



Masterseminar SoSe 2024

Aktuelle Themen und Herausforderungen im Management im Gesundheitswesen

Professor Dr. Jonas Schreyögg

Dr. Johannes Jahn

Theresa Maurer

Robert Messerle

Kurzbeschreibung

Die Alterung der Gesellschaft, knappere finanzielle Ressourcen, Personalmangel, politische Zielveränderungen und nicht zuletzt die Corona-Pandemie stellen das Gesundheitssystem vor Herausforderungen. Auf diese reagieren sowohl Leistungserbringende, indem sie sich durch strategische Veränderungen und Anpassungen im Management auf die neuen Gegebenheiten ausrichten, als auch politische Entscheidungstragende, die mit Maßnahmen auf die Leistungserbringung des Gesundheitswesens einwirken.

In den letzten Jahren hat das Gesundheitssystem einige Änderungen erfahren. Dies ist sowohl durch veränderte externe Einflüsse als auch durch politische Eingriffe bedingt. Steigende Fallzahlen und der demographische Wandel beispielsweise erfordern mehr Personal im Krankenhaus bei einer abnehmenden Zahl von Arbeitnehmer:innen. Gleichzeitig führte der Gesetzgeber 2018 Pflegepersonaluntergrenzen ein, welche in ausgewählten Krankenhäusern eine Aufstockung des Pflegepersonals erfordert. Hierdurch erhöht sich der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um Pfleger:innen und erfordert innovative Maßnahmen zur Personalgewinnung und -erhaltung.

Im Seminar erlernen Sie wichtige Fähigkeiten und Kompetenzen im Bereich wissenschaftliches Arbeiten. Das Seminar bietet Ihnen zudem die Möglichkeit, verschiedene Forschungsmethoden kennenzulernen und auf wissenschaftliche Fragestellungen anzuwenden. Im Fokus stehen die Forschungsmethoden (1) ökonometrische Analysen und (2) systematischer Literaturüberblick.

Das Seminar ist eine sehr gute Vorbereitung zur Erstellung Ihrer Masterarbeit



Themen

Empirische Themen

Thema	Beschreibung
1	<p><u>Der Einfluss des sozio-ökonomischer Ungleichheiten auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</u></p> <p>Hintergrund: Patient:innen mit einem geringeren sozio-ökonomischen Status verfügen in der Regel über schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung. Während der Corona-Pandemie hatten sie auch eine überproportional hohe Zahl an Infektionen und folglich eine höhere Mortalitätsrate zu verzeichnen. Derzeit diskutiert eine Reihe von Ländern, wie beispielsweise England und die Vereinigten Staaten, wie diesem beispielsweise durch eine Neuordnung der Vergütung begegnet werden kann. Dabei sollen höhere Finanzströme in deprivierte Regionen fließen. Damit dies gelingen kann, muss jedoch im ersten Schritt erfasst werden, wie genau sich ein geringerer sozio-ökonomischer Status auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirkt.</p> <p>Ziel: Ziel ist es, zu erarbeiten, welche Auswirkungen der sozio-ökonomische Status auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat. Aufgrund der Datenverfügbarkeit ist eine Beschränkung auf den stationären Sektor sowie die Nutzung ausschließlich aggregierter Daten notwendig. Anschließend sollen die Auswirkungen der gewonnenen Erkenntnisse für das Gesundheitswesen, beispielsweise die Finanzierungsströme und die Planung von Leistungserbringern diskutiert werden.</p> <p>Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand geeigneter quantitativ-empirischer Methoden (z. B. multivariate Datenanalyse) untersucht werden.</p> <p>Datengrundlage: Datenbasis sind die öffentlich verfügbaren Strukturierten Qualitätsberichte des G-BA (https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche). Diese werden teilweise aufbereitet zur Verfügung gestellt. Aggregierte Informationen zum sozioökonomischen Hintergrund können vom Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (https://www.inkar.de/) und/oder vom RKI (https://github.com/robert-koch-institut/German_Index_of_Socioeconomic_Deprivation_GISD) bezogen werden.</p> <p>Einstiegsliteratur:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Turner AJ, Francetic I, Watkinson R, Gillibrand S, Sutton M (2022). Socio-economic inequality in access to timely and appropriate care in emergency departments. <i>Journal of Health Economics</i> 85:102668. https://doi:10.1016/j.jhealeco.2022.102668.



- Moscelli G, Sicilini L, Gutacker N, Cookson R. Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient? *Journal of Health Economics* 57:290-314. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.005>.



2

Einflussfaktoren auf die Patient:innenzufriedenheit?

Hintergrund: In der Gesundheitspolitik verstärkt sich der Ruf nach einer stärkeren Zentralisierung der Klinikstruktur in Deutschland. Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass wenige große Krankenhäuser, durch gesicherte Mindestmengen erbrachter Leistungen, die Bevölkerung qualitativ besser versorgen können als eine große Anzahl kleiner Krankenhäuser. Auch aus Sicht des Krankenhausmanagements können über die Größe, z. B. aufgrund von Skalen- und Lerneffekten durch hohe Leistungsmengen (Volumen), wichtige Potenziale für Effizienz- und Qualitätssteigerungen realisiert werden. Ob und wie sich die Krankenhausgröße auf die von Patient:innen subjektiv wahrgenommene Qualität (Patient:innenzufriedenheit) in Deutschland auswirkt, ist bisher nicht hinreichend untersucht.

Ziel: Das Ziel der Seminararbeit ist es, den Zusammenhang verschiedener Variablen auf die Patient:innenzufriedenheit zu untersuchen.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand geeigneter quantitativ-empirischer Methoden (z. B. multivariate Datenanalyse) untersucht werden.

Datengrundlage: Datenbasis sind u.a. die öffentlich verfügbaren Strukturierten Qualitätsberichte des G-BA (<https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche>). Diese werden teilweise aufbereitet zur Verfügung gestellt. Weitere Daten können bei Bedarf z.B. vom Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (<https://www.inkar.de/>) hinzugefügt werden.

Einstiegsliteratur:

- McFarland, D. C., Johnson Shen, M., Patricia P., Meyerson, S., & Holcombe, R. F. (2017): Does Hospital Size Affect Patient Satisfaction? *Quality Management in Health Care* 26(4): 205–209.
- Lehrman, W. G., et al. (2010): Characteristics of Hospitals Demonstrating Superior Performance in Patient Experience and Clinical Process Measures of Care. *Medical Care Research and Review* 67(1): 38–55.



3

Einflussfaktoren auf die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

Hintergrund: Angesichts des zunehmenden Wettbewerbs im Krankenhausmarkt wird es für Krankenhäuser immer wichtiger, effizient zu arbeiten und gleichzeitig eine hohe Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Eine wesentliche Voraussetzung für Krankenhäuser sich diesem Wettbewerbsdruck zu stellen, ist die ausreichende Verfügbarkeit von Personal. Mit den Pflegepersonaluntergrenzen sind verbindliche Untergrenzen für maximale Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft festgelegt. Inwiefern diese durch die Krankenhäuser eingehalten werden und welche Faktoren dazu beitragen, dass ein Krankenhaus entsprechende Pflegepersonaluntergrenzen einhält, ist bisher nicht hinreichend untersucht.

Ziel: Ziel ist es, zu erarbeiten, welche Zusammenhänge verschiedener Variablen mit der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen identifiziert werden können. Anschließend sollen die Auswirkungen der gewonnenen Erkenntnisse für das Gesundheitswesen diskutiert werden.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand geeigneter quantitativ-empirischer Methoden (z. B. multivariate Datenanalyse) untersucht werden.

Datengrundlage: Datenbasis sind die öffentlich verfügbaren Strukturierten Qualitätsberichte des G-BA (<https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche>). Diese werden teilweise aufbereitet zur Verfügung gestellt. Weitere Daten können bei Bedarf z.B. vom Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (<https://www.inkar.de/>) hinzugefügt werden.

Einstiegsliteratur:

- Winter V, Schreyögg J, Thiel A (2020). Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implications for patient satisfaction. Health Policy 124:380-388. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.001>.
- Seago J.A., Ash M., Spetz J., Coffman J., Grumbach K. (2001). Hospital registered nurse shortages: Environmental, patient, and institutional predictors. Health Services Research 36:831-852. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11666106/>



4

Altruismus in der Pandemie

Hintergrund: Als altruistisches Handeln bezeichnet man Verhaltensweisen, die mit Kosten bzw. Aufwand für die handelnde Person verbunden sind, aber anderen Personen Vorteile bringen. Altruismus wird daher häufig als uneigennütziges oder selbstloses Verhalten beschrieben. Anderen zu helfen, ohne eine Gegenleistung zu erwarten, ist ein Beispiel für altruistisches Verhalten. Altruismus ist daher gerade in Krisenzeiten, z. B. während der Corona-Pandemie von großer Bedeutung, da hier prosoziales Verhalten besonders wichtig ist, um die Krisensituation gemeinsam zu bewältigen (z. B. freiwilliges Maskentragen, für gefährdete Nachbar den Einkauf übernehmen).

Ziel: Das Ziel der Seminararbeit ist es, den Zusammenhang zwischen Altruismus und bestimmten prosozialen Verhaltensweisen zu untersuchen.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand geeigneter quantitativ-empirischer Methoden (z. B. multivariate Datenanalyse) untersucht werden. Dafür wird den Studierenden ein Datensatz mit den zur Beantwortung der Forschungsfrage benötigten Informationen bereitgestellt.

Einstiegsliteratur:

- Fehr, E., & Fischbacher, U. (2003). The nature of human altruism. *Nature*, 425(6960), 785-791. <https://doi.org/10.1038/nature02043>
- Neumann-Böhme, S., Sabat, I., & Attema, A. E. (2022). Altruism and the link to pro-social pandemic behavior. *Frontiers in Health Services*, 2, 871891. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.871891>

Hinweis: Zur Beantwortung der Fragestellung werden Ihnen entsprechende Daten zur Verfügung gestellt. Da es sich um vertrauliche Daten handelt, ist eine Analyse der Daten nur vor Ort am HCHE möglich. Über den Zugang zu den Daten werden Sie zu Seminarbeginn informiert.



5

Wahlthema

Hintergrund: Bei Interesse können auch eigenständig empirische Fragestellungen bearbeitet werden. Dazu können verschiedene öffentliche Datensätze zu Gesundheitsthemen herangezogen werden. Als Quellen kommen z.B. <https://github.com/robert-koch-institut/> oder <https://healthdata.gov/stories/s/keet-n7ei> und <https://www.kaggle.com/datasets?tags=4202-Healthcare> in Frage.

Ziel: Auf Basis eines individuell ausgewählten Datensatzes wird in Absprache mit dem Betreuer eine Forschungsfrage identifiziert und bearbeitet.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand einer empirischen Datenanalyse untersucht werden. Zusätzlich können bestehende Literaturüberblicke herangezogen und weiterentwickelt werden.



Systematische Literaturrecherche

Thema Beschreibung

6 **Auswirkungen von 12-Stunden-Diensten auf die Gesundheit von Pflegekräften**

Hintergrund: Krankenhäuser stehen immer mehr vor der Herausforderung, qualifiziertes Gesundheitspersonal zu finden und nachhaltig zu binden, was auch durch den demografischen Wandel weiter verstärkt wird. Unattraktive Arbeitsbedingungen, eine schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, unzureichendes Gehalt sowie eine personelle Unterbesetzung führen dazu, dass viele Pflegekräfte unzufrieden mit ihrem Beruf sind und diesen sogar langfristig verlassen. Dem gilt es entgegenzuwirken, da nur mithilfe von ausreichenden Personalkapazitäten sowie entsprechend motiviertem und qualifiziertem Personal hohe Versorgungsstandards realisiert werden können. Ein Dienstzeitmodell, welches z.T. in Krankenhäusern eingesetzt wird, jedoch umstritten ist, ist der 12-Stunden-Dienst. 12-Stunden-Dienste können einerseits zu einer höheren Flexibilität durch eine komprimiertere Form der Arbeitszeitorganisation führen, andererseits aber auch mit erhöhter Arbeitsbelastung und negativen Effekten auf die Gesundheit für das Personal eingehen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über die aktuelle Studienlage zu den Auswirkungen von 12-Stunden-Diensten in der Pflege auf die Gesundheit von Pflegekräften zu geben. Basierend auf den Ergebnissen sollen auch Implikationen für das Krankenhausmanagement diskutiert werden.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand einer systematischen Literaturrecherche der empirischen Literatur untersucht werden. Hierzu können bestehende Literaturüberblicke herangezogen und weiterentwickelt werden.

Einstiegsliteratur:

- Harris, R., Sims, S., Parr, J., Davies, N. (2015). Impact of 12h shift patterns in nursing: A scoping review. International Journal of Nursing Studies, 52(2), 605-634. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.014>
- Dall’Ora, C., Ejebu, O.-Z., Griffiths, P. (2022). Because they’re worth it? A discussion paper on the value of 12-h shifts for hospital nursing. Human Resources for Health, 20(36), <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00731-2>



7

Zusammenhang zwischen Pflegepersonalausstattung und patient:innenbezogenen Ergebnisindikatoren

Hintergrund: Pflegekräfte spielen eine zentrale Rolle in der Patient:innenversorgung in Krankenhäusern und beeinflussen damit auch die Qualität der Krankenhausversorgung maßgeblich. Um dem zunehmenden Wettbewerbsdruck im Krankenhaussektor zu begegnen, setzen Krankenhäuser vermehrt Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz – darunter auch eine restriktive Personalpolitik – ein. Dies geht jedoch mit Bedenken über unzureichende Personalquoten und negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität einher, weshalb in einigen Ländern Regelungen zu Mindestpflegepersonalvorschriften eingeführt wurden. Um solche Regelungen angemessen bewerten zu können, ist es wichtig, den Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung und (pflegesensitiven) patient:innenbezogenen Ergebnisindikatoren zu verstehen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist die Generierung eines Überblicks zu Studien, die den Zusammenhang zwischen Pflegepersonalausstattung und (ausgewählten) Patient:innenoutcomes untersuchen. Basierend auf den Ergebnissen sollen auch Implikationen für das Krankenhausmanagement diskutiert werden.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand einer systematischen Literaturrecherche der empirischen Literatur untersucht werden. Hierzu können bestehende Literaturüberblicke herangezogen und weiterentwickelt werden.

Einstiegsliteratur:

- Blume, K. S., Dietermann, K., Kirchner-Heklau, U., Winter, V., Fleischer, S., Kreidl, L. M., Meyer, G., Schreyögg, J. (2021). Staffing levels and nursing-sensitive patient outcomes: Umbrella review and qualitative study. *Health Services Research*, 56(5), 885-907. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13647>
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>



Auswirkungen von Krankenhausschließungen auf die Versorgungsqualität

Hintergrund: In den letzten Jahrzehnten ist die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland kontinuierlich zurückgegangen. Vor allem in ländlichen Regionen kommt es häufig zur Schließung vorhandener Krankenhäuser. Es ist zu erwarten, dass die anhaltende prekäre finanzielle Lage vieler Krankenhäuser und die geplante Krankenhausreform diesen Trend weiter verstärken. Die Schließung von Krankenhäusern bzw. Konsolidierung des Krankenhausmarktes könnte grundsätzlich zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität und einer Kosteneinsparung führen. Dem gegenüber stehen jedoch häufig Debatten und die Angst der Bevölkerung, nicht mehr ausreichend gut mit Krankenhausleistungen versorgt zu werden. Die Auswirkungen von Krankenhausschließungen sind bisher nicht vollständig untersucht worden.

Ziel: Ziel der Arbeit ist es, einen Überblick zu Studien, die sich mit den Auswirkungen von Krankenhausschließungen beschäftigen, zu generieren. Es soll insbesondere die Frage beantwortet werden, wie sich Krankenhausschließungen auf die Versorgungsqualität auswirken und Implikationen für die Politik diskutiert werden.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand einer systematischen Literaturrecherche der empirischen Literatur untersucht werden. Hierzu können bestehende Literaturüberblicke herangezogen und weiterentwickelt werden.

Einstiegsliteratur:

- Avdic, D. (2016). Improving efficiency or impairing access? Health care consolidation and quality of care: Evidence from emergency hospital closures in Sweden. *Journal of Health Economics*, 48, 44-60. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.02.002>
- Buchmueller, T. C., Jacobson, M., Wold, C. (2006). How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care. *Journal of Health Economics*, 25(4), 740-761. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.10.006>
- Joynt, K. E., Chatterjee, P., Orav, E. J., Jha, A. K. (2015). Hospital closures had no measurable impact on local hospitalization rates or mortality rates, 2003-11. *Health Affairs*, 34(5), 765-772. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1352>



Wie beeinflusst Altruismus das Angebot von Gesundheitsdienstleistungen?

Hintergrund: Altruismus spielt im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Altruismus wird dabei allgemein als uneigennützig Handlung definiert, welche mit Kosten für die handelnde Person und Vorteilen für Dritte verbunden ist. In der Gesundheitsökonomie wird das Patient:innenwohl als Teil der Nutzenfunktion von Ärzt:innen berücksichtigt. Es wird also angenommen, dass ärztliche Behandlungsentscheidungen nicht ausschließlich durch das Einkommen motiviert sind. Ärztlicher Altruismus kann dabei sowohl Qualität als auch Quantität der erbrachten Leistungen beeinflussen. Insbesondere in Krisen, wie der Covid-19-Pandemie, spielt Altruismus eine wichtige Rolle.

Ziel: Ziel der Arbeit ist es, einen Überblick zu Studien, die sich mit den Auswirkungen von Altruismus auf das Versorgungsgeschehen beschäftigen, zu generieren. Es soll insbesondere die Frage beantwortet werden, wie sich Altruismus auf Quantität und Qualität angebotener Leistungen auswirkt. Implikationen für die Politik sollen diskutiert werden. Eine Eingrenzung der Fragestellung ist möglich und sinnvoll.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand einer systematischen Literaturrecherche der empirischen Literatur untersucht werden. Hierzu können bestehende Literaturüberblicke herangezogen und weiterentwickelt werden.

Einstiegsliteratur:

- Fehr, E., & Fischbacher, U. (2003). The nature of human altruism. *Nature*, 425(6960), 785-791. <https://doi.org/10.1038/nature02043>
- Crea, G., Galizzi, M. M., Linnosmaa, I., & Miraldo, M. (2019). Physician altruism and moral hazard:(no) Evidence from Finnish national prescriptions data. *Journal of health economics*, 65, 153-169. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.03.006>



Einfluss gemeinsamer Behandlungsplanung auf die Versorgungsqualität

Hintergrund: Die Kommunikation und Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem gelten als wichtige Elemente eines gut funktionierenden Gesundheitssystems. In Deutschland werden die Sektorengrenzen, insb. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung regelmäßig als Hemmnis für eine gute Versorgungsqualität diskutiert. Der Wechsel zwischen den Sektorengrenzen, beispielsweise bei Einweisung oder Entlassung aus dem Krankenhaus, kann beispielsweise zu Brüchen in der Versorgung oder unnötigen Behandlungen führen. Der Austausch zwischen den Berufsgruppen über Diagnosen und Behandlungsziele bzw. eine gemeinsame Behandlungsplanung können daher einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten.

Ziel: Ziel der Arbeit ist es, einen Überblick zu Studien, die sich mit den Auswirkungen sektoren- oder berufsgruppenübergreifender Behandlungsplanung beschäftigen, zu geben. Implikationen für die Politik sollen diskutiert werden.

Methodik: Die Forschungsfrage soll anhand einer systematischen Literaturrecherche der empirischen Literatur untersucht werden. Hierzu können bestehende Literaturüberblicke herangezogen und weiterentwickelt werden.

Einstiegsliteratur:

- Burkhart, K., Asogwa, K., Muzaffar, N., & Gabriel, M. (2020). Pediatric integrated care models: a systematic review. *Clinical pediatrics*, 59(2), 148-153., <https://doi.org/10.1177/0009922819890004>
- Doherty, W. J. (1995). The why's and levels of collaborative family health care. *Family Systems Medicine*, 13(3-4), 275., <https://doi.org/10.1037/h0089174>
- Knowles, P. (2009). Collaborative communication between psychologists and primary care providers. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16, 72-76, <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9151-1>



Lernziele des Seminars:

Am Ende des Seminars...

- 1) ... haben Sie einen fundierten Überblick über aktuelle Themen und Herausforderungen im Management im Gesundheitswesen. Sie können die Bedeutung, Einflussfaktoren und Auswirkungen von verschiedenen Dimensionen des Gesundheitswesens, darunter Qualität, Personalmanagement und Wettbewerb, einordnen und kritisch diskutieren.
- 2) ... haben Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen in der Verwaltung und (systematischen) Analyse internationaler wissenschaftlicher Literatur erweitert und vertieft.
- 3) ... haben Sie Kenntnisse und Kompetenzen in der empirischen Datenanalyse erworben und/oder vertieft.
- 4) ... haben Sie Ihre Fähigkeiten und Kompetenzen in der Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit erweitert und vertieft (Vorbereitung auf die Masterarbeit).



Ablaufplan des Seminars

Thema	Datum und Format
Kick-off Veranstaltung Organisatorisches, Einführung wissenschaftliches Arbeiten, Einführung in die Themen	Di., 09.04.24, 18:00–21:00 Uhr
- Themenvergabe (online)	Mi., 10.04.24, 12:00 Uhr: Einsendeschluss Themenpräferenzen per Email Fr., 12.04.24: Bekanntgabe der Themenzuteilung
Forschungsmethoden (Systematische Literaturrecherche, Ökonometrische Analysen) - Einführung / Besprechung / Feedback in der Methoden- gruppe	Di., 16.04.24, 18:00–21:00 Uhr: Bearbeitung von Aufgaben in Klein- gruppen (3 Stunden)
Aufgabe 1: Gliederungsentwurf und Zeitplan <ul style="list-style-type: none"> • Individuell: Arbeitsauftrag bearbeiten - Diskussion / Austausch der Arbeiten	Fr., 26.04.24, 12:00 Uhr: Einsendeschluss für die erstellte Gliederung an jeweilige:n Betreuer:in (Email) Di., 30.04.24, 18:00–21:00 Uhr in Präsenz: Feedback und Besprechung der Gliederung
Aufgabe 2: Konferenz - Präsentation der Zwischenergebnisse <ul style="list-style-type: none"> • Individuell: Arbeitsauftrag bearbeiten - Diskussion / Austausch der Arbeiten	Fr., 24.05.24, 12:00 Uhr: Einsendeschluss für die ersten Arbeitsergeb- nisse an jeweilige:n Betreuer:in (Email) Di., 28.05.24, 18:00–21:00 Uhr in Präsenz: Besprechung der ersten Ar- beitsergebnisse (Zwischenpräsentation)
Aufgabe 3: Abschlusspräsentation der Forschungsarbeit <ul style="list-style-type: none"> • Individuell: Arbeitsauftrag bearbeiten - Präsentation vor gesamter Seminargruppe	Mi., 03.07.24, 12:00 Uhr: Einsendeschluss für die Abschlusspräsentati- onen an jeweilige:n Betreuer:in (Email) Fr., 05.07.24, 16:00–20:00 Uhr & Sa., 06.07.24, 09:00–18:00 Uhr & So, 07.07.24, 09:00-18:00 Uhr in Präsenz: Präsentation
Abgabe der Seminararbeit - in elektronischer Form (Word + PDF)	Mo, 26.07.24, 12:00 Uhr: Einsendeschluss der Seminararbeit an jewei- lige:n Betreuer:in (Email)