

Künftige Qualifizierungsansätze aus Greifswald und Neubrandenburg: Das Beispiel Demenz und das akademische Pflegebildungskonzept

Dr. rer. med. Adina Dreier, M.Sc.
Dr. rer. med. Hagen Rogalski, M.Sc.

Institut für Community Medicine,
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Universitätsmedizin Greifswald
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

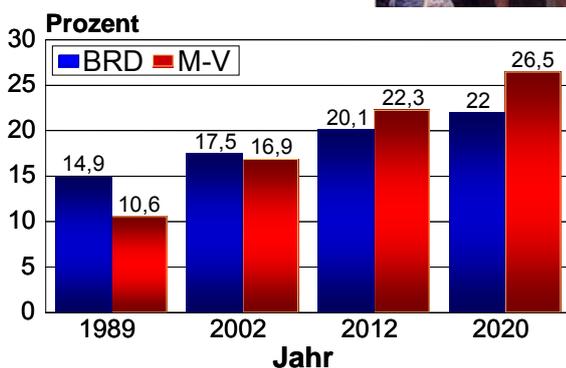
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
der Hochschule Neubrandenburg
Prof. Dr. Roman F. Oppermann, L.L.M.

Hamburg, 30.05.2013

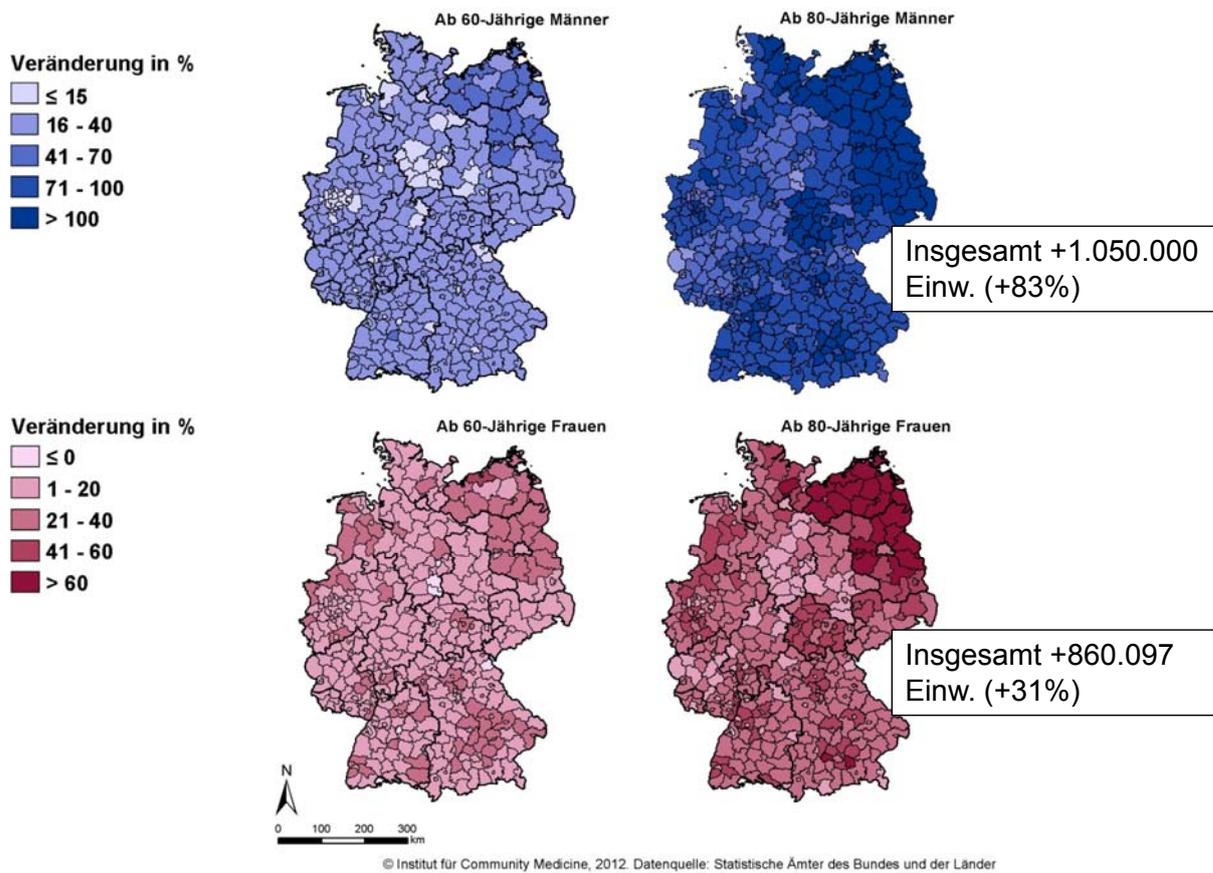
Demographischer Wandel



Säuglingsstation: Den demografischen Kegel völlig verschoben



Veränderung der Bevölkerung der Altersgruppen der ab 60-Jährigen und ab 80-Jährigen von 2020 zu 2008, Landkreise



Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern

Hochrechnung der Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen bis 2020 auf der Basis der Study of Health in Pomerania (SHIP)

Ulrike Siewert*, Konstanze Fendrich*, Gabriele Doblhammer-Reiter, Rembrandt D. Scholz, Peter Schuff-Werner, Wolfgang Hoffmann



Hochrechnung der prävalenten bzw. inzidenten Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern 2005 und 2020 sowie der prozentualen und absoluten Veränderung der Fallzahlen 2020 gegenüber 2005 basierend auf Bevölkerungsprognosen des Rostocker Zentrums und des Statistischen Amtes M-V

	2005		2020	
	Basis Bevölkerungsprognose Rostocker Zentrum			
M-V	Fallzahlen	Fallzahlen	Veränderung	
Prävalenz				
Hypertonie	618 855	657 423	+ 6,2 % (+ 38 568)	
Diabetes	117 919	143 138	+ 21,4 % (+ 25 219)	
Myokardinfarkt	40 976	52 560	+ 28,3 % (+ 11 584)	
Schlaganfall	31 322	36 969	+ 18,0 % (+ 5 646)	
Osteoporose	66 629	79 636	+ 19,5 % (+ 13 006)	
Demenz	19 271	36 826	+ 91,1 % (+ 17 555)	
Inzidenz				
Krebs (Dickdarm)	728	953	+ 31,0 % (+ 225)	
Krebs gesamt	8 612	10 560	+ 22,6 % (+ 1 948)	

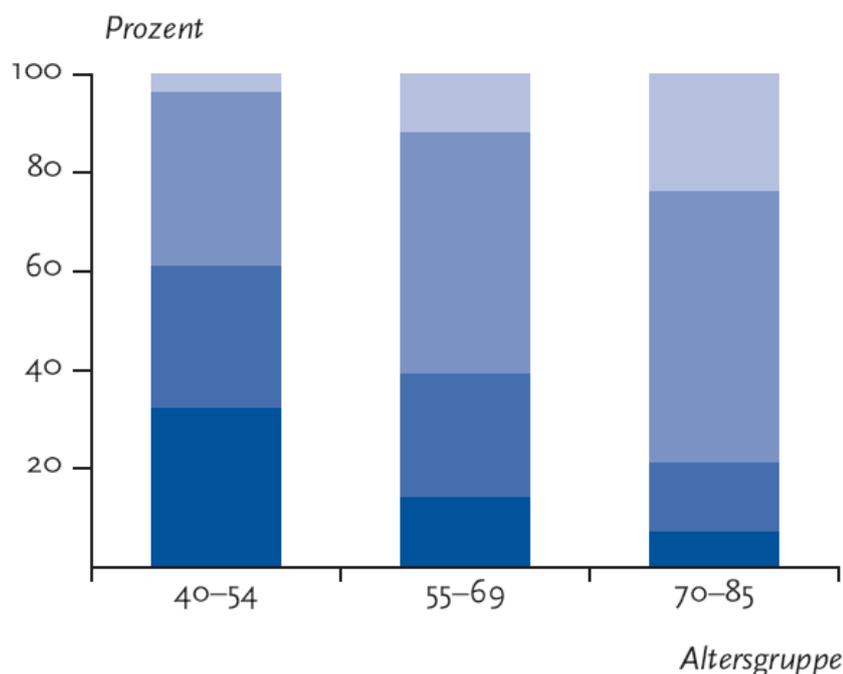
Prävalenz von Krankheiten in Deutschland 2007, 2030 und 2050 absolut und Veränderung in Prozent zu 2007

Erkrankung:	2007 (in Mio)	2030 (in Mio)	2050 (in Mio)
Sehbehinderungen	0,35	0,44 (+27%)	0,49 (+41%)
Osteoporose	8,3	10,2 (+23%)	10,4 (+26%)
Arthrose	13,6	15,6 (+15%)	14,9 (+9%)
Rheumatoide Arthritis	0,66	0,73 (+18%)	0,73 (+18%)
Chron. Rückenschmerzen	12,7	13,0 (+2%)	12,1 (-5%)
Diabetes mellitus	4,1–6,4	4,9–7,8 (+22%)	5,8–7,8 (+20%–+22%)
Schwerhörigkeit	8,8	10,8 (+23%)	11,2 (+28%)
Hypertonie	34,8	37,9 (+9%)	35,5 (+2%)
COPD	6,4	7,9 (+23%)	7,9 (+23%)
Demenz	1,1	1,6 (+51%)	2,2 (+104%)

Quelle: Peters et al. Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. Eine Projektion bis 2050. Bundesgesundheitsbl 2010, 53:417–426

Multimorbidität:

Anteile der Personen, die von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen sind, nach Alter



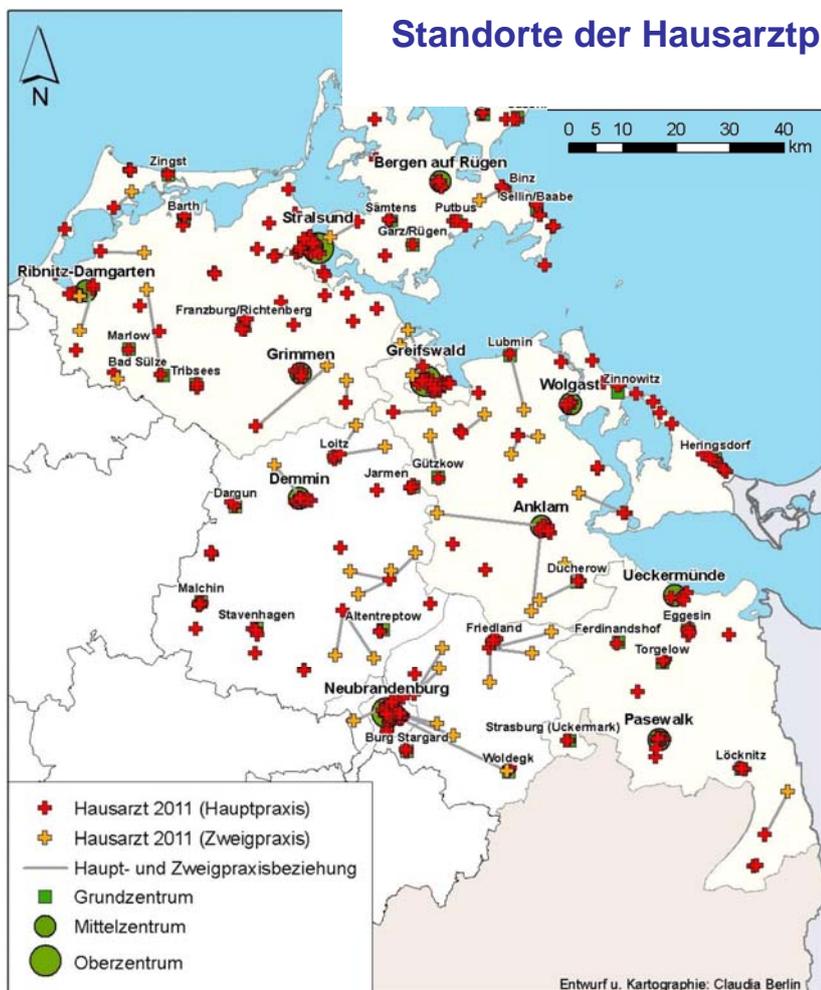
Quelle: RKI, Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002 in: RKI, Gesundheit und Krankheit im Alter, 2009

Diagnose nach ICD 10	Anzahl Patienten*	%
Hypertonie	1113	78
Diabetes mellitus	741	52
Ischämische Herzkrankheiten	585	41
Sonstige Formen der Herzkrankheit	414	29
Arthrose	350	24
Stoffwechselstörungen	345	24
Zerebrovaskuläre Krankheiten	283	20
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	239	17
Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken ... und bestimmte Zustände, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen	210	15

Multimorbidität:

- 95% der Patienten sind multimorbide
- durchschnittlich 6 Diagnosen, Range: 1-33 Diagnosen

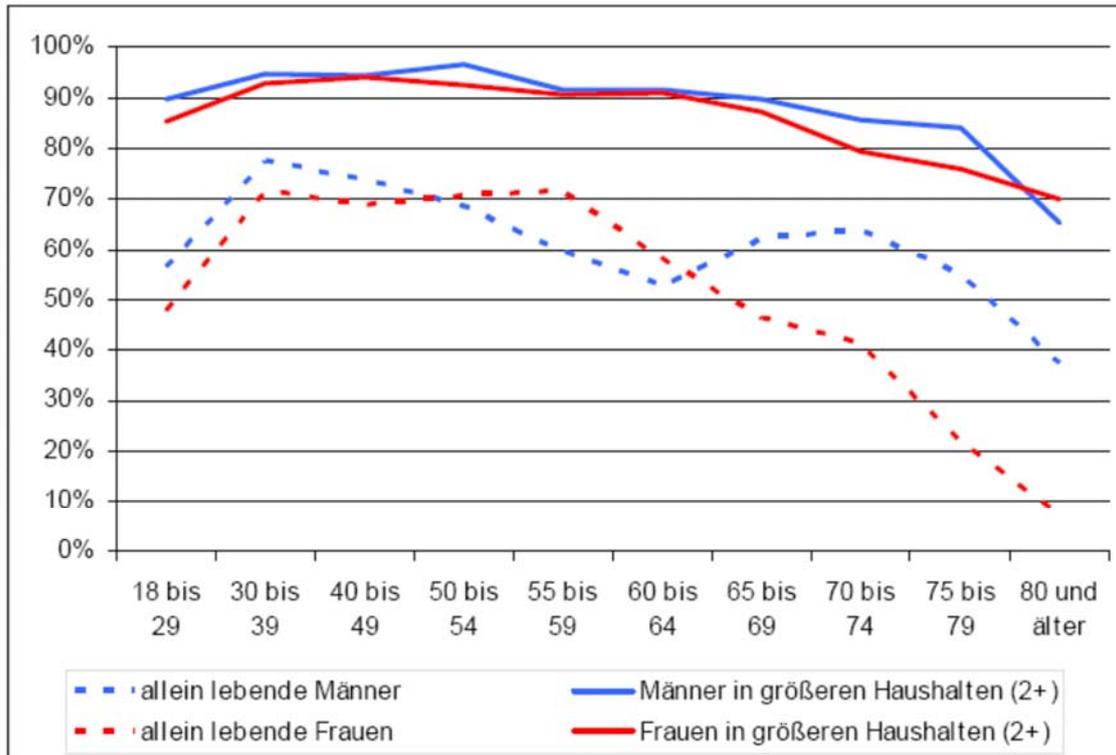
© ICM EMAU 2008



**Standorte der Hausarztpraxen in Vorpommern (2011)
Haupt- und Zweigpraxen**

- Konzentration der Praxen in allen Ober-, Mittel- und Grundzentren
- Zweigpraxen vor allem in Nord- und Ostvorpommern

Personen in Haushalten mit PKW nach Alter, Geschlecht und Haushaltsgröße



Quelle: ÖPNV: Planung für ältere Menschen. BMVBS 2010 S. 37

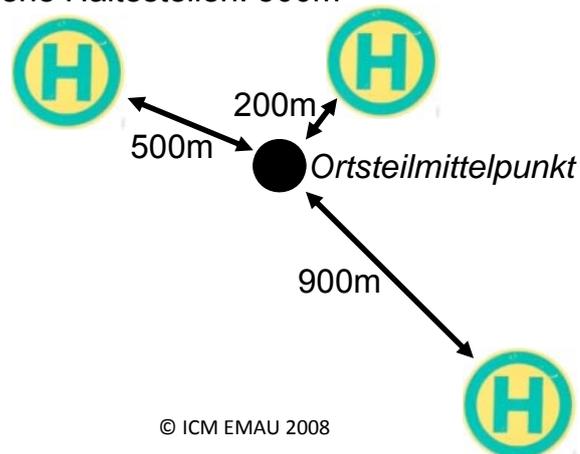
Geokodierung der Bushaltestellen



Modellrechnung: benötigte Fahrzeit zur nächsten Hausarztpraxis

Annahmen:

- Wochentag: Dienstag (Schultag)
- Hinfahrt: zwischen 7 und 11 Uhr
- Rückfahrt: ab 12 Uhr bis 24 Uhr
- max. Fußwege:
 - Ortsmittelpunkt – Arztpraxis bzw. Klinik: max. 1000m
 - Ortsmittelpunkt – drei nächstgelegene Haltestellen: max. 1000m
 - zwischen den Haltestellen (Umsteigebereiche): max. 250m
 - Arztpraxis bzw. Klinik – drei nächstgelegene Haltestellen: 500m



SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

geprägten Siedlungsräumen. Die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in ländlichen Räumen, insbesondere in den strukturschwachen Regionen der ostdeutschen Bundesländer bildet künftig eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik. Es erscheint daher erforderlich, die wünschenswerte populationsorientierte Versorgung sowohl unter generationenspezifischen als auch unter regionalen Aspekten zu beleuchten, was die Koordinationsaufgabe um eine Dimension erweitert und inhaltlich anspruchsvoller gestaltet. Das in diesem Sondergutachten vorgeschlagene Zu-

Europaweit einzigartige Demenzstudie

Speziell ausgebildete Krankenschwestern sollen bis zu 1000 Patienten und Angehörige betreuen. Ziel der Studie ist es, Demenz möglichst frühzeitig zu erkennen.

Von Ralph Sommer

Greifswald/Schwerin – Die 80-jährige Waltraud Z. hat Eltern, Krankenschwester Vaska Böhmman hat einen Tabak PC angeschafft, auf dem sie vorbereitete Fragebögen abruft. Gut gelüftet beantwortet die Rostocker 89-Jährige Fragen nach ihrer Gesundheit, Familie, Freunden, Wohnverhältnissen. Vor einigen Monaten habe sie bei ihrem Mann einen Fragebogen absolviert. Weil sie sich aber bei weniger als neun der 13 Fragen richtig erinnern konnte, erklärte sie sich bereit, an einer neuen Studie zur Demenzforschung teilzunehmen. Nebenbei besucht Schwester Böhmman sie regelmäßig.

Die frühzeitige Erkennung von Demenz ist Ziel einer europaweit einzigartigsten Studie, die in Mecklenburg-Vorpommern gestartet wurde. Dazu sollen in den nächsten drei Jahren etwa 1000 Senioren, die älter als 70 Jahre alt sind und erste Anzeichen von Erinnerungslücken aufweisen, von speziell ausgebildeten Betreuern (Dementia Care Managern) zu Hause aufgesucht und betreut werden. Die Teilnehmer an dem Projekt sind freiwillig und haben das Ziel, den Betroffenen und ihren Angehörigen rechtzeitig geeignete Unterstützung zukommen zu lassen, sagte Projektleiter Wolfgang Hoffmann. Neben der Universität Greifswald beteiligen sich an der Studie



Krankenschwester und Betreuungsmanagerin Vaska Böhmman (l.) aus Greifswald bedingt die Betreuerin Waltraud Z. in ihrer Wohnung für die Demenz-Studie. Foto: Jens Hoffmann

Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen

© ICM EMAU 2010, DZNE 2010

Pflegekräfte werden zu Demenzmanagern

In Mecklenburg-Vorpommern startet ein Forschungsprojekt, bei dem Demenzpatienten zu Hause betreut werden. Hausarztpraxen dienen dabei als "Knotenpunkte".

SCHWERIN (di). Speziell ausgebildete "Dementia Care Manager" (DCM) unterstützen im Nordosten die Versorgung von Demenzkranken. Zugleich startet eine umfangreiche Versorgungsstudie. "Wir dürfen nicht alle Arbeit auf die Hausärzte abladen", warb Gesundheitsministerin Manuela Schwesig (SPD) beim Start der Studie für die Delegation auf DCM.



Nach ihrer Vorstellung dienen die rund 200 beteiligten Hausarztpraxen als "Knotenpunkte", um die Patienten für die Studie zu rekrutieren. Im Mittelpunkt stehen weitergebildete Pflegekräfte, von denen zum Start vier als DCM zu den Patienten fahren.

Sie und weitere DCM sollen innerhalb der nächsten fünf Jahre im Rahmen der Delphi-MV-Studie ("Demenz: lebenswelt- und ressourcenorientierte Hilfen in Mecklenburg-

Demenzpatienten zu Hause betreuen? In Mecklenburg-Vorpommern startet ein Forschungsprojekt mit den Hausarztpraxen.

Mission

Entwicklung von effektiven, Evidence basierten und effizienten Versorgungsansätzen für Patienten mit Demenz.

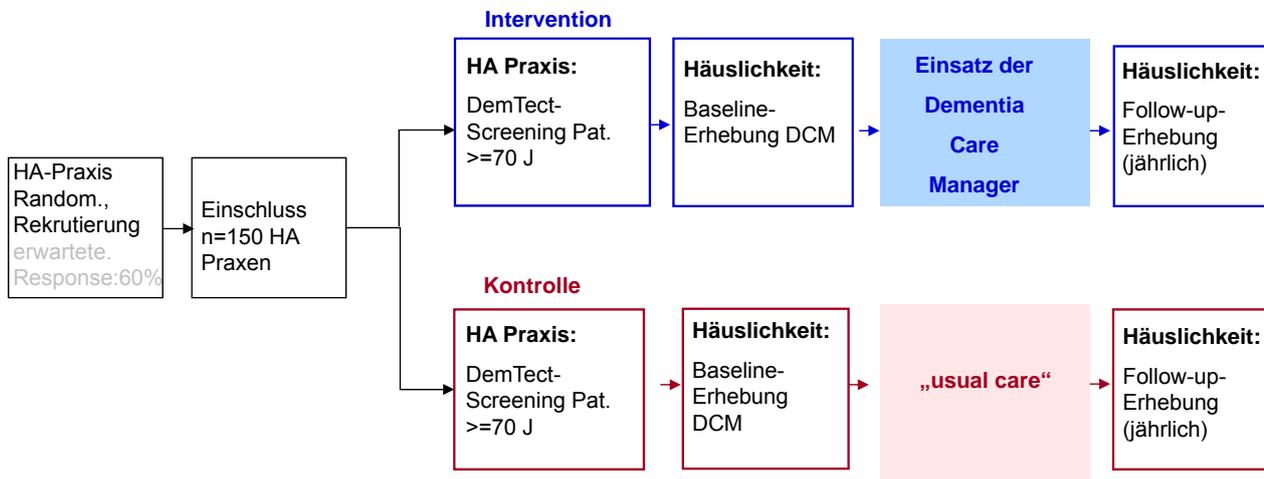


Ziel

Evaluation von innovativen, multimodalen Versorgungskonzepten und neue Diagnose Markern der Demenz im klinischen und ambulanten Versorgungssetting.

Demenz: lebens- und personenzentrierte Hilfen in M-V (DelpHi-MV)

(Cluster randomisierte, kontrollierte, HA-basierte, prospektive Interventionsstudie)



registriert als clinical trial (NCT01401582)

Thyrian, Fiß, ... Teipel, Hoffmann (2012), *Trials*

Handlungsfelder

1. Ärztliche Diagnostik und Behandlung
2. Pflegerische Behandlung und Versorgung
3. Sondertherapien (z.B. Physiotherapie, Ergo.)
4. Soziale Teilhabe
5. Sozialrechtliche Beratung und Unterstützung
6. Technische Assistenz/ Telemedizin
7. Medikamentöse Behandlung und Versorgung
8. Unterstützung der Angehörigen bzw. Hauptversorgungsperson (z.B. Anleitung, Beratung, Entlastung, Schulung)/ caregiver support and education



Schwerpunkte

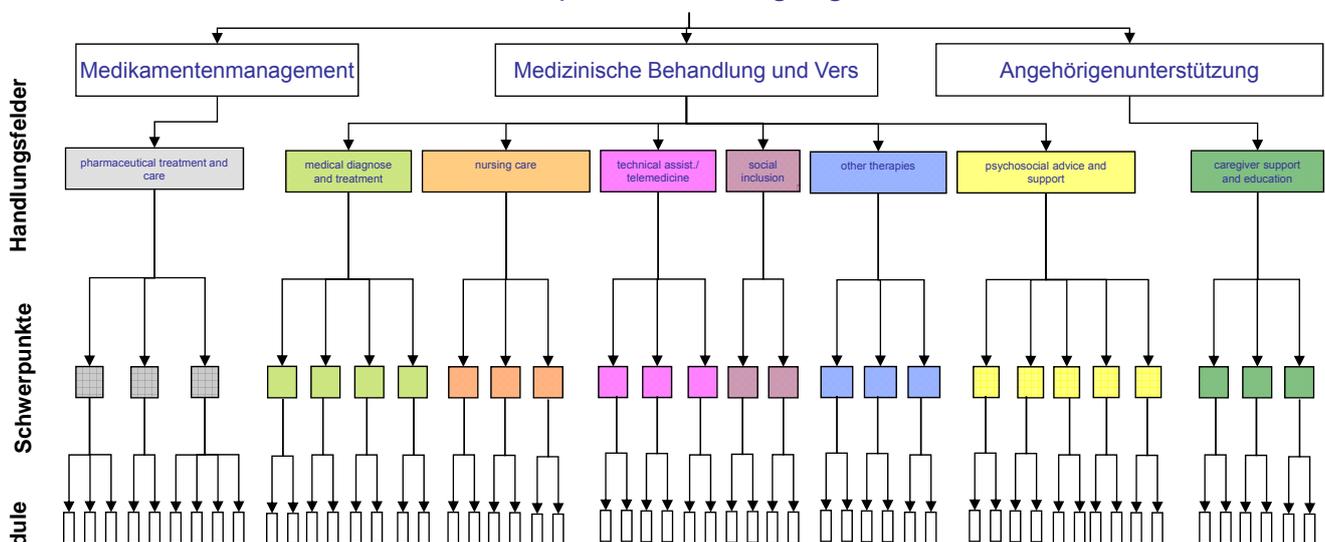
z.B. Handlungsfeld 1: ärztliche Diagnostik und Beratung

- Aufklärung
- psychiatrische Versorgung
- psychiatrisches Notfallmanagement
- depressive Syndrome
- psychotische Symptome
- Verhaltensauffälligkeiten
- Neurologische Versorgung
- internistische vaskuläre Risikofaktoren
- Herz-Kreislauf-Notfälle



© DZNE 2010, ICM-VC 2010

Optimale Versorgung



N= 75

© DZNE 2010, ICM-VC 2010

Adina Dreier, Jochen René Thyrian, Wolfgang Hoffmann

Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte

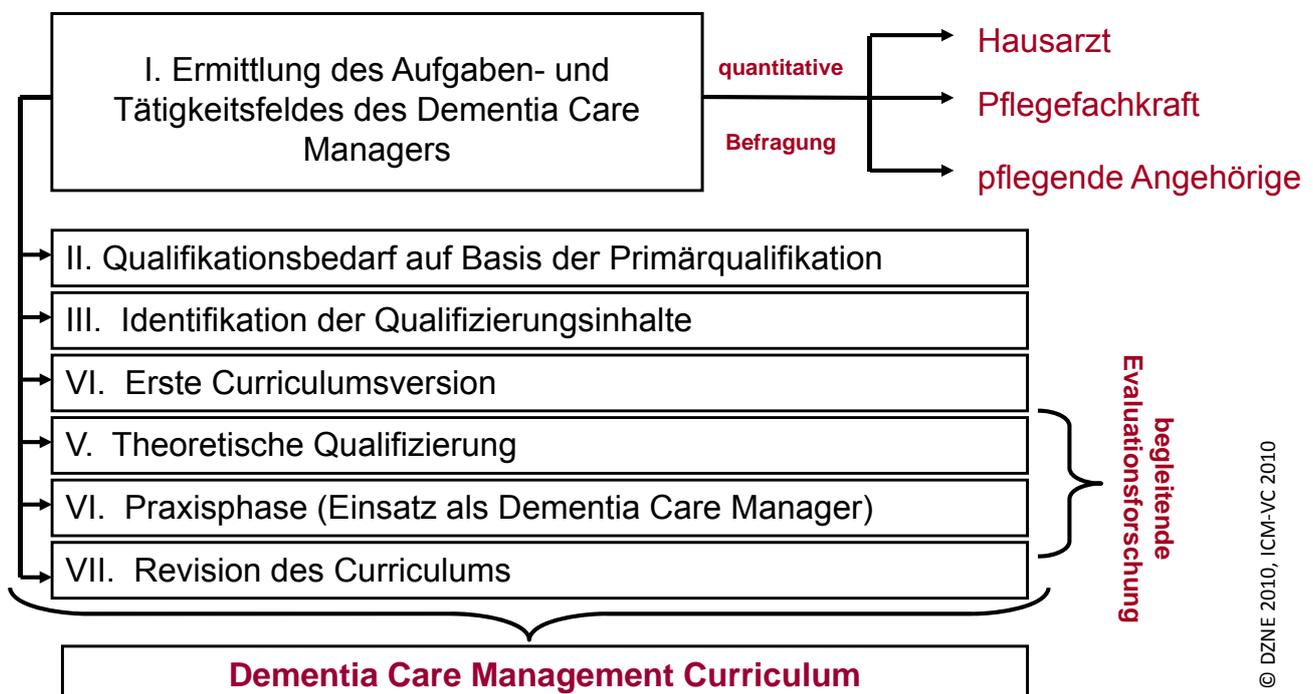
Ziel

Evaluation der Effektivität und Effizienz eines spezifisch qualifizierten Dementia Care Managers (DCM) bei in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Demenz und ihren Hauptversorgungspersonen



16. Jg., H. 1, Februar 2011

Entwicklung einer Qualifizierung für Pflegefachkräfte



Stunden gesamt: 1188 (868 Stunden Theorie, 320 Stunden Praxis)

I. Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten und deren pflegenden Umfeld (144Stunden)

1.1 Das Dementia Care Management Konzept (8Std.)
1.2 Das deutsche Gesundheitswesen (24 Std.)
1.3 demenzbezogene Epidemiologie (8Std.)
1.4 Gerontologie (24Std.)
1.5 Prävention und Gesundheitsförderung (24Std.)
1.6 ethische Aspekte der Versorgung demenziell Erkrankter (16Std)
1.7 rechtliche Aspekte der Versorgung von Patienten mit Demenz (40Std.)



© DZNE 2010, ICM-VC 2010

II. Medizin der Demenz (200Stunden)

2.1 Das Krankheitsbild Demenz (32Std.)
2.2 Arzneimittellehre (40Std.)
2.3 Neurologie (20Std.)
2.4 Gerontopsychiatrie (36Std.)
2.5 Geriatrie (24Std.)
2.6 Allgemeinmedizin (16Std.)
2.7 Palliativmedizin/Palliative Care (32Std.)

III. Pflege bei Demenz (248Stunden)

3.1 Pflege in Familie und Häuslichkeit (16Std.)
3.2 Assessment- und Dokumentationsinstrumente (40Std.)
3.3 spezielle Pflegeprobleme bei Demenz (48Std.)
3.4 Versorgungsmanagement (24Std.)
3.5 nichtmedikamentöse Therapieansätze (60Std.)
3.6 belastungsassoziierte Erkrankungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige (32Std.)
3.7 Verhalten in Notfall- und Krisensituationen (12Std.)
3.8 Selbstpflege (16Std.)



IV. Kommunikation, Beratung und Gesprächsführung (132Stunden)

4.1 Grundlagen der Kommunikation (4Std.)
4.2 Kommunikation mit Menschen mit Demenz (32)
4.3 Kommunikation mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz (32)
4.4 Kommunikation und Gesprächsführung mit weiteren Akteuren und im Netzwerk (32Std.)
4.5 Information, Beratung, Anleitung und Schulung des Demenzpatienten und seines pflegenden Umfeldes (32 Std.)

© DZNE 2010, ICM-VC 2010

V. Netzwerkbezogene Demenzversorgung (72Stunden)

5.1 Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Professionen im Gesundheitssystem (8Std.)

5.2 Netzwerk und Netzwerkarbeit (8Std.)

5.3 Erhebung, Analyse und Weiterleitung von patientenbezogenen Informationen (16Std.)

5.4 interdisziplinäre Fallbesprechung und Supervisionen (32Std.)

5.5 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung (8Std.)



VI. EDV (72Stunden)

6.1 Grundlagen der PC-Arbeit (32Std.)

6.2 Dokumentationssysteme im Dementia Care Management (40Std.)

VII. Praktikum (320 Stunden)

VIII. Abschlussprüfung

© DZNE 2010, ICM-VC 2010

Teilnahmevoraussetzungen

- Abgeschlossene Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege
- Zweijährige Berufserfahrung in der ambulanten Versorgung
- Erfahrungen in der Versorgung von demenziell Erkrankten und der Unterstützung des pflegenden Umfeldes
- Aktueller Nachweis der Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs, gute Kenntnisse im Umgang mit dem PC

Anrechenbarkeit von Vorleistungen

- Absolvierte Fort- und/oder Weiterbildungen können angerechnet werden, wenn:
 - ein schriftlicher Nachweis unter Angabe der Inhalte und Zeitumfänge vorliegt
- Entscheidung erfolgt im individuellen Einzelfall

© DZNE 2010, ICM-VC 2010

Theoriephase

Qualifizierung: freitags und samstags (ganztägig)

- Begleitende Evaluation
 - Ausfüllen eines Fragebogens nach jedem absolviertem Modul
 - Ausfüllen eines Fragebogen nach Abschluss der Theoriephase

Praxisphase

Umfang 320 Stunden (2 Monate täglich 8 Stunden)

- Ort: Hausarztpraxis der Intervention, Häuslichkeit der Patienten mit Demenz und deren Hauptversorgungsperson
- Versorgung und Betreuung von zwei Patienten mit Demenz sowie deren pflegenden Umfeld
- Begleitende Evaluation
 - Ausfüllen eines Fragebogens nach absolvierter Praxisphase
 - Teilnahme an einer Reflexionsrunde nach Abschluss der Praxisphase

© DZNE 2010, ICM-VC 2010

→ Expertenrunde zur wissenschaftlichen und praxisnahen Begleitung der Curriculumsentwicklung

Apotheker, Demenzexpertin, Gerontologin, Gerontopsychiaterin, Hausarzt, Jurist, Kommunikationstrainer, Kunsttherapeutin, Medizinpädagogin, Palliativmediziner, Pflegewissenschaftler, Sozialarbeiterin



© DZNE 2010, ICM-VC 2010

Expertengruppen-
treffen 23. Juni 2011

- **Kooperation mit dem Weiterbildungsträger ISBW Neustrelitz**
Austausch zum Curriculum der Weiterbildung Gerontopsychiatrie
und zum Basiscurriculum Palliative Care



- **Kooperation mit der beruflichen Schule der
Universitätsmedizin Greifswald**

Austausch zum Curriculum der Gesundheits-
und Krankenpflege



- **Kooperation mit der beruflichen Schule
Neubrandenburg am Dietrich Bonhoeffer
Klinikum**

Austausch zu den Curricula der Gesundheits- und
Krankenpflege und der Altenpflege in Bezug auf
Demenz



© DZNE 2010, ICM-VC 2010

Substitution- Welche Möglichkeiten bestehen?



Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2011

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Vom 22. Dezember 2011

zum 01.01.2012 in Kraft getreten

G-BA beschließt Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben

Berlin, 20. Oktober 2011 – Gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer können künftig im Rahmen von Modellvorhaben bei ärztlichen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf Angehörige der Kranken- und Altenpflegeberufe erproben. Eine entsprechende Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Donnerstag in Berlin beschlossen und damit die Voraussetzungen für die Umsetzung der Modellvorhaben geschaffen (§ 63 Abs. 3c Satz 3 SGB V).

Gemeinsamer Bundesausschuss Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten...



Bundesministerium für Gesundheit
[1409 A]
Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V): – Erstfassung –
Vom 20. Oktober 2011

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Oktober 2011 die Erstfassung der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V) beschlossen.

I.
Die Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V) in der Fassung vom 20. Oktober 2011

A. Allgemeiner Teil
§ 1 Gesetzliche Grundlagen und Regelungsgegenstand der Richtlinie
§ 2 Selbständige Ausübung von Heilkunde
§ 3 Bindung und Begrenzung der selbständigen Ausübung von Heilkunde
§ 4 Vorgaben zur Verordnung
§ 5 Regelungsbestandteile der Modellvorhaben
§ 6 Empfehlungen zu weiteren Regelungsbestandteilen der Modellvorhaben
B. Besonderer Teil

A. Allgemeiner Teil
§ 1
Gesetzliche Grundlagen und Regelungsgegenstand der Richtlinie
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt gemäß § 63 Absatz 3c Satz 3 SGB V in dieser Richtlinie einen abschließenden Katalog von ärztlichen Tätigkeiten, die im Rahmen von Modellvorhaben auf Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege übertragen werden können.

**§ 2
Selbständige Ausübung von Heilkunde**

Diabetes Typ I
Diabetes Typ II
Chronische Wunden
Verdacht auf Demenz
Verdacht auf Hypertonus (ohne Schwangerschaft)

(1) Vortrag ist die selbständige Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V) beschlossen.

(2) Die Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V) in der Fassung vom 20. Oktober 2011

A. Allgemeiner Teil
§ 1 Gesetzliche Grundlagen und Regelungsgegenstand der Richtlinie
§ 2 Selbständige Ausübung von Heilkunde
§ 3 Bindung und Begrenzung der selbständigen Ausübung von Heilkunde
§ 4 Vorgaben zur Verordnung
§ 5 Regelungsbestandteile der Modellvorhaben
§ 6 Empfehlungen zu weiteren Regelungsbestandteilen der Modellvorhaben
B. Besonderer Teil

ABER:

B. Besonderer Teil

Einzelne übertragbare ärztliche Tätigkeiten und Qualifikationsanforderungen

Bei den im Folgenden aufgeführten ärztlichen Tätigkeiten kann im Rahmen von Modellvorhaben eine Übertragung auf Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde erfolgen. Die selbständige Ausübung von Heilkunde setzt voraus, dass die jeweils erforderliche Qualifikation gemäß § 4 Absatz 7 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) bzw. § 4 Absatz 7 des Altenpflegegesetzes (AltPflG) erworben wurde.

→ Derzeit keine rechtliche Grundlage für Medizinische Fachangestellte zur Übernahme von heilkundlicher Tätigkeiten

Kooperatives, akademisches Pflegebildungskonzept

Wer?



Was?

- Kooperatives, akademischen Pflegebildungskonzept → Medizin und Pflege
- Generalistischer Bachelorstudiengang und konsekutiver Master

Wie?

- Evidenzbasierte Identifikation der Curriculumsinhalte
- Delphi Befragung des Typs Ideenaggregation
(Studienzeitraum: 01.01.2013 bis 31.12.2014)

© ICM-VC 2013

Weiteres Vorgehen ab 2015

- Erste Erprobung des generalistischen, kooperativen Bachelorstudiengangs
→ begleitende Evaluationsforschung

Konstruktion des konsekutiven und kooperativen Masterstudiengangs

© ICM-VC 2013