gerade in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen, sich als akademische Disziplin zu behaupten, eine eigene Sprache zu entwickeln und ein erweitertes Kompetenzprofil zu generie-

Autorin

Marion Huber, Prof. Dr. phil., seit 2009 stellvertretende Leiterin für interprofessionelle Lehre und Praxis, Institut für Gesundheitswissenschaften, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.

marion.huber@zhaw.ch

ren. Mieg (2005, S. 342) definiert Professionalisierung folgendermassen: «Professionalisierung bedeutet im engen Sinn den Prozess der Entwicklung einer Berufsgruppe in Richtung einer Profession, d. h. einer Berufsgruppe mit einer gewissen Autonomie in der Leistungskontrolle.»
Das Bestreben nach mehr Autonomie hat mitunter dazu geführt, dass sich die Berufsgruppen um Kompetenzerweiterungen bemühen, um Fähigkeiten zu erwerben, die das autonome Handeln unterstützen oder auch erst ermöglichen. Exemplarisch sei das «clinical assessment» erwähnt, das traditionell den Ärzten vorbehalten war. Nun ist es wesentlicher Bestandteil in der Aus- und Weiterbildung der Hebammen und in der Berufspraxis.

Den anderen Berufsvertreter hinzuziehen
Autonomiebestreben und vorhandene hierarchische Strukturen gelten als Hindernisse der IPZ (Xyrichis und Lowton, 2008, S. 145). Sie erschweren die klare Absprache bezüglich Verantwortlichkeiten und damit auch der Rollen. Traditionell ist der Arzt in der hierarchischen Kette weisungsbefugt. Die Hebamme ist autonom, sofern es sich um eine physiologische Geburt handelt. Grundlegend sind beide eigenständigen Heilberufe gemäss Teichmann (2013, S. 99) gesetzlich verpflichtet, den anderen hinzuzuziehen. Laut Teichmann (2013, S. 100) muss der Arzt die Hebamme bei jeder Geburt herbeiholen, die Hebamme den Arzt bei von der Norm abweichenden Verläufen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Hierzu weist Teichmann (2013, S. 100) auf die Problematik hin, dass es keine präzise Abgrenzung zwischen normalen und nicht normalen Geburtsvorgängen gibt. Zieht eine Hebamme einen Arzt hinzu, gibt sie in diesem Augenblick ihre Eigenständigkeit auf. In diesem Moment geht rechtlich die therapeutische Gesamtverantwortung an den Arzt (Teichmann, 2013, S. 101).
Geht man also davon aus, dass beide Berufsgruppen die entsprechenden Normen kennen, dann bleibt im Individualfall immer noch die Frage nach den entsprechenden Kompetenzen und der Erfahrung der jeweiligen Person offen (Teichmann, 2013, S. 103). Zudem wird das Klären der Rollen und Verantwortlichkeiten erschwert, und es bedarf eines zeitlichen Investments von Situation zu Situation. Rollen- und Verantwortungsklärung gelten allerdings ebenfalls als unumgänglich für gelingende IPZ (Xyrichis und Lowton, 2008, S. 144/145).

Eine gemeinsame Sprache finden
Jegliches Hinzuziehen anderer Professionen erfordert ein Verbindungsstellenmanagement. Dieses wiederum das Weitergeben von Informationen. Aufgrund einer in der Schweiz fehlenden gemeinsamen Dokumentationsplattform wie bspw. einem Mutter-Kind-Pass wird die lückenlose Informationsweitergabe erschwert. Eine lückenlose Informationskette garantiert jedoch noch nicht das gemeinsame Sprachverständnis. So entwickeln sich im Zuge der Professionalisierung professionsspezifische Sprachen. Diese erschweren ein gemeinsames Verständnis und erfordern Übersetzungsarbeit. Eine gemeinsame Sprache mehrerer Professionen gilt jedoch als wichtig für gelingende IPZ (Xyrichis und Lowton, 2008).

Nadine Oberhauser
Leiterin der Hebammenausbildung, Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne

Liebe Leserin, lieber Leser

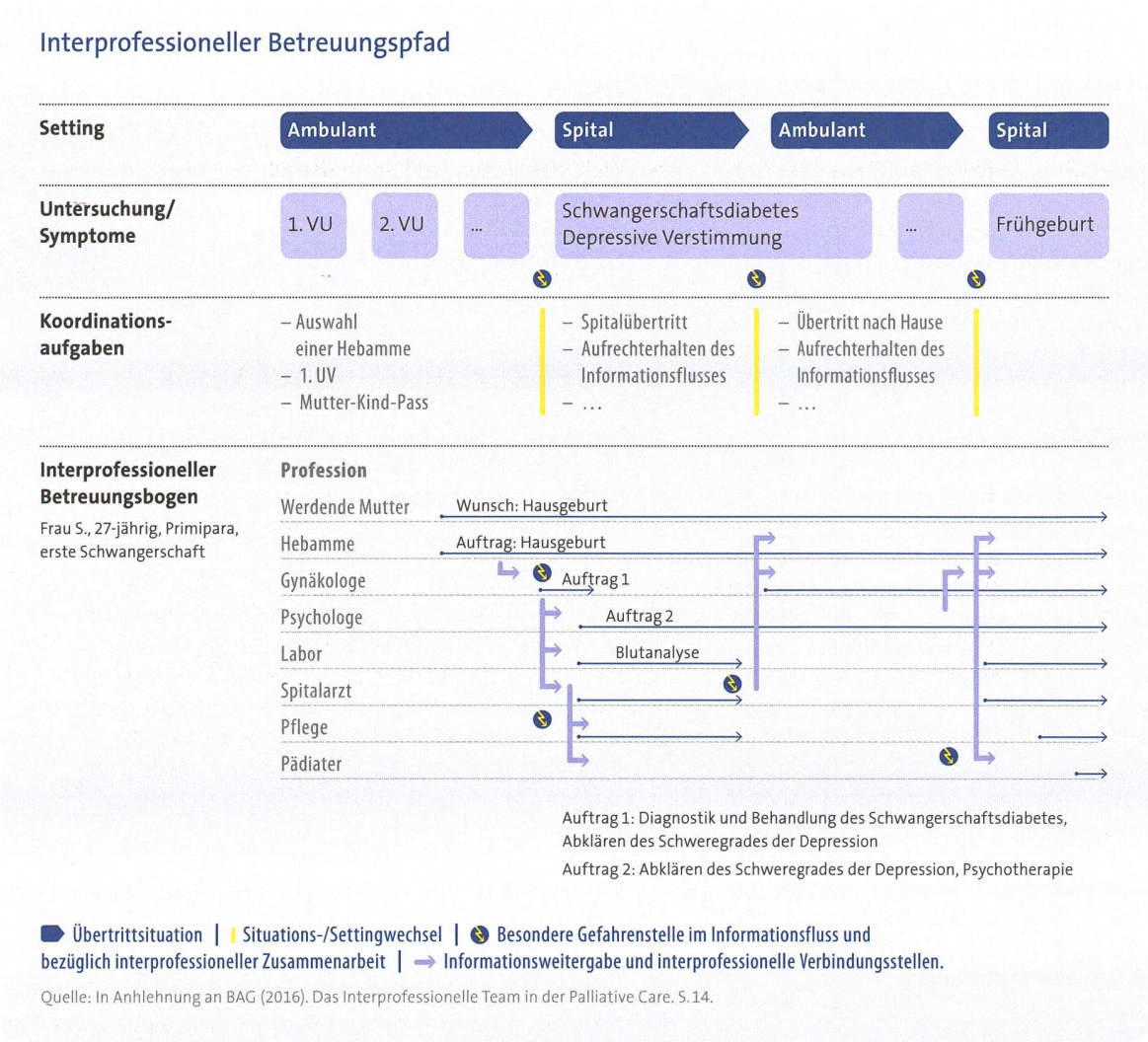
Sie hören «Interprofessionalität» und verstehen «Interdisziplinarität»? Das ist nicht falsch, aber auch nicht ganz richtig. Das Konzept entwickelte sich bereits in den 1980er-Jahren, vorerst in angelsächsischen Ländern. In der Schweiz interessiert man sich seit rund zehn Jahren dafür. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist, «wenn mehrere Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund untereinander wie auch mit den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen, Betreuenden sowie der Gemeinschaft zusammenarbeiten, um die bestmögliche Versorgungsqualität zu erreichen» (Bundesamt für Gesundheit, 2012).

Nichts Neues, werden Sie sagen, wenn Sie hören, dass diese Zusammenarbeit den Fokus auf die Bedürfnisse des Patienten richtet und diese zu erfüllen und die Qualität der Versorgung zu verbessern versucht. Es geht also nicht darum, die Kompetenzen der anderen Berufsleute gezielt zu nutzen oder Massnahmen zu delegieren. Vielmehr geht es darum, die Funktionen und Rollen der Fachpersonen zu kennen, deren Wissen und Fähigkeiten zusammenzuführen und gemeinsam zu bestimmen, welches Angebot für eine gegebene Situation optimal wäre und wer es umsetzen könnte.

Dazu braucht es erwiesene Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Gruppenleitung und Konfliktbewältigung sowie die Bereitschaft zu einem gemeinsamen Vorgehen, das über die Berufshierarchien hinausreicht. Wir wissen, dass professionelle Interaktion im Alltag schwierig ist und dass sie oft im Notfall, in einer komplexen Situation erfolgen muss – unter Berücksichtigung unterschiedlicher Anliegen und Werte, wobei die Wahrnehmung der Verantwortlichkeiten und der beruflichen Rolle zu Kompetenzabgrenzungen und Machtansprüchen führen kann.

Das Akzeptieren der Interprofessionalität in ihrer ganzen Komplexität führt dazu, dass man in der Gruppe stärker und besser ist als allein. Ein anspruchsvolles, notwendiges und auch spannendes Vorgehen.

Herzlich, Nadine Oberhauser



Quelle: In Anhlehnung an BAG (2016). Das Interprofessionelle Team in der Palliative Care. S. 14.

Auf der persönlichen Ebene lassen sich unterschiedliche, für IPZ hinderliche Faktoren beschreiben. Als wichtigstes Hindernis ist das mangelnde Wissen über die Kompetenzen der anderen Professionen zu nennen und damit die Bereitschaft, sich diesbezüglich zu engagieren (Xyrichis und Lowton, 2008). Eine grundlegende Offenheit und Vertrauen den anderen gegenüber wird ebenfalls von Xyrichis und Lowton (2008) als wichtige Basis für die IPZ benannt.
Nun stellt sich die Frage, in wieweit den genannten Hindernissen entgegengetreten werden kann, damit eine umfassende, ganzheitliche personenzentrierte und somit interprofessionelle Betreuung möglich wird.

Ganzheitliche Betreuung schafft niemand alleine
In erster Linie geht es um das Wohl der Klientin und das ihres Kindes, was eine ganzheitliche Betreuung notwendig macht und in der Regel nicht von einer einzelnen Profession getragen werden kann. In irgendeiner Form braucht es also die IPZ, gerade wenn man die Klientin als Teil eines Teams sieht und sie somit auch ins Zentrum der Arbeit stellt, was eine Forderung der personenzentrierten Betreuung darstellt.

Bei problemlosen Verläufen ist eine Hebamme für den grössten Teil der Strecke bezüglich der Betreuung eigenverantwortlich, sofern die Schwangere/Gebärende/Mutter und das Setting es erlauben. Dies wird durch Aussagen von Xyrichis und Lowton (2008, S. 145), dass gemeinsame Räumlichkeiten die IPZ fördern, unterstützt. Sie erleichtern die Zugänglichkeit, die Möglichkeit regelmässiger Teamtreffen und somit auch den interprofessionellen Austausch. Dies scheint auch der Grund zu sein, warum sich unerfahrene, jüngere Frauen eher für eine Spitalgeburt als für eine Hausgeburt entscheiden (Anthony et al., 2005, S. 750–51). Für Freipraktizierende bedarf es bspw. einer regelmässigen aktiven gegenseitigen Kontaktaufnahme (Gynäkologe/Hebamme).

Eine Person führt, die andere gibt ihre Führung ab
Grundlegend und unabhängig vom Setting wechseln die Komplexitäten der interprofessionellen Teams von Situation zu Situation. Teilweise spricht man von losen Netzwerken bis hin zu wirklich notwendiger physischer Zusammenarbeit. Innerhalb dieses Kontinuums bedarf es in erster Linie einer permanenten Reflexion darüber, wie eng das Team im spezifischen Fall zusammenarbeiten und gestaltet werden muss. Dies ist eine Frage der klaren Führungsübernahme und damit der Rollenklä-

rung, die sich je nach Situation verlagern kann. Genau diese Verbindungsstelle scheint jedoch immer wieder zu Schwierigkeiten und Unsicherheiten zu führen. Eine Person muss ihre Führung abgeben. Der Verlust der Autonomie ist in diesem Fall Fakt. Eine andere Person muss die Führung übernehmen, nicht jedoch auf Basis ihrer Kompetenzen, sondern aufgrund rechtlicher Vorgaben.
Ein Beispiel: Eine erfahrene Hebamme muss einem jungen unerfahrenen Assistenzarzt die Führung übergeben. In einem solchen Fall wäre es wahrscheinlich sinnvoller, wenn die Hebamme die Führung beibehalten würde. Oftmals geschieht dies schon ganz implizit, werden doch die erfahrenen Hebammen wenigstens bezüglich ihres Wissens immer wieder von den jungen Ärzten eher befragt als dass die Oberärzte befragt werden (Stiefel, 2004, S. 74). Dennoch geht ab dem Zuschalten des Arztes die Entscheidungsgewalt zum Arzt.

Hebammen und Ärzte früh zusammenbringen

Ein anderes Beispiel: Beteiligt sind eine unerfahrene Hebamme und unerfahrene Assistenzärzte. Hier gestaltet sich das Zusammenspiel laut Stiefel (2004, S. 74) schon schwieriger. Beide Professionen können nur schwer ihren gegenseitigen Kenntnisstand und damit die jeweiligen Kompetenzen einschätzen. Die Abgrenzung von Physiologie und Pathologie ist in diesem Setting schwieriger, zumal die jungen Ärzte während ihrer Ausbildung in erster Linie mit pathologischen Situationen konfrontiert werden. Hieraus kann es zu Kompetenzgerangel kommen (Stiefel, 2004, S. 74). Dieser Situation kann im Grunde auf unterschiedliche Weise begegnet werden: Einerseits kann schon in der Ausbildung auf das Zusammenführen von Hebammen und Ärzten fokussiert werden (Cullen et al., 2003, S. 427) oder auf den Miteinbezug der Hebammen in die ärztliche Ausbildung. Dass dies einen förderlichen Einfluss auf die interprofessionelle Kompetenzentwicklung hat, wurde durch ein Modell der Amsterdam Medical Centres dargelegt. So konnte gezeigt werden, dass die gegenseitige Akzeptanz gesteigert werden konnte, und Hebammendozierende wurden als gleich kompetent eingestuft wie das ärztliche Kollegium (Stiefel, 2004, S. 75).
Ein weiterer Vorteil einer solchen Unterrichtsform wurde in der Wissenserweiterung über die andere Profession gesehen. Berufliche, fachliche Inhalte kamen jeweils nicht zu kurz und halfen, die gegenseitigen Sichtweisen kennenzulernen und besser zu verstehen. Eine Untersuchung von Cullen et al. (2003, S. 427) zeigte eine verbesserte Rollenklärung auf durch mehr Wissen über die jeweils andere Profession.
Nun sollten sich solche Ausbildungsprogramme nicht nur auf den Geburtsvorgang und nur zwei Professionen beschränken. Ein gegenseitiger Gewinn kann auch durch Ausbildungseinheiten bspw. mit Physiotherapeutinnen und -therapeuten, mit Pflegenden und Labormitarbeitenden herbeigeführt werden. Wissenserweiterung um die Kompetenzen und Sichtweisen der jeweils anderen Professionen werden als Kernelemente gelingender IPZ gesehen (Xyrichis und Lowton, 2008, S. 150). Gemeinsame Weiterbildungen können dies ebenfalls fördern. Sawyer et al. (2013, S. 30) untersuchten den Effekt von interprofessionellem Teamtraining in simulierten Notfallsituationen. Es konnten signifikante Verbesserungen bezüglich Teamstruktur, Führungsverhalten, gegenseitigem situativen Monitoring, Kommunikation und gegenseitiger Unterstützung gezeigt werden (Sawyer et al., 2013, S. 30–32). Ein weiterer Vorteil gemeinsamer Aus- bzw. Weiterbildungen besteht in der Bildung einer gemeinsamen Sprachbasis (Austin, 2013).

Andere Sichtweisen akzeptieren

Eine weitere Möglichkeit, dieser Problematik zu begegnen, besteht in einer Grundakzeptanz und dem Wissen um eine wechselseitige Abhängigkeit. Das heisst konkret, man muss sich situationsabhängig vom Gedanken der Autonomie verabschieden. Systemisch gesehen gibt es keine wirkliche Autonomie, lediglich eine Interdependenz (Nassehi, 2016). Um in dieser Abhängigkeit Vertrauen aufbauen zu können, benötigt es wiederum das Wissen um die Kompetenzen der jeweilig anderen Berufsgruppe. Je komplexer das System ist, je grösser das involvierte Team, desto weniger kann das Endergebnis vorhergesehen werden, was zu Unsicherheit führt (Nassehi, 2016). Die Akzeptanz, dass auch die anderen recht, jedoch einen anderen Blickwinkel haben, und Vertrauen in die jeweiligen Kompetenzen können zu einer Reduzierung der Unsicherheit führen. Im Rahmen der Zusammenarbeit heisst das konkret, es braucht die Fähigkeit, eine Situation multiperspektivisch zu betrachten. Man kann hier auch von geteilter Intelligenz sprechen. Um eine Situation ganzheitlich zu erfassen, benötigt es geteilte Intelligenz. Hierzu reicht eine monoprofessionelle Betrachtungsweise nur selten aus (Nassehi, 2016). Dies wird im Praxisalltag als Bereicherung beider Seiten erlebt, was die Arbeitszufriedenheit wiederum erhöht (Suter et al., 2009, S. 44). Demzufolge braucht es einen Gedankenshift, weg von uniformer Intelligenz hin zu geteilter Intelligenz, und dies bedarf einer grundlegenden Offenheit für die Sichtweisen der jeweils anderen Professionen.

Respekt erleichtert vieles

Vermehrtes Wissen über die anderen verstärkt zudem auch den Respekt. Ein weiterer wichtiger Kernaspekt für gelingende IPZ (Xyrichis und Lowton, 2008, S. 150). Zudem erleichtert das Wissen über die anderen die Rollenklärung, die bei vorhandenem Respekt sehr effektiv gestaltet werden kann (Austin, 2013). Es begünstigt die Akzeptanz der wechselseitigen Abhängigkeit und somit eine Abflachung der Hierarchien, was die Barriere des Autonomiegedankens zusehends abschwächt (Austin, 2013; Suter et al., 2009). Für eine gemeinsame Entscheidungsfindung kann dies als förderlich betrachtet werden (Austin, 2013).
Die bisher genannten Förderfaktoren IPZ brauchen jedoch etwas Grundlegendes: den Willen zur Zusammenarbeit und eine Offenheit den anderen Professionen gegenüber. Diese personenbezogenen Eigenschaften erfordern ein hohes Mass an Eigenreflexion und Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit, die ebenfalls Basiseigenschaften für gelingende IPZ darstellen (Austin, 2013; Suter et al., 2009).

Gemeinsame Dokumentation
Alle Punkte klären jedoch immer noch nicht die Problematik eines gelingenden Verbindungsstellenmanagements. Sie sind lediglich Voraussetzung dafür. Das einfachste Hilfsmittel gelingenden Verbindungsstellenmanagements wäre eine gemeinsame Dokumentationsgrundlage wie bspw. ein Mutter-Kind-Pass. Die Verantwortung für den vollständigen Informationsgehalt liegt bei der Schwangeren/Gebärenden/Mutter selbst. Als treibende Kraft in dem interprofessionellen System erscheint dies sinnvoll, sofern die entsprechenden Fähigkeiten für eben diese Verantwortungsübernahme gegeben sind. Ansonsten muss eine Stellvertretung gesucht werden, dies kann die Hebamme sein oder aber auch der begleitende Gynäkologe.
Als dienlich hat sich auch das Aufstellen von Patienten-/Klientenpfaden erwiesen. In jedem spezifischen Fall kann damit systematisch aufgezeigt werden, wo welche Professionen zeitlich gesehen ihre Haupteinsätze haben. Informationsflüsse in die entsprechenden Richtungen können so gleichzeitig gesteuert werden. Zudem gibt der Klientenpfad die Möglichkeit, die Versorgung in ihrer Komplexität darzustellen und sie für alle Beteiligten sichtbar zu machen. Ein Klientenpfad benötigt allerdings eine zentrale Steuerungsstelle. Diese muss nicht zwingend beim Arzt, sondern kann durchaus bei einer Hebamme liegen. Problematischer wird es, wenn ein Wechsel aus einer ambulanten Versorgung in das Spital stattfindet. Insbesondere in diesem Fall wäre eine gemeinsame Dokumentationsplattform sinnvoll. Im Dokument könnte auch der Klientenpfad aufgezeigt sein. Ein möglicher Vorschlag findet sich in der Abbildung auf Seite 6.
Gelingende IPZ wirkt sich positiv auf die Sicherheit von Mutter und Kind aus und hat positive Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit (Freeth et al., 2009, Abstract). Von daher erscheint es sinnvoll, gemeinsam voranzuschreiten und Hindernisse für IPZ gemeinsam aus dem Weg zu schaffen.

Wichtigste Voraussetzungen für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit

Strukturelle Voraussetzungen
- Rechtliche Aspekte
- Finanzielle Aspekte
- Räumliche Nähe

Teamvoraussetzungen
- Wissensaneignung über die Kompetenzen der anderen Professionen
- Respekt den anderen Professionen gegenüber
- Akzeptanz geteilter Intelligenz
- Akzeptanz wechselseitiger Abhängigkeit (geteilte Intelligenz)
- Gemeinsames Formulieren eines für alle geltenden Zieles
- Rollenklärung

Personelle Voraussetzungen
- Offenheit den anderen Professionen gegenüber
- Wille zur interprofessionellen Zusammenarbeit
- Reflexionsfähigkeit
- Kommunikationsfähigkeit

Literatur

Anthony, S. et al. (2005) Maternal factors and the probability of a planned home birth. «BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology», 112(6); 748–753.
Austin, D. (2013) UCSF's Nurse-Midwives Collaborate with Physicians for High-Quality Maternity Care. http://scienceofcaring.ucsf.edu/ › Titel im Suchfeld eingeben › Dezember 2013
Cullen, L. et al. (2003) Strategies for interprofessional education: the Interprofessional Team Objectives Structured Clinical Examination for midwifery and medical students. Nurse education Today; 23, 427–433.
D'Amour, D. et al. (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. «Journal of Interprofessional Care, Supplent1»; 116–131.
Freeth, D. et al. (2009) Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios (MOSES): Promoting Patient Savety in Obstetrics with Teamwork-Fokused Interprofessional Simulations. «Journal of Continuing Education in the Health Professions»; 29(2), 98–104.
Mieg, H. A. (2005) Professionalisierung. In: Rauner, F. (Hrsg), Handbuch der Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann; 342–349.
Nassehi, A. (2016) Die Bedeutung des Faktors «Setting» für das Gelingen von Interprofessionalität und die Bedeutung des Faktors «Verantwortung» für das Gelingen von Interprofessionalität. Referat an der Tagung «Wie gelingt Interprofessionalität?», Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften vom 12. April.
Reime, B. et al. (2004) Do maternity care provider groups have different attitudes twards birth? «BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology»; 111, 1388.1393.
Sawyer, T. et al. (2013) Improvements in Teamwork During Neonatal Resuscitation After Interprofessional TeamSTEPPS Training. «Neonatal Network»; 1(8), 26–33.
Stiefel, A. (2004) Zukunftsvision: Gemeinsame Ausbildung von Hebammen und Ärzten. «Die Hebamme»; 17, 74–75.
Suter, E. et al. (2009) Role understanding and effective communication a score concepts for collaborative practice. «Journal of interprofessional Care»; 23(1), 41–51.
Teichmann, A. T. (2013) Delegation ärztlicher Leistungen an Hebammen. «Gynäkologe»; 46, 99–104.
Waring, J. J. (2005) Beyond Balme: curltural barriers to medical incidents reporting. «Social Science & Medicine»; 60(9), 1927–1935.
Xyrichis, A. und Lowton, K. (2008) What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. «International Journal of Nursing Studies»; 45(1),140–53.