

Matthias Dammert | Christine Keller |
Thomas Beer | Helma Bleses

Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Eine Untersuchung zur Anwendung
der Integrativen Validation und der
Basalen Stimulation in der Begleitung
von Personen mit Demenz

BELTZ JUVENTA

Kapitel 1

Einleitung

Der Anstieg des Lebensalters und die Erkenntnis, dass sich mit zunehmendem Alter das Demenzrisiko erhöht, lassen eine Zunahme des Demenzphänomens vermuten (Alzheimer's Disease International 2013; Bickel 2012). Allerdings lässt sich dies in aktuellen Untersuchungen (Matthews et al. 2013) zur Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Europa nicht bestätigen. Dennoch wird das Thema auch weiterhin einen enormen Stellenwert in der politischen, gesellschaftlichen und (pflege-)wissenschaftlichen Diskussion einnehmen. Demenz und die damit assoziierten Phänomene sind Gegenstand von Debatten und Diskussionen. Gleichzeitig werden aber gerade jene Personen, bei denen sich diese Phänomene zeigen, zunehmend marginalisiert. Unter dem Blickwinkel des „Versorgungsfalles“ bzw. „Problemfalles“ werden sie zu Akteuren am gesellschaftlichen Rand (Gronemeyer 2013).

Besonders die *Pathologisierung* (Whitehouse 2009) bzw. *Etikettierung* von Personen mit Demenz als *Demenzkranken* führt dazu, dass sie *mit, trotz und wegen* ihres unterschiedlich starken Verlustes an kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten immer weniger in das gesellschaftliche Leben im Sinne einer sozialen Teilhabe eingebunden werden. Denn im Umgang mit Personen mit Demenz ergeben sich bereits bei der Erfassung der Wünsche und Absichten erhebliche Deutungsprobleme. Die ‚normalerweise‘ für ein Gespräch geltende Annahme der ‚Reziprozität der Perspektiven‘ (Schütz 1971) lässt sich nicht mehr ohne weiteres voraussetzen. Dies bedeutet, dass die ‚üblichen‘ Regeln einer Konversation ihre Gültigkeit verlieren oder ihre Wirkung verfehlen. Die Interaktionspartner reden gewissermaßen aneinander vorbei. Eine ‚Passung‘ zwischen ihnen ist schwer herzustellen (Bosch 1998; Mergen 2001; Ganz et al. 2014; Wilhelm 2003; Koch-Straube 2003). Die Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz erfolgt deswegen nicht selten in einem institutionalisierten und gesellschaftlich akzeptierten „sozialen Schutzbereich“¹ (Schockenhoff/Wetzstein 2005, S. 263). Diese gesellschaftliche Exklusion findet auch vor dem Hintergrund ethischer und moralischer Dilemmata statt. Angesichts einer strukturellen und konzeptuellen Alternativlosigkeit wählen pflegende Angehörige und Bezugspersonen diese Exklusion geradezu als Ausweg aus der hohen Beanspruchung und Belastung.

1 Gemeint sind hier häusliche, ambulante und stationäre Settings.

Der Gesetzgeber reagiert mit den aktuellen Pflegestärkungsgesetzen auf die künftigen Versorgungsbedarfe von Personen mit Demenz und fördert damit Möglichkeiten der gesellschaftlichen Inklusion. Auch Vertreterinnen und Vertreter der Pflegewissenschaft befassen sich mit der Frage, wie sich ein professioneller Umgang mit Personen mit Demenz darstellt. Zentral für professionelles Handeln in der Pflege von Personen mit Demenz ist die „stellvertretende Deutung“ der je individuellen Situation einer Person (Hülsken-Giesler 2008; Friesacher 2008). Diese Deutung sollte im Interesse der Person mit Demenz geschehen (Raven 2006; Weidener 2003; Oevermann 1996) und unter Wahrung ihrer „Autonomie der Lebenspraxis“ erfolgen (Behrens 2005, S. 118). Das Recht auf Selbstbestimmung und der Schutz der Person mit Demenz stellen die Akteure in der Pflegepraxis vor große Herausforderungen und mitunter vor scheinbar unlösbare Aufgaben (Kotsch/Hitzler 2013). In diesem Zusammenhang schrieb das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS, seit 2005 BMG) bereits 2003 ein Forschungsvorhaben aus mit dem Ziel, „standardisierte Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell Erkrankte“ zu entwickeln.

1.1 Person mit Demenz und Person-Zentrierung

Personen mit Demenz verfügen über individuelle Ausdrucksformen, die es zu deuten gilt. So ist nach letztem Kenntnisstand davon auszugehen, dass ihre Handlungen bedeutungserfüllt und durchaus situationsangemessen sein können (Honer 2011d; Re 2003; Sabat/Harré 1994). Personen mit Demenz sind bis in die Spätstadien der Demenz hinein zu sinnhafter Kommunikation fähig und in der Lage, sich durch nonverbale Ausdrucksformen wie Mimik, Gestik, Blickkontakt, Haltung oder Stimmhöhe (Seidl et al. 2012; Re 2003; Sabat/Cagigas 1997, Goldsmith 1996) mitzuteilen. Bis in die späten Stadien der Demenz lassen sich verschiedenste Gefühlszustände erkennen (Kontos 2004; Bär/Kruse/Re 2003; Magai/Cohen/Gomberg 2002; Magai et al. 1999). Geht es darum, die Äußerungen und das Verhalten einer Person mit Demenz sinnverstehend zu deuten, ist besonders die Haltung beim Wahrnehmen und Beobachten bedeutsam (Gans et al. 2014). Neuropathologische Veränderungen können zwar Verhaltensprobleme hervorrufen, doch es darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass Verhaltensweisen von Personen mit Demenz durchaus Reaktionen auf bestimmte soziale Umweltbedingungen sind, die sie als ungünstig wahrnehmen. Somit können wir ihr Verhalten nicht ausschließlich auf neuropathologische Veränderungen beziehen. Daher ist es wichtig, der sozialen Dynamik zwischen professionell Pflegenden und Personen mit Demenz besondere Aufmerksamkeit zu widmen (BMG

2007; James/Sabin 2002; Sabat 2002a; Sabat 2002b; Downs 2000; Sabat 1998; Sabat/Cagigas 1997; Sabat 1994; Sabat/Harré 1994; Kitwood 1993; Bohling 1991; Kitwood 1990; Lyman 1989). Als besondere Herausforderung zeigt sich dabei der Umgang mit Personen, deren Verhalten sich demenzbedingt so stark verändert hat, dass es von Menschen in deren Umwelt als problematisch oder ‚störend‘ empfunden wird: Es gilt als *herausforderndes Verhalten*². Die interdisziplinäre Expertengruppe, welche die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Personen mit Demenz in der stationären Altenhilfe erarbeitete, „einigte sich auf den Begriff ‚herausfordernd‘, weil dieser Begriff Verhaltensweisen kennzeichnet, die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten der Pflegenden stellen. Außerdem umgeht dieser Begriff die a priori Festlegung des Verhaltens als intrinsisch“ (BMG 2006, S. 14). Es ist zu vermuten, dass viele dieser sogenannten *herausfordernden* Verhaltensweisen für die Betroffenen die häufig einzigen verbliebenen Ausdrucksweisen sind, um ihre Bedürfnisse, ihre Wünsche oder ihren Leidensdruck mitzuteilen (James 2013; Urselmann 2013; Halek/Bartholomeyczik 2012; Cohen-Mansfield 2012; Stechel et al 2007, Höwler 2007; Stokes 2000). Je nach Studienlage weisen ca. 60–90 % der Personen mit Demenz, die in einer Langzeitpflegeeinrichtung leben, *herausfordernde* Verhaltensweisen auf (Hardenacke/Bartholomeyczik/Halek 2011; Holle et al. 2011; Schäufele et al. 2008; Selbæk/Kirkeveld/Engedal 2007; Zuidema/Koopmans/Verhey 2007; Brodaty et al. 2001; Margallo-Lana et al. 2001). Diese evozieren bei den Personen mit Demenz selbst und bei ihren Pflegepersonen erhebliche Stresssituationen (Schmidt et al. 2012; Bird/Moniz-Cook 2008). Es ist zu konstatieren, dass bis dato keine allgemein anerkannte, grundlegende Definition vorliegt, die *herausforderndes Verhalten* bei Personen mit Demenz beschreibt. Allgemein gilt *herausforderndes Verhalten* als ein kulturell abweichendes Verhalten, welches von solcher Intensität, Häufigkeit oder Dauer gekennzeichnet ist, dass die physische und psychische Sicherheit der Person oder anderer Personen darunter leidet und somit das soziale Miteinander beeinträchtigt ist (James 2013; Bartholomeyczik/Holle/Halek 2013; Halek/Bartholomeyczik 2006).

Professionell Pflegende nehmen gehäuft extrovertierte Handlungs- und Verhaltensweisen wie Eigen- und Fremdaggressionen, vokale Disruptionen, Unruhe, Rastlosigkeit, repetierende Fragen sowie Aussagen wahr. Es han-

2 Das Bedürfnisgesteuerte Verhaltensmodell von Algase et al. (1996) und Kolanowski (1999) stellt einen Versuch dar, die potentiellen Auslöser – die unbefriedigten Bedürfnisse – zu bündeln und zu strukturieren. Auch nach Cohen-Mansfield/Werner sind die ‚Auslöser‘ für herausforderndes Verhalten auf konzeptioneller, institutioneller, innerpsychischer, medizinischer sowie auf der Pflege- und Betreuungsebene zu finden (1998).

delt sich um Verhaltensweisen, die sich oft in einer Endlosschleife befinden und somit zum Handeln herausfordern (Halek/Bartholomeyczik 2012; Cohen-Mansfield 2012; Höwler 2007). Hingegen gelten Personen mit passiven, apathischen Handlungs- und Verhaltensweisen nicht als *herausfordernd* und werden nicht als belastend wahrgenommen bzw. beschrieben. Im Gegenteil – Pflegende erleben introvertierte Verhaltensweisen als ‚angenehm‘ bzw. als ‚angepasst‘. Dadurch bleibt soziales oder pflegerisches Handeln oftmals aus (Leone et al. 2013; Colling 1999). Personen mit Demenz benötigen ihre Routinen, ihre Rituale und somit auch ihre stereotypen Handlungs- und Verhaltensweisen. Diese tragen zur Orientierung und Selbstaktualisierung bei. Somit stellen sie gewissermassen eine Selbstmanagementstrategie dar. Der Übergang zur Eigen- und Fremdgefährdung ist aber oft fließend und bedarf einer verstehenden, phänomenologischen Diagnostik (Friesacher 2008; Friesacher 1999). Es ist festzustellen, dass extrovertierte wie auch introvertierte Handlungs- und Verhaltensweisen von Personen mit Demenz Konstrukte darstellen, die eine lebensweltorientierte Pflegepraxis erfordern.

Da es derzeit und in absehbarer Zukunft scheinbar nicht möglich ist, Demenz als ‚Krankheit‘ kurativ zu behandeln (Alzheimer Disease International 2013), rekurrieren personenzentrierte Ansätze darauf, Konzepte zur Förderung, Aufrechterhaltung und Stabilisierungen des Wohlbefindens und der Lebensqualität von Personen mit Demenz anzuwenden. Sie haben das Ziel, die Progression des Demenzverlaufs³ zu beeinflussen. Seit einigen Jahren ist daher ein verstärktes Bemühen zu erkennen, nicht nur medikamentöse, sondern auch pflegerische, nichtmedikamentöse Versorgungskonzepte

3 Das entwicklungsbezogene Modell von Tessa Perrin/May/Anderson (2008) setzt voraus, dass Personen mit Demenz im Verlauf ihrer Krankheit bis zu vier Phasen durchlaufen, in denen sie eine quasi rückläufige Entwicklung vollziehen. Am Beginn steht die sogenannte Reflexionsphase, darauf folgen die symbolische und die sensomotorische Phase, abschliessend die Reflexphase. Den zunehmend eingengten Möglichkeiten der Personen mit Demenz gilt es mit jeweils spezifischen Pflege- und Betreuungsformen zu begegnen, um ein Maximum an Wohlbefinden für sie zu erreichen. Ob zu diesen Betreuungsformen auch die hier untersuchten konkreten Umgangsformen zählen, sollte mit dem Projekt EMOTi-KOMM untersucht werden. Beschrieben sind auch abgestufte Selbstbestimmungsfähigkeiten von Personen mit Demenz. Diese Fähigkeiten reichen je nach Demenzstadium von einer vollen Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit (z. B. Reflexionsphase) über eine eingeschränkte, nur graduell vorhandene Einwilligungsfähigkeit mit vielerlei Mitwirkungsmöglichkeiten (z. B. symbolische und sensomotorische Phase) bis zu einer immer mehr eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit mit zunehmend schwer entschlüsselbaren Selbstäußerungen (z. B. Reflexphase). Hieraus resultiert, dass auf jeder Stufe der Entwicklung von Personen mit Demenz immer noch Kompetenzen des Verstehens, des Bewertens und der Selbstäußerung vorhanden sind, wenn auch auf einem zunehmend eingengten und instabilen Niveau.

bzw. Therapien im Umgang mit *herausfordernden Verhaltensweisen* zu erproben und zu implementieren (Savaskan et al.; 2014; Palm et al. 2013, DGPPN 2009; DEGAM 2008). Zu solchen nichtmedikamentösen Interventionen zählen umgebungsbezogene Ansätze wie die Milieuthherapie sowie Konzepte, die direkt bei Personen mit Demenz ansetzen und beispielsweise kognitiv, verhaltenstherapeutisch, emotions- oder aktivitätsorientiert ausgerichtet sind. Zu nennen sind hier das Realitätsorientierungstraining (ROT), das verhaltenstherapeutische Kompetenztraining, die Validationstherapie sowie aktivierende oder beruhigende sinnes- und bewegungsbezogene ‚Behandlungen‘ wie Snoezelen, Aromatherapie oder Therapie mit Tieren. Es ist zu konstatieren, dass zu den genannten Verfahren kein eindeutiger und somit überzeugender *Wirkungsnachweis* vorliegt (Dickson et al. 2012; IQWiG 2009; Rieckmann et al. 2008; NICE 2006; Gräsel/Wiltfang/Kornhuber 2003). Dies ist sicherlich auch vor dem Hintergrund einer nichtpassenden und eher einseitigen forschungsmethodologischen Verortung zu betrachten, welche die Komplexität der individuellen Interventionen und Situationen in der Pflege und Begleitung von Personen mit Demenz außer Acht lassen (Reichert/Wils 2015; Bartolomeyczik/Halek 2011). Zukünftig bedarf es (auch) eines verstehenden Zugangs, mit dem subjektive Sichtweisen der Handelnden erschlossen und interpretiert werden können (Hitzler 2015; Höhmann/Bartholomeyczik 2013).

Man könnte argumentieren, dass ein Teil der allseits bekannten Problemsituationen gar nicht erst auftreten würden, wenn man mit Personen mit Demenz auf eine Weise umgehen würde, die ihnen angemessen ist. Verstehensschwierigkeiten würden sich reduzieren und insbesondere das Problem des *herausfordernden Verhaltens* würde nur noch selten auftreten (Wingenfeld/Seidl 2008; BMG 2007; Halek/Bartholomeyczik 2006). Folgerichtig müssten dann auch Konfliktsituationen, die sich aus *herausforderndem Verhalten* ergeben, eine verminderte Rolle spielen. An dieser Stelle setzen in der Fort- und Weiterbildung populäre Konzepte zur Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz an. Diese orientieren sich an den verbalen, non-verbalen sowie para-verbalen Äußerungen der Personen mit Demenz sowie an ihren Bedürfnissen. Sofern ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ als Folge einer sozialen oder räumlichen Umgebung entstehen, gilt es, die Umgebungsgestaltung und Kommunikation entsprechend den Fähigkeiten und individuellen Bedürfnisse von Personen mit Demenz zu verbessern. Dabei weisen insbesondere die sogenannten emotionsorientierten Pflegekonzepte die Gemeinsamkeit auf, dass sie sich als *personenzentrierte Pflege* verstehen. Sie gehen auf die emotionalen Bedürfnisse von Personen mit Demenz in besonderem Maß ein, beobachten sie in ihrem Demenzverlauf, reflektieren deren Bedürfnisse und begegnen ihnen wertschätzend (Rieckmann et al. 2008, S. 16). Hierbei versuchen Pflegenden sich auf die jeweilige Person mit De-

menz ‚einzulassen‘, statt sie an allgemeinen Normalitätsvorstellungen zu orientieren oder korrigierend einzugreifen. Das Ziel besteht darin, das Selbstwertgefühl sowie das emotionale Wohlbefinden der jeweiligen Person mit Demenz bestmöglich zu fördern und dabei deren individuell verbliebene Ausdrucks- und Kommunikationsformen zu berücksichtigen. Auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten antworten die Pflegenden mit wertschätzender und emotionsorientierter sozialer Interaktion.

1.2 Ziel und Fragestellung

Die „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit *herausforderndem Verhalten* bei Personen mit Demenz in der stationären Altenpflege“ des BMG (im Folgenden als ‚Rahmenempfehlungen‘ bezeichnet) empfehlen das ‚Validieren‘⁴ sowie die ‚Basale Stimulation‘. Diese beiden Ansätze gehören zu jenen Maßnahmen, deren Effektivität nach Aussage der Expertengruppe nicht oder nicht eindeutig belegt ist (BMG 2006, S. 91, 107). Das Konzept der Integrativen Validation (IVA) nach Nicole Richard und die Basale Stimulation nach Bienstein und Fröhlich erheben den Anspruch, im pflegerischen Umgang mit Personen mit Demenz positive Effekte zu erzielen – sowohl für die Betroffenen als auch für die Pflegenden. Durch den Einsatz gezielter kommunikativ-interaktiver Methoden soll bei Personen mit Demenz eine Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten erreicht werden. Bei Pflegenden soll der Methodeneinsatz eine erhöhte Arbeitszufriedenheit bewirken (Rieckmann et al. 2008; BMG 2006; Richard 2007; Bienstein/Fröhlich 2010). Sowohl Integrative Validation als auch Basale Stimulation sind der emotionsorientierten Pflege als Methode der nichtmedikamentösen pflegerischen Interventionsmaßnahmen zuzurechnen. Die Basale Stimulation ist zudem im Bereich der aktivierenden oder beruhigenden sinnesbezogenen sensorischen Maßnahmen zu verorten. Beide Konzepte sind jeweils durch eine „wertschätzende, akzeptierende Grundhaltung“ (BMG 2006, S. 88) gekennzeichnet.

Vor diesem Hintergrund steht die ethnographische Erkundung der Interaktion und Kommunikation zwischen professionell Pflegenden, Betreuenden und Personen mit Demenz im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens

4 Das *Validieren* steht in den ‚Rahmenempfehlungen‘ als Oberbegriff für insgesamt drei verschiedene Formen der Validation: (1) Validation bzw. Validations-Therapie nach Naomi Feil, (2) Integrative Validation nach Nicole Richard sowie (3) erlebensorientierte Pflege nach Cora van der Kooij (BMG 2006, S. 88 ff.).

EMOTi-KOMM⁵. Unser Ziel ist hierbei, diese beiden Verfahren in ihrer Umsetzung, Anwendung und Wirkung im Pflege- und Therapiealltag mit wissenschaftlichen Methoden zu untersuchen. Unsere Aufmerksamkeit richtet sich auf Interaktionen zwischen Personen mit Demenz die *herausfordernde Verhaltensweisen* zeigen sowie auf professionell Pflegende, die in Integrativer Validation und Basaler Stimulation geschult sind. Mit dieser Fokussierung möchten wir nicht das Arbeitsfeld und die darin Handelnden bewerten. Es geht uns darum, Alltagspraktiken und -konzepte zu erheben bzw. zu rekonstruieren, welche dazu beitragen könnten, das Geschehen rund um die Umsetzung und Anwendung von Integrativer Validation und Basaler Stimulation zu verstehen.

Die vorliegende Studie ist daher der Versuch, die Interaktions- und Kommunikationsstrategien beider Gruppen (Personen mit Demenz und Mitarbeitende) zu erforschen und insbesondere deren Wirklichkeit bezüglich der beiden emotionsorientierten Verfahren – so wie sie von ihnen erfahren und angewendet werden – sichtbar werden zu lassen. Hieraus leiteten sich die nachfolgenden wissenschaftlichen Zielsetzungen und Forschungsfragen ab:

- Handelt es sich um vermittelbares Handlungswissen, das im pflegerischen Alltag auf den Einzelfall (hier: Verhalten von Personen mit Demenz) anwendbar ist und eine bessere Pflege ermöglicht (im Sinne professionellen Handelns)?
- Lassen sich aus den Konzepten und deren Anwendung Rückschlüsse ziehen in Form von verallgemeinerbaren Aussagen?
- Wie kommen die Konzepte der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation zum Einsatz und welche Wirkung erzielen die einzelnen Interventionen? Wie lassen sich Verstehensschwierigkeiten, insbesondere Phänomene des *herausfordernden Verhaltens* und somit Konfliktsituationen reduzieren bzw. verhindern?
- Welche Forschungsmethoden sind geeignet, um Erkenntnisse zu den genannten Zielkriterien sowie zusätzliches Deutungswissen zur Wahrnehmungswelt von Personen mit Demenz und zu deren Eigenwelterleben zu generieren?

Um diese Fragen zu beantworten, haben wir die vorliegende Studie als qualitative Fallstudie angelegt. Es sollten Fallvergleiche und Fallkontrastierungen

5 SILQUA-Projekt: EMOTi-KOMM – „Wirkungsanalyse emotionsorientierter Kommunikationsansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz in institutionellen Pflege-situationen“. Leitung: Prof. Dr. Helma M. Bleses; Prof. Dr. Daphne Hahn (bd. Hochschule Fulda). Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in der Förderrichtlinie SILQUA-FH 2010, Förderkennzeichen: 17S04X09.

gen durchgeführt werden, um Relevanzen, Varianzen, Heterogenitäten und insbesondere Wirkungen auf die jeweils angewandten Konzepte zu analysieren. Dabei war die Frage nach der wissenschaftlichen Erschließung von stadienspezifischen, emotionsorientierten, pflegerischen Handlungsweisen und Handlungsstrategien im Umgang mit Personen mit Demenz in der stationären und teilstationären Langzeitpflege zu stellen. Mit Hilfe der gewonnenen Untersuchungsergebnisse möchten wir einen empirisch begründeten Beitrag zur Frage der Professionalisierung der Pflege leisten.

Unserer Einschätzung nach ist es dem Projekt EMOTi-KOMM gelungen, wichtige Erkenntnisse über die Art und Weise zu gewinnen, wie Integrative Validation und Basale Stimulation zur Anwendung kommen. Es war möglich, Zugang zu *anderen* Umgangsformen in der Betreuung von Personen mit Demenz in institutionellen Pflegesettings zu gewinnen. Einige der Forschungsfragen konnten wir beantworten. Allerdings machten wir im Verlauf der Untersuchung eine überraschende Erfahrung: Die zu untersuchenden emotionsorientierten Ansätze der IVA und der Basalen Stimulation sahen wir während der Beobachtungen im Feld nicht in einer Art und Weise angewendet und umgesetzt, wie es den Konzepten inhaltlich und methodisch entspricht. Auch in den als *Anwender-Einrichtungen* klassifizierten Häusern konnten wir die zu untersuchenden Ansätze entweder gar nicht oder zumindest nicht so beobachten, wie es den (Schulungs-)Konzepten entspricht. Wir konnten demnach nicht zu allen unserer Forschungsfragen etwas aussagen. Dies wirkte sich auf das geplante methodische Vorgehen aus. Wir beabsichtigten ursprünglich, die Studie mittels Fallvergleichen und Fallkontrastierungen durchzuführen. Stattdessen rückte immer mehr die Frage in den Vordergrund, aus welchen Gründen sich der Transfer von der Theorie in die Praxis als schwierig erwies.