

Ulrike Höhmann

Drehtüreffekte vermeiden: Entlassungsmanagement im Krankenhaus oder

Zum Verhältnis von Forschung und Praxis

Vortrag: HESSIP Eröffnung am 26.11.02, Frankfurt

Mit der heutigen Gründungsveranstaltung etablieren die drei Hessischen Fachhochschulen mit Pflegestudiengängen ein gemeinsames Pflegeforschungsinstitut, u. a., weil von vielen Seiten gefordert wurde, „Wir brauchen mehr Pflegeforschung zur Verbesserung der Pflegepraxis“. So steht unsere Eröffnungstagung unter der Frage des Nutzens der Forschung für die Praxis. Und darauf nehmen die heutigen Beiträge in unterschiedlicher Weise Bezug. Ich selbst möchte am Beispiel der fast beendeten Entwicklung des pflegerischen Expertenstandards zum Entlassungsmanagement aus klinischen Einrichtungen, zentrale Voraussetzungen für den praktischen Nutzen von Forschung skizzieren und damit gleichzeitig mein Verständnis von der Arbeit dieses Instituts umreißen.

Gegründet haben wir ein **FH** Institut, von dem zu Recht eine Vermittlungsfunktion und enge Verzahnung von Forschung und Praxis erwartet wird.

Das unzweifelhaft schwierige Verhältnis von Forschung und Praxis unterliegt vielen Mythen: Begriffe wie „Praxisforschung“ oder die frühe Programmatik der deutschen Pflegeforschung: „Forschung für die Praxis“ können als Versuche gelten, Interessendifferenzen, Vermittlungs- und Verständigungsschwierigkeiten zwischen Forschung und den Berufsgruppen in der Praxis zu überbrücken.

Ich selbst habe in der letzten Zeit häufiger mit partizipativen Interventionsforschungs- oder Aktionsforschungsansätzen an der Verknüpfung der Perspektiven von Forschern und Praktikern gearbeitet: bei der Konzeption von Verfahren zur Verbesserung der Pflegeplanung und -dokumentation, der Entwicklung von berufs- und einrichtungsübergreifenden Konzepten zur Verbesserung der Versorgungskontinuität pflegebedürftiger Patienten oder von Kontinenzförderprogrammen in Altenheimen. Die zugrundeliegenden Aktionsforschungsansätze nehmen für sich ganz besonders in Anspruch, einen Theorie-Praxis Transfer leisten zu können.

Allerdings gehören zur Pflegeforschung verschiedene Herangehensweisen, die das Subjekt-Objekt Verhältnis von Forscher und Beforschten je nach Gegenstandsgebiet unterschiedlich gestalten: Zum Beispiel die Beschreibung oder Bestandsaufnahme von bestimmten Phänomenen, wie den wichtigsten Pflegediag

nosen und Pflegehandlungen in Altenheimen und im ambulanten Bereich, oder Evaluationen im Sinne quasi experimenteller Überprüfungen, z.B. der Wirkung bestimmter Pflorgetechniken, aber auch als formative Prozessbegleitung.

Unabhängig von der jeweiligen Vorgehensweise, müssen jedoch immer zentrale Voraussetzungen erfüllt sein, damit die Praxis etwas mit den produzierten Forschungsergebnissen anfangen kann. Diese Voraussetzungen möchte ich beispielhaft an einigen Aspekten des Vorgehens bei der Erarbeitung des fast fertigen Expertenstandards zum pflegerischen Entlassungsmanagement aufzeigen. (Er wird Ende des Jahres veröffentlicht!). Dieses Entwicklungsprojekt habe ich als Beispiel gewählt, weil unter der Theorie-Praxis Perspektive die wissenschaftlich fundierte Standardentwicklung eine besonders anspruchsvolle Aufgabe ist, denn: 1. kann sie nur geleistet werden, wenn ausreichend evidenzbasierte Einzelforschungsergebnisse als Grundlage vorhanden sind, und 2. die Praktiker diese als relevant für die Steuerung ihres Handelns akzeptieren.

Um meine Argumente im Vortrag kürzer und trennschärfer zu fassen, nehme ich zwei Vereinfachungen vor: ich unterstelle eine idealtypische Dichotomie von Forschung und Praxis und konzentriere mich auf den unmittelbaren Nutzen von Forschungsergebnissen für zeitnahe praktische Problemlösungen.

Ich komme nun zum Expertenstandard. Die Entwicklung pflegerischer Expertenstandard geht auf den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz 1999 zurück, in der auch die Pflege aufgefordert wurde zu den 5 kostenträchtigsten Problembereichen bis 2005 eigene Standards vorzulegen. Auf eine Diskussion der versorgungs- und berufspolitischen Bedeutung des Standards verzichte ich aus Zeitgründen. Beleuchten werde ich vielmehr das bei der Standardentwicklung exemplarisch aufgetretene Spannungsverhältnis von Forschung und Praxis.

Der Expertenstandard: „pflegerisches Entlassungsmanagement aus klinischen Einrichtungen“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück, 2002) beschreibt das Qualitätsniveau - als Sollzustand - an dem die Berufsgruppe der Pflege ihre Entlassungspraxis orientieren will, als einen ihrer Beiträge zu Verhinderung der vielzitierten Versorgungsbrüche gerade vulnerabler Patientengruppen, wie multimorbider, chronisch kranker und älterer Menschen. Der Standard zielt - als ein professionelles Sicherungssystem bei der Ein

führung pauschalierter Entgeltsysteme im Krankenhaus - darauf ab, dass „jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung erhält. Denn, wie unzählige Forschungsergebnisse zeigen, entstehen bei der Entlassung aus der Klinik oftmals Versorgungsbrüche, die zur Verschüttung von Rehabilitationspotentialen, unnötiger Leidbelastung von Patienten und Angehörigen sowie zu Drehtüreffekten mit hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem führen. Der Standard fordert, dass die professionell Pflegenden mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment, durch Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen sowie einer abschließenden Evaluation dazu beitragen, über die Entlassung hinaus, Versorgungskontinuität herzustellen.“ Im Auftrag des BMG wurde der Standard unter Leitung des DNQP in einem ca. eineinhalbjährigen Projekt entwickelt.

Zentrale Entwicklungsinstanz war die Expertengruppe; Mitglieder waren Forscher und Forscherinnen sowie Vertreterinnen und Vertreter aus ambulanten und stationären Praxisfeldern, die alle langjährige und in der Literatur ausgewiesene Erfahrung mit dem Thema und entsprechenden Modellprojekten aufwiesen. Der Expertengruppe oblag die vorläufige Standardformulierung, die dann auf der Konsensuskonferenz im September der Fachöffentlichkeit vorgestellt wurde.

Der Standard ist in international üblicher Form aufgebaut: Standardaussage, Begründung und zu den 6 Kriterien die Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren. Das dabei angestrebte Qualitätsniveau wird anhand von Handlungskorridoren im Rahmen von 6 Kriteriengruppen beschrieben.

Grundlage waren Forschungsergebnisse aus ca. 280 Studien, die evidenzbasierte Anhaltspunkte dafür liefern, dass ihre Beachtung hilft, Versorgungsbrüche zu vermeiden. Aus wissenschaftlicher Sicht ist eine solche Datenbasis zur Legitimation von Handlungsempfehlungen erforderlich, aus Sicht der Praktiker mussten die Forschungsergebnisse als interventionsbedeutsam eingestuft werden.

Die Expertengruppe ermittelte aus den Forschungsergebnissen sechs Gruppen von Qualitätskriterien:

1. **das Erfordernis einrichtungsbezogener Verfahrensregeln zur Rollenklärung der am Entlassungsmanagement beteiligten Berufsgruppen:**
Grundlage hier sind Forschungsergebnisse vorrangig aus den Bezugswis

- senschaften, der Organisationssoziologie und -psychologie, die organisatorische und qualifikatorische Klarstellungen gerade für neue Arbeitsabläufe und Arbeitsaufgaben, wie das Entlassungsmanagement, fordern,
2. **das Erfordernis einer frühzeitigen Identifikation des erwartbaren poststationären Versorgungs-/ Unterstützungsbedarfs:** Basis sind hier Forschungsergebnisse, die sowohl auf die positive Wirkung eines frühen allgemeinen Riskiokscreeningassessments innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme als auch auf ein dann bei Bedarf folgendes risikospezifisches Assessment, für die rechtzeitige Einleitung von kontinuierlich sichernden Maßnahmen hinweisen,
 3. **das Erfordernis einer bedarfsgerechten Steuerung des Entlassungsprozesses,** zugrunde liegen hier Forschungsergebnisse zur Bedeutung von abgestimmten, fachlich qualifizierten Koordinationen und Zuweisungsentscheidungen,
 4. **das Erfordernis einer bedarfsgerechten Information/Beratung /Schulung der Patienten und Angehörigen,** hier kommen Ergebnisse zum Tragen, die auf die Bedeutsamkeit von frühzeitiger Information, Beratung und Schulung der Patienten und ihrer Angehörigen für die Vermeidung von Drehtüreffekten hinweisen,
 5. **das Erfordernis des Abgleichs der frühzeitigen Planungen mit dem aktuellen Unterstützungsbedarf von Patienten und Angehörigen bei der Entlassung,** hier wird Bezug genommen auf Forschungsergebnisse, die die Qualitätsbedeutung von kontinuierlichen Anpassungen der initialen Planung bis hin zur Entlassung der Patienten aufzeigen,
 6. **das Erfordernis einer abschließenden Evaluation des Entlassungsmanagements zur Überprüfung des eigenen Vorgehens und der Bedarfsgerechtigkeit der nachstationären Versorgung ,** Grundlage sind hier Ergebnisse aus der Versorgungsforschung, die darauf hinweisen, dass eine gute Entlassungsplanung erst die halbe Miete ist, es muss sichergestellt werden, dass die nachsorgende Einrichtung auch entsprechend angemessen handelt. Hier fehlen allerdings im deutschen fragmentierten Versorgungssystem noch entsprechende Steuerungsinstanzen, um bei u.U. drohenden Versorgungsbrüchen einzugreifen.

Für jede dieser sechs Kriteriengruppen wurden jeweils aus Forschungsergebnissen abgeleitete, überprüfbare Indikatoren auf der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisebene formuliert. Mein Part dabei war die Sicherstellung der wissenschaftlichen Grundlage - und somit eine möglichst tragfähige die Verbindung zwischen Forschungsergebnissen aus der Literatur und der Praxis bei der Formulierung der Indikatoren innerhalb der Expertengruppe herzustellen. In diesem Prozess kam es zu deutlichen Perspektivunterschieden zwischen Forschern und Praktikern, die ich im folgenden skizziere.

Denn:

In der Bewertung von Forschungsergebnissen orientieren sich Forscher und Praktiker an unterschiedlichen Handlungslogiken (Erweiterung des body of knowledge vs. tauglich zur Lösung von Praxisproblemen).

Um diese zu überbrücken, gilt es populäre Missverständnisse über das Verhältnis von Forschung und Praxis auszuräumen.

Ausführen werde ich diese These unter Rückgriff auf eine fast historische Diskussion in den Sozialwissenschaften, die sich mit dem Verhältnis von Forschung und Praxis beschäftigt. Konkret beziehe ich mich hier auf Hans Zetterberg, der 1962 (Theorie, Forschung, und Praxis in der Soziologie, in: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Enke, Stuttgart, 19962, S. 65-104) drei zentrale Irrtümer herausarbeitete, die im Umgang von Forschern und Praktikern immer wieder auftauchen und meiner Ansicht nach nichts an Aktualität eingebüßt haben. Diese drei Irrtümer betrachte ich im weiteren als auszuräumende Missverständnisse - und zeige exemplarisch am Expertenstandard zum Entlassungsmanagement auf, wie eine solche Klärung geschehen kann.

1. Irrtum

Praktiker ignorieren Forschungsergebnisse wegen der komplizierten akademischen Formulierungen, sie benötigen populäre Darstellungen.

Warum ist das ein Irrtum?

WEIL: Die Probleme weniger in den unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Sprachstilen liegen, als vielmehr in den unterschiedlichen Blickwinkeln, unter denen Forschungsergebnisse betrachtet werden.

In der Routine der Forscherarbeit bedeutet jedes Forschungsergebnis, gleich welcher Art, einen Erkenntniszugewinn und führt zur angestrebten Erweiterung des Wissenskörpers. Die Praktiker bewegen sich in ihrem Arbeitsfeld unter anderen

Rahmenbedingungen und Routinen. Sie beurteilen Forschungsergebnisse aus der Perspektive der Nützlichkeit für ihren Arbeitsalltag. Um dies zu erreichen, benötigen sie ein In-Beziehung-Setzen von Forschungsergebnissen mit konkreten Problemen ihres Arbeitsalltags. Sie benötigen handlungsführende Ableitungen aus Forschungsergebnissen und nicht deren simplere Formulierung.

Ein Beispiel aus der Standardentwicklung:

Die Literaturlage ist eindeutig: Ein innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme der Patienten durchgeführtes „kriteriengeleitetes initiales Assessment“ zum erwartbaren Unterstützungsbedarf nach der Entlassung, erhöht die Wahrscheinlichkeit erheblich, Drehtüreffekte zu vermeiden.

Die Forscher der Expertengruppe fanden dieses Ergebnis interessant und waren froh, ein evidenzbasiertes Qualitätskriterium für die Gestaltung des Entlassungsmanagements gefunden zu haben. Nicht so die Praktiker: Ihr Interesse richtete sich nicht darauf, eine einfachere Formulierung für den Begriff „kriteriengeleitetes initiales Assessment“ zu finden! Für sie war dieses Forschungsergebnis nur relevant, wenn sich daraus gleichzeitig ergibt, nach **welchen** Gesichtspunkten ich die Situation eines konkreten Patienten einschätzen muss, um Drehtüreffekte zu vermeiden. Um Sicherheit im Arbeitsalltag herzustellen, gilt es hier also konkrete Handlungsempfehlungen aus Forschungsergebnissen zu entwickeln.

Daraus ergibt sich als

1. Anforderung an das Verständnis von Pflegeforschung

Um einen Forschungs-Praxis Transfer zu initiieren, dürfen Forscher nicht bei Produktion von Ergebnissen stehen bleiben, sondern müssen (in Abstimmung mit Praktikern) handlungsrelevante Ableitungen daraus formulieren.

Die Frage, wie man dies nun bewerkstelligen kann führt mich zur Diskussion des zweiten populären Irrtums, den Zetterberg identifiziert hat:

2. Irrtum (liegt vorwiegend bei Praktikern und jungen Forschern)

Mein spezielles Problem wurde noch nicht erforscht, also liegen zu dessen Lösung keine relevanten Forschungsergebnisse vor!

Ich möchte mich weiter am Beispiel der Assessments entlanghangeln:

Die Forschungsergebnisse zeigen: gültige und zuverlässige Assessmentinstrumente zur frühzeitigen Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs liegen nur für spezifische Patientengruppen und Settings vor. Der Standard bezieht

sich aber auf Entlassungen aus allen Typen klinischer Einrichtungen. In der Logik dieses Irrtums könnte man behaupten: somit liegen keine relevanten Ergebnisse für allgemeingültige Assessments vor! Hier ist es Aufgabe der Forscher auf u.U. vorhandene modellhafte Problemlösungen hinzuweisen und die Praktiker zu ermutigen und zu unterstützen, daraus für die eigene Situation angepasste Handlungsanleitungen zu entwickeln.

Wie wurde dieser Punkt bei der Standardentwicklung umgesetzt?

Als Forscherin habe ich aus der Perspektive der Versorgungsforschung theoretisch und damit modellhaft argumentiert. Aus unterschiedlichen Studien der amerikanischen und deutschen Versorgungsforschung (z.B. Corbin, Juliet/ Strauss Anselm: Weiterleben lernen, Piper, München 1993; Höhmann, Ulrike: Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch Kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltige Menschen, in: Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band III, Vincentz, Hannover 2002, S. 289-428; zusammenfassend: Schaeffer, Doris/ Moers, Martin: Bewältigung chronischer Krankheiten- Herausforderungen für die Pflege, in: Schaeffer, Doris/ Rennen-Allhoff Beate: Handbuch Pflegewissenschaft, Juventa, Weinheim, 2000, S. 447-484) lassen sich fünf Unterstützungsbereiche heraus arbeiten, die bei Patienten für die Sicherung von Versorgungskontinuität zu berücksichtigen sind. Diese fünf im Vordergrund stehenden Bereiche lehnen sich an die von Corbin/ Strauss herausgearbeiteten Bewältigungsarbeiten an, die im Verlauf eines Krankheits- und Pflegemanagements von den Betroffenen und ihren Familien geleistet werden müssen und erlauben eine modellhafte Zielbestimmung des Entlassungsmanagements. Bei diesen Trajekt (Verlaufskurven)arbeiten geht es 1. um die Berücksichtigung von Unterstützungserfordernissen bei der Auswahl und Koordination der einzelnen Hilfeleistungen, 2. der Unterstützung des Selbstmanagements im Sinne von Empowerment zum Kompetenzerwerb im Umgang mit der eigenen Lebenssituation und zwar in den folgenden drei Lebenssphären:

a. den krankheits-/pflegebezogenen Bewältigungsarbeiten, b. den alltagsbezogenen Bewältigungsarbeiten und c. den soziopsychobiografischen Bewältigungsarbeiten.

Steht zu erwarten, dass Patienten und/oder Angehörige in diesen Bereichen auch nach der Entlassung Hilfe benötigen, muss das Entlassungsmanagement darauf Bezug nehmen.

Vor dem Hintergrund dieser Inhalte analysierten Forscher der Expertengruppe die wichtigsten Assessmentinstrumente, die in der Literatur als valide und reliabel zur Ermittlung des poststationären Versorgungsbedarfs bei spezifischen Patientengruppen angegeben waren. Ergebnis war: alle wirksamen Instrumente berücksichtigten mehr oder weniger zentrale Aspekte aus jenen fünf Bereichen. Daraus zogen die Forscher das Fazit: Geeignete kriteriengeleitete initiale Assessments müssen diese fünf Bereiche berücksichtigen, - und zwar angepasst auf die je spezifischen Bedarfe der einzelnen Patientengruppen und Kliniken.

Hier stehen Forscher und Praktiker nun vor der weiteren gemeinsamen Aufgabe, unter Bezugnahme auf diese fünf übergeordneten Bereiche, hinreichend allgemeine Problemscreening Instrumente für den Alltagseinsatz zu entwickeln. Bis dies erfolgt ist, können die Praktiker jedoch ab sofort, selbst unter Bezugnahme auf diese fünf Bereiche, ihnen bekannte Assessments auf ihre Vollständigkeit hin prüfen und bei Bedarf ergänzen. Und so zu eigenen Problemlösungen kommen!

Diese Fähigkeit, eigene praxisrelevante Ableitungen aus allgemeineren Modellen zu erarbeiten, vermitteln wir im Studiengang in Darmstadt als zentrales Kompetenzerfordernis. Das nun gemeinschaftlich gegründete Pflegeforschungsinstitut bietet eine weitere Möglichkeit für Studierende, diese Kompetenzen unter Realbedingungen einzuüben.

Aus dem bisher Gesagten, leite ich die 2. Anforderung, an eine Pflegeforschung ab, die Nutzen für die Praxis bringen will:

2. Anforderung an das Verständnis von Pflegeforschung

Es ist Aufgabe der Forscher modellhafte Problemlösungen aufzuzeigen und die der Praxis, daraus spezifische Einzelfalllösungen (mit) zu erarbeiten.

Ich komme zum dritten typischen Irrtum, den Zetterberg im Umgang von Forschung und Praxis herausarbeitet: Er betrifft vorrangig die Forscher:

3. Irrtum

Die Themengebiete, die Forscher für relevant halten und bearbeiten möchten, entsprechen nicht den Problemen und Regelungsbedarfen der Praxis.

Diesen Irrtum und einen möglichen Umgang damit illustriere ich an einem anderen Beispiel aus der Standardentwicklung.

Die meisten Praktiker in der Expertengruppe strebten an, Qualitätskriterien für die Entlassungsprozeduren aus klinischen Einrichtungen zu entwickeln.

Einige Forscher argumentierten aus der Perspektive der Versorgungsforschung jedoch, dass dies nur ein kleiner Mosaikstein zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen und Drehtüreffekten sein könne. Denn alle Forschungsergebnisse - und die theoretischen Überlegungen - weisen darauf hin, dass eine Vermeidung von Versorgungsbrüchen und Drehtüreffekten nur gelingt, wenn sich entsprechende Brückenhandlungen konsequent an den patientenbezogenen Krankheits- und Pflegeverläufen orientieren. Daraus ergibt sich ein Regelungs- und Abstimmungsbedarf für alle Einrichtungen der Versorgungskette, also auch für die Handlungsstrategien der poststationären Einrichtungen, wie der ambulanten Dienste und Heime! Die Forscher folgerten: der Standard kann sein Ziel nur erreichen, wenn er auch diese nachstationären Versorgungseinrichtungen explizit in die Pflicht nimmt!

Die meisten Praktiker verweigerten sich jedoch dieser Sicht! Sie bestritten eine praktische Umsetzungsmöglichkeit dieser Forscherperspektive und argumentierten, dass ein Standard, der alle Einrichtungen und Patientensituationen betreffe, viel zu unspezifisch als konkrete Handlungsanleitung sei. Zudem setze ein solcher Standard, übergeordnete Steuerungsinstanzen im Gesundheitssystem voraus, die Patientenverläufe in ihrer Gesamtheit überblicken, koordinieren oder Unzulänglichkeiten dabei sanktionieren können. Diese fehlen jedoch!

Als Resultat dieser Perspektivunterschiede zwischen Forschern und Praktikern wurde die Reichweite des Standards auf klinische Einrichtungen begrenzt. Er bekommt so die Funktion eines ersten Mosaiksteins zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen, der möglichst bald durch weitere zu ergänzen ist, z.B. durch die Regelungen der Aufnahmenprozeduren im poststationären Bereich!

Der begründete Wunsch der Forscher nach sektorübergreifenden Qualitätskriterien führte dazu, dass im letzten Kriterienset der Standard die klinischen Einrichtungen verpflichtet, spätestens 48 Stunden nach Entlassung, mit Patienten oder nachsorgenden Einrichtungen Kontakt aufzunehmen. Damit überprüft zum einen die Pflege in der Klinik ihre eigene Vorgehensweise, und sammelt zum anderen systematisch Informationen über Einflussgrößen, die trotz des Entlassungsmanagements zu potentiellen Versorgungsbrüchen oder Drehtüreffekten bei den Patienten führen. Dies haben die Forscher durchgesetzt - auch wenn zur Zeit noch

offen ist, wie in der Praxis mit solchen Informationen umzugehen ist. Die Forscher hoffen hier auf Erkenntnisse aus der nun folgenden Implementationsphase, in der ca. 20 Einrichtungen in die praktische Erprobung dieses Standards eintreten.

Als Fazit ergibt sich als die dritte Anforderung an eine Pflegeforschung, die der Praxis nutzen will:

3. Anforderung an die Pflegeforschung

Forscher und Praktiker belegen Forschungsthemen und Forschungsergebnisse berechtigterweise mit unterschiedlicher Bedeutsamkeit. **Die Erarbeitung praxistauglicher Problemlösungen setzt einen beiderseitigen Perspektivabgleich voraus.**

Welches Resümée sehe ich aus den bisherigen Argumenten für die Arbeit unseres Forschungsinstituts:

Fazit für die Arbeit des Forschungsinstitutes

Praxisrelevanz ist kein statisches Merkmal von Forschungsergebnissen, sondern muss in Abstimmungsprozessen zwischen Forschern und Praktikern interaktiv hergestellt werden.

Als ihren Beitrag dazu, sollten die Forscher die drei oben genannten Anforderungen berücksichtigen.

Da wir ein an den Ausbildungsort „Fachhochschule“ angebundenes Institut gegründet haben, ergibt sich für die Lehre aus dem bisher gesagten die Chance, unsere Studierenden miteinzubeziehen und damit in besonderem Masse zu befähigen, eigene Forschungs-/bzw. Theorie- Praxis Transferprozesse leisten und initiieren zu können.