


Transfer evidenzbasierter Präventions- und Versorgungskonzepte in die Routineversorgung von Menschen mit Demenz (TRANSFER-DEM)

10.06.2022

Vorhabentitel	Transfer evidenzbasierter Präventions- und Versorgungskonzepte in die Routineversorgung von Menschen mit Demenz (TRANSFER-DEM)
Schlüsselbegriffe	Demenzversorgung, Implementierungsstrategien, Barrieren und Förderfaktoren, Rahmenmodell & Handlungsempfehlungen
Vorhabendurchführung	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) Standort Witten, unter Mitwirkung von PD Dr. Rene Thyrian (DZNE Standort Greifswald) Unterauftragnehmerin: Prognos AG
Logos	
Vorhabenleitung	Prof. Dr. Martina Roes
Autor:innen	DZNE: <ul style="list-style-type: none"> - Dr. Tina Quasdorf (Projektkoordination) - Jana Isabell Braunwarth - Christina Manietta - Mike Rommerskirch-Manietta - Dr. Daniel Purwins - Prof. Dr. Martina Roes Prognos AG: <ul style="list-style-type: none"> - Laura Sulzer - Jakob Maetzel - Gesa Kröger
Vorhabenbeginn	01.03.2021
Vorhabenende und Bericht	31.05.2022 bzw. 10. Juni 2022 (eMail 30. Mai 2022)
Förderkennzeichen	5021FSB001 

Inhaltsverzeichnis

1	Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele	6
2	Beschreibung der Referenzinterventionen	8
2.1	Themenfeld: Herausforderndes Verhalten von Menschen mit einer Demenz.....	8
2.2	Themenfeld: Demenzsensibles Entlassungsmanagement	11
2.3	Themenfeld: Demenzsensibles Delirmanagement	13
3	Durchführung, Methodik	17
3.1	Theoretischer Rahmen	17
3.2	Empirische Projektschritte.....	17
3.3	Modul 1 - Bestandsermittlung	18
3.4	Modul 2 – Vertiefende Analyse (Fokusgruppen)	20
3.5	Modul 3 – Stakeholder-Konferenzen & Synthese	21
3.6	Gender Mainstreaming	22
4	Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung.....	23
4.1	Modul 1 - Bestandsermittlung	23
4.2	Modul 2 – Vertiefende Analyse (Fokusgruppen)	41
4.3	Modul 3 – Stakeholder-Konferenzen	48
5	Rahmenmodell und Handlungsempfehlungen	59
	Literaturverzeichnis.....	64
	Abkürzungsverzeichnis	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: DICE Ansatz und Inhalte der einzelnen Komponenten	8
Abbildung 2: TCM: Pflegegeleiteter Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit.....	12
Abbildung 3: Allgemeine Kriterien der Demenz unter Ausschluss von Delir.....	14
Abbildung 4: Darstellung der drei aufeinander aufbauenden Projektmodule.....	17
Abbildung 5: Methodische Umsetzung und Arbeitsschritte - Online-Befragungen	20
Abbildung 6: PRISMA 2020 flow diagram	24
Abbildung 7: ERIC Cluster von Implementierungsstrategien	27
Abbildung 8: Relevanz von organisationsbezogenen Einflussfaktoren I.....	50
Abbildung 9: Relevanz von prozessbezogenen Einflussfaktoren II.....	50
Abbildung 10: Praktikabilität passgenauer Implementierungsstrategien I.....	52
Abbildung 11: Praktikabilität passgenauer Implementierungsstrategien II	52
Abbildung 12: Positives Szenario für die Implementierung von DICE.....	56
Abbildung 13: Negatives Szenario für die Implementierung von DICE	56
Abbildung 14: Positives Szenario für die Implementierung des TCM	56
Abbildung 15: Negatives Szenario für die Implementierung des TCM.....	56
Abbildung 7: Rahmenmodell zur Implementierung von multi-Komponenten Interventionen.....	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien	19
Tabelle 2: Rekrutierungskriterien Stakeholder-Konferenzen	21
Tabelle 3: Scoping Reviews - Ergebnisse zu den Einflussfaktoren (CFIR)	26
Tabelle 4: Scoping Reviews - Ergebnisse zu den Implementierungsstrategien (ERIC)	29
Tabelle 5: Ergebnisse zu DICE analog Umsetzungsgrad.....	30
Tabelle 6: Umsetzung von konzeptionellen Ansätzen bei herausforderndem Verhalten	31
Tabelle 7: Bewertung der Versorgung von Menschen mit Demenz	31
Tabelle 8: Beschreiben von herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz	32
Tabelle 9: Analyse & Beschreiben von herausforderndem Verhalten.....	33
Tabelle 10: Angebot von Maßnahmen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten	34
Tabelle 11: Evaluation von Maßnahmen zum Umgang mit herausforderndem	34
Tabelle 12: Delir-Management in der Versorgung von Patient:innen mit Demenz	37
Tabelle 13: Durchführung und Organisation des Delir-Management.....	38
Tabelle 14: Bewertung des Umgangs mit Delir und Delir-Risiko	39
Tabelle 15: Umsetzung systematisches Delir-Management für Menschen mit Demenz.....	40
Tabelle 16: Bewertung Entlassungsmanagement.....	41
Tabelle 17: (Fokusgruppen-)Interviews (Übersicht).....	42
Tabelle 18: Interviews - Ergebnisse zu den Einflussfaktoren (CFIR)	43
Tabelle 19: Interviews - Ausgewählte vertiefende Ergebnisse zu den Einflussfaktoren	45
Tabelle 20: Interviews - Ergebnisse zu den Implementierungsstrategien (analog ERIC)	47
Tabelle 21: Teilnehmer:innengruppen der virtuellen Stakeholder-Konferenzen.....	48
Tabelle 22: Tagesordnungen der virtuellen Stakeholder-Konferenzen.....	49
Tabelle 23: Matching Einflussfaktoren zu passgenauen Implementierungsstrategien I	51
Tabelle 24: Matching Einflussfaktoren zu passgenauen Implementierungsstrategien II.....	51
Tabelle 25: Ergebnisse zur Diskussion der Einflussfaktoren.....	55
Tabelle 26: Handlungsempfehlung 1	61
Tabelle 27: Handlungsempfehlung 2	62
Tabelle 28: Handlungsempfehlung 3	63

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Scoping Review Implementation Strategies (Studienprotokoll)	71
Anhang 2: Scoping Review Implementation Strategies (Manuskript in Vorbereitung)	83
Anhang 3: Unterauftragnehmerin - Prognos	129

Danksagung

Wir bedanken uns bei PD Dr. Rene Thyrian (DZNE Greifswald) für die Mitwirkung bei der Durchführung sowie bei den Teilnehmer:innen der Online-Befragung, der Fokusgruppen und der Stakeholder-Konferenzen, ohne deren Unterstützung und Expertise zu den bearbeiteten Themenbereichen und Fragestellungen wir das Projekt TRANSFER-DEM nicht hätten umsetzen können. Wir bedanken uns auch beim BMG für die finanzielle Förderung unseres Projektes.

1 Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Zahl von Menschen mit einer Demenz [1-4] hat die Allianz für Menschen mit Demenz unter dem Vorsitz der Bundesministerien für Gesundheit (BMG) und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die im Sommer 2020 veröffentlichte Nationale Demenzstrategie NDS [5] entwickelt. Ein besonderer Fokus der NDS liegt dabei auf Maßnahmen, die für die Alltagsgestaltung sowie für die gesundheitlich/pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz relevant sind. Die NDS fokussiert vier Handlungsfelder:

- ↪ Handlungsfeld 1 – Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen,
- ↪ Handlungsfeld 2 - Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen,
- ↪ Handlungsfeld 3 – Die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln und
- ↪ Handlungsfeld 4 - Exzellente Forschung zu Demenz fördern.

Damit die in den vier Handlungsfeldern angesprochenen Maßnahmen das Leben der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen spürbar und nachhaltig verbessern können, ist es notwendig sie erfolgreich und nachhaltig in den Versorgungsalltag zu transferieren. Zentrale Bausteine sind hierfür Translation, Partizipation und Vernetzung in der Forschung [6]. Insbesondere der Implementierung von evidenzbasierten Erkenntnissen, die aus der in Handlungsfeld 4 beschriebenen Demenzforschung hervorgehen, ist hierbei besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da derartige Implementierungsprozesse für alle Beteiligten eine große Herausforderung sind. Häufig verlaufen selbst kleine und scheinbar einfache Veränderungen nicht kontinuierlich-linear und wie geplant, sondern stellen sich als hochkomplexe Prozesse heraus [7-9]. Diese Komplexität ergibt sich nicht nur aus der zu implementierenden Intervention selbst [10, 11], sondern vor allem auch aus dem sozialen System, in dem sie angewendet werden soll, aus den kontextuellen Faktoren und durch die Akteure, deren Verhalten im Implementierungsprozess verändert werden soll [12]. Um evidenzbasierte Konzepte und Interventionen erfolgreich und nachhaltig in die Routineversorgung von Menschen mit Demenz zu implementieren, sind daher unterschiedlichste fördernde und hemmende Faktoren zu beachten, relevante Akteure einzubinden und Strukturen und Prozesse zu berücksichtigen, die eine nachhaltige Implementierung von Konzepten und Interventionen in die Versorgungspraxis möglich machen und unterstützen. Klassische Interventionsstudien, die mit randomisiert-kontrollierten Designs in erster Linie die Outcomes einer Intervention in den Blick nehmen, berücksichtigen Implementierungsaspekte häufig nicht [13, 14]. Dies gilt auch für die Entwicklung von Konzepten und Interventionen im Bereich der Demenzversorgung [14].

Zur Frage, wie Implementierungsprozesse gestaltet werden können und welche Faktoren für den Erfolg eines Implementierungsprozesses förderlich oder hinderlich sind, liegt in der internationalen Literatur ein umfangreicher Fundus empirischer und theoretischer Arbeiten vor [15-17]. Auch in Deutschland gewinnt die Frage, wie evidenzbasiertes Wissen in die Praxis transferiert werden kann, zunehmend Aufmerksamkeit [18-21]. Gleichwohl in den vergangenen Jahren fundierte theoretische Grundlagen geschaffen wurden, bleibt der Prozess der Operationalisierung von praxistauglichen und auf das jeweilige Setting und die jeweilige Intervention zugeschnittenen Transferstrategien eine Herausforderung. Das hier beschriebene Vorhaben bietet die Möglichkeit genau diese Lücke zu adressieren. Es wurden, anhand ausgewählter Themenbereiche der Versorgung von Menschen mit Demenz, handlungspraktische Empfehlungen für den Transfer evidenz-basierter Interventionen in die Versorgungsroutine erarbeitet.

Die Versorgung von Menschen mit Demenz umfasst eine Vielzahl von Themenbereichen, zu denen jeweils spezifische und passgenaue Konzepte und Interventionen entwickelt, implementiert und angewendet wurden. Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens wurden der Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit [22] entsprechend die folgenden drei Bereiche exemplarisch in den Blick genommen:

- 1) Umgang mit herausforderndem Verhalten;
- 2) demenzsensibles Delir-Management; und
- 3) Entlassungsmanagement [22].

Alle drei Themen stellen verschieden ausgeprägte Problembereiche der Demenzversorgung dar und sie bilden ein Spektrum unterschiedlicher Versorgungssettings ab. Es existiert darüber hinaus zu diesen Themenfeldern eine Anzahl von Interventionen, deren Evidenz anhand wissenschaftlicher Untersuchungen nachgewiesen ist:

1. Umgang mit herausforderndem Verhalten: DICE [23-25];
2. Demenzsensibles Delir-Management: 'Delirium superimposed on dementia' [26-30] bzw. 'Prävention von Delirium' [31-33];
3. Demenzsensibles Entlassungsmanagement: Transitional Care Model for people with dementia [34].

Anhand dieser drei genannten exemplarischen, jedoch für die Versorgung von Menschen mit Demenz besonders relevanten Themenbereiche und mit Blick auf die zu diesen Themenfeldern existierenden evidenzbasierten Interventionen, wurde im Rahmen des hier beschriebenen Projektes ein Rahmenmodell sowie ein Katalog mit Handlungsempfehlungen für die Planung und Umsetzung von Transferprozessen evidenzbasierter Konzepte und –maßnahmen für die Versorgung von Menschen mit Demenz erarbeitet.

Handlungsleitend war hierbei die folgende übergeordnete Fragestellung:

Wie kann es gelingen, evidenzbasierte Konzepte und Maßnahmen im Bereich der Demenzversorgung rasch und nachhaltig in die Praxis zu transferieren?

Zur Bearbeitung dieser Forschungsfrage wurden die folgenden Zielsetzungen formuliert:

- Die Identifizierung von fördernden und hemmenden Faktoren für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung von evidenz-basierten Konzepten und Maßnahmen im Bereich der Demenzversorgung.
- Die Identifizierung von Akteuren (u.a. direkte Leistungserbringer, Politik, Verbände, Kostenträger), die Implementierungsprozesse evidenz-basierter Konzepte und Maßnahmen im Bereich der Demenzversorgung maßgeblich beeinflussen und mitgestalten können.
- Die Ableitung von Gestaltungsprinzipien für Prozesse und Strukturen für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung evidenz-basierter Konzepte und Maßnahmen im Bereich der Demenzversorgung.

2 Beschreibung der Referenzinterventionen

Wie oben beschrieben wurde im Rahmen des Projektes mit drei exemplarischen Referenzinterventionen gearbeitet. Diese werden im Folgenden beschrieben.

2.1 Themenfeld: Herausforderndes Verhalten von Menschen mit einer Demenz – das DICE-Modell

Hintergrund

Herausforderndes Verhalten bei Demenz (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) in der stationären Langzeitversorgung ist ein weit verbreitetes Phänomen, das sowohl für die Person mit Demenz selbst sowie für die Pflegenden eine Herausforderung darstellt. Herausforderndes Verhalten beinhaltet unter anderem Agitation, Aggressivität, Hinlauftendenz, Tag-Nacht Umkehr und Apathie. Primär werden die Symptome des herausfordernden Verhaltens mit Medikamenten behandelt [35]. Die aktuelle Studienlage zeigt jedoch, dass eine Medikation keine signifikanten Verbesserungen von BPSD bringt, jedoch mit einer erhöhten Mortalität verbunden ist [35].

Der DICE Ansatz stellt eine systematische Methode mit insgesamt **vier Einzelkomponenten** (ohne Medikation) dar, um herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz verstehen, einschätzen, basierend darauf, den Umgang mit herausforderndem Verhalten verbessern und auch das herausfordernde Verhalten durch Prävention reduzieren zu können [31]. Umgebungsfaktoren (z.B. zu laut, ungünstige Lichtverhältnisse) sowie die Anwesenheit von Personal (insbesondere die Pflegenden) oder anderen Personen (z.B. Angehörige) und ihre Perspektive finden im DICE Ansatz ebenfalls Beachtung.

Beschreibung der Interventionskomponenten

Der DICE Ansatz besteht aus vier Komponenten: 1) Beschreiben (describe), 2) Untersuchen (investigate), 3) Erstellen (develop) und 4) Evaluieren (evaluate) (Abbildung 1).

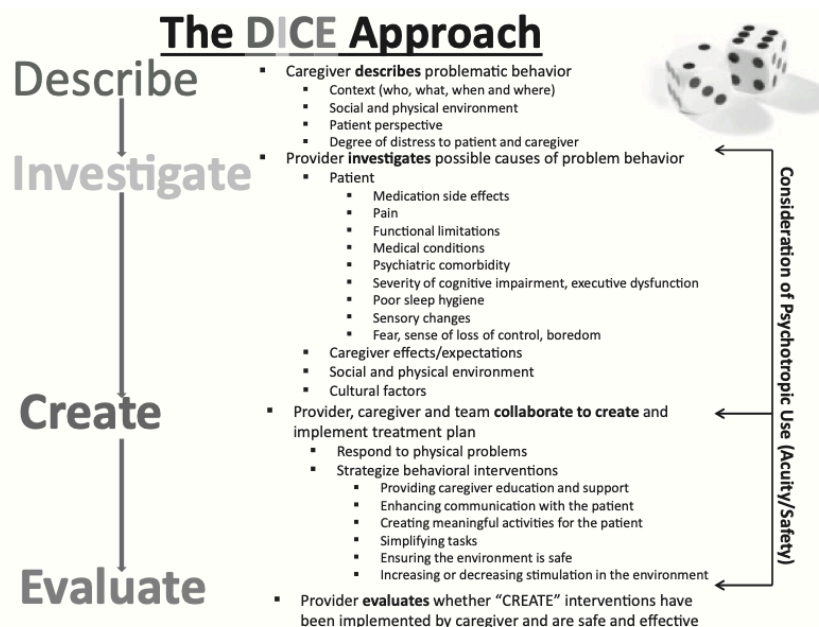


Abbildung 1: DICE Ansatz und Inhalte der einzelnen Komponenten [31]

Zu allen vier Komponenten gehört die Einbeziehung der folgenden Triade: Person mit Demenz, Pflegende und Umgebungsfaktoren. Der skizzierte DICE Ansatz stellt einen strukturierten Ansatz zum Umgang mit herausforderndem Verhalten dar, unter Bezugnahme auf einen personenzentrierten Ansatz und der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Auch einzelne

Komponenten dieser Intervention können implementiert und evaluiert werden. Resnick et al. (2018) berichten von einem erfolgreichen Projekt indem ein personenzentrierter Ansatz für herausforderndes Verhalten in der stationären Langzeitversorgung implementiert wurde und in Training zur Sensibilisierung und Nutzung des DICE Ansatzes für die Pflegekräfte inkludiert war [36].

Erstens: Beschreiben (Describe)

Dies umfasst die Beschreibung des Auftretens von herausforderndem Verhalten der Person mit Demenz (Wer, Was, Wann, Wo) kombiniert mit

- Informationen über die physische und soziale Umgebung,
- der Perspektive des Menschen mit Demenz. sowie
- dem gegenwärtigen Ausprägungsgrad von Stress (sowohl die Person mit Demenz betreffend als auch das Pflegepersonal)
(weitere Details siehe [31])

Für die Beschreibung kann auf verschiedene (vorformulierte) Fragestellungen zurückgegriffen werden

- 1) Welches Verhalten hat die Person mit Demenz gezeigt?
- 2) Wie hat die Person mit Demenz den Vorfall wahrgenommen?
- 3) Wie hat sich die Person mit Demenz gefühlt?
- 4) War die Person mit Demenz einem Sicherheitsrisiko ausgesetzt?

Zweitens: genauer untersuchen (investigate)

Dies beinhaltet die Untersuchung möglicher Ursachen für das gezeigte Verhalten. Dazu können unter anderem Nebenwirkungen von Medikamenten, Schmerzen, funktionelle Einschränkungen, medizinische Zustände, psychiatrische Komorbidität, Schwere der kognitiven Beeinträchtigung, exekutive Funktionsstörungen, schlechte Schlafhygiene, sensorische Veränderungen und Angst, oder auch das Gefühl des Kontrollverlusts oder Langeweile gehören. Fragestellungen, die zur Orientierung dienen können, sind für die Kategorie ‚Bewohner:in‘ u.a. folgende [31]:

- 1) Gab es kürzlich Änderungen in der Medikation?
- 2) Sind Schmerzen vorhanden?
- 3) Sind funktionelle Einbußen vorhanden?

Drittens: Entwickeln & Erstellen (develop)

Hat die Erarbeitung und Umsetzung eines Behandlungsplans unter Berücksichtigung bzw. Einbeziehung der oben beschriebenen Triade zum Gegenstand, verbunden mit dem Ziel das herausfordernde Verhalten zu minimieren, die Kommunikation zwischen Pflegenden und Personen mit einer Demenz zu verbessern, sinnvolle Aktivitäten für die Person mit Demenz zu gestalten sowie eine sichere Umgebung zu gewährleisten. Dieser Behandlungsplan kann Verhaltensinterventionen oder auch die Sensibilisierung und Weiterbildung der Pflegenden beinhalten. Weiterer Teil der dritten Komponente ist das Reagieren auf eventuelle körperliche Beeinträchtigungen in der Bewohnerkategorie, aber auch das Bilden von Kollaborationen und dem Austausch auf der Ebene des Pflegepersonals.

Viertens: Evaluation (evaluate)

Dies beinhaltet die Beurteilung, der im vorangegangenen Schritt durchgeführten Intervention bezogen auf die Sicherheit der Person mit einer Demenz und die Wirksamkeit der im Behandlungsplan beschriebenen Interventionen.

2.1.1 Studien und Projekte aus Deutschland

Von Prognos wurden im Rahmen des Unterauftrags ausgehend von der oben aufgeführten Interventionsbeschreibung Projektvorhaben zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz aus dem deutschsprachigen Raum recherchiert, inwiefern, und wenn ja welche Komponenten, die auch im DICE-Modell enthalten sind, in wissenschaftlichen Projekten in Deutschland realisiert wurden. Die drei nachfolgend in Deutschland realisieren Vorhaben setzen an den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ an [37]. Grundlegend ist dabei die Ausrichtung pflegerischen Handelns an dem von Kolanowski et al. entwickelten ‚need-driven-dementia-compromised-behavior-Modell‘ [38-40].

Projekt ‚Einführung und Evaluation der „Verstehenden Diagnostik“ am Beispiel des Leuchtturmprojektes InDemA‘ [41]

In dem vom BMG geförderten Projekt „InDemA“ begleitete das Projektteam die Einführung der „Verstehenden Diagnostik“ in 15 Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit 23 Wohnbereichen und evaluierte die damit einhergehenden Auswirkungen auf das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz. Verstehende Diagnostik ist ein pflegediagnostischer Prozess, der die Perspektive von Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt stellt. Verstehen Pflegende mögliche Trigger und Ursachen von herausforderndem Verhalten von Bewohner:innen mit Demenz, können anschließend individuelle Maßnahmen eingeleitet werden.

Intervention: Um die Hintergrundfaktoren für herausforderndes Verhalten von Bewohner:innen mit Demenz systematisch zu erfassen, kam 1) das Assessment-Instrument IdA [42, 43] zum Einsatz. 2) wurden die unterschiedlichen Perspektiven der verantwortlichen Pflegenden zum Gegenstand der Fallbesprechungen. Das Projektteam führte Fallbesprechungen durch, um gemeinsam das pflegerische Handeln zu reflektieren. Die Durchführung der Fallbesprechungen orientierte sich am Assessment-Instrument IdA. Alle teilnehmenden Projekteinrichtungen erhielten eine Schulung zur Verstehenden Diagnostik mit dem Assessment-Instrument IdA und Fallbesprechungen. Zudem erhielten alle Mitarbeitenden der teilnehmenden Wohnbereiche eine anwendungsbezogene Fortbildung zur Verstehenden Diagnostik und zum Assessment-Instrument.

Ergebnis: Für die Studie wurde ein Vorher-Nachher-Design genutzt und das herausfordernde Verhalten der Bewohner:innen vor und neun Monate nach den Interventionen zu verglichen. Es zeigte sich, dass die Anzahl identifizierter Bewohner:innen mit herausforderndem Verhalten gesunken war sowie die Anzahl der Verhaltensweisen sich je Bewohner:in reduzierte. Wodurch diese beobachteten Effekte begründet sind, konnte durch die Studie nicht definitiv aufgezeigt werden. Zudem waren keine Rückschlüsse zu den Effekten der diversen Einzelkomponenten der Intervention möglich.

Projekt ‚Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz („FallDem“). Zwei Modelle für die stationäre Altenpflege‘ [44]

Im Rahmen der „FallDem“-Studie wurden zwei unterschiedliche Fallbesprechungskonzepte vergleichend erprobt, flankiert durch eine parallellaufende Prozessevaluation [23].

Intervention: Es wurden demenzspezifischen Fallbesprechungskonzepte WELCOME-IdA und WELCOME-NEO eingesetzt. Die beiden Konzepte unterscheiden sich darin, dass die Fallbesprechungen mit WELCOME-NEO in einem narrativen Verfahren (offene Fallsbeschreibung) durchgeführt werden, wohingegen WELCOME-IdA ein standardisiertes Vorgehen (Fallbeschreibung analog Assessment-Instrument IdA) vorsieht. Vorbereitend wurden den teilnehmenden Einrichtungen sowohl Module zu Demenz und herausforderndem Verhalten sowie zur Methode der Fallbesprechungen und, je nachdem welcher Vergleichgruppe die Einrichtungen zufällig zugeordnet waren, Schulung entweder in WELCOME-NEO oder WELCOME-IdA realisiert. Die praktische Durchführung der systematischen Fallbesprechungen

wurde sowohl zusammen mit Dozenten in der Praxis an realen Fällen geübt als auch von den teilnehmenden Einrichtungen eigenständig durchgeführt.

Ergebnis: Die Effektmessung wurde primär dem NPI-NH Instrument auf Bewohnerlevel erfasst. Desweiteren wurde das mit der Pflege von Menschen mit Demenz korrespondierende Burnout-Risiko der Pflegenden in den beteiligten Einrichtungen ermittelt sowie mit dem Fragebogen BelaDem die spezielle Belastung und Erschöpfung der Mitarbeitenden erhoben. Zwar zeigte sich nach regelhafter Durchführung der Fallbesprechungen eine Reduktion des herausfordernden Verhaltens bei den Bewohner:innen, der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant (Tendenzwert). Es konnten mit dem standardisierten Verfahren WELCOME-IdA etwas bessere Effekte im Vergleich zu WELCOME-NEO beobachtet werden [45]. Die Ergebnisse der Prozessevaluation deuten erneut daraufhin, dass Fallbesprechungen Veränderungsprozesse bei den Mitarbeitenden auslösen können und diese über Bewohner:innen, Team- und Organisationsstrukturen reflektieren und dadurch im Umgang mit Menschen mit Demenz Sicherheit erlangen [46, 47].

Projekt: ‚Fallbesprechungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz. Eine Handreichung zur praxisnahen Einführung in stationären Einrichtungen‘[48]

Das Kompetenzzentrum Demenz in Brandenburg hat eine Methode für strukturierte Fallbesprechungen in stationären Pflegeeinrichtungen ausgearbeitet und in einem Pilotprojekt in einer Einrichtung erprobt. Bei der Erarbeitung wurde auf die Ergebnisse des Projektes FallDem zurückgegriffen und sich fuer die Implementierung der standardisierten Version (IdA basiert) Fallbesprechung entschieden.

Intervention: Die strukturierten Fallbesprechungen dienten in dem Projekt als Methode für die systematische Beschreibung von herausforderndem Verhalten als auch als Rahmen für die gemeinsame Erarbeitung von Maßnahmen. Die Methode der standardisierten Fallbesprechungen wurde den Mitarbeitenden in vier Workshops erklärt und gemeinsam eingeübt. Um das Konzept in der Praxis zu verankern, wurden die Fallbesprechungen anschließend alle vier Wochen in der Einrichtung, teilweise im Beisein von externen Trainern, durchgeführt.

Ergebnis: Quantitative oder qualitative Ergebnisse zu Effekten der Fallbesprechungen oder zur Implementierung wurden im Rahmen dieses Projektes nicht erhoben. Das Projektteam entwickelte dennoch einen Handlungsleitfaden für stationäre Einrichtungen zur Einführung von Fallbesprechungen. Als wesentlicher Gelingensfaktor wurde die Begleitung der Mitarbeitenden beim Erlernen der Methodik der systematischen Fallbesprechungen durch geschulten Expert:innen genannt.

2.2 Themenfeld: Demenzsensibles Entlassungsmanagement –Transitional Care Model

Hintergrund

Das Transitional Care Model (TCM) geht auf Arbeiten an der University of Pennsylvania (School of Nursing) in Philadelphia USA) zurück. Dort wurde in 1981 eine Intervention (das sog. "quality cost model of APN transitional care“) entwickelt, um Neugeborenen mit einem niedrigen Geburtsgewicht eine frühere Entlassung aus dem Krankenhaus zu ermöglichen [49]. Dies resultierte aus der Idee Teile der Krankenhausversorgung in die häusliche Pflege zu verlagern, die von Advanced Practice Nurses (APNs) erbracht wurde. Das „quality cost model of APN transitional care“ wurde später als “Transitional Care Model” (TCM) bezeichnet und bezogen auf verschiedene vulnerable Patient:innengruppen getestet [49]. Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit, die Krankenhausverweildauer von Patient:innen zu reduzieren, lag der Fokus des TCM zunehmend auf einer Verbesserung der Versorgung hoch vulnerabler Patient:innen sowie ihrer Behandlungs-/ Versorgungsergebnisse, die häufig im Krankenhaus vertreten sind, ein hohes

Risiko aufweisen und deren Versorgung mit hohen Kosten verbunden ist. Vor dem Hintergrund, dass diese Patient:innen in der Regel von mehreren Akteuren versorgt werden und häufig von Setting zu Setting wechseln (z.B. von der Häuslichkeit in das Krankenhaus und vom Krankenhaus in die Häuslichkeit zurück/ die Kurzzeitpflege/ die stationäre Langzeitpflege) ist für sie eine qualitativ hochwertige Übergangspflege besonders wichtig [49].

Beschreibung der Interventionskomponenten

Die Intervention besteht Naylor et al. (2014) zufolge aus einem sog. TCM-Protokoll, das von Advanced Practice Nurses (APNs) umgesetzt wird [50]. Die APNs verfügen über einen Hochschulabschluss auf Master-Ebene, klinischen Erfahrungen und haben erfolgreich an einer TCM-spezifischen (webbasierten) Weiterbildung teilgenommen. Zu beachten ist, das US-amerikanische Finanzierungssystem; d.h. Transitional Care Leistungen in der Häuslichkeit 30-Tage nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus werden in der Regel finanziert durch Medicare [51]. Das TCM-Protokoll erstreckt sich auf den Zeitraum von der Aufnahme der Patient:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen bis durchschnittlich zwei Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Abbildung 2) [50].

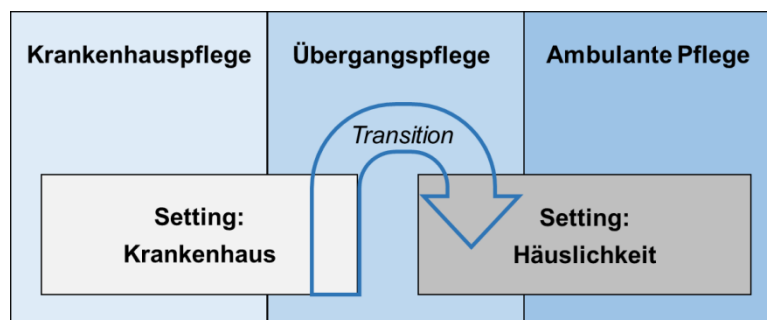


Abbildung 2: TCM: Pflegeleiteter Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit(eigene Darstellung)

Im Krankenhaus sieht das TCM-Protokoll [52] vor, dass die APN's ...

- die Bedürfnisse und Ziele der Patient:innen sowie ihrer (pflegenden) Angehörigen spätestens 24 Stunden nach der Aufnahme erfassen,
- mit dem Stationsteam bezogen auf die Umsetzung von Pflegeplänen zusammenarbeiten, um akute Zustände zu verbessern und unerwünschte Ereignisse zu verhindern,
- die Patient:innen täglich besuchen.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sieht das TCM-Protokoll vor, dass die APN's ...

- die Patient:innen und ihre pflegenden Angehörigen ...
 - vor Ort in der Häuslichkeit besucht und dies erstmalig spätestens 24 Stunden nach der Entlassung, anschließend über den Zeitraum von einen Monat mindestens einmal wöchentlich und danach spätestens alle zwei Wochen.
 - zum ersten Arztbesuch begleitet, um die Kontinuität der Versorgung zu fördern.
- 7 Tage/Woche telefonisch erreichbar sind.
- die Ergebnisse von durchgeführten Assessments, (hoch prioritäre) Probleme von Patient:innen und pflegenden Angehörigen sowie durchgeführte Interventionen dokumentiert und Fallberichte schreiben.
- sich alle zwei Monate mit zwei klinischen Experten treffen, um Fälle zu überprüfen.

2.2.1 Implementierungsstudien und Projekte aus Deutschland

Prognos recherchierte ausgehend von der Beschreibung der TCM Referenzintervention [53] zu Vorhaben aus dem deutschsprachigen Raum, mit Blick darauf welche Komponenten, die auch in

der Referenzintervention enthalten sind, in Deutschland realisiert wurden. Grundlegend ist dabei die Ausrichtung der akutstationären Versorgung an den Bedürfnissen und der Perspektive von Menschen mit Demenz.

Projekt ‚Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser‘ (Robert Bosch Stiftung 2019)

In Einrichtungen der stationären Akutversorgung ist eine steigende Anzahl von Patient:innen mit Demenz zu beobachten. Um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, bedarf es für die Versorgung von Patient:innen mit Demenz geschultes Personal aller Berufsgruppen sowie einer Anpassung der Strukturen und Prozesse in den Krankenhäusern. Um diese Umsetzung in den Krankenhäusern zu unterstützen, wurde vom Projektteam eine praxisorientierte Handreichung erstellt. Ein wesentlicher Baustein stellt, neben anderen, die sektorenübergreifende Ausrichtung der Versorgung von Patient:innen mit Demenz dar. Gerade die Schnittstellen und Informations- und Datenlücken zwischen den Settings (Häuslichkeit, Krankenhaus, Langzeitpflege) kann eine patientenorientierte Versorgung behindern und zu Stress für Patient:innen und Angehörige führen. Für das Entlassungsmanagement werden in der Handreichung u. a. folgende Punkte abgeleitet:

- strukturiertes Verfahren bei der Entlassungsplanung,
- Einbeziehung und Vernetzung aller beteiligten Berufsgruppen,
- entlastende Angebote und Informationen für Patient:innen und Angehörige,
- Definition von festen Ansprechpartnern für Nachfragen nach der Entlassung (z. B. von Hausärzt:innen),
- Kooperationen mit regionalen Pflegestützpunkten und Fachberatungsstellen (z. B. Sprechzeiten im Krankenhaus).

2.3 Themenfeld: Demenzsensibles Delirmanagement – die S3-Leitlinie „Demenzen“

Hintergrund

Delirium und Demenz sind die häufigsten kognitiven Einschränkungen in der älteren Population [54]. Vorangegangene Studien zeigen, dass eine demenzielle Erkrankung einer der größten Risikofaktoren für das Entwickeln eines Delirs darstellt [54]. Ein entwickeltes Delir hingegen stellt wiederum einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz dar. Sollten ältere Personen in der akutstationären Versorgung ein Delir entwickeln, ist eine häufige Konsequenz daraus, ein längerer Krankenhausaufenthalt und eine verzögerte Genesung, so wie bereits geschrieben, ein erhöhtes Risiko für eine demenzielle Erkrankung [55]. Das Delir ist gekennzeichnet durch eine akute Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit. Dabei ist der fluktuierende Zustand der Störung in Abgrenzung zu einer demenziellen Erkrankung ausschlaggebend [56]. Eine weitere Herausforderung in der akutstationären Versorgung von älteren Personen, ist die Differenzierung hinsichtlich Delirs und Demenz bei bereits beobachtbaren Symptomen einer Demenz („Delirium superimposed on dementia) [57, 58]. Fick et al. (2013) konnten in ihren Studien [59] zeigen, dass unerkanntes Delirium bei Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen und/oder Symptomen einer Demenz bzw. einer Demenzdiagnose die akutstationär versorgt werden, sich sehr negativ auf das Versorgungsergebnis auswirkt .

Beschreibung der Interventionskomponenten: Demenzsensibles Delir Management besteht aus drei Komponenten. Der wichtigste Interventionsbaustein ist das Assessment, folgend darauf erfolgt das Monitoring, auf dessen Ergebnis sich dann eine pharmakologische oder nicht-pharmakologische Behandlung anschließt.

Interventionskomponente 1: Assessment

Im Krankenhaus sind bezogen auf das Delir-Management zwei verschiedene patientenbezogene Szenarien voneinander zu unterscheiden:

Zum Szenario 1: Es werden ältere Patienten mit einer diagnostizierten Demenz zur stationären Behandlung aufgenommen.

Werden (a) bei der Aufnahme des Patienten im Rahmen des geriatrischen Assessments oder (b) während des Krankenhausaufenthalts Hinweise identifiziert, die Rückschlüsse auf ein Delir („Delirium superimposed on dementia“) zulassen, so ist ein Delir-bezogenes Assessment unter Verwendung eines geeigneten Instruments durchzuführen. Mit Hilfe der Erkenntnisse aus diesen Assessments kann geschlussfolgert werden, ob ein Delir bei Demenz („Delirium superimposed on dementia“) vorliegt oder nicht.

Zum Szenario 2: Es werden ältere Patienten ohne diagnostizierte Demenz aufgenommen.

Werden (a) bei der Aufnahme des Patienten im Rahmen des geriatrischen Assessments oder (b) während des Krankenhausaufenthalts Hinweise identifiziert, die Hinweise auf eine kognitive Leistungsbeeinträchtigung und/oder Alltagsbeeinträchtigungen und/oder Persönlichkeitsveränderungen liefern, so ist der S3 Leitlinie „Demenzen“ der AWMF zufolge eines diagnostischen Prozesses zu initiieren, um die Ursachen für die identifizierten Beeinträchtigungen/Veränderungen zu identifizieren (Abbildung 3).

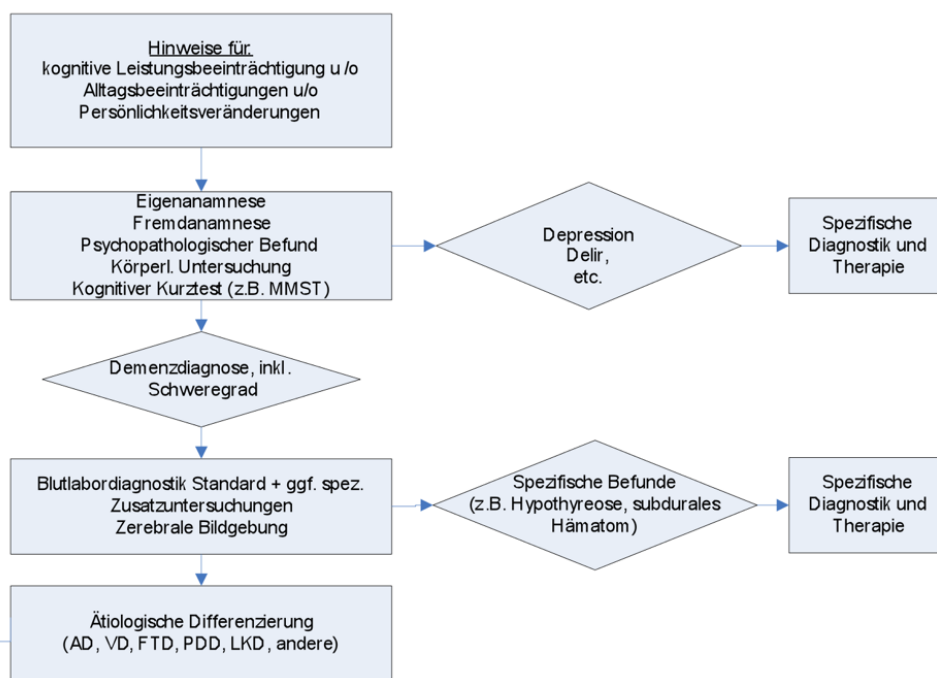


Abbildung 3: Allgemeine Kriterien der Demenz unter Ausschluss von Delir[60]

Diese Beeinträchtigungen/Veränderungen können vielfältig sein und u.a. möglicherweise auf Depressionen, ein Delir oder Demenzen zurückzuführen sein.

- In einem ersten Schritt ist eine allgemeine Diagnostik durchzuführen (Eigenanamnese, Fremdanamnese, Psychopathologische Befunde, Körperl. Untersuchungen, Kognitiver Kurztest (MMST)).
- In einem zweiten Schritt ist eine spezifische Diagnostik durchzuführen, um zu prüfen, ob eine Depression, ein Delir oder eine Depression ursächlich für die aufgetretenen Beeinträchtigungen/Veränderungen ist. Damit ist der S3 Leitlinie zufolge des Ausschlusses einer Depression/ eines Delirs der Demenzdiagnose vorgeschaltet.

In beiden Fällen können adäquate Instrumente zur Einschätzung und Identifikation von Delir bei Personen mit und ohne vorliegender Demenzerkrankung genutzt werden (wie z.B. der Confusion Assessment Method (CAM) [57]. Folgende weitere Messinstrumente können zum Einsatz kommen [61-63]:

- CAM-long (Confusion Assessment Method - Langfassung)
- CAM-short (Confusion Assessment Method - Kurzfassung)
- CAM-S (Delirium Severity Scoring)
- FAM-CAM (Family assessment of delirium)
- 3D-CAM (Brief cognitive screen with CAM)
- CAM-ICU (Intensive Care Unit)
- UB-CAM (Ultra-Brief CAM)
- DEL-B (Delirium Burden Instrument)
- CHART-DEL (Chart-based Delirium Identification Instrument)

Interventionskomponente 2: Monitoring

Die zweite Komponente eines demenzsensiblen Delirmanagements stellt das Monitoring dar [64]. Das Monitoring bezieht sich auf die fortlaufende Überwachung im Hinblick auf mit dem Delir korrespondierenden Symptomen von Patienten mit und ohne diagnostizierte Demenz in der akutstationären Versorgung im zeitlichen Verlauf des stationären Aufenthaltes und unter Zuhilfenahme der oben genannten Instrumente.

Interventionskomponente 3: (Nicht-) pharmakologische Interventionen

Die dritte Komponente eines demenzsensiblen Delirmanagements stellen (nicht-) pharmakologische Interventionen dar [64].

2.3.1 Implementierungsstudien und Projekte aus Deutschland

Auch zum Thema Delir-Management bei Menschen mit Demenz recherchierte Prognos Vorhaben aus dem deutschsprachigen Raum, welche Komponenten, die auch in der Referenzintervention enthalten sind, wissenschaftlich begleitet implementiert bzw. die Anwendung in der Versorgung untersucht haben. Grundlegend ist dabei die Ausrichtung der akutstationären Versorgung an den Bedürfnissen und der Perspektive von Menschen mit Demenz. Bei Symptomen eines Delirs sind dafür eine medizinische Diagnose und entsprechende fachliche Kompetenzen bei den unterschiedlichen Berufsgruppen erforderlich.

Projekt ‚help+-Programm in fuer ältere Patienten‘ [63, 65]

Die Übertragung des HELP-Ansatzes in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgte in einem Projekt im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Nach einer zweijährigen Vorbereitungsphase fanden ab 2011 zahlreiche Schulungen von Mitarbeitenden des Krankenhauses statt. Die Integration erfolgte schrittweise im Klinikum, angefangen mit der Abteilung für Unfallchirurgie [66].

Intervention: Das Programm startet mit einer Risikoermittlung bei allen Patient:innen ab 70 Jahren die in dem Krankenhaus aufgenommen wurden. Anschließend folgen regelmäßige Besuche bei den Risikopatient:innen. Je nach Bedarf wurden Informationen weitergegeben, Musikangebote zu Bewegungsübungen im Bett angeboten. Zentral war vor allem eine fortlaufende und kontinuierliche Ansprache der Patient:innen durch die Mitarbeitenden.

Ergebnis: Im Ergebnis konnte die Delir-Rate in der Unfallchirurgie von 30 auf rund 10 Prozent gesenkt werden. Eine Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus ließ sich hingegen nicht nachweisen. Dennoch wurde das help+ auf weitere Organisationsbereiche und Stationen des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld ausgeweitet.

Projekt ‚AKTIVER: Alltags- und Kognitions-Training‘ [67]

Im Rahmen des Projektes wurde ein Delir-Präventionsprogramm für Patient:innen ab 65 Jahren entwickelt, das in die akutstationäre Versorgung von Patient:innen mit (potenziellen) kognitiven Einschränkungen eingesetzt werden kann. Das Vorgehen des Präventionsprogramms basiert auf dem HELP-Konzept. Das Programm AKTIVER zielt darauf ab, Patient:innen anhand einer modularisierten Anleitung individuell zu aktivieren und neben den körperlichen auch die geistigen Fähigkeiten dieser Patient:innen zu fördern. Zudem sollen bestehende Versorgungslücken aufgedeckt werden.

Intervention: Im Fokus steht neben einer frühzeitigen Erfassung eines Delirs, eine Delir-Risikoeinschätzung durch Pflegefachkräfte. Nach Bedarf erfolgen anschließend tägliche Screenings zum Monitoring der Symptome. Zudem erfolgt eine Komplikationsprävention durch eine individualisierte Aktivierungseinheit für Patient:innen ab 70 Jahren mit einer bestehenden kognitiven Einschränkung und einem erhöhten Delir-Risiko.

Ergebnis: Quantitative oder qualitative Ergebnisse zu den Effekten des Präventionsprogramms wurden im Rahmen dieses Projektes nicht erhoben.

Projekt ‚HuBerTDA 2019: Handeln im Hier und Jetzt! Demenz- und Alterssensible Krankenhaus‘ [68]

Bei HuBerTDA handelt es sich auch um ein durch die Robert-Bosch-Stiftung gefördertes Projekt, das 2015 bis Ende 2018 im Klinikum Stuttgart schrittweise in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) und interdisziplinären Notaufnahme (INA) sowie auf einer orthopädischen Pilotstation umgesetzt wurde. Das Projekt realisiert einen interdisziplinären Gesamtansatz, um die akutstationäre Versorgung von der Aufnahme bis hin zur Entlassung hochaltriger und kognitiv beeinträchtigter Patient:innen zu verbessern und verbindet dabei die Erkenntnisse aus den vorab beschriebenen Projekten zu einem multimodalen Komplettansatz unter Einbezug vorhandener geriatrischer und gerontopsychiatrischer Kompetenz, um demenz- und alterssensible Krankenhäuser zu realisieren.

Intervention: Es war vorgesehen bei allen Notfallpatient:innen, die älter als 70 Jahre sind, ein geriatrische Risikoscreening vorzunehmen. In Abhängigkeit der resultierenden Ergebnisse (Individualdiagnostik) wurden weitere Assessmentinstrumente zur Bewertung von Demenz und kognitiver Einschränkung, Delir und Depression eingesetzt. Anschließend erfolgte eine pharmakologische Beratung und die Einleitung demenz- und alterssensibler Behandlungsschritte, die eine Ergänzung zur akuten Behandlungsstrategie darstellen. Dabei war generell der Einbezug von Angehörigen vorgesehen. Begleitet wurden die Anpassungen im Versorgungsablauf durch ein Maßnahmenbündel: wie z.B. spezifische Schulungsmodelle für die Pilotstation- und ZNA-Mitarbeiter:innen, Pflegende wurden zu Demenzkoordinator:innen geschult und eingesetzt, das Delir-Präventionskonzept AKTIVER [67] sowie Farb- und Raumkonzepte in den Pilotstationen umgesetzt.

Ergebnis: Eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse konnte im Rahmen einer quantitativen Datenauswertung im Rahmen der Projektlaufzeit nicht gezeigt werden [68]. Es konnte gezeigt werden, dass durch das Projekt die Versorgung stärker auf die Bedarfe von Patient:innen mit Demenz und kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus ausgerichtet wurde, zum Wissensaufbau bei Mitarbeitenden beitrug und darüber hinaus die multiprofessionelle Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche und Berufsgruppen stärkte [69].

3 Durchführung, Methodik

Das Projekt besteht aus drei aufeinander aufbauenden Modulen (Abbildung 4). Diese umfassen sowohl eine Literaturrecherche als auch empirische Methoden, um die Frage zu bearbeiten wie es gelingen kann, evidenzbasierte Konzepte und Maßnahmen im Bereich der Demenzversorgung nachhaltig in die Praxis zu transferieren.



Abbildung 4: Darstellung der drei aufeinander aufbauenden Projektmodule

Die Erkenntnisse aus den einzelnen Modulen wurden in einem konsolidierenden Prozess zusammengeführt und abschließend in Form eines Rahmenmodells und in Form von Handlungsempfehlungen aufbereitet.

Das Projekt wurde in Kooperation zwischen dem DZNE Witten, dem DZNE Greifswald und der Prognos AG umgesetzt. Die Projektleitung lag beim DZNE. Die Online Befragung (Modul 1) wurde im Rahmen eines Unterauftrags an die Prognos AG vergeben.

3.1 Theoretischer Rahmen

Ein Hauptfokus des Projektes lag auf der Identifizierung von förderlichen und hinderlichen Faktoren von Transfer-/Implementierungsprozessen. Zu diesem Thema steht in der internationalen Literatur ein umfassender Wissensfundus zur Verfügung [16, 25]. Im Bereich der Implementierungsforschung ist hier u.a. die Arbeit von Damschroder und Kolleg:innen [16, 70-73] wegweisend. Das von ihnen entwickelte Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), fasst eine Vielzahl potentieller Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen in den folgenden fünf Dimensionen zusammen: 1) Merkmale der Intervention; 2) Inneres Setting (meint innerhalb der Organisation); 3) Äußeres Setting (meint außerhalb der Organisation, z.B. gesetzliche Rahmenbedingungen und Marktsituation); 4) Merkmale beteiligter Personen; und 5) Prozess (meint die Art und Weise, wie die Implementierung geplant und umgesetzt wird) [16, 74]. Das Modell wurde in den vergangenen Jahren in vielen Implementierungsstudien genutzt und auf seine Anwendbarkeit getestet [74-76]. Im Rahmen dieses Projektes wurde das CFIR [16] als theoretisches Modell für die Identifizierung **fördernder und hemmender Faktoren** von Translationsprozessen im Bereich der Demenzversorgung zugrunde gelegt.

Des Weiteren bieten die Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) [71] ein umfassendes Kompendium von Strategien für die Implementierung evidenzbasierter Erkenntnisse in die Versorgungspraxis. In Ergänzung zum CFIR wurde diese Zusammenstellung daher als theoretischer Rahmen für die Identifikation von **Translations- und Implementierungsstrategien** genutzt, die eine besondere Relevanz für die Gestaltung und Umsetzung von Implementierungsprozessen in der Versorgung von Menschen mit Demenz haben. Das CFIR [16] und das ERIC-Kompendium [71] waren handlungsleitend für Datenerhebung, Datenanalyse, Ergebnisinterpretation und die Erstellung der Handlungsempfehlungen.

3.2 Empirische Projektschritte

Der empirische Teil des Projektes setzte sich zusammen aus quantitativen und qualitativen Methoden, vor allem um die Komplexität des Forschungsgegenstandes mithilfe der Kombination quantitativer und qualitativer Daten besser zu erfassen [77, 78]. Auf diese Weise konnte ein umfänglicheres Verständnis des Forschungsgegenstandes erzielt werden. Hierbei ergänzten sich

aufeinanderfolgende quantitative und qualitative Untersuchungsschritte, verbunden mit dem Ziel der integrativen Interpretation aller Ergebnisse. Demzufolge wurden im Projektverlauf zunächst quantitative Daten (Online-Befragung: Überblick erhalten), darauf aufbauend qualitative Daten (Fokusgruppen: vertiefendes Verständnis zur Implementierung und Einflussfaktoren entwickeln) und abschließend diese Ergebnisse in drei Stakeholder-Konferenzen (Konsequenzen für den Versorgungsalltag ableiten) kritisch reflektiert.

Die einzelnen Datensätze wurden zunächst separat und mit einer für das jeweilige Datenformat angemessenen Methode analysiert. Die Zusammenführung der Daten („Merging“ [77]) erfolgte in einem iterativen Verfahren zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf und mündete in der Gestaltung des Rahmenmodells und der Handlungsempfehlungen. Der eingangs beschriebene theoretische Rahmen wurde hierbei im gesamten Analyseprozess zugrunde gelegt (CFIR [16] und ERIC Zusammenstellung [71]).

3.3 Modul 1 - Bestandsermittlung

3.3.1 Literaturrecherche

Dem empirischen Teil des Projektes vorangestellt waren drei initiale Scoping Reviews (jeweils eins zu Implementierungsprozessen in den drei Themenfeldern des Projektes: 1) Herausforderndes Verhalten, 2) Delir, 3) Entlassungsmanagement). Diese dienten dazu den Kenntnisstand zu Implementierungsprozessen bezogen auf die drei Themenfelder in der internationalen Literatur abzubilden und sie bildeten die Grundlage für die Gestaltung und Umsetzung des Projektes und die Entwicklung der Erhebungsinstrumente [79]. Das Ziel der Scoping Reviews war die Identifizierung von Implementierungsstrategien sowie der Einflussfaktoren auf die Implementierung für evidenzbasierte Interventionen der drei Themenfelder.

In Übereinstimmung mit unserem Forschungsziel haben wir die folgenden Forschungsfragen für unsere Scoping Reviews definiert:

- Welche Implementierungsstrategien sind vielversprechend für die Implementierung von evidenzbasierten Interventionen für die drei Themenfelder?
- Welches sind die wesentlichen fördernden Faktoren und Barrieren, die die Implementierung von evidenzbasierten Interventionen für die drei Themenfelder beeinflussen?
- Welche Auswirkungen haben diese Implementierungsstrategien auf die Implementierungsergebnisse?

Das methodische Vorgehen zu den Scoping Reviews wird im Detail in unserem Reviewprotokoll [80] (siehe Anhang 1) beschrieben. Die Durchführung erfolgte beziehungsweise auf das methodische Vorgehen des The Joanna Briggs Institute [81], das von Peters et al. (2020) entwickelt wurde, in den folgenden neun Schritten [82]:

- 1) Definition von Zielsetzung und Fragestellungen
- 2) Erarbeitung der Einschlusskriterien ausgehend von der Zielsetzung und den Fragestellungen
- 3) Beschreibung der geplanten Vorgehensweise bezogen auf die Literaturrecherche, die Auswahl der Literatur (Titel/Abstract- und Volltextscreening), die Datenextraktion und -analyse sowie die Darstellung der Ergebnisse
- 4) Durchführung der Literaturrecherche
- 5) Durchführung der Literatúrauswahl (Titel/Abstract- und Volltextscreening)
- 6) Durchführung der Datenextraktion;
- 7) Durchführung der Datenanalyse
- 8) Darstellung der Ergebnisse und
- 9) Beantwortung der Forschungsfragen und Erarbeitung von Schlussfolgerungen.

Literaturrecherche

Wir führten eine Literaturrecherche zu jedem Themenfeld (1, 2 und 3) in den folgenden elektronischen Datenbanken durch: MEDLINE (über PubMed), CINAHL (über EBSCO) und PsycINFO (über EBSCO). Zudem wurden die Referenzlisten aller eingeschlossenen Publikationen auf potenziell relevante Publikationen überprüft sowie in eine Nachrecherche die eingeschlossenen Publikationen via Google Scholar daraufhin überprüft, ob diese von potentiellen relevanten Publikationen zitiert wurden.

Literaturauswahl

Die identifizierten Studien wurden gemäß der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 1) von zwei Personen unabhängig voneinander in Covidence [83] geprüft. Hierfür wurden zunächst Titel und Abstract der identifizierten Studien geprüft und anschließend die Volltexte.

Kriterien	Definition
<i>Population</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Menschen mit Symptomen einer Demenz (sowohl mit als auch ohne eine Demenzdiagnose/Alzheimerdiagnose) als Zielgruppe für die evidenzbasierte Intervention
<i>Interessierte Konzept</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Implementierung von evidenzbasierten (A) psychosozialen Interventionen bei herausforderndem Verhalten (B), psychosoziale Interventionen bei Delirium und (C) Interventionen bei postakutem Pflegebedarf
<i>Kontext</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ (A) stationäre Langzeitversorgung▪ (B) Versorgung im Krankenhaus▪ (C) Versorgung im Krankenhaus
<i>Literaturtyp</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Jede Art von Studie, die den Implementierungsprozess von Interventionen im Rahmen von Studien (wie randomisierten kontrollierten Studien oder Hybriddesigns) oder der täglichen Praxis beschreibt oder evaluiert
<i>Sonstiges</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Sprache: Deutsch oder Englisch▪ Jahr: keine Einschränkungen

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Datenextraktion, Datenanalyse und Darstellung der Ergebnisse

Alle relevanten Publikationsinhalte bezogen auf allgemeine Informationen, Teilnehmenden, Intervention, Implementierung und Evaluation sowie Ergebnisse bezogen auf die Fragestellungen des Scoping Reviews wurden extrahiert.

Mittels deduktiver Inhaltsanalyse wurden die Implementierungsstrategien und Einflussfaktoren auf die Implementierung analysiert. Die für die Analyse der Umsetzungsstrategien verwendeten deduktiven Kategorien wurden aus den "Expert Recommendations for Implementing Change" [71] abgeleitet. Darüber hinaus werden die fünf Dimensionen des "Consolidated Framework for Implementation Research" [16] und ihre Unterkonzepte verwendet, um die berichteten Einflussfaktoren (Barrieren und förderliche Faktoren) auf die Implementierung zu analysieren. Die Analyse erfolgte durch zwei Reviewer:innen in MAXQDA V.2020 [84].

Die Ergebnisse werden in Form von Tabellen dargestellt und deskriptiv beschrieben.

3.3.2 Online-Befragung

Im Rahmen des Projektes wurden von Prognos zwei Online-Befragungen konzipiert und durchgeführt. Eine der Online-Befragungen richtete sich an stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege (Themenbereich: herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz) und die andere an Akutpflegeeinrichtungen (Themenbereiche: demenzsensibles Delir-Management und

Entlassungsmanagement). Dabei war die Frage handlungsleitend, inwiefern evidenzbasierte Konzepte bzw. deren Einzelkomponenten aus der Forschung in die alltägliche Versorgung von Menschen mit Demenz transferiert und umgesetzt werden. Die oben beschriebenen Referenzinterventionen dienten als Rahmen für die Online-Befragungen.

Wie in Abbildung 5 dargestellt, erfolgte die Konzeption und Durchführung der Online-Befragung in drei Arbeitsschritten: Im ersten Arbeitsschritt wurden in Ergänzung zu den im Rahmen einer internationalen Recherche identifizierten o.g. „Rahmeninterventionen“ mittels einer Desktop-Recherche ergänzende Studien und Projekte aus Deutschland identifiziert, die auch in den Rahmenintervention enthaltene Komponenten implementiert haben. Die Rahmeninterventionen und die ergänzenden Implementierungsstudien und Projekte aus Deutschland wurden in ihre Einzelkomponenten zerlegt. Anhand dieser Einzelkomponenten wurden Fragenblöcke abgeleitet und jeweils ein Survey für die Langzeitpflege und die Akutpflege ausgearbeitet. Die Surveys wurden mit dem DZNE abgestimmt. Anschließend wurden die Inhalte und Fragen in einem Online-Befragungstool umgesetzt.

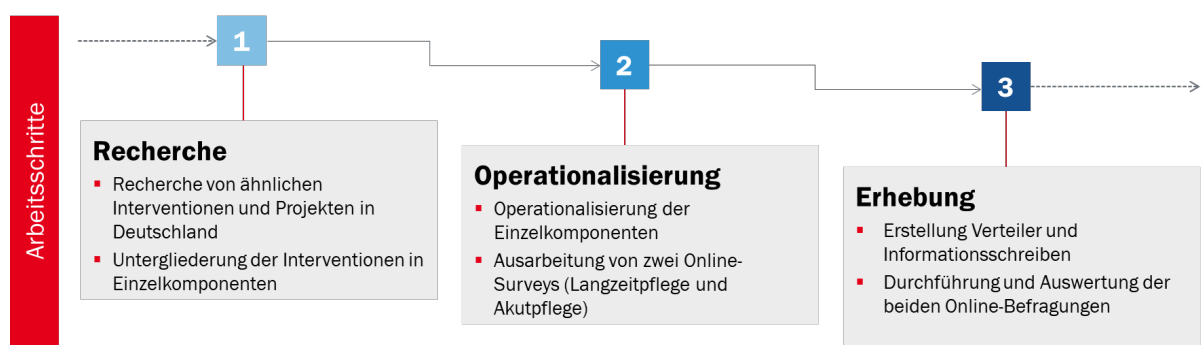


Abbildung 5: Methodische Umsetzung und Arbeitsschritte - Online-Befragungen in Einrichtungen der Langzeitpflege und Akutpflege (Darstellung © Prognos 2021)

Vor dem Start der Online-Befragung in den Einrichtungen der Langzeitpflege wurden die Bundesverbände und Landesverbände der Träger über die Befragung informiert und um Unterstützung gebeten. Der Befragungslink wurde anschließend bundesweit an ca. 1.200 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege übermittelt. Bis Ende Oktober konnte ein Rücklauf von 76 Einrichtungen erzielt werden. Im Folgenden werden die Analysen und Ergebnisse zur Erhebung in Einrichtungen der Langzeitpflege dargestellt. Der Verteiler für das Online-Survey Akutpflege umfasste ca. 1.000 Krankenhäuser. Bis Ende Februar konnte ein Rücklauf von 65 Krankenhäusern erzielt werden.

3.4 Modul 2 – Vertiefende Analyse (Fokusgruppen)

Anknüpfend an die vorherigen Projektschritte wurden leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit Experten [85] aus der Versorgungspraxis durchgeführt. Im Fokus der Interviews standen wahrgenommene förderliche und hinderliche Faktoren sowie Erfahrungen, Erwartungen und erforderliche Voraussetzungen/Rahmenbedingungen für die Implementierung evidenzbasierter Konzepte in die Regelversorgung von Menschen mit Demenz. Zu jedem der drei exemplarischen Themen (Delir, Entlassungsmanagement, herausforderndes Verhalten) wurden zwei Fokusgruppeninterviews geplant.

Unter Berücksichtigung notwendiger, jeweils zum Zeitpunkt der Datenerhebung aktuell gültiger Hygieneregeln (Infektionsschutzgesetz mit Blick auf die Corona-Pandemie) wurden die Fokusgruppen ausschließlich virtuell über das Videokonferenzsystem Lifesize geführt. Die Fokusgruppen wurden mit Hilfe eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Transkripte wurden pseudonymisiert.

Zielgruppe und Rekrutierung: Die von der Prognos AG durchgeführte Online-Befragung I (Modul 1, Kap. 3.5.1) wurde dazu genutzt, Leistungserbringer zu identifizieren, die im Rahmen von Fokusgruppen befragt werden konnten. Am Ende des Online-Fragebogens wurde den Teilnehmenden die Möglichkeit geboten, freiwillig ihre persönlichen Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, Email) für die Teilnahme an einem Fokusgruppeninterview anzugeben. Eine Liste dieser Kontaktdaten wurde von der Prognos AG an das DZNE übermittelt. Das DZNE schrieb diejenigen Personen per E-Mail an, die ihre Kontaktdaten hierfür zur Verfügung gestellt hatten, um (a) nähere Informationen zu den Fokusgruppeninterviews (u.a. Datum, Gegenstand/Thema), (b) Aufklärungsunterlagen und (c) Einwilligungserklärungen zu übersenden. Vor dem Hintergrund von Verzögerungen bei der Online-Befragung im Setting Krankenhaus (exemplarische Themen: Delir und Entlassungsmanagement) wurden ergänzend potentielle Interviewpartner aus bestehenden Kontakten am DZNE per E-Mail angeschrieben und für eine Teilnahme an den Interviews angefragt.

Erhebungsinstrument: Die Entwicklung des Leitfadens für die Fokusgruppen erfolgte ausgehend von dem Erkenntnisinteresse, in Anlehnung an das SPSS-Prinzip [86] und mit Blick auf das CFIR [16] sowie das ERIC Kompendium [71]. Der Leitfaden wurde nach einem Pretest überarbeitet und für jedes exemplarische Thema angepasst. Zeitlicher Umfang: ca. 1 bis 1,5 Stunden pro Fokusgruppe.

Die qualitative Inhaltsanalyse [87] der transkribierten Fokusgruppen erfolgte deduktiv ausgehend vom CFIR [16] und ERIC [71] und unter Einsatz der Analysesoftware MAXQDA. Dabei wurden die verschiedenen Faktoren mit ihren förderlichen und/ oder hinderlichen Einflüssen auf die erfolgreiche Realisierung von Veränderungen im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz den Konstrukten des CFIR [16] und benannte Implementierungsstrategien den Komponenten des ERIC Kompendiums [71] zugeordnet.

3.5 Modul 3 – Stakeholder-Konferenzen & Synthese

Stakeholder bezeichnet Personen, Gruppen oder Institutionen, die durch gesellschaftliche Entscheidungen betroffen sind und somit einen Anspruch haben, in diesen Entscheidungen berücksichtigt zu werden. Gleichzeitig war wichtig, eine Pluralität der Perspektiven herzustellen und im Kontext der Stakeholder-Konferenz durch die Art und Weise der Zusammenarbeit (auch im virtuellen Raum) aufrecht zu erhalten. Für das TRANSFER-DEM Projekt waren folgende Überlegungen von Relevanz:

Expertise	Funktion	Setting
Entlassungsmanagement ODER	Stabstelle, oder Leitung	Krankenhaus
Delirmanagement ODER		Krankenhaus
Umgang mit herausforderndem Verhalten		Stat. Pflegeeinrichtung
Erfahrungen im Projektmanagement und / oder Implementierungsprojekten und/oder	Stabstelle, oder Leitung	Settingspezifisch oder settingunabhängig
Politikberatung	Fachrefert:in	

Tabelle 2: Rekrutierungskriterien Stakeholder-Konferenzen

Stakeholder-Konferenzen dienen dem Wissensaustausch und der Wissensgenerierung [88] und können als Prozess kollektiver Teilhabe an Entscheidungen [89] verstanden werden. Vor diesem Hintergrund galt es kritisch reflexive die im Projekt realisierten Vorarbeiten entsprechend aufzubereiten und den Teilnehmenden sowohl zur Verfügung zu stellen als auch im Detail zu erläutern. Die visuelle und inhaltliche Aufbereitung der Vorarbeiten bezog sich hier auf die Ergebnisse aus Modul 1 und Modul 2.

Methodische Vorgehensweise: der Aufbau der Stakeholder-Konferenzen folgte dem Grundprinzip bedeutungsvollen Dialog zu Fragestellungen der Versorgung von Menschen mit

Demenz zu initiieren; fach- und funktionsübergreifenden Austausch zu ausgewählten Themen zu ermöglichen und konkrete Hinweise auf Veränderungspotentiale sowie Empfehlungen zu erhalten. Folgende Instrumente waren geplant:

- a) Diskussion von 3-5 Kernaussagen,
- b) Kleingruppenarbeit in Breakout-Rooms sowie
- c) Elemente der ‚Appreciative Inquiry‘.

Entwicklung von Rahmenmodell & Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den Ergebnissen der einzelnen aufeinander aufbauenden Projektschritte/Module wurde ein Rahmenmodell sowie Handlungsempfehlungen für die Implementierung evidenzbasierter Konzepte für die Versorgung von Menschen mit einer Demenz entwickelt.

3.6 Gender Mainstreaming

Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung betrachten wir als immanente Bestandteile der Projektkonzeption. Hierzu gehört auch, dass Aspekte wie Geschlechtergerechtigkeit in angemessener Weise in allen Projektphasen berücksichtigt wurden, insbesondere mit Blick auf ihren Einfluss auf die Projektergebnisse und die zu entwickelnden Empfehlungen. Daraus folgte u.a. dass dies relevant war hinsichtlich der Auswahl der Teilnehmenden für die Online-Surveys und für die Fokusgruppeninterviews und ein ausgewogenes (zugleich für die Teilnehmer:innen-Gruppen repräsentatives) Geschlechterverhältnis angestrebt wurde. Dies galt auch für die Zusammensetzung des Projektteams. Sofern sich Perspektiven geschlechterspezifisch unterschieden, wurde dies in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt, gleichwohl zum jetzigen Zeitpunkt - mit Blick auf den Untersuchungsgegenstand und die Ergebnisse – keine systematischen Unterschiede erkennbar sind.

4 Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

4.1 Modul 1 - Bestandsermittlung

4.1.1 Literaturrecherche

Kernergebnisse der Reviews¹

Für die drei verschiedenen Phänomene (1) herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz; (2) Management von Delirium bei Menschen mit Demenz und (3) post-akute Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz konnten wir insgesamt 1186 Publikationen identifizieren (a: n = 243; b: n = 400 und c: n = 543). Nach dem Entfernen der Duplikate verblieben 863 Publikationen (a: n = 140; b: n = 268; c: n = 455), die anhand der Ein- und Ausschlusskriterien zuerst anhand ihres Titels und Abstrakt gesichtet wurden. Hier konnten 760 Publikationen, die nicht unseren Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, ausgeschlossen werden. Von den verbliebenen 103 Publikationen (a: n = 44; b: n = 31 und c: n = 28) wurden die Volltexte gesichtet und wie auch bei dem Titel und Abstrakt anhand unserer Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Abschließend konnten 13 Studien (a: n= 7 Studien/14 Publikationen; b: n = 3 Studien/4 Publikationen und c: n = 3 Studien/5 Publikationen) publiziert in 23 Publikationen eingeschlossen werden. Die detaillierte Darstellung unseres Such- und Sichtungprozesses findet sich in der Abbildung 6: PRISMA 2020 flow diagram.

Charakteristiken der eingeschlossenen Studien²

Von den eingeschlossenen 13 Studien stammen 6 aus Australien und 6 aus den USA sowie 1 Studie aus Großbritannien. Bei den Studien handelt es sich überwiegend um Implementierungsstudien (n = 4), Projekte (n = 3), Prozessevaluationen (n = 2), Pilot- bzw. Machbarkeitsstudien (n = 2), Vorher- Nachherstudien (n =1) sowie eine Studie mit einem qualitativen Ansatz. Insgesamt berichteten 10 Studien die Teilnahme von 1079 Professionellen aus dem Gesundheitswesen und die Teilnahme von insgesamt 1435 Menschen mit Demenz beziehungsweise deren Angehörigen.

Einflussfaktoren

In den eingeschlossenen Studien konnten wir 28 von den 37 beschriebenen Konstrukten (Einflussfaktoren) des CFIRs (*deutsche Übersetzung [90]*) identifizieren. Zu den insgesamt am häufigsten beschriebenen Einflussfaktoren über die drei Settings (stationäre Langzeitversorgung, akutstationäre Behandlung, post-akute Versorgungsbedarfe) hinweg zählen:

- 1) **Charakteristika der Intervention:** Anpassbarkeit, Stärke und Qualität der Evidenz
- 2) **Äußeres Setting:** Bedürfnisse und Ressourcen der Patienten, Externe Vernetzung
- 3) **Inneres Setting:** Strukturelle Charakteristika, Netzwerk und Kommunikation, Kultur
- 4) **Charakteristika der Individuen:** Wissen und Überzeugung über die Intervention, Andere individuelle Eigenschaften
- 5) **Prozesse:** Planung, Reflexion und Evaluation

Für die detaillierte Darstellung der identifizierten Einflussfaktoren in der jeweiligen eingeschlossenen Studie siehe Tabelle 3.

¹ Detaillierte Informationen finden sich im Ergebnisartikel *Scoping Review Implementation Strategies* (Manuskript in Vorbereitung, noch nicht eingereicht) (siehe Anhang 2)

² Die entsprechenden Literaturhinweise finden sich im Ergebnisartikel *Scoping Review Implementation Strategies* (Manuskript in Vorbereitung, noch nicht eingereicht) (siehe Anhang 2). Auf eine Ergänzung der Literaturquellen des Reviews wird in diesem TRANSFERDEM-Abschlussbericht verzichtet!

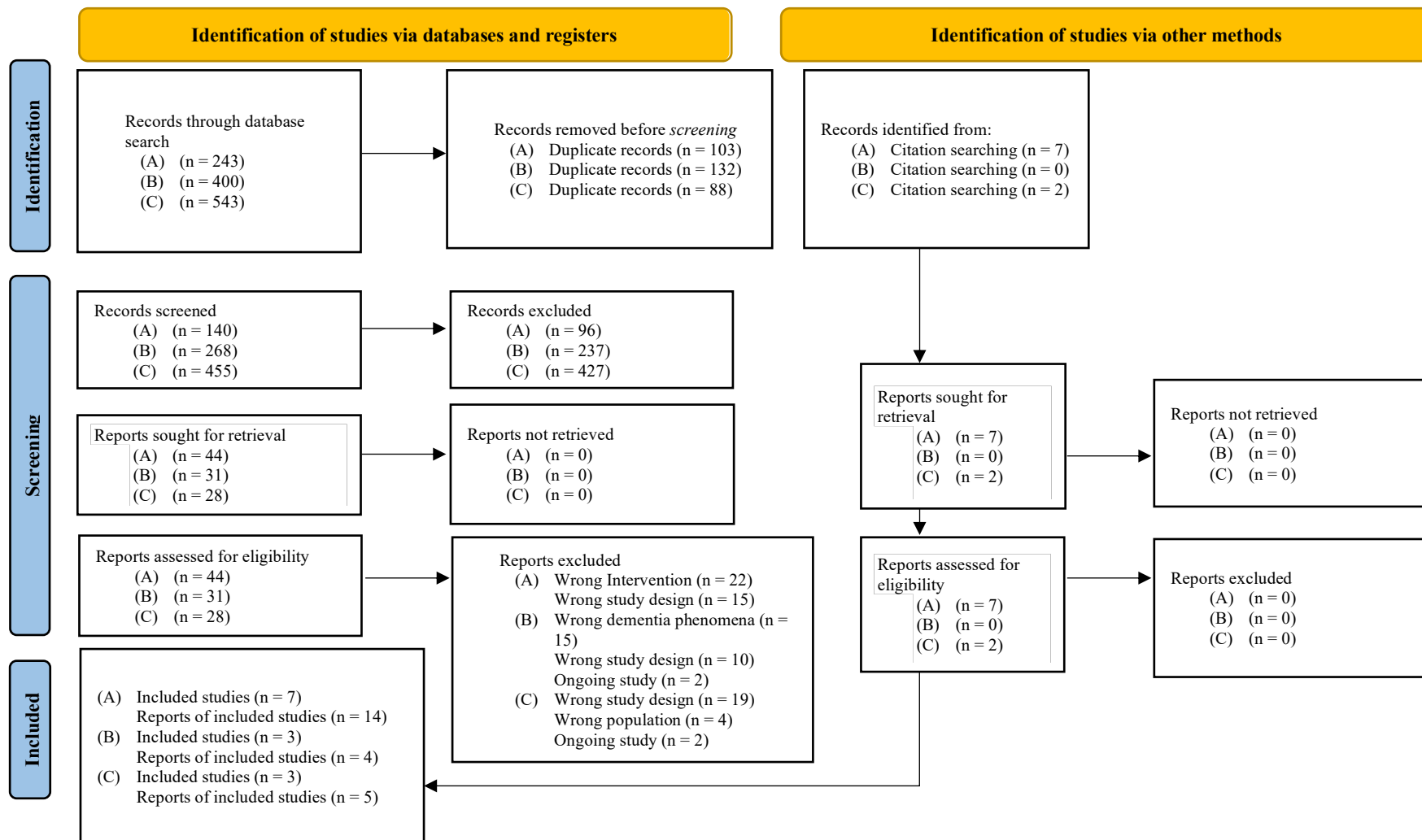


Abbildung 6: PRISMA 2020 flow diagram³

³ Abbildung entnommen aus unserem Scoping Review Implementation Strategies (Manuskript in Vorbereitung, noch nicht eingereicht) (siehe Anhang 2)

Relevante Domänen und Konstrukte des CFIR	Studien (n=13)													N
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Charakteristika der Intervention														
Quelle der Intervention											x			1
Stärke und Qualität der Evidenz	x				x	x	x					x	x	6
Anpassbarkeit			x	x		x	x	x		x	x	x	x	8
Komplexität									x		x			2
Äußeres Setting														
Bedürfnisse und Ressourcen von Patienten			x			x	x						x	4
Externe Vernetzung (Weltoffenheit)									x			x	x	3
Externe Richtlinien und Anreize						x	x							2
Inneres Setting														
Strukturelle Charakteristika		x					x			x	x			5
Netzwerke und Kommunikation				x								x	x	3
Kultur			x			x	x							3
Implementierungsklima														
Lernklima			x				x				x		x	4
Ziele und Feedback			x								x			2
Anreize und Prämien der Organisation			x											2
Relative Priorität					x		x			x				3
Kompatibilität									x			x		3
Veränderungsdruck			x	x										3
Bereitschaft für eine Implementierung														
Zugang zu Wissen und Informationen			x	x		x				x		x		5
Verfügbare Ressourcen	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x		10
Engagement der Führungsebene			x	x					x					4
Charakteristika der Individuen														
Wissen und Überzeugungen über die Intervention	x		x		x	x	x				x	x		7
Individuelles Stadium der Veränderung	x		x											2
Andere individuelle Eigenschaften			x	x			x		x	x				5

(A) Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitversorgung

(B) Management von Delirium bei Menschen mit Demenz

(C) post-akute Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz

Prozesse								
Planung						x		1
<i>Einbindung</i>	x	x			x	x	x	5
<i>Offiziell ernannte, intern Verantwortliche für die Implementierung</i>					x		x	2
<i>Champions</i>	x	x	x		x	x	x	7
<i>Externe Change Agents (Externe Beauftragte für Veränderungen)</i>							x	1
Reflexion und Evaluation		x			x		x	3

Tabelle 3: Scoping Reviews - Ergebnisse zu den Einflussfaktoren (CFIR)

Implementierungsstrategien

In den eingeschlossenen Studien wurden jeweils zwischen 4 und 21 Implementierungsstrategien orientiert an der Beschreibung des ERIC [71, 91] *deutsche Übersetzung [90]* berichtet. Zu den insgesamt am häufigsten beschriebenen Implementierungsstrategien in den jeweiligen Clustern über die drei Settings (stationäre Langzeitversorgung, akutstationäre Behandlung, post-akute Versorgungsbedarfe) hinweg zählen Abbildung 7:

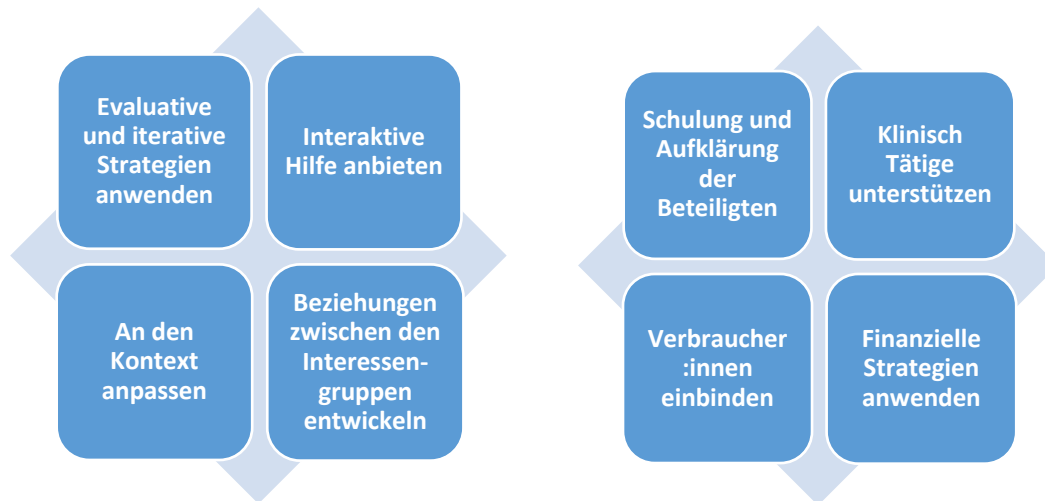


Abbildung 7: ERIC Cluster von Implementierungsstrategien

Für die detaillierte Darstellung der genutzten Implementierungsstrategien in der jeweiligen eingeschlossenen Studie siehe Tabelle 4.

Cluster und relevante Implementierungsstrategien des Eric	Studien (n=10)										N	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Evaluative und iterative Strategien anwenden												
Bereitschaft beurteilen und Barrieren und Förderfaktoren ermitteln					x	x	x	x	x	x		6
Auditieren und Feedback anbieten	x	x	x			x		x	x	x		7
Qualitätsüberwachungssysteme entwickeln und organisieren								x	x			2
Formale Implementierungsvorlage entwickeln	x		x		x	x		x	x	x		7
Bei der Implementierung stufenweise vorgehen								x				2
Interaktive Hilfe anbieten												
Interaktiven Behandlungsprozess anregen, unterstützen und fördern (Förderung)						x			x			2
An den Kontext anpassen und zuschneiden												
Strategien anpassen			x			x			x	x		4
Anpassungsfähigkeit fördern			x		x	x					x	4
Datenexperten einsetzen								x				1
Beziehungen zwischen den Interessengruppen entwickeln												
Champions identifizieren und vorbereiten	x	x			x	x		x	x	x		7
Treffen des klinischen Implementierungsteams organisieren											x	3
Führungskräfte rekrutieren, benennen und schulen		x										1
Lokale Meinungsführer:innen informieren									x			1
Ein Bündnis bilden						x		x	x			3
Formelle Verpflichtungserklärungen einholen						x			x			2
Lokales Wissen erfassen und teilen								x				1
Beiräte und Arbeitsgruppen nutzen	x		x		x	x		x	x	x		7
Einen Implementierungsberater einsetzen	x	x						x	x			5
Schulung und Aufklärung der Beteiligten												
Kontinuierliches Training durchführen		x				x			x			3
Kontinuierliche Beratung anbieten					x	x		x				3
Lehrmaterialien entwickeln	x		x					x	x			4
Training dynamisch machen									x			1
Lehrmaterialien verteilen						x		x				3

(A) Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitversorgung

(B) Management von Delirium bei Menschen mit Demenz

(C) post-akute Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz

„Train-the-Trainer“ Strategien nutzen	x	x						2
Bildungsmaßnahmen durchführen			x	x			x	4
Mit Bildungseinrichtungen zusammenarbeiten						x		1
Praxisvertreter:innen unterstützen								
Weitergabe klinischer Daten an die Anbieter fördern						x		1
Klinisch Tätige erinnern							x	1
Neue klinische Teams bilden			x			x		2
Verbraucher:innen (Patient:innen) einbinden								
Verbraucher:innen und Familienmitglieder involvieren			x				x	3
Verbraucher:innen involvieren, um Inanspruchnahme und Therapietreue zu fördern						x		1
Massenmedien verwenden							x	1
Finanzielle Strategien anwenden								
Klinische Innovation finanzieren und Verträge dafür abschließen						x		1
Auf neue Finanzierungen zugreifen				x			x	3
Infrastruktur verändern								
Physische Struktur und Ausrüstung ändern						x	x	3

Tabelle 4: Scoping Reviews - Ergebnisse zu den Implementierungsstrategien (ERIC)

4.1.2 Ausgewählte Ergebnisse zur Umsetzung von DICE in der stationären Langzeitpflege (Online-Befragung I)

Beschreibung der Teilnehmer:innen

Insgesamt haben sich an der Online-Befragung 76 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege aus ganz Deutschland und aus unterschiedlichen Regionen (städtisch/ ländlich) beteiligt. Unter ihnen finden sich Einrichtungen mit freigemeinnützigen, privaten und öffentlichen Trägern. Es wurden kleinere und größere Einrichtungen erreicht. Stellvertretend für die jeweilige Einrichtung haben am häufigsten die Einrichtungsleitungen die Online-Befragung ausgefüllt, gefolgt von Pflegedienstleitungen und Qualitätsmanager:innen.

Die Antworten zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz beziehen sich auf einzelne Wohnbereiche. Im Durchschnitt leben in diesen Wohnbereichen jeweils 31 Bewohner:innen. Von diesen haben knapp drei Viertel einen höheren Pflegegrad 4 oder 5. Im Durchschnitt zeigen rund 30 Prozent der Bewohner:innen der Wohnbereiche regelmäßig herausforderndes Verhalten. Im Durchschnitt liegt für zwei Drittel der Bewohner:innen eine Demenzdiagnose vor, etwa 20 Prozent zeigen Symptome einer Demenz (ohne ärztliche Diagnose). Knapp die Hälfte der in die Untersuchung eingeschlossenen Wohnbereiche bietet eine reguläre Versorgung ohne besondere Ausrichtung auf die Versorgung von Menschen mit Demenz. Die andere Hälfte widmet sich mit einem konzeptionellen Schwerpunkt bzw. ausschließlich der Versorgung von Menschen mit Demenz. Schulungen für Mitarbeitende zur Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen werden bis auf wenige Ausnahmen in allen Einrichtungen angeboten. Liegen Hinweise auf kognitive Einschränkungen vor, wird in knapp drei Vierteln der Wohnbereiche zeitnah eine ärztliche Diagnose eingeholt.

<i>Umfängliche Umsetzung</i>	<i>Partielle Umsetzung</i>
<p>19 von 76 Wohnbereichen (WB) setzen die genannten Konzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der Versorgung umfänglich um („DICE-Wohnbereiche“).</p> <p>In den anderen Wohnbereichen sind Einzelkomponenten der Interventionen implementiert.</p> <p>Die DICE-WBs zeichnen sich zudem dadurch aus, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • sie häufiger als andere WB einen besonderen konzeptionellen Schwerpunkt für Menschen mit Demenz aufweisen. • Ihnen steht häufiger eine auskömmliche Personalausstattung für Pflege und Betreuung zur Verfügung und • mehr Mitarbeitende verfügen über die nötige Fachlichkeit für eine Versorgung von Menschen mit Demenz. • sie binden Angehörige und Ärzt:innen bzw. andere Gesundheitsberufe häufiger standardmäßig in die Versorgung ein. 	<p>Knapp die Hälfte der Wohnbereiche führt nach eigener Aussage eine systematische Beschreibung von herausforderndem Verhalten und eine systematische Ursachenanalyse zu den Gründen des gezeigten Verhaltens durch (Tabelle 6).</p> <p>Diese Wohnbereiche zeichnen sich dadurch aus, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Beschreibung bzw. Ursachen-analyse bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz in 15 bzw. 12 % der befragten WBs „standardmäßig“ durchgeführt werden. • Das Angebot von (nicht-) medikamentösen Maßnahmen bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz und die anschließende Evaluation dieser Maßnahmen erfolgt in fast allen Wohnbereichen (93 % bzw. 92 %). • Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung der Maßnahmen und deren Evaluation sehr unterschiedlich ausgestaltet und umgesetzt wird.

Tabelle 5: Ergebnisse zu DICE analog Umsetzungsgrad

Umsetzung der Referenzintervention DICE

Ein Wohnbereich wird als „DICE-Wohnbereich“ bezeichnet, wenn alle vier Hauptkomponenten - Beschreiben, Untersuchen, Entwickeln, Evaluieren - in der Versorgung umgesetzt werden. Dabei muss die Beschreibung von herausforderndem Verhalten und die Ursachenanalyse einem systematischen Vorgehen folgen. Unter „systematisch“ wird verstanden, dass eine fest definierte Sammlung von Informationen erfasst und dafür ein Instrument/Fragenkatalog genutzt wird. Darüber hinaus sind zwei sogenannte „Demenz-kriterien“ zu erfüllen: es ist eine ärztliche Diagnose durchzuführen, wenn Symptome einer Demenz bestehen und Mitarbeitende sind aktiv im Umgang mit Menschen mit Demenz zu schulen. In Tabelle 5 werden die Ergebnisse hinsichtlich ihres Umsetzungsgrades vorgestellt.

Systematisches Vorgehen ja, standardmäßig	... ja, in ausgewählten Fällen	... nein
Beschreiben	15 %	32 %	53 %
Untersuchen	12 %	41 %	47 %
Entwickeln	37 %	57 %	7 %
Evaluieren	47 %	45 %	8 %

Tabelle 6: Umsetzung von konzeptionellen Ansätzen bei herausforderndem Verhalten, Anteil der Wohnbereiche, N = 76

Ergebnisse der Online-Befragung in Einrichtungen der Langzeitpflege

© Prognos 2022

Eigenbewertung der Versorgung

Die Teilnehmenden der Online-Befragung bewerteten die Versorgung in den vier Bereichen - Beschreiben, Untersuchen, Entwickeln, Evaluieren – analog Schulnoten. Insgesamt fällt die Eigenbewertung mit einem Notendurchschnitt von 2,5 bis 3,0 mittel-mäßig aus (Tabelle 7). Bei der Eigenbewertung zeigen sich Unterschiede zwischen den „DICE-Wohnbereichen“ und den Wohnbereichen, die nur einzelne Komponenten in die Versorgung integriert haben. Die DICE-Wohnbereiche bewerten die eigene Versorgung in allen Bereichen etwas besser. Die deutlichsten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeichnen sich bei der Ursachenanalyse (2,6 bzw. 3,2) und der Maßnahmenentwicklung (2,5 bzw. 2,9) ab.

Untersuchungs-bereiche	Beobachten und Beschreiben	Ursachenanalyse	Entwickeln nicht-medikamentöse Maßnahmen	Evaluation der Maßnahmen
Insgesamt	2,5	3,0	2,7	2,9
davon DICE (n = 19)	2,2	2,6	2,5	2,6
davon andere (n = 57)	2,6	3,2	2,9	3,0

Tabelle 7: Bewertung der Versorgung von Menschen mit Demenz, Bewertung mit Schulnoten von 1-6, N = 76

Ergebnisse der Online-Befragung in Einrichtungen der Langzeitpflege

© Prognos 2022

Die kritische Selbsteinschätzung der Nicht-DICE-Wohnbereiche bei der Ursachenanalyse (3,2) deutet daraufhin, dass individuelle und biografische Gründe für herausforderndes Verhalten nur bedingt bei der Entwicklung von Maßnahmen einbezogen werden. Obwohl die deutliche

Mehrzahl der Befragten angegeben hat, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen anzubieten und deren Erfolg zu evaluieren (93 % bzw. 92 %), deutet die Eigenbewertung auf Defizite bei der Durchführung hin (2,9 und 3,0).

Wichtig für die Einordnung der Eigenbewertung ist die Aussage zu den vorhandenen Ressourcen der Wohnbereiche: Die Befragten gaben an, dass ihrer Mitarbeitenden in 77 Prozent der Wohnbereiche über das Wissen verfügen, um die Versorgung von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten gut gestalten zu können. In 22 Prozent ist dies (eher) nichtzutreffend. Zudem stehen die Ressourcen (z.B. Zeit und genug Personal), die für eine angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten nötig sind, dem Team nur in 58 Prozent der Wohnbereiche (eher) zur Verfügung. In 42 Prozent aller Wohnbereiche ist dies nicht der Fall. Eine an den individuellen Bedarfen der Bewohner:innen mit Demenz angepasste Pflege und Betreuung können nur weniger als zwei Drittel der Wohnbereiche anbieten.

Umsetzungsgrad der DICE Einzelkomponenten

Beschreiben (describe): In knapp der Hälfte der befragten Wohnbereiche wird herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz nach einem systematischen Vorgehen mit einem Assessment-Instrument beschrieben. In 30 Prozent dieser Wohnbereiche erfolgt dies standardmäßig. In der Mehrzahl der berücksichtigten Wohnbereiche wird der Prozess von ausgewählten Mitarbeitenden mit entsprechenden fachlichen und methodischen Kompetenzen koordiniert und verantwortet. 14 Prozent der Wohnbereiche gaben jedoch an, über keine geregelte Koordination und Verantwortlichkeiten zu verfügen (Tabelle 8)

Einzelkomponenten	Beschreibung
Systematisches Vorgehen ...	In weniger als der Hälfte der befragten Wohnbereiche erfolgt eine systematische Beschreibung bei herausforderndem Verhalten (n = 35, 47 %). <u>Standardmäßig</u> erfolgt die systematische Beschreibung in 30 % dieser Wohnbereiche, bei den anderen in ausgewählten Fällen.
... mit Einsatz eines Instruments	<ul style="list-style-type: none"> Für die systematische Beschreibung werden selbst entwickelte Instrumente/ Fragenkataloge am häufigsten eingesetzt (45 %). Wissenschaftlich entwickelte Instrumente spielen eine deutlich kleinere Rolle (25 %). In 45 % der Wohnbereiche ist das eingesetzte Instrument noch kein volles Jahr im Einsatz. Die Einführung des Instruments wurde in 73 % dieser Wohnbereiche durch Schulungs- und Informationsangebote begleitet.
Verantwortlichkeit und Koordination ist geregelt	<ul style="list-style-type: none"> Die Mehrzahl der Befragten gibt an, dass das Vorgehen bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz von Mitarbeitenden verantwortet bzw. koordiniert wird (86%). Die Koordination und Verantwortung liegen häufig bei Personen mit Leitungsfunktion.

Tabelle 8: Beschreiben von herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz , Umsetzung in den befragten Wohnbereichen, N = 76

Untersuchen (investigate): Die Untersuchung der Gründe für herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz erfolgt in knapp über der Hälfte der befragten Wohnbereiche systematisch mit einem Assessment-Instrument. Jedoch nur in 23 Prozent dieser Wohnbereiche standardmäßig. Bei der Einbindung unterschiedlicher Perspektiven zeigt sich noch Potenzial in den Wohnbereichen, insbesondere die Einbindung von Angehörigen und anderen Gesundheitsberufen erfolgt nur bei rund einem Drittel der Wohnbereiche standardmäßig (Tabelle 9).

Einzelkomponenten	Beschreibung
Systematisches Vorgehen ...	Bei knapp der Hälfte der antwortenden Wohnbereiche erfolgt bei herausforderndem Verhalten eine systematische Ursachenanalyse (n = 40, 53 %). <u>Standardmäßig</u> erfolgt die systematische Ursachenanalyse in 23 % dieser Wohnbereiche, bei den anderen in ausgewählten Fällen.
... mit Einsatz eines Instruments	<ul style="list-style-type: none"> Für die systematische Beschreibung werden selbst entwickelte Instrumente/ Fragenkataloge am häufigsten eingesetzt (50 %). Wissenschaftlich entwickelte Instrumente spielen eher keine Rolle (7 %). Bei 45 % der Wohnbereiche ist das eingesetzte Instrument noch kein volles Jahr im Einsatz. Die Einführung des Instruments wurde in 93 % dieser Wohnbereiche durch Schulungs- und Informationsangebote begleitet.
Mehrperspektivität	<ul style="list-style-type: none"> Bei der Ursachenanalyse erfolgt mehrheitlich eine standardmäßige Einbindung von Mitarbeitenden aus Pflege und Betreuung (74 %) und der betroffenen Bewohner:innen (62 %). 23 % bzw. 31 % der Wohnbereiche tun dies nur unregelmäßig bzw. anlassbezogen. Die Perspektive von Angehörigen und Ärzt:innen oder anderen Gesundheitsberufen wird seltener standardmäßig eingeholt (34 % bzw. 32 %). 58 % bzw. 53 % der Wohnbereiche tun dies nur unregelmäßig bzw. anlassbezogen.

Tabelle 9: Analyse & Beschreiben von herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz, Umsetzung in den befragten Wohnbereichen, N = 76 Ergebnisse der Online-Befragung in Einrichtungen der Langzeitpflege
© Prognos 2022

Entwickeln (develop): In fast allen befragten Wohnbereichen werden gezielte nicht-medikamentöse Maßnahmen geplant und umgesetzt, um herausforderndem Verhalten entgegenzuwirken und die Beziehung und Kommunikation zwischen Pflegenden und Bewohner:innen zu stärken. In 39 Prozent der Angaben erfolgt dies standardmäßig. In fast allen Wohnbereichen kommen demenzspezifische Fallbesprechungen zum Einsatz. In 26 bis 36 Prozent der Wohnbereiche werden den Fallbesprechungen ein Ablaufplan zugrunde gelegt, die Moderation von geschulten Mitarbeitenden übernommen, ein regelmäßiger Turnus für die Durchführung abgestimmt oder mit unterschiedlichen Rollen (z. B. Falleinbringer:innen, Reflexionspartner:innen) gearbeitet. Bei Implementierung von Fallbesprechungen im Wohnbereich setzte nur ein kleinerer Teil auf gezielte Schulungen für die Mitarbeitende (Tabelle 10).

Einzelkomponenten	Beschreibung
Entwickeln von nicht-medikamentösen Maßnahmen	<p>In fast allen Wohnbereichen erfolgt die Auswahl und Umsetzung von nicht-medikamentösen Maßnahmen, um herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz gezielt zu begegnen (n =71, 93 %).</p> <p><u>Standardmäßig</u> erfolgt die Entwicklung von Maßnahmen in 39 % dieser Wohnbereiche, bei den anderen in ausgewählten Fällen.</p> <p>Die Maßnahmen werden mehrheitlich schriftlich festgehalten (96 %), gemeinsam im Team entwickelt (94 %) und allen betroffenen Personen bekannt gemacht (87 %).</p>
Einsatz von strukturierten Fallbesprechungen	<ul style="list-style-type: none"> • Demenzspezifische Fallbesprechungen werden in fast allen Einrichtungen durchgeführt, in 53 % standardmäßig. • Jedoch zeigen sich Unterschiede bei der Ausführung. Ein strukturiertes Vorgehen (regelmäßiger Turnus, festgelegter Ablauf, festgelegte Rollen etc.) gibt es nur in 36 bis 26 % dieser Wohnbereiche. • Bei 32% der Wohnbereiche sind demenzspezifische Fallbesprechungen noch kein volles Jahr im Einsatz, die Einführung wurde in 70 % dieser Wohnbereiche durch Schulungs- und Informationsangebote begleitet. Die Erprobung und Übung mit geschulten (externen) Expert:innen erfolgte lediglich in 22 % der befragten Wohnbereiche.

Tabelle 10: Angebot von Maßnahmen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz, Umsetzung in den befragten Wohnbereichen, N = 76 Ergebnisse der Online-Befragung in Einrichtungen der Langzeitpflege

© Prognos 2022

Evaluieren (evaluate): Werden Maßnahmen zum Umgang von herausforderndem Verhalten ergriffen, werden sie nach Eigenaussage in fast allen der befragten Wohnbereiche auch evaluiert. Fast alle Wohnbereiche, die ihre Maßnahmen evaluieren, holen dabei die Perspektiven der betroffenen Mitarbeiter:innen ein. Externe Perspektiven (z.B. von Ärzt:innen) werden in 67 Prozent der Wohnbereiche bei der Evaluation berücksichtigt. Standardisierte Instrumente kommen in 14 Prozent der Wohnbereiche im Rahmen der Evaluation zum Einsatz (Tabelle 11)

Einzelkomponenten	Beschreibung
Evaluation der Maßnahmen	<p>In fast allen Wohnbereichen werden gewählte Maßnahmen bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz auf ihre Wirksamkeit evaluiert (n =71, 92 %).</p> <p><u>Standardmäßig</u> erfolgt die Evaluation von Maßnahmen in 51 % dieser Wohnbereiche, bei den anderen in ausgewählten Fällen.</p>
.. mit Einsatz eines Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Instrumente kommen bei der Evaluation der getroffenen Maßnahmen lediglich bei 14 % dieser Wohnbereiche zum Einsatz.

Tabelle 11: Evaluation von Maßnahmen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten Menschen mit Demenz, Umsetzung in den befragten Wohnbereichen Ergebnisse der Online-Befragung in Einrichtungen der Langzeitpflege ©

Prognos 2022

4.1.3 Ausgewählte Ergebnisse zur Umsetzung von evidenzbasierten Konzepten im Krankenhaus (Online-Befragung II)

Beschreibung der Teilnehmer:innen

Insgesamt haben sich an der Online-Befragung 65 Einrichtungen der akutstationären Versorgung aus unterschiedlichen Bundesländern und Regionen (städtisch/ ländlich) beteiligt. Unter ihnen finden sich Einrichtungen mit freigemeinnützigen, privaten und öffentlichen Trägern. Es wurden kleinere und größere Krankenhäuser erreicht. Stellvertretend für die jeweilige Einrichtung haben am häufigsten Qualitätsmanager:innen, Abteilungs- und Stationsleitungen sowie Mitarbeitende der Pflegedirektionen die Online-Befragung ausgefüllt, aber auch Ärzt:innen und Pflegedienstleitungen haben dies übernommen.

80 Prozent der Befragten geben an, dass die Anzahl von Patient:innen mit Symptomen einer Demenz zugenommen hat, in rund 30 Prozent hat die Anzahl sogar stark zugenommen. Genaue Angaben zur Anzahl von Patient:innen mit einer Demenz-Diagnose konnten nur 22 der befragten Personen machen: Im Jahr 2019 wurden in den befragten Krankenhäusern im Median 261 Patientinnen und mit 158 etwas weniger Patienten entlassen, für die eine Demenz-Diagnose vorlag. Im Jahr 2020 waren es 256 Patientinnen und 169 Patienten. Die Angaben größerer Krankenhäuser mit mehr Bettenkapazität liegen entsprechen deutlich über dem Median. Im Jahr 2019 wurden im Median 645 Patientinnen und 411 Patienten im Alter ab 70 Jahre versorgt. Im Jahr 2020 waren es im Median 1.110 Patientinnen und 646 Patienten. Unterschiede zeigen sich dabei zwischen Allgemein- und Fachkrankenhäusern. Während in Fachkrankenhäusern im Vergleich weniger Patient:innen im Alter von 70 und mehr Jahren versorgt werden, liegt die Anzahl der Patient:innen bei den Allgemeinkrankenhäusern deutlich darüber. Bei der Anzahl von Patient:innen mit Demenz sind hingegen keine Unterschiede festzustellen.

Umsetzung der Referenzintervention Demenzsensibles Delirmanagement

Allgemeine Ausrichtung der Krankenhäuser auf Demenz

In 77 Prozent der befragten Krankenhäuser ist die Versorgung von Menschen mit Demenz stationsabhängig, d. h. in einzelnen Organisationseinheiten (Stationen)/Fachbereichen verankert. Lediglich 16 Prozent der Einrichtungen richten die Versorgung von Menschen mit Demenz stationsunabhängig aus. Für fünf Krankenhäuser wird angegeben, dass in keiner Organisationseinheit die Versorgung konzeptionell auf die besonderen Bedarfe von Menschen mit Demenz ausgerichtet wird.

Der Befund der stationsabhängigen Versorgung zeigt sich unabhängig davon, ob es im Krankenhaus eine Geriatriische Behandlungseinheit gibt. Diese halten 55 Prozent der befragten Krankenhäuser vor, eine Geriatriische (Früh)Rehabilitation knapp über 40 Prozent. In 22 Krankenhäusern (34 %) gibt es keine der beiden geriatrischen Organisationseinheiten. Die stationsabhängige Ausrichtung zeigt sich entsprechend bei den Rückmeldungen zum Personal:

- In acht Prozent der befragten Krankenhäuser sind bzw. werden Mitarbeitende aller Berufsgruppen umfassend im Krankenhaus für die Versorgung von Menschen mit Demenz geschult.
- 78 Prozent der befragten Krankenhäuser halten diese Fachexpertise stattdessen punktuell bei den Beschäftigten in ausgewählten Einheiten vor.
- Darüber hinaus sind in knapp 60 Prozent der befragten Krankenhäuser Demenzbeauftragte tätig, Konsiliar- und Liasionsdienste sind fast in der Hälfte der Häuser aktiv, Delir-Beauftragte bei etwa 40 Prozent.
- In 11 Krankenhäusern (17 %) gibt es keine der drei zuletzt genannten Einheiten.

Während sich spezialisiertes Personal, wie zuvor dargestellt, sowie eine demenzsensible Gestaltung der Umgebung und der Räumlichkeiten in den befragten Krankenhäusern

routinemäßig auf einzelne Organisationseinheiten beschränkt, zeigen die Rückmeldungen zu Fragen der Versorgung größere Unterschiede auf:

- Ein kognitives Kurzscreening bei Patient:innen über 70 Jahren erfolgt in knapp 30 Prozent umfassend im Krankenhaus, in 45 Prozent in einzelnen Organisationseinheiten und bei 25 Prozent der Krankenhäuser eher nicht/ nie.
- Eine medizinisch-pflegerische Versorgung von Patient:innen mit Demenz wird in 16 Prozent der Krankenhäuser an die besonderen Bedarfe von Patient:innen mit Demenz angepasst, in 53 Prozent ist dies auf einzelne Organisationen beschränkt und 30 Prozent der Krankenhäuser haben angegeben, dass dies eher nicht/ nie der Fall ist.

Umsetzung des Delir-Managements

Das Delir-Management

- wird am häufigsten von Demenz- bzw. Delir-Beauftragten (42 %) verantwortet,
- zudem übernehmen Abteilungs-/Stations- (35 %) oder Pflegedienstleitungen (23 %) diese Aufgabe.
- Ärzt:innen und in Einzelfällen das Qualitätsmanagement, APN oder der Sozialdienst sind in den befragten Krankenhäusern mit der Koordination des Delir-Managements betraut.
- In einem Viertel der Krankenhäuser wurden für das Delir-Management keine konkreten Verantwortlichkeiten benannt.

Von 65 Krankenhäusern setzen 24 ein „Gesamtkonzept“ zum Delir-Management in der Versorgung um, dies entspricht einem Anteil von 37 Prozent. Als Delir-Gesamtkonzept wird im Rahmen dieser Untersuchung definiert,

- dass die drei Hauptkomponenten der Referenzintervention (siehe Kapitel 2.1) – Assessment, Monitoring, Intervention - in der akutstationären Versorgung bei Delir bzw. Delir-Risiko umgesetzt und von ausgewählten Mitarbeitenden verantwortet und koordiniert werden.
- Dabei müssen das Assessment und das Monitoring einem systematischen Vorgehen folgen. Unter „systematisch“ wird verstanden, dass eine fest definierte Sammlung von Informationen erfasst und hierfür ein strukturiertes Instrument genutzt wird.
- Darüber hinaus sind ausgewählte Demenzkriterien zu erfüllen.⁴

Auch bei den Krankenhäusern mit Delir-Gesamtkonzept zeigt sich mehrheitlich eine stationsabhängige Ausrichtung, jedoch ist der Anteil der Krankenhäuser mit stationsunabhängiger Ausrichtung im Vergleich zu allen befragten Krankenhäusern höher: So halten 17 Prozent der Krankenhäuser mit Delir-Gesamtkonzept spezialisiertes Personal aller Berufsgruppen umfassend im Krankenhaus für die Versorgung von Patient:innen mit Demenz vor (Vergleich: insgesamt: 8 %). 33 Prozent der Krankenhäuser mit Delir-Gesamtkonzept passen die medizinisch-pflegerische Versorgung umfassend im Krankenhaus den Bedarfen (z. B. Begleitung bei Untersuchungen, kürzere Wartezeiten) der Zielgruppe an (Vergleich: insgesamt: 16 %). Die Krankenhäuser mit Delir-Gesamtkonzept zeichnen sich weiterhin dadurch aus, dass sie häufiger die personellen Ressourcen vorhalten, die für ein demenzsensibles Delir-Management als notwendig bewertet werden.

⁴ Krankenhäuser wurden nicht berücksichtigt, die in keiner Organisationseinheit eine besondere Versorgung von Patient:innen mit Demenz ermöglichen können, in keiner Organisationseinheit spezialisiertes Personal aller Berufsgruppen für die Versorgung von Patient:innen mit Demenz vorgehalten und in keiner Organisationseinheit die medizinisch-pflegerische Versorgung den besonderen Bedarfen den Zielgruppen anpassen können.

Werden beim Delir-Gesamtkonzept nur diejenigen Krankenhäuser eingeschlossen, die eine Umsetzung der drei Einzelkomponenten „standardmäßig“ vorsehen, reduziert sich die Anzahl der Krankenhäuser von 24 auf 9, (entspricht ~ 14 Prozent).

Ein strukturiertes Delir-Management ist somit, je nach Definition, bei 14–37 Prozent der befragten Einrichtungen etabliert. Die nicht repräsentativen Ergebnisse deuten darauf hin, dass international erprobte Gesamtkonzepte (z. B. HELP), nicht umfänglich in deutschen Krankenhäusern vorzufinden sind, die Umsetzung sich häufig auf ausgewählte Organisationsbereiche beschränkt. Die Mehrzahl der Krankenhäuser setzt stattdessen Einzelmaßnahmen der Referenzintervention um.

Systematisches Vorgehen ja, standardmäßig	... ja, in ausgewählten Fällen	... nein
Assessment	34 %	42 %	25 %
Monitoring	20 %	49 %	31 %
Intervention	29 %	57 %	14 %

Tabelle 12: Delir-Management in der Versorgung von Patient:innen mit Demenz, Anteil der Krankenhäuser, N = 65

Ergebnisse der Online-Befragung in Krankenhäusern © Prognos 2022

Umsetzung Einzelkomponenten eines Gesamtkonzepts Delir-Management

Die Mehrzahl der Befragten gibt an, dass das Delir-Management in ihrem Krankenhaus von bestimmten Mitarbeitenden verantwortet bzw. koordiniert wird (77 %). Die Koordination und Verantwortung liegt bei unterschiedlichen Berufsgruppen und wird besonders häufig von Demenz- und/ oder Delir-Beauftragten sowie Abteilungs- und Stationsleitungen übernommen. Etwas seltener sind Pflegedienstleitungen und Ärzt:innen für diese Aufgabe vorgesehen.

Assessment: Liegen bei älteren Patient:innen mit diagnostizierter Demenz Hinweise auf ein Delir vor, wird in 76 Prozent der Krankenhäuser ein systematisches Delir-Assessment durchgeführt, standardmäßig erfolgt dies in 34 Prozent. Es zeigt sich, dass bei älteren Patient:innen mit Hinweisen auf ein Delir jedoch ohne diagnostizierte Demenz, in 83 Prozent der befragten Krankenhäuser - und damit im Vergleich häufiger - ein Delir-Assessment vorgenommen wird; standardmäßig in 32 Prozent der Krankenhäuser.

Im Vergleich zu den anderen beiden Hauptkomponenten der Referenzintervention, wird das Delir-Assessment zu einem höheren Anteil „standardmäßig“ durchgeführt (Tabelle 12). Dies mag darin begründet sein, dass bei der Aufnahme von Patient:innen oder nach einer Operation Prozesse leichter übergreifend zu etablieren und durchzuführen sind als während des Aufenthalts und der Versorgung in einem Organisationsbereich.

Für das Delir-Assessment werden in den befragten Krankenhäusern mehrheitlich wissenschaftliche Instrumente eingesetzt (76 %), selbst entwickelte Instrumente spielen eher keine Rolle (7 %). Dabei ist in 38 Prozent der Krankenhäuser das eingesetzte Instrument noch kein volles Jahr im Einsatz. Die Einführung des Assessment-Instruments wurde in 62 Prozent der Krankenhäuser durch Schulungs- und Informationsangebote für die Mitarbeitenden begleitet. In 38 Prozent der Häuser wurde es an die Besonderheiten der Einrichtung angepasst.

Monitoring: Bei älteren Patient:innen mit Demenz erfolgt in rund 69 Prozent der befragten Krankenhäuser ein fortlaufendes Monitoring von mit Delir korrespondierenden Symptomen, in 20 Prozent standardmäßig. Die Ergebnisse sind unabhängig davon, ob ein besonderes Delir-Risiko besteht oder bereits eine Delir-Diagnose vorliegt. Auffällig ist,

dass ein fortlaufendes Monitoring der mit Delir korrespondierenden Symptome in rund 30 Prozent der befragten Krankenhäuser nicht vorgesehen ist. Dies ist im Vergleich der drei Hauptkomponenten der höchste Anteil (Tabelle 12) und mit Blick auf die gesundheitlichen Folgen und Risiken für die Patient:innen als Defizit in der Versorgung zu bewerten.

Für das systematische Monitoring werden in den befragten Krankenhäusern wissenschaftlich entwickelte Screeningverfahren am häufigsten eingesetzt (79 %). Selbst entwickelte Instrumente spielen eher eine geringe Rolle (10 %). Bei 33 Prozent der Krankenhäuser ist das eingesetzte Instrument noch kein volles Jahr im Einsatz. Die Einführung des Instruments wurde in 71 % der Häuser durch Schulungs- und Informationsangebote begleitet. In 43 Prozent der Häuser wurde es an die Besonderheiten vor Ort angepasst.

Intervention: Bei älteren Patient:innen mit Demenz und einem diagnostizierten Delir werden in 57 Prozent der befragten Krankenhäuser in ausgewählten Fällen gezielte nicht-pharmakologische Interventionen ausgearbeitet und umgesetzt, in rund 30 Prozent der Krankenhäuser erfolgt dies standardmäßig (Tabelle 12). Zudem kommen unterschiedliche präventive Delir-Interventionen zum Einsatz: 38 Prozent der Häuser haben ein einrichtungsspezifisches Delir-Präventionsprogramm. Weitere Maßnahmen sind die Erstellung eines Risikoprofils (40 %) und Delir-sensible Narkose- und Operationsverfahren (43 %).

Bei der Art der Durchführung und der Organisation des Delir-Managements zeigt sich deutlich eine stationsabhängige Ausrichtung der Versorgung von Patient:innen mit Demenz: In rund drei Viertel der Krankenhäuser übernehmen Mitarbeitende in einzelnen Organisationsbereichen die Durchführung der Einzelkomponenten. Eine wichtige Rolle nehmen spezialisierte Organisationsbereiche, insbesondere beim Delir-Monitoring, ein. Seltener wird das Delir-Management krankenhausesübergreifend organisiert und von spezialisierten Mitarbeitenden, die übergreifend im Krankenhaus tätig sind, unterstützt (Tabelle 13)

Organisation ...	Schulung und Befähigung von Mitarbeitenden in den einzelnen Organisationsbereichen	Versorgung in spezialisierten Organisationsbereichen (z. B. Geriatrie)	Einsatz von spezialisierten Mitarbeitenden, die übergreifend im Krankenhaus tätig sind
Assessment	73 %	67 %	46 %
Monitoring	75 %	73 %	42 %
Intervention	75 %	67 %	45 %

Tabelle 13: Durchführung und Organisation des Delir-Managements, Anteil der Krankenhäuser, Antwort: „standardmäßig/ häufig“, N = 65

Eigenbewertung der Versorgenden

Die Teilnehmer:innen haben im Rahmen der Online-Befragung das eigene Delir-Management – Assessment, Monitoring, Intervention – mit Schulnoten bewertet.⁵ Insgesamt fällt die Eigenbewertung mit einem Notendurchschnitt von 3,0 bis 3,4 mittelmäßig aus. Bei der Eigenbewertung zeigen sich Unterschiede zwischen den Krankenhäusern mit Delir-Gesamtkonzept und den Krankenhäusern, die hauptsächlich Einzelkomponenten in die Versorgung bei Delir integrieren. Die Krankenhäuser mit Delir-Gesamtkonzept bewerten die eigene Versorgung in allen Bereichen deutlich besser. In beiden Gruppen erhält das Delir-Assessment die beste Eigenbewertung und das Delir-Monitoring schneidet, analog den oben beschriebenen Ergebnissen, auch bei der Eigenbewertung im Vergleich am schlechtesten ab (Tabelle 14).

Wichtig für die Einordnung der Eigenbewertung ist die Einschätzung der Befragten zu den vorhandenen personellen Ressourcen: 40 Prozent der Krankenhäuser verfügen nach Aussage der Befragten über die nötigen personellen Ressourcen für ein demenzsibles Delir-Management. In 57 Prozent der Krankenhäuser ist dies (eher) nicht der Fall; bei Krankenhäusern ohne Delir-Gesamtkonzept ist der Anteil (68 %) höher als in Krankenhäusern mit Delir-Gesamtkonzept (38 %).

Untersuchungsbereiche	Assessment	Monitoring	Intervention
Insgesamt	3,0	3,4	3,2
Delir-Gesamtkonzept (n = 24)	2,4	2,6	2,5
Einzelmaßnahmen (n = 41)	3,5	3,9	3,7

Tabelle 14: Bewertung des Umgangs mit Delir und Delir-Risiko, Bewertung mit Schulnoten von 1 bis 6, N = 65

Umsetzung der Referenzintervention Entlassungsmanagement bei Patient:innen mit Demenz

Das Entlassungsmanagement von Patient:innen mit Demenz wird in 37 Prozent der befragten Krankenhäuser von einer geriatrischen Behandlungseinheit verantwortet. In 63 Prozent der Krankenhäuser wird diese Aufgabe vom Sozialdienst des Krankenhauses übernommen, aber auch Abteilungs-/ Stationsleitungen und in Einzelfällen geriatrisch ausgebildete Pflegekräfte sowie Demenzbeauftragte und Pflegedienstleitungen übernehmen diese Aufgabe in den befragten Krankenhäusern. In wenigen Einzelfällen wurden keine konkreten Verantwortlichkeiten benannt.

Umsetzung eines demenzsensiblen Entlassungsmanagement

19 von 65 Krankenhäusern setzen ein „Gesamtkonzept“ beim Entlassungsmanagement in der Versorgung um, dies entspricht einem Anteil von 29 Prozent der an der Befragung beteiligten Krankenhäuser. Als Gesamtkonzept wird hier definiert, dass im Rahmen der Planung und Durchführung der Entlassung sowohl Maßnahmen während der Versorgung im Krankenhaus aber auch nach dem Krankenhausaufenthalt umgesetzt und von ausgewählten Mitarbeitenden verantwortet und koordiniert werden. Darüber hinaus sind ausgewählte Demenzkriterien zu

⁵ Dabei wurden keine Einschränkungen zur Art der Umsetzung (z.B. systematisch mit einem Instrument) festgelegt.

erfüllen.⁶ Werden alternativ nur diejenigen Krankenhäuser berücksichtigt, die eine Umsetzung der beiden Hauptkomponenten „standardmäßig“ vorsehen, reduziert sich die Anzahl der Krankenhäuser mit Entlassungs-Gesamtkonzept von 24 auf 9 Krankenhäuser, dies entspricht einem Anteil von 14 Prozent.

Entlassungskomponenten während des Aufenthaltes im Krankenhaus

Bei älteren Patient:innen mit Demenz erfolgt in 83 Prozent der Krankenhäuser ein systematisches Vorgehen, um die Entlassung zu organisieren und Patient:innen während des Aufenthaltes im Krankenhaus zu begleiten; standardmäßig in 45 Prozent der befragten Krankenhäuser. Im Vergleich zu den Maßnahmen, die nach dem Krankenhausaufenthalt etabliert werden, aber auch im Vergleich zum demenzsensiblen Delir-Managements, ist der Anteil „standardmäßig“ für das Entlassungsmanagement während dem Krankenhausaufenthalt am höchsten - umfasst jedoch weniger als die Hälfte der befragten Krankenhäuser (Tabelle 15). Die Ergebnisse der Online-Befragung deuten darauf hin, dass organisatorische Maßnahmen mehrheitlich Teil des Entlassungsmanagements sind. In fast 90 Prozent der Krankenhäuser werden die Patient:innen und ihrer Angehörigen aktiv in die Vorbereitungen der Entlassung eingebunden, in 85 Prozent der Krankenhäuser werden Absprachen mit Akteuren der ambulanten Versorgung getätigt und nötige Informationen ausgetauscht. Eine kontinuierliche Betreuung und der Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen von Patient:innen mit Demenz und ihren Angehörigen gehören bei einem geringeren Teil der Krankenhäuser zu den routinemäßigen Maßnahmen:

- In 41 Prozent der Krankenhäuser enthält das Entlassungsmanagement Maßnahmen zum Aufbau und zur Stärkung von Selbstmanagementkompetenzen (z. B. bei der Medikamenteneinnahme).
- In 54 Prozent der befragten Krankenhäuser sind spezifisch für das Entlassungsmanagement ausgebildete Mitarbeitende als kontinuierliche Ansprechpartner:innen für Patient:innen mit Demenz und deren Angehörige zuständig.
- Regelmäßige/ tägliche Besuche der Patient:innen von der Ansprechperson, um eine Vertrauensbasis aufzubauen und aufrechtzuerhalten, wird in 26 Prozent der Krankenhäuser umgesetzt.

Die an der Versorgung beteiligten Mitarbeitenden werden in 67 Prozent der Krankenhäuser in das Entlassungsmanagement eingebunden. Dies erfolgt in 55 Prozent der Krankenhäuser beispielsweise im Rahmen von demenzsensiblen Fallbesprechungen; in 22 Prozent der Krankenhäuser erfolgt dies standardmäßig.

Entlassungsmanagement ja, standardmäßig	... ja, in ausgewählten Fällen	... nein
... im Krankenhaus	45 %	38 %	17 %
... nach dem Krankenhaus	20 %	29 %	51 %

Tabelle 15: Umsetzung systematisches Delir-Management für Menschen mit Demenz, Anteil der Krankenhäuser, N = 65

Ergebnisse der Online-Befragung in Krankenhäusern

© Prognos 2022

⁶ Krankenhäuser wurden nicht berücksichtigt, die in keiner Organisationseinheit eine besondere Versorgung von Patient:innen mit Demenz ermöglichen können, in keiner Organisationseinheit spezialisiertes Personal aller Berufsgruppen für die Versorgung von Patient:innen mit Demenz vorgehalten und in keiner Organisationseinheit die medizinisch-pflegerische Versorgung den besonderen Bedarfen der Zielgruppe anpassen können.

Entlassungskomponenten nach dem Aufenthalt im Krankenhaus

Die Rückmeldungen der beteiligten Krankenhäuser zeigen auf, dass Entlassungsmanagement in der akutstationären Versorgung vorrangig auf die Zeit im Krankenhaus beschränkt ist und nur zum Teil settingübergreifend gedacht wird.

- 51 Prozent der Krankenhäuser geben an, dass keine Betreuung bzw. Begleitung der Patient:innen mit Demenz nach dem Aufenthalt im Krankenhaus sichergestellt wird.
- Standardmäßig gehört dies für 20 Prozent der Krankenhäuser in die Routine des Entlassungsmanagement, 29 Prozent der Krankenhäuser ergreifen in ausgewählten Fällen Maßnahmen nach der Entlassung (Tabelle 15)
 - Dazu gehört am häufigsten der Austausch mit Akteuren aus der ambulanten Versorgung (56 %),
 - Abstimmung zur Pflegeplanung mit Patient:innen und ihren Angehörigen (47 %).
 - Besuche oder Begleitung zu Arztbesuchen gehört nur in Einzelfällen zum Entlassungsmanagement der befragten Krankenhäuser.

Eigenbewertung der Versorgenden

Die Befragten haben im Rahmen der Online-Befragung das eigene Entlassungsmanagement – im und nach dem Krankenhaus – mit Schulnoten bewertet.⁷ Insgesamt fällt die Eigenbewertung mit einem Notendurchschnitt von 3,0 bis 3,8 mittelmäßig aus. Bei der Eigenbewertung zeigen sich Unterschiede zwischen den Krankenhäusern mit Entlassungs-Gesamtkonzept und den Krankenhäusern, die hauptsächlich Maßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes umsetzen. Erstere bewerten die eigene Versorgung deutlich besser (Tabelle 16). Die Einschätzung der Befragten zu den vorhandenen personellen Ressourcen ist auch hier relevant: 34 Prozent der Befragten gaben an, dass sie über die nötigen personellen Ressourcen für ein demenzsensibles Entlassungsmanagement verfügen. In der Mehrzahl, 63 Prozent der Krankenhäuser ist dies (eher) nicht der Fall.

Untersuchungs- bereiche	im Krankenhaus	nach dem Krankenhaus
Insgesamt	3,0	3,8
Entlassungs-Gesamtkonzept (n = 19)	2,1	2,8
Einzelmaßnahmen (n = 46)	3,4	4,6

Tabelle 16: Bewertung Entlassungsmanagement, Bewertung mit Schulnoten von 1 bis 6, N = 65

4.2 Modul 2 – Vertiefende Analyse (Fokusgruppen)

Trotz der Pandemie-bedingten Herausforderungen die eine Rekrutierung erschwerte und kurzfristige Absagen von Teilnehmer:innen (TN) nach sich zog, konnten zu jedem der drei Referenzinterventionen je zwei leitfadengestützte Interviews geführt werden. Dabei handelte es sich um drei Fokusgruppeninterviews und abweichend von der ursprünglichen Planung um drei Einzelinterviews (Tabelle 17).

⁷ Dabei wurden keine Einschränkungen zur Art der Umsetzung (z.B. systematisch mit einem Instrument) festgelegt.

Datum	Referenz-intervention	Setting	TN pro Interview	Charakterisitken der TN	
27.10.2021 und 02.11.2021	DICE	Altenpflege	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 weiblich ▪ 2 männlich; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 TN: 40-49 Jahre ▪ 2 TN: 50-59 Jahre
02.12.2021 und 08.12.2021	Delir-Management	Krankenhaus	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 TN weiblich ▪ 3 TN männlich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 TN 18-29 Jahre ▪ 1 TN 30-39 Jahre ▪ 4 TN 40-49 Jahre
06.12.2021 und 08.12.2021	TCM	Krankenhaus	3 ⁸		

Tabelle 17: (Fokusgruppen-)Interviews (Übersicht)

Ergebnisse zu den Einflussfaktoren (analog CFIR)

Die Interviewpartner:innen berichteten von verschiedenen Faktoren und deren förderlichen und/ oder hinderlichen Einfluss auf die erfolgreiche Realisierung von Veränderungen im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz.

Relevante Komponenten und Konstrukte des CFIR	Setting Altenpflege Interviews (n=2)		Setting Krankenhaus Interviews (n=4)				
	Interview Nr.	01	02	03	04	05	06
Charakteristika der Intervention							
Relativer Vorteil				X			X
Anpassbarkeit			X				
Komplexität		X					
Kosten		X					
Äußeres Setting							
Bedürfnisse und Ressourcen von Patient:innen					X		
Externe Vernetzung (Weltoffenheit)			X	X	X	X	
Gruppenzwang					X		
Externe Richtlinien und Anreize			X	X	X	X	
Innes Setting							
Strukturelle Charakteristika			X	X		X	X
Netzwerke und Kommunikation		X	X	X	X	X	X
Kultur		X			X		X
Implementierungsklima							
Lernklima					X		
Streben nach Veränderung		X			X		
Bereitschaft für eine Implementierung		X					
Zugang zu Wissen und Informationen		X	X		X		
Verfügbare Ressourcen		X	X	X	X	X	X
Engagement der Führungsebene		X	X	X	X	X	X
Charakteristiken der Individuen							
Wissen und Überzeugungen über die Intervention		X		X	X	X	
Individuelles Stadium der Veränderung						X	
Andere persönliche Attribute		X	X	X	X	X	X
Prozesse							
Planung		X	X			X	
Engaging		X		X		X	
Meinungsführer:innen		X					

⁸ Ein:e Teilnehmer:in hat an 2 Fokusgruppeninterviews teilgenommen

Relevante Komponenten und Konstrukte des CFIR	Setting Altenpflege Interviews (n=2)		Setting Krankenhaus Interviews (n=4)				
	Interview Nr.	01	02	03	04	05	06
<i>Formell benannte Implementierungsbeauftragte</i>		X	X		X		
<i>Champions</i>		X			X		
Ausführung				X			
Reflexion und Evaluation		X	X				

Hinweise:

- Pro CFIR Domäne: nur diejenigen Konstrukte sind aufgeführt, denen Aussagen von Interviewpartner:innen zugeordnet werden konnten.
- Die Bezeichnung der Domänen und Konstrukte erfolgte in Anlehnung an Regauer et al. (2021).
- Ein X in der Tabelle bezieht sich auf mind. eine Textstelle des jeweiligen Transkripts die einem CFIR-Konstrukt zugeordnet werden konnte.

Tabelle 18: Interviews - Ergebnisse zu den Einflussfaktoren (CFIR)

Die Darstellung der Analyseergebnisse erfolgt pro Setting (Altenhilfe vs. Krankenhaus) und nicht pro exemplarisches Thema (Delir, Entlassungsmanagement, herausforderndes Verhalten). Diese Entscheidung ist darauf zurückzuführen, dass sich die Ausführungen der Interviewpartner:innen nicht auf die exemplarischen Themen begrenzten. Vielmehr lag der Fokus der Ausführungen auf Erfahrungen mit der Gestaltung von Veränderungsprozessen im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Altenpflege bzw. dem Krankenhaus allgemein. Den Ergebnissen (Tabelle 18) ist zu entnehmen, dass in beiden Settings (Altenhilfe & Krankenhaus) zu allen fünf Domänen des CFIR [16] Einflussfaktoren identifiziert werden konnten.

Der Tabelle 18 ist zu entnehmen, dass vier CFIR Konstrukten Aussagen aus allen sechs Fokusgruppeninterviews zugeordnet werden konnten. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 19 detailliert dargestellt.

Relevante CFIR Komponenten & Konstrukte	Setting Altenpflege Interviews (n=2)	Setting Krankenhaus Interviews (n=4)
<i>Inner setting</i> Netzwerke und Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung von allen (relevanten) Akteuren (Interview 01, Abs. 70) • Angehörige haben vor Ort (in der Einrichtung) immer einen Ansprechpartner (Interview 02, Abs. 24) Bereichsleitungen sind „[...] vor Ort mittendrin“, d.h. Ansprechbar für die Mitarbeitenden (Interview 02, Abs. 54) • Mitarbeitende von Veränderungen überzeugen ist nicht einfach. Es ist hilfreich, wenn Mitglieder von Arbeitsgruppen dazu beitragen, dass Veränderungen von Mitarbeitenden angenommen werden (Interview 02, Abs. 68) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegende schwer erreichbar (Schulungen), viele Einzelschulungen notwendig (Interview 04, Abs. 9) • Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Ärzte nicht erfreut über Eingriffe in ihre Therapie oder Empfehlungen durch Pflegende) (Interview 05, Abs. 37) • Keine Rückmeldung von Pflegenden und Ärzten an die Geschäftsführung bezogen auf existierende Probleme in der Versorgung von Menschen mit Demenz/ Delir (Folge: kein Problembewusstsein der Geschäftsführung) (Interview 04, Abs. 21) • Mitarbeitende „[...] regelmäßig ... informieren und auch kritische Stimmen ... hören“ (Interview 03, Abs. 51) • Viele Informationen (Informationsflut) (Interview 06, Abs. 48) • Zusammenhalt in Teams, u.a. positive Auswirkung auf den Informationsaustausch (Interview 06, Abs. 50)
<i>Bereitschaft für eine Implementierung verfügbare Ressourcen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trägern und Einrichtungen steht für die Umsetzung von Interventionen lediglich ein definiertes finanzielles Budget zur Verfügung (Interview 01, Abs. 48) • Es bedarf Zeit, damit die betreffenden Mitarbeitenden „[...] reinkommen, in die Rolle, aber auch, um Sachen auszuarbeiten, um die weiterzugeben, um mit den Mitarbeitern zu sprechen“ (Interview 02, Abs. 18) • Der Verbund hat einen Fortbildungskatalog, der auch das Thema Demenz zum Gegenstand hat (Interview 02, Abs. 38) • Der Stellenschlüssel in Pflegeeinrichtungen in (Bundesland genannt) liegt im Vergleich zu anderen Bundesländern im unteren Drittel, was ein großes Problem darstelle (Interview 02, Abs. 62) • „Jede Veränderung - braucht Zeit“ (Interview 02, Abs. 68; siehe auch Abs. 18 & Abs. 40) • „Das Wichtigste ist immer, dass man einen guten Rückhalt hat, dass man den Zeitfaktor auch bekommt, um Dinge umzusetzen“ (Interview 02, Abs. 88) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pandemiebedingt (a) kein innerbetrieblicher Fortbildungskatalog und (b) keine Schulungen von Teams vor Ort (d.h. es dauert lange bis alle Mitarbeitenden geschult sind) (Interview 05, Abs. 63) • Für Änderungen bedarf es Geld, qualifiziertes Personal, Strukturen, Räume (Interview 05, Abs. 11, Abs. 17 & Abs. 101; Interview 04, Abs. 11) • Hoher Workload für Pflegende (insbesondere erhöht durch Pandemie) (Interview 06, Abs. 44 & Abs. 82; Interview 04, Abs. 11) • Zeitressourcen/ Freistellung von Mitarbeitenden für Veränderungen (Interview 04, Abs. 17, Abs. 31 & Abs. 47; Interview 05, Abs. 43, Abs. 45 & Abs. 47) „Also förderlich wirkt auf jeden Fall, dass man bestimmte Koordinationskräfte ... hat, die ... da mitwirken. Also, dass man auch jemanden [hat], der sich mit dem Thema beschäftigen kann und dafür auch die Zeit aufbringen kann, das ist [...] aus meiner Sicht eines der Grundvoraussetzungen, um so was überhaupt etabliert zu kriegen“ (Interview 04, Abs. 21) • Knappe/unzureichende Personalausstattung (qualitativ & quantitativ) (Interview 03, Abs. 43 & Abs. 53; Interview 04, Abs. 29 & Abs. 31; Interview 06, Abs. 44 & Abs. 82) • “[...] gute Rahmenbedingungen, was das Finanzwesen betrifft“ (Interview 03, Abs. 27 & Abs. 29)
<i>Engagement der Führungsebene</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einstellung der Leitung gegenüber dem Gegenstand der Veränderung (Intervention) (Interview 01, Abs. 48) 	<ul style="list-style-type: none"> • „[...] dann gibt es noch [...] Personen [...] die mehr Entscheidungsmacht haben und die letztendlich auch nutzen, um Projekte, oder Projekte und diese Prozesse zu manipulieren oder auch anders zu steuern“ (Interview 03, Abs. 29)

Relevante CFIR Komponenten & Konstrukte	Setting Altenpflege Interviews (n=2)	Setting Krankenhaus Interviews (n=4)
	<ul style="list-style-type: none"> • „Wie“ die Leitung das Thema lebt und ihre Mitarbeitenden informiert (Interview 01, Abs. 42) • Es kommt auf die Akzeptanz der Geschäftsführung (GF) an: „Wie stehen die zu diesem Thema? Und möchte die GF die überhaupt, dass man das so bearbeitet?“ (Interview 01, Abs. 48) • Rückhalt durch die GF und Leitung: „wenn die nicht dahintersteht, dann macht es keinen Sinn“ (Interview 02, Abs. 93) • „Auch wenn die Ideen von unten kommen, muss die Leitung (Geschäftsführung/ Einrichtungs- / Pflegedienstleitung), das auch unterstützen, begleiten und den Freiraum schaffen“ (Interview 02, Abs. 96). • Einbindung von Mitarbeiter:innen durch Führungskräfte sinnvoll (Interview 01, Abs. 72) • wenn die Implementierung irgendeines Konzepts nicht funktioniert hat, „dann ist entweder der Aufbau nicht korrekt gewesen oder es waren Leitungsfehler“ (Interview 02, Abs. 44). 	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt muss von der KH Leitung/ Geschäftsführung/ärztliche Direktion/ Pflegedirektion gewollt sein (Interview 04, Abs. 21, Abs. 29 & Abs. 47; Interview 05, Abs. 49, Abs. 51, Abs. 59, Abs. 71 & Abs. 101) • Unterstützung durch Chefärzte aufgrund der Pandemie nicht gegeben (Interview 04, Abs. 21) • Leitender Arzt kontaktierte bei einer Irritation Rücksprache die Heimaufsicht (Interview 06, Abs. 67) • Formale Leitungskräfte (Pflegedirektion/ärztliche Direktion) behindern Veränderungsprozesse (Interview 03, Abs. 29)
Charakteristiken der Individuen	<ul style="list-style-type: none"> • Andere personenbezogene Attribute • Pflegende haben Assessment-Instrumente in der Ausbildung nicht kennengelernt (Interview 1, Abs. 32) • Viele Mitarbeiter:innen haben bezogen auf die Versorgung von Menschen mit herausforderndem Verhalten das Gefühl der Überforderung und zugleich den Wunsch ihre Arbeit gut machen zu wollen (Interview 01, Abs. 48) • Mitarbeiter:innen müssen über die entsprechenden Voraussetzungen verfügen: „[...] wir haben nicht das Klientel da, an Mitarbeitern, die das umsetzen könnte [...]“ (Interview 01, Abs. 102) • „Veränderungen sind immer - schwer anzunehmen für Mitarbeiter“ (Interview 02, Abs. 68) oder auch „[...] Wir haben Mitarbeiter, [...] die - lange dabei sind, 20, 30 Jahre bei uns im Haus und gerade da, in dem Bereich ist es sehr, sehr schwierig“ (Interview 02, Abs. 68). • „Aber Mitarbeiter sind immer, da muss man ein dickes Brett bohren. Das ist eben so. Außer bei [...] den jungen Mitarbeitern. Also wenn die frisch ausgebildet sind, kommen die ja selber mit vielen Ideen und sind da ganz euphorisch und wollen tun und da werden sie eher wieder von ihren Kollegen ausgebremst [...]“ (Interview 02, Abs. 68) 	<p>Eher positive konnotierte Attribute:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begeisterung (Interview 05, Abs. 71) • Engagement (z.B. aktiv nachfragen) (Interview 06, Abs. 39 & Abs. 48) • Erfahrungen bezogen auf die Gestaltung von Veränderungsprozessen (Interview 05, Abs. 51) • Motivation (Interview 03, Abs. 27; Interview 04, Abs. 29 & Abs. 47) • Strukturiert arbeiten können (Interview 04, Abs. 21) • Interesse an Veränderungen (Interview 03, Abs. 27) • Einbringen neuer Ideen (Interview 03, Abs. 27) <p>Eher negativ konnotierte Attribute:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinteresse (Interview 05, Abs. 63) • Gleichgültigkeit („ist mir egal“) (Interview 06, Abs. 39) • „keine Lust“ aufgrund von Überlastungen (Interview 06, Abs. 44) • „[...] unmotivierte oder uninformierte ... Kolleginnen und Kollegen [...]“ (Interview 05, Abs. 51, siehe auch Abs. 61, Abs. 63) • Stress (Interview 06, Abs. 39) • Bezogen auf Informationen, die über den Newsletter verteilt werden, ist die „[...] Kapazitätsgrenze im Kopf erreicht“ (Interview 06, Abs. 50)

Tabelle 19: Interviews - Ausgewählte vertiefende Ergebnisse zu den Einflussfaktoren

CFIR Konstrukte „Culture“ und „Implementation Climate

Viele der in den Settings „Altenhilfe“ und „Krankenhaus“ identifizierten Einflussfaktoren scheinen für die Gestaltung von Veränderungen allgemein relevant zu sein. Andere scheinen von besonderer Bedeutung für die Gestaltung von Veränderungen im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz zu sein. Diese Einflussfaktoren wurden sowohl im Setting Altenhilfe als auch im Setting Krankenhaus benannt und finden sich insbesondere in den CFIR Konstrukten „Culture“ und „Implementation Climate“ wieder. Diese Einflussfaktoren werden im Folgenden näher dargestellt.

CFIR Konstrukt „Kultur“

Im Setting Altenhilfe wurde u.a. darauf verwiesen, dass ein Umdenken bezogen auf die Versorgung von Menschen mit Demenz stattzufinden habe:

„[...] aber man hat dort trotzdem immer wieder diese Anzeichen, zu sagen, du brauchst den Menschen heute Morgen, (..) du kannst ihm mehr Aufmerksamkeit schenken in einem Gespräch oder eben - einfach nur dabei sein und dann ist der Mensch viel ausgeglichener über den ganzen Tag, als wenn er glänzt (...) weil er gewaschen worden ist. Aber daran wird halt viel gemessen. Und das ist immer noch in den Köpfen der Mitarbeiter und da muss man halt wirklich immer wieder neu hingucken“ (Interview 01, Abs. 48).

Im Setting Krankenhaus wurde u.a. darauf verwiesen, dass in somatischen Krankenhäusern oft ein fehlendes Verständnis für psychische Erkrankungen vorherrschend sei, was sich hemmend auf die Gestaltung von Veränderungen im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus auswirke.

CFIR Konstrukt „Implementierungsklima“

Im Setting Krankenhaus wurde u.a. darauf verwiesen, dass es für eine erfolgreiche Gestaltung von Veränderungen im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wichtig sei, dass die Krankenhausleitung hinter den (geplanten) Veränderungen stehe. Damit korrespondierend wurde berichtet, dass die Krankenhausleitung keine Informationen bezogen auf (a) einen erhöhten Versorgungsaufwand von Patienten mit Demenz und/ oder Delir und (b) bestehende Defizite in der Versorgung von Patienten mit Demenz und/ oder Delir erhalten würden. Aus diesem Grund werde das in der Versorgung bestehende Problem seitens der Krankenhausleitung nicht erkannt. Als Gründe für die fehlende Rückmeldung an die Krankenhausleitung wurden insbesondere folgende benannt:

- *Das Selbstverständnis der Ärzte:*
„Hemmend ist natürlich auch, [...] das Selbstverständnis der Ärzte, dass (...) auf Spitzenmedizin, Heilung ausgerichtet ist und nicht auf Begleitung [...] Und, das Selbstverständnis der Ärzte ist sicherlich etwas, was man sehr schwierig ändern kann [...]“ (Interview 04, Abs. 35).
- *Pflegende würden existierende Probleme in der Versorgung von Patienten mit Demenz der Geschäftsführung aus vielschichtigen Gründen nicht melden:* u.a. *„[...] Da ist es sicherlich so, wenn man so was der Geschäftsführung melden würde, ‚da ist ein wahnsinnig aufwendiger deliranter Patient, dann ist es vielleicht auch ein Stück weit ‚Ich habe da jetzt versagt vielleicht‘. Und so was meldet man ungern weiter [...]“ oder auch, dass aufgrund fehlender systematischer Erfassung (Screenings) von Demenz/ Delir keine Informationen bezogen auf die Häufigkeiten vorliegen, sodass das Ausmaß dieses Problems nicht erkannt werde sowie „[...] Ich glaube, die meisten nehmen es einfach nicht wahr und denken halt, ‚die Älteren haben nun mal leichte kognitive Defizite (...) das ist nicht so schlimm, und die sind ja auch nur ein paar Tage da“ (Interview 04, Abs. 27).*

Relevante Implementierungsstrategien analog der ERIC Kategorien und Sub-Kategorien	Setting Altenpflege		Setting Krankenhaus			
	Interviews		Interviews			
	01	02	03	04	05	06
Evaluative und iterative Strategien anwenden						
Audit und Feedback anbieten	X		X	X		
Gezieltes Überprüfen der Implementierung				X		
Formale Implementierungsvorlage entwickeln	X		X		X	
Bei der Implementierung stufenweise vorgehen	X			X		
Interaktive Hilfe anbieten						
Facilitation			X			
Supervision bereitstellen	X	X		X	X	X
Beziehungen zwischen den Interessengruppen entwickeln						
Champions identifizieren und vorbereiten	X			X	X	
Treffen des Implementierungsteams organisieren				X		
Ein Bündnis bilden	X		X	X	X	
Lokale Konsensgespräche führen				X		
Beiräte und Arbeitsgruppen nutzen	X				X	
Andere Einrichtungen aufsuchen					X	
Führungsausschüsse einbeziehen					X	
Schulung und Aufklärung der Beteiligten						
Kontinuierliches Training durchführen			X	X	X	
Lehrmaterialien entwickeln	X			X		
Lehrmaterialien verteilen	X			X		
Bildungsmaßnahmen durchführen	X	X	X	X	X	X
Mit Bildungseinrichtungen zusammenarbeiten			X			
Training dynamisch machen	X					
Praxisvertreter:innen unterstützen						
Rollen von beruflich Tätigen überarbeiten				X	X	
Supervision bereitstellen	X	X				X
in der Versorgung Tätige erinnern	X					
Neue Versorgungsteams bilden					X	
Verbraucher:innen (Leistungsempfänger:innen) einbinden						
Patient:innen und Familienmitglieder involvieren	X	X				
Massenmedien verwenden			X		X	
Finanzielle Strategien anwenden						
Anreiz-/Zulagenstrukturen ändern				X		
Infrastruktur verändern						
Veränderung anordnen	X			X	X	
Physische Struktur und Ausrüstung ändern						X

Hinweise:

- Es sind nur die Implementierungsstrategien aufgeführt, denen Aussagen von Interviewpartner:innen zugeordnet werden konnten.
- Die Bezeichnung der Implementierungsstrategien wurden Regauer et al. (2021) entnommen.

Tabelle 20: Interviews - Ergebnisse zu den Implementierungsstrategien (analog ERIC)

Ergebnisse zu den Implementierungsstrategien (ERIC)

Von den Interviewpartner:innen wurden verschiedene Implementierungsstrategien benannt, die sich den im ERIC Kompendium benannten Implementierungsstrategien zuordnen ließen. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass 28 von den insgesamt 73 ERIC-Implementierungsstrategien (38, 36%) angesprochen wurden und die Implementierungsstrategie „Bildungsmaßnahmen durchführen“ in allen Interviews angesprochen wurde. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind in Tabelle 20 dargestellt:

4.3 Modul 3 – Stakeholder-Konferenzen

4.3.1 Stakeholder

Es haben unterschiedliche Stakeholder aus dem Krankenhaus, der stationären Langzeitversorgung, sowie Setting unabhängig an den Stakeholder Konferenzen teilgenommen. Es haben zwischen 7 und 17 Stakeholder bei den virtuellen Stakeholder-Konferenzen teilgenommen (Tabelle 21).

Stakeholder (Setting)	Anzahl der TN	Funktionen
Universitätsklinikum	Max 6	Pflegedirektion Pflegeentwicklung/-wissenschaft Referentin/Assistenz der Pflegedirektion
Stationäre Pflegeeinrichtungen	Max 4	Referentin oder Stabstelle für Qualität Einrichtungsleitung bzw. Heimleitung Verantwortliche Fachkraft für Wohn- gemeinschaften für Menschen mit Demenz Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Settingunabhängig	2	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP); ehemalige Pflegedirektion einer Universitätsklinik
Vertreter:innen der Selbstverwaltung	5	DKG, DRK, GKV, bpa

Tabelle 21: Teilnehmer:innengruppen der virtuellen Stakeholder-Konferenzen

4.3.2 Ablauf

Tabelle 22 zeigt die Tagesordnungen der drei Stakeholder-Konferenzen.

Datum	11. Feb. 2022 – Stakeholder-Konferenz Teil 1
Zeit	Inhalt
09:00	Begrüßung und Vorstellungsrunde
09:15	Einleitung <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung des TRANSFER-DEM-Projektes - Vorstellung der Zielsetzungen für den Tag
09:30	Vorstellung & Diskussion des Consolidated Frameworks for Implementation Research (CFIR) (theoretischer Rahmen)
09:40	Expert:innen-Bewertung zur Relevanz der CFIR-Konzepte als Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen
10:00	Diskussion der Ergebnisse der Expert:innen-Bewertung
11:00	Pause
11:20	Vorstellung passender Implementierungsstrategien <ul style="list-style-type: none"> - Passend zu den zuvor identifizierten relevanten Einflussfaktoren - Basis: Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC)
12:20	Expert:innen-Bewertung der Praktikabilität der vorgestellten ERIC-Strategien
12:50	Abschluss und Verabschiedung

Datum	18. Feb. 2022 - - Stakeholder-Konferenz Teil 2
Zeit	Inhalt
09:00	Begrüßung
	Ggf. Einleitung (sofern neue Teilnehmende anwesend sind) <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellungsrunde - Vorstellung des TRANSFER-DEM-Projektes - Vorstellung der Zielsetzungen für den Tag
	Rückblick und Zusammenfassung Tag 1
	Vorstellung der Ergebnisse aus den vorangegangenen Projektphasen
11:00	Pause
	Vorstellung von zwei Fallbeispielen für ein Implementierungs-Szenario
	Expert:innen-Bewertung der Szenarien
12:50	Ausblick und Verabschiedung

Datum	16. März 2022 - - Stakeholder-Konferenz Teil 3
Zeit	Inhalt
12:00	Begrüßung und Vorstellungsrunde
	Ggf. Einleitung <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung des TRANSFER-DEM-Projektes - Vorstellung der Zielsetzungen für den Tag - Rückblick und Zusammenfassung Tag 1 & 2
	Handlungsempfehlungen <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung der anhand der Projektergebnisse entwickelten Handlungsempfehlungen für die nachhaltige Implementierung evidenz-basierter Konzepte für die Demenzversorgung
13:30	Pause
	Diskussion der Handlungsempfehlungen mit den Expert:innen
15:00	Abschluss

Tabelle 22: Tagesordnungen der virtuellen Stakeholder-Konferenzen

4.3.3 Ergebnisse der virtuellen Stakeholder-Konferenz (Teil 1)

Im Rahmen der ersten Stakeholder-Konferenz wurde mit den Stakeholdern die Relevanz der in den vorherigen Projektschritten identifizierten organisationsbezogenen (CFIR Dimension: Inner Setting) und prozessbezogenen (CFIR Dimension: Process) Einflussfaktoren diskutiert. Mit Blick auf die organisationsbezogenen Einflussfaktoren bewerteten die Stakeholder via Mentimeter (virtuelles Abstimmungstool) das Engagement der Leitung, strukturelle Charakteristika und die einrichtungsinternen Netzwerke und Kommunikationsstrukturen als am relevantesten (Abbildung 8). Als relevanteste prozessbezogene Einflussfaktoren bewerteten sie die Benennung von Personen, die für die Implementierung verantwortlich sind, die sorgfältige Planung der Implementierung und die frühzeitige Einbindung aller Personen, die für die Implementierung und die Umsetzung des neuen Versorgungskonzeptes relevant sind (Abbildung 9).



Abbildung 8: Relevanz von organisationsbezogenen Einflussfaktoren I- CFIR Dimension: Inner Setting

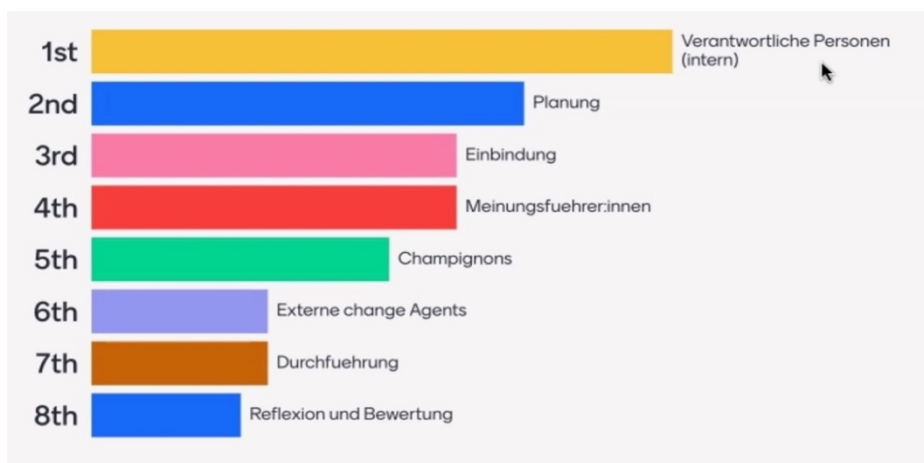


Abbildung 9: Relevanz von prozessbezogenen Einflussfaktoren II- CFIR Dimension: Process

Für die sechs von den Stakeholdern als am relevantesten bewerteten Einflussfaktoren (je CFIR Dimension) wurden mithilfe des CFIR – ERIC *Matching Tools* [94] passgenaue Strategien aus den im ERIC aufgeführten Implementierungsstrategien ermittelt. Die Ergebnisse aus dem *Matching Tool* sind in der Tabelle 23 und der Tabelle 24 dargestellt. Die Tabelle 23 zeigt auch, dass die Implementierungsstrategien aus dem *Matching Tool* nur bedingt die auf die CFIR Dimension Inner Setting bezogenen Einflussfaktoren adressieren.

ERIC Strategies	Cumulative Percent	Structural Characteristics	Networks & Communications	Tension for Change	Compatibility	Leadership Engagement	Available Resources
Identify and prepare champions	158%	27%	17%	48%	21%	41%	4%
Conduct local consensus discussions	148%	14%	22%	43%	41%	27%	0%
Assess for readiness and identify barriers and facilitators	145%	36%	13%	35%	34%	14%	13%
Build a coalition	131%	27%	39%	9%	21%	18%	17%
Capture and share local knowledge	106%	23%	26%	13%	14%	9%	22%
Conduct local needs assessment	105%	18%	9%	43%	21%	14%	0%
Involve executive boards	102%	14%	9%	13%	3%	45%	17%
Promote network weaving	101%	23%	57%	4%	0%	9%	9%
Access new funding	100%	5%	4%	0%	3%	9%	78%

Tabelle 23: Matching Einflussfaktoren zu passgenauen Implementierungsstrategien I - CFIR Dimension: Inner Setting

ERIC Strategies	Cumulative Percent	Planning	Opinion Leaders	Formally appointed internal implementation leaders	Champions	External Change Agents
Identify and prepare champions	248%	31%	64%	64%	67%	22%
Inform local opinion leaders	152%	0%	57%	29%	44%	22%
Develop a formal implementation blueprint	142%	73%	0%	46%	11%	11%
Identify early adopters	128%	12%	43%	25%	41%	7%
Build a coalition	121%	4%	32%	11%	30%	44%
Conduct local consensus discussions	114%	23%	32%	14%	26%	19%
Assess for readiness and identify barriers and facilitators	111%	42%	14%	29%	15%	11%
Recruit, designate and train for leadership	109%	12%	21%	39%	33%	4%

Tabelle 24: Matching Einflussfaktoren zu passgenauen Implementierungsstrategien II - CFIR Dimension: Process

Die von dem *Matching Tool* vorgeschlagenen Implementierungsstrategien wurden mit den Stakeholdern diskutiert und bezogen auf ihre Praktikabilität in den Versorgungssettings mit Hilfe von Mentimeter priorisiert. Bei den Implementierungsstrategien, die die Einflussfaktoren der CFIR Dimension Inner Setting adressierten, wurden als praktikabelste Strategien das Einbinden von Entscheidungsträger, das Feststellen von Bedarfen und Bereitschaft zur Umsetzung sowie die prospektive Analyse förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Analyse bewertet (Abbildung 10). Bezogen auf die Implementierungsstrategien, die Einflussfaktoren der CFIR Dimension Process adressieren können, wurden das Erstellen eines Implementierungsplans, die Identifizierung sog. Early Adopters und die Identifizierung und Einbindung lokaler Meinungsführer:innen als praktikabelste Strategien bewertet (Abbildung 11).

Was ist praktikabel? (bezogen auf Inner Setting)

Mentimeter

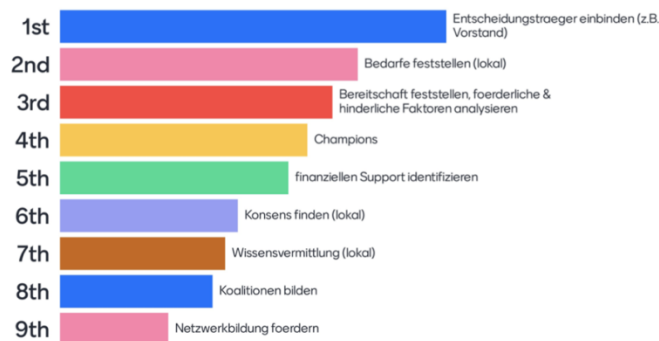


Abbildung 10: Praktikabilität passgenauer Implementierungsstrategien I - zu organisationsbezogenen Einflussfaktoren (CFIR Dimension: Inner Setting)

Was ist praktikabel? (Teil 2 - bezogen auf Prozesse)

Mentimeter

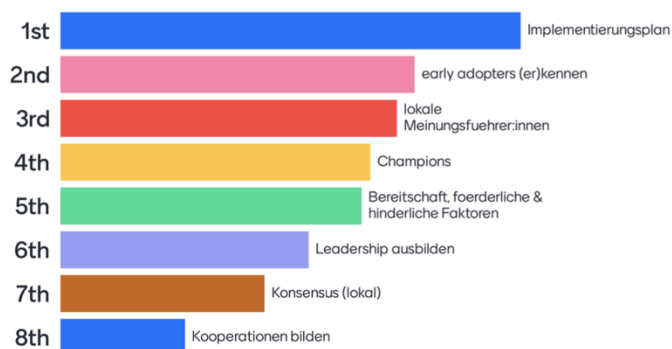


Abbildung 11: Praktikabilität passgenauer Implementierungsstrategien II - zu prozessbezogenen Einflussfaktoren (CFIR dimension: Process)

4.3.4 Ergebnisse der virtuellen Stakeholder-Konferenz (Teil 2)

Die in der ersten Stakeholder-Konferenz identifizierten relevantesten organisations- und prozessbezogenen Einflussfaktoren wurden in zwei Gruppen bezogen auf zwei der Referenzinterventionen (DICE & TCM) und das jeweilige Setting (stationäre Langzeitpflege & akutstationäres Setting) diskutiert. Einer Gruppe wurden Stakeholder aus dem Bereich der stationären Langzeitversorgung zugeteilt, die die Einflussfaktoren bezogen auf die DICE Intervention diskutierten. Der zweiten Gruppe wurden Stakeholder aus dem Setting Krankenhaus zugeteilt, die die Einflussfaktoren bezogen auf das TCM diskutierten. Zu bedenken ist, dass die Zusammensetzung der beiden Gruppen und die im Rahmen der Kleingruppenarbeit entstandene Dynamik die Debatte um die Einflussfaktoren mit beeinflusst hat. Insofern ist auch nachvollziehbar warum ggf. bestimmte Einflussfaktoren weniger intensiv (oder gar nicht) diskutiert wurden (Limitation).

Die zentralen Ergebnisse dieser Diskussion sind in Tabelle 25 dargestellt. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass ähnliche Einflussfaktoren für die Implementierung und Umsetzung der Interventionen DICE und TCM von den Stakeholdern beschrieben wurden. Zudem konnten die zuvor im Scoping Reviews und der Fokusgruppeninterviews identifizierten Einflussfaktoren bestätigt werden.

Relevante Domänen und Konstrukte des CFIR	(A) Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitversorgung	(C) post-akute Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz
Äußeres Setting		
Bedürfnisse und Ressourcen von Patient:innen/Bewohner:innen	<ul style="list-style-type: none"> Angehörige haben einen sehr wichtigen Anteil und sind eine wichtige Ressource (viele Informationen, Unterstützung und Erfahrungen) Erfassung der Ansicht/Einstellung der Angehörigen Ursachenerforschung (wenn z.B. Bedürfnisse nicht befriedigt werden, kann herausforderndes Verhalten entstehen) 	
Externe Vernetzung (Weltoffenheit)	<ul style="list-style-type: none"> es braucht externe Vernetzung Ärzt:innen und Apotheker:innen als Vernetzungspartner:innen Vernetzung und Kooperation mit Akutpflege, Notfallaufnahme (Vorstellung dort, damit direkt bekannt ist, "wo kommen die her/warum verhalten die sich so") Sensibilisierung schaffen bei externen Partnern, um langfristiges Lernen zu ermöglichen Kommunikation zur Überleitungsgestaltung Kontinuität in der Versorgung gewährleisten auch innerhalb des Trägers Kontinuität ermöglichen 	<ul style="list-style-type: none"> externe Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern Nutzen unterschiedlicher Schwerpunkte/Fachkliniken der Kliniken
Externe Richtlinien und Anreize	<ul style="list-style-type: none"> "es wird gemacht, was vorgeschrieben wird" es werden in erster Linie verpflichtende Themen/Standards/Richtlinien in der Praxis umgesetzt Berücksichtigung von Umgang mit herausforderndem Verhalten in der MDK Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> Es fehlen externe Richtlinien zum E-Management Es werden Finanzierung/Abrechnungsmöglichkeit der Advanced Nursing Practitioners (APN) für ihre außersektorale Begleitung nach der Entlassung der Patient:in benötigt Bezogen auf das Demenzsensible Krankenhaus existieren keine Verpflichtungen/Zertifizierungen für die Krankenhäuser
Inneres Setting		
Strukturelle Charakteristika	<ul style="list-style-type: none"> Größe der Einrichtung, Fluktuation, Fachkraftanteil, Teamgröße Einrichtungen haben unterschiedliche Voraussetzungen für die Analyse des Verhaltens (z.B. Schulungen) Unterschiedliche Qualifikationsniveaus 	<ul style="list-style-type: none"> Priorität hat die Versorgungsstruktur einer Einrichtung Präsenz des Themas Demenz/Delir abhängig von dem Fachbereich
Netzwerke und Kommunikation		<ul style="list-style-type: none"> Ist das Angebot des Entlassungsmanagement den Mitarbeitenden der Stationen bekannt Was sind die Aufgaben des Entlassungsmanagements
Verfügbare Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> Zentraler Einflussfaktor zeitliche & personelle Ressourcen sind entscheidend 	
Engagement der Führungsebene	<ul style="list-style-type: none"> Zusammen mit relativer Priorität & Druck von außen ein wichtiger Einflussfaktor Es braucht Engagement der Führungsebene und eine hohe Priorität von Seiten der Einrichtung 	

Implementierungsklima	
Ziele und Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Bekanntheitsgrad des Entlassungsmanagements • Transparente Ziele und Vorgehensweisen des Entlassungsmanagements • Evaluation des Entlassungsmanagement und Feedback • Ergebnisse der Evaluation werden den Mitarbeitern zurückgespiegelt • Best Practice Beispiele
Relative Priorität	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedlung des Entlassungsmanagement innerhalb eines Unternehmens (hohe Position im Organigramm)
Bereitschaft für die Implementierung	
Zugang zu Wissen und Informationen	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung der Pflegenden durch Schulungen • Screening sensibilisiert Pflegende gegenüber Menschen mit Demenz • Wissen der Mitarbeitenden über die Intervention existiert und Ansprechpartner:innen sind bekannt
Prozesse	
Einbindung	
Meinungsführer:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Meinungsführer:innen können blockieren und fördern
Offiziell ernannte, intern Verantwortliche für die Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der Person entscheidend, da diese eine Richtung vorgibt und damit es nicht versandet • benötigte Kompetenzen: gute Koordinationsfähigkeit, Kommunikation, Organisations-/Planungskompetenz • In Verbindung mit den Punkten "Planung" und "Champions" • Diese bestimmte Person beeinflusst auch maßgeblich die Planung
Champions	<ul style="list-style-type: none"> • Benötigte Kompetenzen und Eigenschaften: Fachkompetenz (nicht unbedingt das Wichtigste), Interesse und Motivation etwas verändern/verbessern zu wollen • Person sollte das Thema gut weiter transportieren können und es gerne machen • Gute Planung ist eher im Hintergrund, Im Vordergrund ist eher eine Person, die begeistern kann
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion notwendig • Mitarbeitern positives Feedback geben • an der Sache dranbleiben • Führungskräfte, die führt
Reflexion & Evaluierung	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion und Bewertung an die Akteure, Abfrage der Patienten und Angehörige und Vorstellung der Ergebnisse

Tabelle 25: Ergebnisse zur Diskussion der Einflussfaktoren

Anschließend wurde mit den Stakeholdern via Mentimeter ein Brainstorming realisiert, d.h. die Teilnehmer:innen waren aufgefordert Aspekte zu nennen, die sich ihrer Einschätzung nach zukünftig negativ oder positiv auf die Implementierung der Interventionen DICE und TCM auswirken könnten (Abbildung 12, Abbildung 13, Abbildung 14, Abbildung 15).

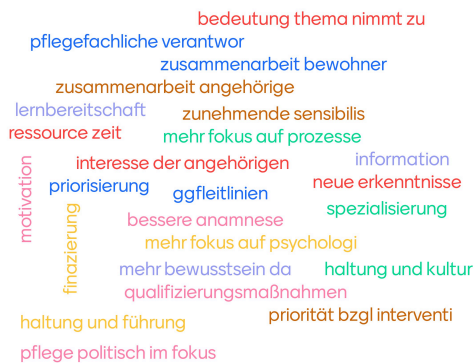


Abbildung 12: Positives Szenario für die Implementierung von DICE



Abbildung 13: Negatives Szenario für die Implementierung von DICE



Abbildung 14: Positives Szenario für die Implementierung des TCM



Abbildung 15: Negatives Szenario für die Implementierung des TCM

4.3.5 Ergebnisse Stakeholder-Konferenz (Teil 3)

Im dritten Teil der virtuellen Stakeholder-Konferenzen wurden die anhand der aus allen Projektschritten generierten Erkenntnisse ausgearbeitete Ideen für das Rahmenmodell und die Handlungsempfehlungen zur Implementierung von evidenz-basierten Konzepten und Maßnahmen in der Demenzversorgung den Stakeholdern vorgestellt. Es wurden folgende Ergebnisse zusammenfassend erläutert:

- ↳ Mithilfe der **Literaturrecherche** identifizierten wir 5 CFIR Einflussfaktoren die settingunabhängig von Relevanz sind: die Anpassungsfähigkeit der Intervention an den gegebenen Kontext, strukturelle Charakteristiken der Organisation (beispielsweise Bereitschaft und Fähigkeiten zur Implementierung einer multi-komponenten Intervention), verfügbare Ressourcen, Wissen über die Interventionen und Überzeugung, das die Intervention passend für die Bewältigung erlebter Versorgungsherausforderungen des Alltags geeignet ist sowie die Unterstützung durch Expert:innen (Champions).

- ↪ Mithilfe des **Online Surveys** in den beiden Settings wurde insbesondere deutlich, dass in den seltensten Fällen die vorab definierte multi-komponenten Intervention (DICE, TCM bzw. demenzsensitives Delirmanagement) umfänglich implementiert wurde, sondern in erster Linie ausgewählte Komponenten. Des Weiteren wurde das translationale Potential der vorab definierten Interventionen (die mit einer Ausnahme auf Studien die im US-amerikanischen Setting entwickelt und evaluiert wurden) deutlich, denn in der Bestätigung ausgewählter Komponenten wurde auch deren Relevanz und Umsetzungspotential im bundesdeutschen Kontext nachvollziehbar dargelegt.
- ↪ Mithilfe der **Interviews** wurde ein differenziertes, settingspezifisches Bild hinsichtlich relevanter **Einflussfaktoren** möglich; gleichwohl die Analyse zeigte, dass diverse Einflussfaktoren als settingspezifisch deklariert werden können. Als wichtigste Einflussfaktoren konnten folgende identifiziert werden. Einfluss durch: (a) externe Anreize und Richtlinien, (b) bestehende Netzwerke und Kommunikationsstrukturen innerhalb der Organisation, (c) Vorhandensein von Ressourcen, (d) das Engagement des leitenden Personals (bis hin zur Geschäftsführung) sowie (e) persönliche Attribute wie Motivation und Einstellung zur Intervention der Akteure aller Hierarchieebenen und professionellen Disziplinen.
- ↪ Mithilfe der drei **Stakeholder-Konferenzen** konnten einerseits die Ergebnisse der Literatur-Recherche und der Interviews bestätigt werden, zugleich ergaben sich etwas andere Gewichtungen sowohl der Einflussfaktoren als auch hinsichtlich praktikabler Implementierungsstrategien.
 - In der Phase der Priorisierung mit welcher **Implementierungsstrategie auf welchen Einflussfaktor** eingewirkt werden kann ergab sich folgendes Bild: mit der Implementierungsstrategie ...
 - ‚Netzwerkbildung fördern, fördern und promoten‘ können identifizierte (bestehende) Defizite in der Kommunikationsstruktur innerhalb einer Organisation überwunden werden.
 - ‚Finanzierung mithilfe interner / externer Mittel‘ kann auf identifizierte (bestehende) Defizite hinsichtlich Ressourcen reagiert werden. Demzufolge wird anerkannt, dass Implementierungsprojekte nicht ‚neben dem Alltag‘ erfolgreich realisiert werden können, sondern auch finanzieller Ausstattung bedürfen.
 - ‚Expert:innen‘ (Champions) können vor allem interne (evtl. gegen die Implementierung der Intervention argumentierende Personengruppen) aktiv in den Implementierungsprozess eingebunden werden. Dies bietet vor allem die Möglichkeit, von Beginn an ‚kritische Stimmen‘ zu hören und gemeinsam Antworten zu finden. Es kann u.a. angenommen werden, dass es vor allem um Fragen der Adaptation der Intervention (z.B. wie kann Passgenauigkeit an den Kontext erreicht werden) sowie Fragen der Akzeptanz (z.B. ist die Intervention geeignet Alltags Herausforderungen zu bearbeiten) geht.
 - ‚Implementierungsplan‘ wird vor allem dem Voraus-Planen und Steuern des Implementierungsprozesses eine wichtige Rolle zugewiesen.
 - Hinsichtlich der Priorisierung der **Praktikabilität** von Implementierungsstrategien bezogen auf die Organisation wurden folgende genannt: (1) die Einbindung von Entscheidungsträgern, (2) identifizieren von Versorgungs-/Implementierungsbedarfen sowie (3) das analysieren der Bereitschaft eine neue multi-komponenten Intervention zu implementieren sowie mögliche förderliche und hinderliche Faktoren (frühzeitig) zu identifizieren.
 - Hinsichtlich der Priorisierung der **Praktikabilität** von Implementierungsstrategien die mit Implementierungsprozessen korrespondieren wurden folgende betont: (1) Bildung von Implementierungsteams, Mitarbeiter:innen identifizieren die sich frühzeitig als

Unterstützer:innen in der Umsetzung einer Intervention zeigen, (2) lokale Implementierungsteams (die bezogen auf die multi-komponenten Intervention) mit dem Implementierungsteam der gesamten Organisation eng zusammen arbeiten und (3) die aktive Einbindung von Expert:innen (bezogen auf die Expertise die mit der Intervention zusammenhängt).

In zwei Gruppen wurden diese mit Blick 1) auf das DICE (stationäre Pflege) und 2) auf das TCM & das Delirmanagement (Krankenhaus) diskutiert. Die Diskussionsinhalte wurden im Rahmen für die weitere Entwicklung des Rahmenmodells und der Handlungsempfehlungen genutzt.

5 Rahmenmodell und Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage der umfangreichen Ergebnisse (Literaturrecherche, Online-Survey, Interviews und Stakeholder-Konferenzen) kommen wir zu einer **zentralen Erkenntnis**:

Eine erfolgreiche Implementierung kann mit der Analyse von förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren beginnen, um erst in einem zweiten Schritt sowohl auf die Herausforderungen der multi-Komponenten Intervention (hier DICE, TCM für Menschen mit Demenz und demenzsensibles Delirmanagement) einzugehen als auch konkret auf die identifizierten Einflussfaktoren passgenaue Implementierungsstrategien zu definieren.

Es gilt zudem das Prinzip ‚one model does not fit all‘, d.h. eine ‚tailored implementation strategy‘ ist in jedem Falle notwendig, sowohl um die Komplexität der zu implementierenden Intervention als auch die Implementierungsstrategien auf den Kontext zu adjustieren. Grundprinzipien der Evidenzbasierung der Intervention werden dadurch nicht berührt, denn im Vordergrund steht die Adaptation der Intervention auf den Kontext, nicht das infrage stellen der (nachgewiesenen) Wirksamkeit der Interventionselemente.

Zugleich konnten wir zeigen, dass ein settingunabhängiger Implementierungsblick möglich (und sinnvoll) ist und erlaubt, allgemeine Prinzipien für ein ‚large-Scale-Implementierungsvorhaben‘ zu formulieren.

Demnach entwickelten wir das folgende (setting- und interventionsunabhängige) **Rahmenmodell** zur erfolgreichen Implementierung von multi-Komponenten Interventionen in der Demenzversorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

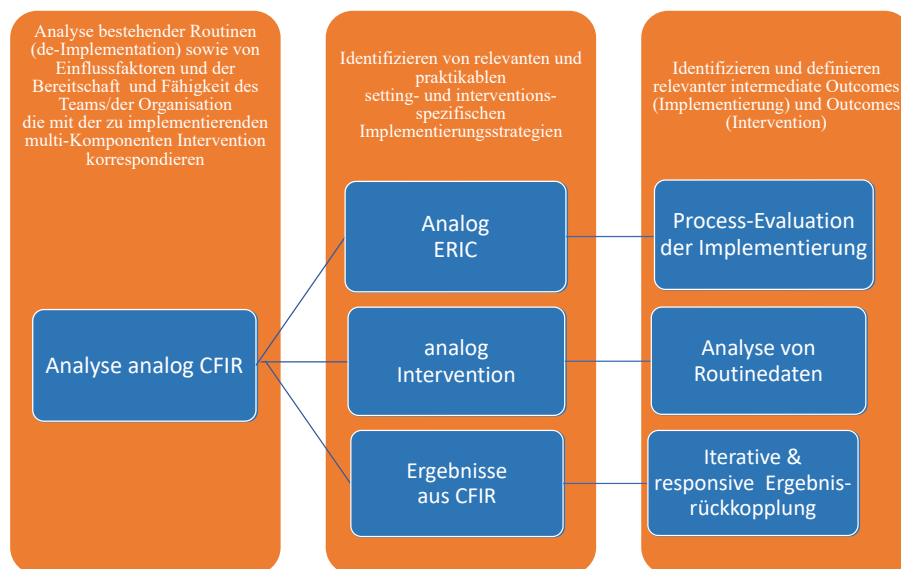


Abbildung 16: Rahmenmodell zur Implementierung von multi-Komponenten Interventionen

Vor dem Hintergrund dieses Rahmenmodells können diese **Handlungsempfehlungen** für die Umsetzung des Rahmenmodells in der Demenzversorgung und hinsichtlich der Interventionen DICE, TCM fuer Menschen mit einer Demenz und deren Angehörigen sowie Delirmanagement sinnvoll sein.

Empfehlung 1	Theoretische Begründung	Spezifischer Fokus
<p><i>Analyse bestehender Routinen und identifizieren von implementierten Interventions-komponenten die zu (ggf.) de-implementieren wären</i></p>	<p>Die Rücknahme ehemals als angemessen betrachteter Interventionen bzw. Interventions-komponenten ist von entscheidender Bedeutung für die Vermeidung von negativen Versorgungs-ergebnissen. Vor diesem Hintergrund bedarf der kritischen Analyse bestehender Routinen und deren Wirkung auf die Versorgungsqualität.</p> <p>Dies bietet in Vorbereitung auf den Start der Implementierung einer neuen Intervention zudem die Option, die neue Intervention im Lichte bestehender Routine, ihrer Evidenz und Passgenauigkeit für die Zielgruppe zu analysieren sowie Anschlussfähigkeit an bestehende Alltagsroutinen zu identifizieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Reflektieren der Evidenz schon implementierter Interventionen mit Blick auf neue Studien-ergebnisse für das gleiche Versorgungsproblem und die gleiche Zielgruppe ↪ Reflektieren der Komplexität implementierter Interventionen und Analyse von Interventionen mit gleicher Effektivität jedoch geringerer Komplexität und insofern ggf. einfacher zu implementieren sind und dadurch als praktikabler erlebt werden. ↪ Reflektieren welche falschen Annahmen sowohl seitens des professionellen Teams als auch der Leistungsempfänger:innen hinsichtlich der Aufgabe (Veränderung) von schon implementierten Interventionen bestehen und verstehen, inwiefern diese die Einstellung und Akzeptanz neuer Interventionen beeinflussen. ↪ Reflektieren von Entscheidungsprozessen und -kriterien, die zur Implementierung der neuen Intervention führten. ↪ Analysieren möglicher, jedoch nicht-intendierter negativer Konsequenzen bestehender Routinen und klären inwiefern die Implementierung einer anderen Intervention dem vorbeugen kann. ↪ Klären, mit welchen Methoden und Instrumente bestehende Routine analysiert werden können sowie Erkenntnisse für die Implementierung einer anderen Intervention gewinnen.

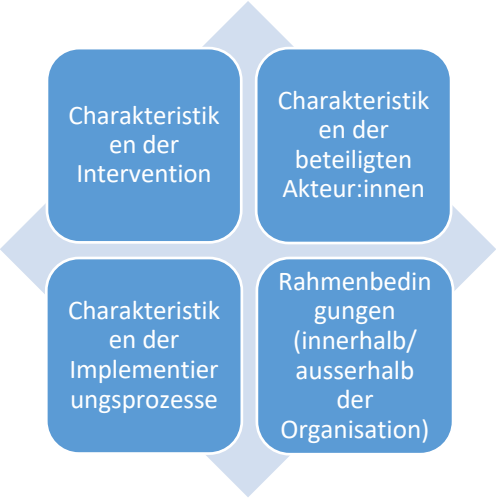
<p><i>Analyse von Einflussfaktoren, der Bereitschaft und Fähigkeit des Teams/der Organisation die mit der zu implementierenden multi-Komponenten Intervention korrespondieren (analog CFIR)</i></p>	 <p>(analog CFIR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Anpassungsfähigkeit der Intervention an den Kontext ↪ Wissen über die Intervention sowie Grad der Überzeugung, dass die Intervention Alltagsherausforderungen adressiert und zu einer Optimierung der Versorgung beiträgt. ↪ Strukturelle Charakteristiken der Organisation (z.B. Bereitschaft und Fähigkeit die Intervention zu implementieren) ↪ verfügbare Ressourcen (z.B. Implementierungsteams auf verschiedenen Ebenen der Organisation) ↪ Netzwerke und Kommunikationsstrategien (innerhalb der Organisation bzw. bezogen auf die für die Intervention relevanten Organisationseinheiten) ↪ Engagement des Leitungsteam (alle Hierarchieebenen und professionellen Disziplinen) ↪ Engagement-Strategien mit denen die für die Implementierung relevanten Akteure erfolgreich eingebunden werden
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabelle 26: Handlungsempfehlung 1


Empfehlung 2	Theoretische Begründung	Spezifischer Fokus
<p><i>Identifizieren von relevanten und praktikablen settingspezifischen Implementierungsstrategien</i></p> <p><i>Identifizieren von relevanten und praktikablen interventionsspezifischen Implementierungsstrategien</i></p> <p><i>(analog ERIC)</i></p>	 <p>(Analog ERIC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Insbesondere Strategien bei den es um den Einsatz von evaluativ-iterativ-responsive Strategien geht, wie regelmäßiges Feedback und Audits, Evaluation von Bereitschaft bzw. deren Veränderung im Verlauf der Implementierung sowie auftreten (unerwarteter / erwarteter) Barrieren und deren Wirkung auf den Implementierungsprozess ↪ Insbesondere Strategien bei denen es um die Förderung und Stabilisierung von Beziehungen zwischen den verschiedenen Interessensgruppen geht, wie beispielsweise der Einsatz von Expert:innen (Expertise bezüglich der Intervention) und Implementierungsexpert:innen ↪ Insbesondere Strategien der Wissensvermittlung, vor allem Optionen des Trainings embedded in den Alltag der Akteur:innen ↪ Insbesondere Strategien die die Adaptation der multi-Komponenten Intervention an den gegebenen Kontext adressieren ↪ Insbesondere Strategien die dazu beitragen, die Implementierung an den Kontext iterativ und responsiv (unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren) anzupassen

Tabelle 27: Handlungsempfehlung 2

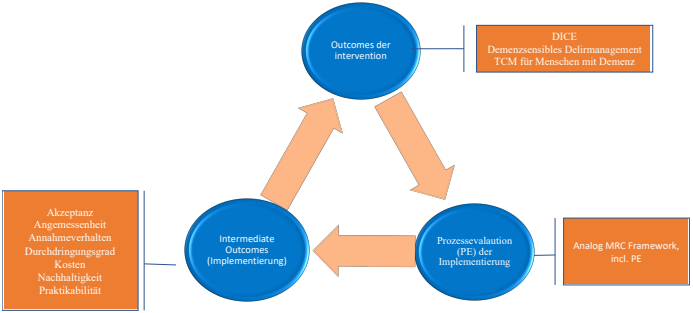
Empfehlung 3	Theoretische Begründung	Spezifischer Fokus
<p><i>Identifizieren relevanter intermediate Outcomes (Implementierung) und relevanter Outcomes (Intervention)</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> ↪ <i>Outcomes der Intervention:</i> Analyse vorliegender Routinedaten die mit zu erzielenden Outcomes der Intervention korrespondieren sowie Klärung welche zusätzlichen mit der Intervention korrespondierenden (Sekundären) Outcomes zu erheben bzw. von Relevanz fuer die Bewertung einer erfolgreichen Implementierung sind. ↪ <i>Intermediate Outcomes:</i> Entscheidung, welche der genannten Outcomes von Relevanz für die Implementierung einer ausgewählten Intervention sind sowie Auswahl geeigneter Instrumente zur iterativ-responsiven Evaluation des Implementierungsgeschehens und um Aussagen über den Zielerreichungsgrad treffen können. ↪ <i>Prozessevaluation:</i> mit Blick auf die Intervention (vor allem Fidelity und Feasibility) und mit Blick auf die Implementierung vor allem förderliche und hinderlicher Einflussfaktoren sowie der Analyse des Zusammenhangs zwischen intermediate Outcomes und Outcomes die mit der Intervention korrespondieren.

Tabelle 28: Handlungsempfehlung 3

Literaturverzeichnis

1. *Gemeinsam für Menschen mit Demenz - Die Handlungsfelder*. 2014, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit.
2. *Nationale Demenzstrategie*. 2020, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit.
3. Curran, G.M., et al., *Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact*. *Medical care*, 2012. **50**(3): p. 217-226.
4. Vernooij-Dassen, M. and E. Moniz-Cook, *Raising the standard of applied dementia care research: addressing the implementation error*. *Aging & Mental Health*, 2014. **18**(7): p. 809-814.
5. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., *Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. 2018.
6. Statistisches Bundesamt, et al. *Entwicklung des Anteils der über 65-Jährigen in Deutschland in den Jahren von 1960 bis 2060*. 2018 [cited 2020 30.11.2020]; Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273409/umfrage/entwicklung-des-anteils-der-bevoelkerung-ueber-65-jahren-in-deutschland/>.
7. Boekholt, M., et al., *Gesundheitsversorgung der Zukunft – Erkenntnisse und Strategie der (Demenz)Versorgungsforschung*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2020. **53**(8): p. 735-741.
8. Greenhalgh, T., et al., *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*. *Milbank Q*, 2004. **82**(4): p. 581-629.
9. Thyrian, J.R., et al., *Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene*. *Der Nervenarzt*, 2020.
10. Kitson, A.L., *The need for systems change: Reflections on knowledge translation and organizational change*. *J Adv Nurs*, 2009. **65**(1): p. 217-228.
11. van Achterberg, T., L. Schoonhoven, and R. Grol, *Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation*. *J Nurs Scholarsh*, 2008. **40**(4): p. 302-10.
12. Campbell, M., et al., *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health*. *BMJ*, 2000. **321**(7262): p. 694-6.
13. Craig, P., et al., *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. *BMJ*, 2008. **337**: p. a1655.
14. Moore, G.F., et al., *From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation*. *Evaluation*, 2019. **25**(1): p. 23-45.
15. Brownson, R.C., G.A. Colditz, and E. Proctor, *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice*. 2012, New York: Oxford University Press Inc.
16. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. *Implement Sci*, 2009. **4**: p. 50.
17. Wensing, M., R. Grol, and J. Grimshaw, *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*. 3 ed. 2020: John Wiley & Sons Ltd.
18. Frommelt, M., M. Roes, and R. Schmidt, *Implementierung wissenschaftlicher Qualitätsniveaus 2010*, Heidelberg: medhochzwei Verlag.
19. Gutt, A.-K., et al., *Systematische Übersetzung und Cross-Validierung definierter Implementierungsergebnisse der Gesundheitsversorgung*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2018. **135-136**: p. 72-80.
20. Hoben, M., M. Bär, and H.W. Wahl, *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*. 2015, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
21. Hoben, M., et al., *Scoping review of nursing-related dissemination and implementation research in German-speaking countries: Mapping the field / Scoping Review zum Stand der*

- pflegebezogenen Disseminations- und Implementierungsforschung in deutschsprachigen Ländern: eine Bestandsaufnahme.* International Journal of Health Professions, 2014. **1**(1): p. 34.
22. Buscher, I., M. Roes, and M. Hoben, *Gegenstandsbereiche der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Disseminations- und Implementierungsprozessen in Deutschland: Konzeptionelle Formung der Sektion Dissemination und Implementierung (SDI) in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) in Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*, M. Hoben, M. Bär, and H.W. Wahl, Editors. 2015, Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart. p. 387-397.
 23. Holle, D., et al., *Process evaluation of the implementation of dementia-specific case conferences in nursing homes (FallDem): study protocol for a randomized controlled trial.* Trials, 2014. **15**: p. 485.
 24. Quasdorf, T. and S. Bartholomeyczik, *Influence of leadership on implementing Dementia Care Mapping: A multiple case study.* Dementia, 2019. **18**(6): p. 1976-1993.
 25. Quasdorf, T., et al., *Einflussfaktoren in Disseminations- und Implementierungsprozessen [Influencing factors in dissemination and implementation processes].* Pflege & Gesellschaft, 2013. **18**(3): p. 235-252.
 26. Quasdorf, T. and C. Riesner, *Mixed Methods in der Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie: Ein Überblick zu Chancen und Herausforderungen*, in *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*, M. Hoben, M. Bär, and H.-W. Wahl, Editors. 2015, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart. p. 242-261.
 27. Quasdorf, T., et al., *Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben-QD II trial.* J Clin Nurs, 2017. **26**(5-6): p. 751-765.
 28. Roes, M., I. Buscher, and C. Riesner, *Implementierungs- und Disseminationswissenschaft - Konzeptionelle Analyse von Gaps zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis.* Pflege & Gesellschaft, 2013. **18**(3): p. 213-235.
 29. Roes, M., A. de Jong, and I. Wulff, *Implementierungs- und Disseminationsforschung - ein notwendiger Diskurs.* Pflege & Gesellschaft, 2013. **18**(3): p. 197-213.
 30. *The DICE approach.* 2020 26.11.2020]; Available from: <https://diceapproach.com/>.
 31. Kales, H.C., L.N. Gitlin, and C.G. Lyketsos, *Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel.* J Am Geriatr Soc, 2014. **62**(4): p. 762-9.
 32. Kales, H.C., L.N. Gitlin, and C.G. Lyketsos, *Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia.* BMJ : British Medical Journal, 2015. **350**: p. h369.
 33. *The DICE approach.* 2020 26.11.2020]; Available from: <https://diceapproach.com/>.
 34. Resnick, B. and J. Mogle, *IMPLEMENTING EIT-4-BPSD AND MEASURING THE USE OF PERSON CENTERED APPROACHES TO BPSD IN NURSING HOME RESIDENTS.* Innovation in Aging, 2018. **2**(Suppl 1): p. 636-636.
 35. Kales, H.C., et al., *Mortality risk in patients with dementia treated with antipsychotics versus other psychiatric medications.* Am J Psychiatry, 2007. **164**(10): p. 1568-76; quiz 1623.
 36. Resnick, B., et al., *Testing the evidence integration triangle for implementation of interventions to manage behavioral and psychological symptoms associated with dementia: Protocol for a pragmatic trial.* Res Nurs Health, 2018. **41**(3): p. 228-242.
 37. Bartholomeyczik, S., et al., *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe* B.f. Gesundheit, Editor. 2006: Witten.
 38. Kolanowski, A.M., K.C. Richards, and S.C. Sullivan, *Derivation of an intervention for need-driven behavior. Activity preferences of persons with dementia.* J Gerontol Nurs, 2002. **28**(10): p. 12-5.
 39. Whall, A.L. and A.M. Kolanowski, *Special Section—Behavioral symptoms of dementia: their measurement and intervention. Editorial: The need-driven dementia-compromised behavior*

- model—a framework for understanding the behavioral symptoms of dementia. *Aging & Mental Health*, 2004. **8**(2): p. 106-108.
40. Kolanowski, A.M., *An overview of the need-driven dementia-compromised behavior model.* *J Gerontol Nurs*, 1999. **25**(9): p. 7-9.
 41. Hardenacke, D., S. Bartholomeyczik, and M. Halek, *Einführung und Evaluation der „Verstehenden Diagnostik“ am Beispiel des Leuchtturmprojektes InDemA.* *Pflege & Gesellschaft*, 2011. **16**(2): p. 101-15.
 42. Halek, M. and D. Holle, *Innovative dementia-oriented assessment system–English version (IdA-E)–User guide.* DZNE, Witten, 2017.
 43. Halek, M., D. Holle, and S. Bartholomeyczik, *Development and evaluation of the content validity, practicability and feasibility of the Innovative dementia-oriented Assessment system for challenging behaviour in residents with dementia.* *BMC health services research*, 2017. **17**(1): p. 1-26.
 44. Halek, M., et al., *Dealing with the behaviour of residents with dementia that challenges: A stepped-wedge cluster randomized trial of two types of dementia-specific case conferences in nursing homes (FallDem).* *Int J Nurs Stud*, 2020. **104**: p. 103435.
 45. Reuther, S., et al., *Effect evaluation of two types of dementia-specific case conferences in German nursing homes (FallDem) using a stepped-wedge design: study protocol for a randomized controlled trial.* *Trials*, 2014. **15**(1): p. 1-12.
 46. Holle, D., et al., *Process evaluation of the context, reach and recruitment of participants and delivery of dementia-specific case conferences (WELCOME-IdA) in nursing homes (FallDem): a mixed-methods study.* *Trials*, 2019. **20**(1): p. 1-14.
 47. Teupen, S., D. Holle, and M. Roes, *Types of implementation of the dementia-specific case conference concept WELCOME-IdA in nursing homes: a qualitative process evaluation of the FallDem effectiveness trial.* *Implementation Science Communications*, 2021. **2**(1): p. 90.
 48. Köpf, S. and B. Neumann, *Fallbesprechungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz. Eine Handreichung zur praxisnahen Einführung in stationären Einrichtungen.* 2017, Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg: Potsdam.
 49. Naylor, M.D. and J. Van Cleave, *Transitional Care Model. Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice.* *Transitional Care Model*. 2010, New York: Springer publishing company.
 50. Naylor, M.D., et al., *Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults.* *J Comp Eff Res*, 2014. **3**(3): p. 245-57.
 51. <[Transitional_Care_Management_Services_MLN908628.pdf](#)>.
 52. McCauley, K., et al., *Studying nursing interventions in acutely ill, cognitively impaired older adults.* *Am J Nurs*, 2014. **114**(10): p. 44-52.
 53. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 2. Aktualisierung 2019.* 2019.
 54. Fong, T.G., et al., *The interface between delirium and dementia in elderly adults.* *The Lancet Neurology*, 2015. **14**(8): p. 823-832.
 55. Marcantonio, E.R., *Delirium in Hospitalized Older Adults.* *N Engl J Med*, 2017. **377**(15): p. 1456-1466.
 56. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* 2013: Arlington, VA.
 57. Nitchingham, A. and G.A. Caplan, *Current Challenges in the Recognition and Management of Delirium Superimposed on Dementia.* *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2021. **17**: p. 1341-1352.
 58. Fick, D.M., et al., *Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes.* *Journal of gerontological nursing*, 2007. **33**(2): p. 40-49.
 59. Fick, D.M., et al., *Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults.* *J Hosp Med*, 2013. **8**(9): p. 500-5.
 60. *S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion–Januar 2016) (AWMF-Register-Nr: 038-013).* 2016, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN),

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN),

61. Motyl, C.M., et al., *Comparative Accuracy and Efficiency of Four Delirium Screening Protocols*. J Am Geriatr Soc, 2020. **68**(11): p. 2572-2578.
62. *Hospital Elder Life Program (HELP) for Prevention of Delirium*. 30.11.2020]; Available from: <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/>.
63. Singler, K. and C. Thomas, *HELP - Hospital Elder Life Program - ein multimodales Interventionsprogramm zur Delirprävention bei älteren Patienten*. Internist (Berl), 2017. **58**(2): p. 125-131.
64. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline*. 2019; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-pdf-35109327290821>
65. *Hospital Elder Life Program (HELP) for Prevention of Delirium*. 30.11.2020]; Available from: <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/>.
66. Evangelisches Klinikum Bethel. *help+ Das Delir vermeiden*. 2020 09.06.2022]; Available from: <https://evkb.de/kliniken-zentren/besondere-angebote/delir-praevention-help/ueber-help/>
67. Koch, C., et al., *aktiver werden - Implementierung eines multimodalen Präventionsangebotes*. 2019.
68. Koch, C., et al., *Das Projekt "Handeln im Hier und Jetzt! Bereit zum Demenz- und Alterssensiblen Krankenhaus" (HuBerTDA)*, in *Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus-innovative Konzepte für eine multiprofessionelle Betreuung und Versorgung*, M. Löhr, B. Meißner, and B. Volmar, Editors. 2019, Verlag W. Kohlhammer. p. 173-184.
69. Spank, J., et al., *Das HuBerTDA-Projekt: Handeln im Hier und Jetzt- Bereit zum Demenz- und Alterssensiblen Krankenhaus*. 2019.
70. Perry, C.K., et al., *Specifying and comparing implementation strategies across seven large implementation interventions: a practical application of theory*. Implementation Science, 2019. **14**(1): p. 32.
71. Powell, B.J., et al., *A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project*. Implementation Science, 2015. **10**(1): p. 21.
72. Waltz, T.J., et al., *Expert recommendations for implementing change (ERIC): protocol for a mixed methods study*. Implementation Science, 2014. **9**(1): p. 39.
73. Waltz, T.J., et al., *Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions*. Implementation Science, 2019. **14**(1): p. 42.
74. Kirk, M.A., et al., *A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research*. Implementation Science, 2016. **11**(1): p. 72.
75. Shade, L., et al., *Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to evaluate implementation effectiveness of a facilitated approach to an asthma shared decision making intervention*. Journal of Asthma, 2019: p. 1-10.
76. King, D.K., et al., *Planning for Implementation Success Using RE-AIM and CFIR Frameworks: A Qualitative Study*. Frontiers in public health, 2020. **8**: p. 59-59.
77. Creswell, J.W. and V.L. Plano Clark, *Designing and Conducting - Mixed Methods Research*. 2011, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
78. Johnson, B.R. and A.J. Onwuegbuzie, *Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come*. Educational Researcher, 2004. **33**(7): p. 14-26.
79. Manietta, C., et al., *Protocol for conducting scoping reviews to map implementation strategies in different care settings—Focusing on evidence-based interventions for pre-selected phenomena in people with dementia*. under review.
80. Manietta, C., et al., *Protocol for conducting scoping reviews to map implementation strategies in different care settings: focusing on evidence-based interventions for preselected phenomena in people with dementia*. BMJ Open, 2021. **11**(9): p. e051611.

81. The Joanna Briggs Institute, *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. 2015, Australia: The Joanna Briggs Institute.
82. Peters, M.D.J., et al., *Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews*. JBI Evidence Synthesis, 2020. **18**(10): p. 2119-2126.
83. *Covidence systematic review software*. 30.11.2020]; Available from: <https://www.covidence.org/>.
84. MAXQDA, *Software für qualitative Datenanalyse*. 1989 – 2021, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH: Berlin, Deutschland.
85. Littig, B., *Interviews mit Experten und Expertinnen*. EEO Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online, 2011.
86. Helfferich, C., *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Vol. 4. 2011: Springer.
87. Schreier, M., *Qualitative Content Analysis in Practice*. 2012, London Thousand Oaks New Delhi Singnapore: SAGE Publications Ltd.
88. Murtagh, M.J., et al., *The ECOUTER methodology for stakeholder engagement in translational research*. BMC Medical Ethics, 2017. **18**(1): p. 24.
89. Fares, J., K.S.K. Chung, and A. Abbasi, *Stakeholder theory and management: Understanding longitudinal collaboration networks*. PloS one, 2021. **16**(10): p. e0255658-e0255658.
90. Regauer, V., et al., *German translation and pre-testing of Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC)*. Implement Sci Commun, 2021. **2**(1): p. 120.
91. Waltz, T.J., et al., *Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study*. Implementation Science, 2015. **10**(1): p. 109.
92. Anderson, C.E., *The Evidence Integration Triangle for Management of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia*, in *University of Maryland School of Nursing*. 2020.
93. Anderson, C.E., et al., *Implementation of the Evidence Integration Triangle for the Management of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (EIT-4-BPSD) Intervention in a Nursing Home Setting*. Journal of the American Medical Directors Association, 2020. **21**(3).
94. CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research. *Consolidated Frameforw for Implementation Research (CFIR).Strategy Design*. 2022 08.06.2022
]; Available from: <https://cfirguide.org/choosing-strategies/>.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Vollständiger Titel
3D-CAM	Brief cognitive screen with Confussion Assessment Method
AD	Alzheimer-Demenz
APN	Advanced Practitioner Nurse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BelaDem	Assessmentinstrument zum Belastungserleben bei Demenz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
CAM	Confussion Assessment Method
CAM-ICU	Confussion Assessment Method - Intensive Care Unit
CAM-long	Confussion Assessment Method - Langfassung
CAM-S	Confussion Assessment Method - Delirium Severity Scoring
CAM-short	Confussion Assessment Method - Kurzfassung
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CHART-DEL	Chart-based Delirium Identification Instrument
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DEL-B	Delirium Burden Instrument
DICE-Approach	Describe, Investigate, Create, and Evaluate Model
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRK	Deutsches rotes Kreuz
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
EBSCO	Elton B. Stephens Company Datenbank
ERIC	Expert Recommendations for Implementation Change
FallDEM	DZNE Projekt ‚Fallbesprechungen fuer Menschen mit Demenz‘
FAM-CAM	Family assessment of delirium
FTD	Frontotemporale Demenz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HELP	Hospital Elder Life Program
HerVer	Herausforderndes Verhalten
HuBerTDA	Handeln im Hier und Jetzt! Bereit zum Demenz- und Alterssensiblen Krankenhaus
INA	Interdisziplinäre Notaufnahme
InDemA	Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen (Leuchtturmprojekt Demenz)
LKD	Lewy-Körperchen-Demenz
MAXQDA	Max Qualitative Data Analysis
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMST	Mini-Mental-Status-Test
NDS	Nationale Demenzstrategie
NPI-NH Instrument	Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version Instrument
PDD	Parkinsonian Disease Dementia/ Parkinson-Krankheit mit Demenz

PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PsychInfo	Datenbank für Psychologie
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCM	Transitional Care Model
TN	Teilnehmer:innen
TRANSFER-DEM	Transfer evidenzbasierter Präventions- und Versorgungskonzepte in die Routineversorgung von Menschen mit Demenz
UB-CAM	Ultra-Brief CAM
VD	Vaskuläre Demenz
WB	Wohnbereich
Welcome-IdA	Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten-Assessmentsystems
Welcome-NEO	Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz – narrativ Ansatz
ZNA	Zentrale Notaufnahme

BMJ Open Protocol for conducting scoping reviews to map implementation strategies in different care settings: focusing on evidence-based interventions for preselected phenomena in people with dementia

Christina Manietta ^{1,2}, Tina Quasdorf,^{1,2} Mike Rommerskirch-Manietta ^{1,2}, Jana Isabelle Braunwarth,^{1,2} Daniel Purwins,^{1,2} Martina Roes ^{1,2}

To cite: Manietta C, Quasdorf T, Rommerskirch-Manietta M, et al. Protocol for conducting scoping reviews to map implementation strategies in different care settings: focusing on evidence-based interventions for preselected phenomena in people with dementia. *BMJ Open* 2021;11:e051611. doi:10.1136/bmjopen-2021-051611

► Prepublication history and additional supplemental material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051611>).

Received 24 March 2021
Accepted 19 August 2021



© Author(s) (or their employer(s)) 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

¹German Centre for Neurodegenerative Diseases Witten, Witten, Nordrhein-Westfalen, Germany

²Department of Nursing Science, Faculty of Health, Witten/Herdecke University, Witten, Germany

Correspondence to
Christina Manietta;
Christina.Manietta@dzne.de

ABSTRACT

Introduction Various evidence-based interventions are available to improve the care of people with dementia in different care settings, many of which are not or are only partially implemented in routine care. Different implementation strategies have been developed to support the implementation of interventions in routine care; however, the implementation of complex interventions remains challenging. The aim of our reviews is to identify promising strategies for, significant facilitators of and barriers to the implementation of evidence-based interventions for very common dementia care phenomena: (A) behaviour that challenges supporting a person with dementia in long-term care, (B) delirium in acute care and (C) the postacute care needs of people with dementia.

Methods and analysis We will conduct one scoping review for each preselected dementia care phenomenon (A, B and C). For this, three literature searches will be carried out in the following electronic databases: MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) and PsycINFO (via EBSCO). Additionally, we will perform backward and forward citation tracking via reference lists and Google Scholar. Identified records will be independently screened by two reviewers (title/abstract and full text) using the defined inclusion criteria. We will include all study designs and publications in the German or English language. For the data analyses, we will conduct a deductive content analysis using two different analytical approaches: Expert Recommendations for Implementation Change and the Consolidated Framework for Implementation Research.

Ethics and dissemination Due to the nature of a review, ethical clearing is not required. We will disseminate our results in peer-reviewed journals, workshops with stakeholders, and (inter)national conferences.

INTRODUCTION

International health policy, stakeholders and non-government organisations are responding to the increasing number of people with dementia through national

Strengths and limitations of this study

- To our knowledge, our three scoping reviews will, for the first time, map promising strategies for, significant facilitators of and barriers to the implementation of evidence-based interventions for three preselected common phenomena in people with dementia.
- We expect that the results of our three scoping reviews will inform practitioners and researchers about various strategies for, facilitators of and barriers to implementation.
- The three scoping reviews are part of a larger study (TRANSFER-DEM BMG: FKZ 5021FSB001) and are in line with the goal of supporting the development of a blueprint for the successful implementation of interventions.
- This study protocol provides transparency for all three scoping reviews and, furthermore, reduces the likelihood of review bias.
- The main limitation of our reviews is that we will restrict the search to three preselected common phenomena in dementia care.

dementia strategies. These national dementia strategies, for example, describe the demands for action and the recommended approaches to improving healthcare for people with dementia in various care settings; in particular, long-term care and acute care settings should be given priority.^{1–3} This priority is partly because care for people with dementia often presents challenges for healthcare professionals,⁴ which then leads to poor care outcomes.⁵ Due to the high prevalence^{6–7} and associated negative consequences^{8–12} for people with dementia, their relatives and healthcare professionals, behaviour that challenges supporting a person with dementia,



delirium and postacute care needs are particularly relevant phenomena in the care of people with dementia. To optimise care, various interventions addressing these phenomena have been developed and evaluated.^{13–17}

Study results show that despite the increasing number of evidence-based interventions, patients receive only 30%–40% of their care in line with the current scientific evidence, and in 20%–25% of patients, there is a risk of harm in care.¹⁸ Additionally, healthcare professionals report that they implement research findings relatively seldomly in their care routines.¹⁹ This means that there is currently a gap between the existence of evidence-based interventions and their successful implementation in routine care. To improve the care of people with dementia in different settings, it seems to be necessary to focus on promising implementation strategies for evidence-based interventions. Implementation strategies for evidence-based interventions for people with dementia appear to be complex and extensive.²⁰ Various factors for successful implementation seem to be required.^{21 22}

To our knowledge, there is no comprehensive, systematised evidence on implementation strategies for evidence-based interventions for specific care phenomena in people with dementia. With our three scoping reviews, we aim to identify promising implementation strategies for evidence-based interventions that focus on three preselected phenomena in people with symptoms of or who have been diagnosed with dementia: (A) behaviour that challenges supporting a person with dementia in long-term care, (B) delirium in acute care and (C) postacute care needs. In addition, barriers and facilitators that influence the implementation of the different interventions will be identified.

METHOD

In this article, we report the protocol used for all three scoping reviews because all reviews are part of a larger study ('Transfer of evidence-based prevention and care concepts into routine care for people with dementia' TRANSFER-DEM), and the results will be synthesised and used in later steps of this study. In line with our research aim, we defined the following research questions:

1. Which implementation strategies are promising for the implementation of evidence-based interventions for three preselected phenomena: (A) behaviour that challenges supporting a person with dementia in long-term care, (B) delirium in acute care and (C) postacute care needs?
2. What are the significant facilitators and barriers that influence the implementation of evidence-based interventions?
3. What are the effects of these implementation strategies on implementation outcomes?

To answer our research questions, we will conduct three scoping reviews starting in March 2021 that are scheduled to end in December 2021. Each scoping review will address question 1 for one of the three preselected

phenomena (A, B or C) and will address questions 2 and 3.

Scoping reviews are meant to map, for example, the available evidence in a given field, to examine how research is conducted in a certain field and to identify knowledge gaps.²³ We will follow the Joanna Briggs Institute approach to scoping studies developed by Peters *et al.*²⁴ The approach includes the following nine steps: (1) defining and aligning the objective/s and question/s, (2) developing and aligning the inclusion criteria with the objective/s and question/s, (3) describing the planned approach to searches for evidence, the selection of records, data extraction and the presentation of the evidence, (4) searching for the evidence, (5) selecting the evidence, (6) extracting the evidence, (7) analysing the evidence, (8) presenting the results and (9) summarising the evidence in relation to the purpose of the review, drawing conclusions and noting any implications of the findings.

To report the review protocol, we follow, whenever applicable, the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Protocols guidelines²⁵ (online supplemental table 1).

Inclusion criteria

Our inclusion criteria are based on our research aims and questions. We report these inclusion criteria by using the 'Population, Concept of interest, Context (PCC)' mnemonic.²⁴ Additionally, we report the criteria for the types of evidence sources and other criteria (table 1).

Search strategies

We conducted one literature search for evidence-based interventions addressing each type of preselected phenomenon (A, B and C) in the following electronic databases: MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) and PsycINFO (via EBSCO). The search terms were derived from our research questions. Additionally, we used an initial limited search and key publications to identify free search terms and indexing words. These search terms were clustered according to the 'PCC' mnemonic²⁴ and resulted in three search strings. The search strings were developed by the first reviewers of each review (A and B: MR-M; C: CM) and were checked by the second reviewers (A and B: JIB; C: DP) using Peer Review of Electronic Search Strategies.²⁶ The search strings were developed first for MEDLINE (via PubMed) (online supplemental table 2) and then adopted for the other two databases with RefHunter V.5.0.²⁷ Additionally, we will perform backward and forward citation tracking (via reference lists and Google Scholar).

Selection of evidence sources

Records identified through our literature searches (A, B, C) will be imported under separate Covidence²⁸ licences and automatically checked for duplicates. Titles and abstracts of records for each review will be screened by two reviewers (A and B: MR-M/JIB; C: CM/DP)

Table 1 Inclusion criteria

Criteria	Definition
Population	▶ People with symptoms of dementia (with and without a dementia/an Alzheimer's diagnosis) as the target population for the evidence-based interventions
Concept of interest	▶ Implementation of evidence-based: (A) Psychosocial interventions for behaviour that challenges supporting a person with dementia, (B) Psychosocial interventions for delirium and (C) interventions for postacute care needs
Context	A. Long-term care. B. Acute care. C. Acute care.
Types of evidence sources	▶ Any kind of study that describes or evaluates the implementation process of interventions (eg, within the context of trials such as randomised controlled trial or hybrid design) or daily practice
Other	▶ Languages: German and English ▶ Year: no restrictions

independently against the inclusion criteria. Thereafter, the full text of all potentially relevant records will also be independently screened for inclusion by the same reviewers. The reasons for excluding full texts will be recorded. During the screening process, disagreements between the votes of the two reviewers will be resolved through a discussion between them or, if no consensus can be reached, through a discussion with all coauthors. The first 25 records will be used to pilot test our inclusion criteria for each review, and the criteria will be adjusted if necessary. Adjustments will be required if the number of vote discrepancies between the two reviewers is greater than 25%.²⁴ If adjustments for inclusion criteria are made during the screening process, we will report them in our following publications. We will use the PRISMA flow chart²⁹ to report the process for evidence selection.

Data extraction

For data extraction, we will adapt the template for scoping reviews developed by the Joanna Briggs Institute (table 2).²⁴ Data extraction will be conducted for each review by two reviewers (A and B: MR-M/JIB; C: CM/

DP) independently in Covidence.²⁸ After finishing the extraction process, every extracted item will be checked for deviations. Deviations will be discussed, and if no consensus between the two researchers can be reached, the research team will become involved. The data extraction will be performed with an iterative process according to the description from the Joanna Briggs Institute,²⁴ which means that after two studies are extracted, the template will be checked to see whether all relevant data are represented or whether adjustments are needed.

Analysis of the evidence

We will apply deductive content analysis to analyse the strategies for, barriers to and facilitators of implementation reported within the included studies. The deductive categories used for the analysis of the implementation strategies will be derived from the Expert Recommendations for Implementing Change (online supplemental table 3).^{30–32} In addition, the five dimensions of the Consolidated Framework for Implementation Research³³ (online supplemental table 4) and their subconcepts will be used to analyse the reported factors (barriers and

Table 2 Data extraction template

Domain	Description (content)
General information	▶ Author (complete name) ▶ Country (location of the study) ▶ Year (publication date) ▶ Aim (eg, effectiveness of different implementation strategies) ▶ Study design (eg, randomised controlled trial, process evaluation) ▶ Setting (eg, type, no of facilities, size of facilities)
Participants	▶ Target population for the intervention (eg, people with symptoms of dementia or diagnosed dementia) ▶ Participants of the implementation/process evaluation (eg, nursing staff)
Intervention	▶ Implemented intervention (eg, content, components, providers)
Implementation and evaluation	▶ Description of the implementation (eg, theoretical framework, strategies, materials) ▶ Description of the evaluation of the implementation (eg, methods)
Results	▶ Main findings of the implementation (eg, outcomes according to Proctor <i>et al</i> ³⁷) ▶ Main findings of the evaluation of the implementation (eg, barriers, facilitators)



facilitators), which influencing implementation success. This approach has been shown to be applicable in a previous study.³⁴

First, the included studies for each review will be independently coded by two reviewers (A and B: MR-M/JIB; C: CM/DP) in MAXQDA V.2020.³⁵ Second, the coding's of the two reviewers for each review will be compared and, in the case of deviations, discussed. Third, a recoding process based on the results of the comparison will be carried out, and codes will be counted. If a code cannot be clearly assigned, a discussion with all coauthors will be initiated. Fourth, excerpts from the results of the deductive content analysis will be peer checked by one of two researchers (MR and TQ) to ensure trustworthiness.³⁶

Presentation of the results

The results of the three reviews will be reported and presented separately both narratively and visually. For this, we will create a table to describe the characteristics of the included studies (table 2). Additionally, we will report the results of the implementation and evaluation in a narrative form. The results of our content analysis will be presented in an appropriate narrative and/or visual form (eg, tables or figures).

Patient and public involvement

The three scoping reviews are the foundation for a larger study (TRANSFER-DEM) in Germany. The results of the reviews will be used to:

- ▶ Conduct a market analysis to investigate implementation strategies for evidence-based interventions in different care settings.
- ▶ Conduct interviews with stakeholders to investigate the facilitators of and barriers to the implementation of evidence-based interventions.
- ▶ Apply a foresight model for implementation strategies for evidence-based interventions.
- ▶ Develop a framework to guide implementation.

ETHICS AND DISSEMINATION

Because of the nature of scoping reviews, ethical approval is not required. However, ethical approval is needed for the larger study TRANSFER-DEM, we, therefore, will seek ethical approval from the ethic committee of the University of Witten/Herdecke in summer 2021. The results of our scoping reviews will be published in peer-reviewed journals. Furthermore, we will disseminate our results in workshops with stakeholders and at international conferences.

Twitter Mike Rommerskirch-Manietta @_rochmro

Contributors CM, TQ, MR-M and JIB wrote the initial draft of the protocol. DP and MR revised the manuscript. All authors read and approved the final manuscript. MR and TQ conducted the larger study TRANSFER-DEM.

Funding This work is funded by the Federal Ministry of Health in Germany (BMG) (grant no. BMG: FKZ 5021FSB001).

Competing interests None declared.

Patient consent for publication Not required.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Supplemental material This content has been supplied by the author(s). It has not been vetted by BMJ Publishing Group Limited (BMJ) and may not have been peer-reviewed. Any opinions or recommendations discussed are solely those of the author(s) and are not endorsed by BMJ. BMJ disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on the content. Where the content includes any translated material, BMJ does not warrant the accuracy and reliability of the translations (including but not limited to local regulations, clinical guidelines, terminology, drug names and drug dosages), and is not responsible for any error and/or omissions arising from translation and adaptation or otherwise.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iDs

Christina Manietta <http://orcid.org/0000-0002-2832-6868>

Mike Rommerskirch-Manietta <http://orcid.org/0000-0002-1533-3006>

Martina Roes <http://orcid.org/0000-0003-4531-8584>

REFERENCES

- 1 PHAOC. *A Dementia Strategy for Canada - Together We Aspire*. Public Health Agency of Canada, 2019.
- 2 BMFBSFJ, BMG. *Nationale Demenzstrategie: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Bundesministerium für Gesundheit, 2020.
- 3 USDHHS. *National plan to address Alzheimer's disease: 2018 update*. U.S. Department of Health and Human Services, 2018.
- 4 Digby R, Lee S, Williams A. The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. *J Clin Nurs* 2017;26:1152-71.
- 5 Dewing J, Dijk S. What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia* 2016;15:106-24.
- 6 Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1025-39.
- 7 Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1723-32.
- 8 Fick DM, Steis MR, Waller JL, et al. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *J Hosp Med* 2013;8:500-5.
- 9 Chenoweth L, Kable A, Pond D. Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: a review of the literature. *Australas J Ageing* 2015;34:9-14.
- 10 Kable A, Chenoweth L, Pond D, et al. Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:567.
- 11 Feast A, Moniz-Cook E, Stoner C, et al. A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *Int Psychogeriatr* 2016;28:1761-74.
- 12 Foebel AD, Onder G, Finne-Soveri H, et al. Physical restraint and antipsychotic medication use among nursing home residents with dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17:184.e9-184.e14.
- 13 Livingston G, Johnston K, Katona C, et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162:1996-2021.
- 14 Tible OP, Riese F, Savaskan E, et al. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord* 2017;10:297-309.
- 15 Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-Analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2012;169:946-53.
- 16 Schumacher-Schonert F, Wucherer D, Nikelski A. [Discharge management in German hospitals for cognitively impaired, older people - a scoping review]. *Z Gerontol Geriatr*. [Epub ahead of print: 07 May 2020].
- 17 NICE. *Dementia - A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. The British Psychological Society and Gaskell & The Royal College of Psychiatrists, 2007.

- 18 Graham ID, Tetroe J. How to translate health research knowledge into effective healthcare action. *Healthc Q* 2007;10:20–2.
- 19 Boström A-M, Kajermo KN, Nordström G, et al. Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *J Clin Nurs* 2009;18:1430–41.
- 20 Karrer M, Hirt J, Zeller A, et al. What hinders and facilitates the implementation of nurse-led interventions in dementia care? A scoping review. *BMC Geriatr* 2020;20:127.
- 21 Munten G, van den Bogaard J, Cox K, Garretsen H, et al. Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: a review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2010;7:135–57.
- 22 Draper B, Low L-F, Withall A, et al. Translating dementia research into practice. *Int Psychogeriatr* 2009;21 Suppl 1:S72–80.
- 23 von Elm E, Schreiber G, Haupt CC. Methodische Anleitung für scoping reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2019;143:1–7.
- 24 Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, eds. *JBI manual for evidence synthesis* JBI, 2020.
- 25 Shamseer L, Moher D, Clarke M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ* 2015;350:g7647.
- 26 McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, et al. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol* 2016;75:40–6.
- 27 Nordhausen T, Hirt J. *Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken - RefHunter*. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg & Ostschweizer Fachhochschule, 2020.
- 28 Covidence. Systematic review software. secondary systematic review software, 2020. Available: www.covidence.org
- 29 Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ* 2009;339:b2535.
- 30 Perry CK, Damschroder LJ, Hemler JR, et al. Specifying and comparing implementation strategies across seven large implementation interventions: a practical application of theory. *Implement Sci* 2019;14:32.
- 31 Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the expert recommendations for implementing change (ERIC) project. *Implement Sci* 2015;10:21.
- 32 Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM, et al. Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the expert recommendations for implementing change (ERIC) study. *Implement Sci* 2015;10:109.
- 33 Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009;4:50.
- 34 Lourida I, Abbott RA, Rogers M, et al. Dissemination and implementation research in dementia care: a systematic scoping review and evidence MAP. *BMC Geriatr* 2017;17:147.
- 35 MAXQDA. *Software für qualitative Datenanalyse. [program]*. Berlin, Deutschland: Consult Sozialforschung GmbH, 1989-2021.
- 36 Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, et al. Qualitative content analysis. *Sage Open* 2014;4:215824401452263.
- 37 Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011;38:65–76.

Supplementary table 1: PRISMA-P Checklist

Section and topic	Item No	Checklist item	Reported on page no.
ADMINISTRATIVE INFORMATION			
Title:			
Identification	1a	Identify the report as a protocol of a systematic review	1
Update	1b	If the protocol is for an update of a previous systematic review, identify as such	-
Registration	2	If registered, provide the name of the registry (such as PROSPERO) and registration number	-
Authors:			
Contact	3a	Provide name, institutional affiliation, and e-mail address of all protocol authors; provide physical mailing address of corresponding author	1
Contributions	3b	Describe contributions of protocol authors and identify the guarantor of the review	9
Amendments	4	If the protocol represents an amendment of a previously completed or published protocol, identify as such and list changes; otherwise, state plan for documenting important protocol amendments	-
Support:			
Sources	5a	Indicate sources of financial or other support for the review	9
Sponsor	5b	Provide name for the review funder and/or sponsor	9
Role of sponsor or funder	5c	Describe roles of funder(s), sponsor(s), and/or institution(s), if any, in developing the protocol	-
INTRODUCTION			
Rationale	6	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	4
Objectives	7	Provide an explicit statement of the question(s) the review will address with reference to participants, interventions, comparators, and outcomes (PICO)	4-5
METHODS			
Eligibility criteria	8	Specify the study characteristics (such as PICO, study design, setting, time frame) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) to be used as criteria for eligibility for the review	6
Information sources	9	Describe all intended information sources (such as electronic databases, contact with study authors, trial registers or other grey literature sources) with planned dates of coverage	6

Manietta C, et al. *BMJ Open* 2021; 11:e051611. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051611

Search strategy	10	Present draft of search strategy to be used for at least one electronic database, including planned limits, such that it could be repeated	6, 12-14
Study records:			
Data management	11a	Describe the mechanism(s) that will be used to manage records and data throughout the review	6-7
Selection process	11b	State the process that will be used for selecting studies (such as two independent reviewers) through each phase of the review (that is, screening, eligibility and inclusion in meta-analysis)	7
Data collection process	11c	Describe planned method of extracting data from reports (such as piloting forms, done independently, in duplicate), any processes for obtaining and confirming data from investigators	7-8
Data items	12	List and define all variables for which data will be sought (such as PICO items, funding sources), any pre-planned data assumptions and simplifications	7-8
Outcomes and prioritization	13	List and define all outcomes for which data will be sought, including prioritization of main and additional outcomes, with rationale	-
Risk of bias in individual studies	14	Describe anticipated methods for assessing the risk of bias of individual studies, including whether this will be done at the outcome or study level, or both; state how this information will be used in data synthesis	-
Data synthesis	15a	Describe criteria under which study data will be quantitatively synthesised	8
	15b	If data are appropriate for quantitative synthesis, describe planned summary measures, methods of handling data and methods of combining data from studies, including any planned exploration of consistency (such as I^2 , Kendall's τ)	-
	15c	Describe any proposed additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression)	-
	15d	If quantitative synthesis is not appropriate, describe the type of summary planned	-
Meta-bias(es)	16	Specify any planned assessment of meta-bias(es) (such as publication bias across studies, selective reporting within studies)	-
Confidence in cumulative evidence	17	Describe how the strength of the body of evidence will be assessed (such as GRADE)	-

From: Shumseer, et al. ²⁵Manietta C, et al. *BMJ Open* 2021; 11:e051611. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051611

	#71 Homes for the aged[T/A] #72 Care home*[T/A] #73 Long term care[T/A] #74 Short term care[T/A] #75 OR/ #65-74 #76 #5 AND #64 AND #75
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Population	#1 Dementia[MeSH] #2 Dement*[T/A] #3 Alzheimer*[T/A] #4 Cognitive impairment*[T/A] #5 OR/ #1-4
Concept	#6 Delirium[MeSH] #7 Delir*[T/A] #8 "Delirium superimposed on dementia"[T/A] #9 DSD[T/A] #10 OR/ #6-9 #11 Prevention[T/A] #12 Identification[T/A] #13 Screen*[T/A] #14 Assessment[T/A] #15 Instrument[T/A] #16 "Delirium management"[T/A] #17 Management[T/A] #18 Guidelines[T/A] #19 OR/ #11-18 #20 #10 AND #19 #21 Implement*[T/A] #22 Health plan implementation[MeSH] #23 Implementation Science [MeSH] #24 "Quality improvement"[T/A] #25 Quality improvement[MeSH] #26 Diffused[T/A] #27 diffusion[T/A] #28 Diffusion of innovation[MeSH] #29 "Knowledge translation"[T/A] #30 "Knowledge exchange"[T/A] #31 "Knowledge circulation"[T/A] #32 Facilitators[T/A] #33 Barriers[T/A] #34 "Process evaluation"[T/A] #35 "Formative evaluation"[T/A] #36 "Summative evaluation"[T/A] #37 "Qualitative evaluation"[T/A] #38 Sustainability[T/A] #39 Practicability[T/A] #40 Feasibility[T/A] #41 Fidelity[T/A] #42 Maintenance[T/A] #43 Adopt*[T/A] #44 Integrat*[T/A] #45 Disseminat*[T/A] #46 Promot*[T/A] #47 OR/ #21-46 #48 #20 AND #47
Context	#49 Hospitals[MeSH] #50 Hospital*[T/A] #51 "Emergency Service, Hospital"[MeSH] #52 ER[T/A] #53 Emergency room[T/A] #54 Emergency department[T/A] #55 ED #56 "Acute care"[T/A] #57 "Acute setting"[T/A] #58 Inpatient[T/A] #59 Inpatient setting[T/A] #60 Secondary Care[T/A] #61 Clinic[T/A] #62 OR/ #49-61 #63 #5 AND #48 AND #62

Population	#1 Dementia[MeSH] #2 Dement*[T/A] #3 Alzheimer*[T/A] #4 Cognitive impairment*[T/A] #5 OR/ #1-4
Concept	#6 Transitional Care[MeSH] #7 Transitional care[T/A] #8 Transitional care model[T/A] #9 TCM[T/A] #10 Transition*[T/A] #11 Care coordination[T/A] #12 Discharge management[T/A] #13 Continuity of Patient care [MeSH] #14 OR/ #6-13 #15 implement*[T/A] #16 Health plan implementation[MeSH] #17 Implementation Science [MeSH] #18 *Quality improvement**[T/A] #19 Quality improvement[MeSH] #20 Diffused[T/A] #21 Diffusion[T/A] #22 Diffusion of innovation[MeSH] #23 *Knowledge translation**[T/A] #24 *Knowledge exchange**[T/A] #25 *Knowledge circulation**[T/A] #26 Facilitators[T/A] #27 Barriers[T/A] #28 *Process evaluation**[T/A] #29 *Formative evaluation**[T/A] #30 *Summative evaluation**[T/A] #31 *Qualitative evaluation**[T/A] #32 Sustainability[T/A] #33 Practicability[T/A] #34 Feasibility[T/A] #35 Fidelity[T/A] #36 Maintenance[T/A] #37 Adopt*[T/A] #38 Integrat*[T/A] #39 Disseminat*[T/A] #40 Promot*[T/A] #41 OR/ #15-40 #42 #14 AND #41
Context	#43 Hospitals[MeSH] #44 Hospital*[T/A] #45 Acute care [T/A] #46 Acute setting*[T/A] #47 Inpatient[T/A] #48 Inpatient setting[T/A] #49 Post acute[T/A] #50 Post acute setting[T/A] #51 Secondary care[T/A] #52 Clinic[T/A] #53 OR/ #43-52 #54 #5 AND #42 AND #53

Supplementary table 2: Example search strategies for MEDLINE (via PubMed)

Population	#1 Dementia[MeSH] #2 Dement*[T/A] #3 Alzheimer*[T/A] #4 Cognitive impairment* [T/A] #5 OR/ #1-4
Concept	#6 DICE[T/A] #7 Triangle[T/A] #8 Person-cent*[T/A] #9 "Person cent**"[T/A] #10 Client-cent*[T/A] #11 "Client cent**"[T/A] #12 Resident-cent*[T/A] #13 "Resident cent**"[T/A] #14 Patient-cent*[T/A] #15 "Patient cent**"[T/A] #16 "DICE approach"[T/A] #17 OR/ #6-16 #18 BPSD[T/A] #19 Behaviour*[T/A] #20 Behavior*[T/A] #21 Challenging behavior*[T/A] #22 Apathy [T/A] #23 Vocalization [T/A] #24 "Resistance to care" [T/A] #25 Resisting care[T/A] #26 Psychogeriat*[T/A] #27 Gerontopsy*[T/A] #28 "Behavioral Symptoms"[MeSH] #29 "Behavioral Symptoms" [T/A] #30 "Behavioural Symptoms" [T/A] #31 "Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia" [T/A] #32 "Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia" [T/A] #33 Aggression[T/A] #34 Agitation[T/A] #35 OR/ #18-34 #36 #17 AND #35 #37 Implement*[T/A] #38 Health plan implementation[MeSH] #39 Implementation Science [MeSH] #40 "Quality improvement**"[T/A] #41 Quality improvement[MeSH] #42 Diffused[T/A] #43 diffusion[T/A] #44 Diffusion of innovation[MeSH] #45 "Knowledge translation**"[T/A] #46 "Knowledge exchange"[T/A] #47 "Knowledge circulation"[T/A] #48 Facilitators[T/A] #49 Barriers[T/A] #50 "Process evaluation**"[T/A] #51 "Formative evaluation**"[T/A] #52 "Summative evaluation**"[T/A] #53 "Qualitative evaluation**"[T/A] #54 Sustainability[T/A] #55 Practicability[T/A] #56 Feasibility[T/A] #57 Fidelity[T/A] #58 Maintenance[T/A] #59 Adopt*[T/A] #60 Integrat*[T/A] #61 Disseminat*[T/A] #62 Promot*[T/A] #63 OR/ #37-62 #64 #36 AND #63
Context	#65 Long term care[MeSH] #66 Residential facilities[MeSH] #67 Skilled nursing facilities[MeSH] #68 Residential facilit*[T/A] #69 Skilled nursing facilit*[T/A] #70 Nursing home*[T/A]

Supplementary table 3: Coding categories for implementation strategies, ERIC³¹⁻³³

Categories	Subcategories
<i>Use evaluative and iterative strategies</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assess for readiness and identify barriers and facilitators ▪ Audit and provide feedback ▪ Purposefully reexamine the implementation ▪ Develop and implement tools for quality monitoring ▪ Develop and organize quality monitoring systems ▪ Develop a formal implementation blueprint ▪ Conduct local need assessment ▪ Stage implementation scale up ▪ Obtain and use patients/consumers and family feedback ▪ Conduct cyclical small tests of change
<i>Provide interactive assistance</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitation ▪ Provide local technical assistance ▪ Provide clinical supervision ▪ Centralize technical assistance
<i>Adapt and tailor to context</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tailor strategies ▪ Promote adaptability ▪ Use data experts ▪ Use data warehousing techniques
<i>Develop stakeholder interrelationships</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identify and prepare champions ▪ Organize clinician implementation team meetings ▪ Recruit, designate, and train for leadership ▪ Inform local opinion leaders ▪ Build a coalition ▪ Obtain formal commitments ▪ Identify early adopters ▪ Conduct local consensus discussions ▪ Capture and share local knowledge ▪ Use advisory boards and workgroups ▪ Use an implementation advisor ▪ Model and simulate change ▪ Visit other sites ▪ Involve executive boards ▪ Develop an implementation glossary ▪ Develop academic partnerships ▪ Promote network weaving
<i>Train and educate stakeholders</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conduct ongoing training ▪ Provide ongoing consultation ▪ Develop educational materials ▪ Make training dynamic ▪ Distribute educational materials ▪ Use train-the-trainer strategies ▪ Conduct educational meetings ▪ Conduct educational outreach visits ▪ Create a learning collaborative ▪ Shadow other experts ▪ Work with educational institutions
<i>Support clinicians</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitate relay of clinical data to providers

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remind clinicians ▪ Develop resource sharing agreements ▪ Revise professional roles ▪ Create new clinical teams
<i>Engage consumers</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involve patients/consumers and family members ▪ Intervene with patients/consumers to enhance uptake and adherence ▪ Prepare patients/consumers to be active participants ▪ Increase demand ▪ Use mass media
<i>Utilize financial strategies</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fund and contract for the clinical innovation ▪ Access new funding ▪ Place innovation on fee for service lists/formularies ▪ Alter incentive/allowance structures ▪ Make billing easier ▪ Alter patient/consumer fees ▪ Use other payment schemes ▪ Develop disincentives ▪ Use capitated payments
<i>Change infrastructure</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mandate change ▪ Change record systems ▪ Change physical structure and equipment ▪ Create or change credentialing and/or licensure standards ▪ Change service sites ▪ Change accreditation or membership requirements ▪ Start a dissemination organization ▪ Change liability laws

Supplementary table 4: Coding categories for potential factors influencing the implementation processes, CFIR³⁴

Categories	Subcategories
<i>Intervention characteristics</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention source ▪ Evidence strength and quality ▪ Relative advantage ▪ Adaptability ▪ Trialability ▪ Complexity ▪ Design quality and packaging ▪ Cost
<i>Outer setting</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient needs and resources ▪ Cosmopolitanism ▪ Peer pressure ▪ External policy and incentives
<i>Inner setting</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structural characteristics ▪ Networks and communications ▪ Culture ▪ Implementation climate ▪ Tension for change ▪ Compatibility ▪ Relative priority ▪ Organizational incentives and rewards ▪ Goals and feedback ▪ Learning climate ▪ Readiness for implementation ▪ Leadership engagement ▪ Available resources ▪ Access to knowledge and information
<i>Characteristics of individuals</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge and beliefs about the intervention ▪ Self-efficacy ▪ Individual stage of change ▪ Individual identification with organization ▪ Other personal attributes
<i>Process</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planning ▪ Engaging ▪ Opinion leaders ▪ Formally appointed internal implementation leaders ▪ Champions ▪ External change agents ▪ Executing ▪ Reflecting and Evaluating

Anhang 2: Scoping Review Implementation Strategies (Manuskript in Vorbereitung)

Title Page

Title of the manuscript: Scoping review to map implementation strategies in different care settings – Focusing on evidence-based interventions for pre-selected phenomena in people with dementia.

Authors' names: Mike Rommerskirch-Manietta*; Christina Manietta *; Daniel Purwins; Jana Isabelle Braunwarth; Tina Quasdorf; Martina Roes

Affiliations: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Site Witten; Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Department of Nursing Science

Email addresses: Mike.Rommerskirch-Manietta@dzne.de; Christina.Manietta@dzne.de; Daniel.Purwins@dzne.de; Jana-Isabelle.Braunwarth@dzne.de; Tina.Quasdorf@dzne.de; Martina.Roes@dzne.de

Corresponding author: Mike Rommerskirch-Manietta

*Shared first authorship

Abstract

Background: The care of people with dementia-specific phenomena, such as delirium superimposed on dementia, is complex, and there are a variety of different evidence-based interventions. However, a gap exists between available interventions and the implementation of them. The objectives for our reviews are to identify implementation strategies, outcomes and influencing factors for evidence-based interventions that focus on three pre-selected phenomena in people with dementia: **a)** behaviour that challenges supporting a person with dementia in long-term care, **b)** delirium in acute care, and **c)** post-acute care needs.

Methods: We conducted a scoping review according to the methodology description of the Joanna Briggs Institute. We searched in MEDLINE, CINAHL, and PsycInfo. For the data analysis we conducted a deductive content analysis. For this we used the Expert Recommendations for Implementation Change (ERIC), implementation outcomes according to Proctor, and the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

Results: We identified 243 (A), 400 (B), and 543 records (C) and included 7 (A), 3 (B), and 3 (C) studies in our review. Among the included studies, nine reported on the implementation strategies they used. Clusters with the most reported implementation strategies were adapt and tailor to context and train and educate stakeholders. We identified one study that tested the effectiveness of the implementation strategy used. Additionally, 10 other studies reported implementation outcomes evaluating implementation strategies used. Most reported outcome was fidelity. Related to the influencing factors for implementation all identified studies reported between 1 and 19 factors. The most reported influencing factors were available resources and adaptability of the intervention. To address the dementia-

specific influencing factors, we enhanced the CFIR construct patient needs and resources to include family needs and resources.

Conclusions: We found a high degree of homogeneity across the different dementia phenomena, the evidence-based interventions, and the two settings in terms of the implementation strategies used and influencing factors identified. It remains unclear to what extent implementation strategies are evidence-based or can be used by practitioners in dementia care when their effects on implementation outcomes are mostly unknown. Future research should focus on the investigation of the effectiveness of implementation strategies for evidence-based interventions for dementia care.

Registration: The review protocol was prospectively published (1)

Keywords: Implementation science, ERIC, CFIR, Outcomes, dementia

Contributions to the literature

- First time, implementation strategies, outcomes, and influencing factors were systematically identified across pre-selected phenomena in people with dementia in two settings
- Established frameworks were used for the analysis to further develop them (dementia-specific adjustments to the CFIR) and to advance the use of a unified taxonomy in the field of implementation research for dementia care
- Identified theory-guided implementation strategies and influencing factors can be used/considered to translate evidence-based knowledge into dementia care practice
- Moving forward in implementation science for dementia care with a focus on developing and testing discrete, multi-faceted, and tailored implementation strategies seem necessary

Background

International health policy, stakeholders and non-government organizations are responding to the increasing number of people with dementia through national dementia strategies. These national dementia strategies, for example, describe the demands for action and the recommended approaches to improving health care for people with dementia in various care settings; in particular, long-term care and acute care settings should be given priority (2-4). This priority is partly because care for people with dementia often presents challenges for healthcare professionals (5), which then leads to poor care outcomes (6). Due to the high prevalence (7, 8) and associated negative consequences (9-13) for people with dementia, their relatives and healthcare professionals, behaviour that challenges supporting a person with dementia, delirium and post-acute care needs are particularly relevant phenomena in the care of people with dementia. To optimize care, various interventions addressing these phenomena have been developed and evaluated (14-18).

Study results show that despite the increasing number of evidence-based interventions, patients receive only 30-40% of their care in line with the current scientific evidence, and in 20-25% of patients, there is a risk of harm in care (19). Additionally, health care professionals report that they implement research findings relatively seldomly in their care routines (20). This means that there is currently a gap between the existence of evidence-based interventions and their successful implementation in routine care. To improve the care of people with dementia in different settings, it seems to be necessary to focus on promising implementation strategies for evidence-based interventions. Implementation strategies for evidence-based interventions for people with dementia appear to be complex and extensive (21). Various factors for successful implementation seem to be required (22, 23).

To our knowledge, there is no comprehensive, systematized evidence on implementation strategies for evidence-based interventions for specific care phenomena in people with dementia. With our scoping review, we aim to identify promising implementation strategies for evidence-based interventions that focus on three pre-selected phenomena in people with symptoms of or who have been diagnosed with dementia: **a)** behaviour that challenges supporting a person with dementia in long-term care, **b)** delirium in acute care, and **c)** post-acute care needs. In addition, implementation outcomes and barriers and facilitators that influence the implementation of the different interventions will be identified.

Research questions

For our scoping review we developed the following three research questions:

- “Which implementation strategies are promising for the implementation of evidence-based interventions for three preselected phenomena (A) behavior that challenges supporting a person with dementia in long-term care, (B) delirium in acute care and (C) post-acute care needs?”
- What are the effects of these implementation strategies on implementation outcomes?
- What are the facilitators and barriers that influence the implementation of evidence-based interventions?

Methods

We described our methodological approach for the scoping review in our published review protocol (1) and according to Pieper, Ge (24) we reuse the text of our review protocol for the sections background and methods in this publication and made changes where the process differs between the planned and conducted methodological approach. For reporting our scoping review, we use the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-

Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist (25), as applicable.

Additionally, we use the flow chart of the updated Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) guidelines (26) to report the three literature searches (A, B, and C).

Search strategies

To identify evidence-based interventions addressing the pre-selected phenomena (A, B and C), two researchers (MR and TQ) conducted a narrative literature search in the following databases MEDLINE (via PubMed), CINAHL and PsycInfo (via EBSCO). Here, for example, we identified the Describe, Investigate, Create and Evaluate (DICE) approach for behavior that challenges supporting a person with dementia in long-term care (27) and the transitional care model (TCM) for the management of post-acute care needs (28). We operationalized the identified interventions in search terms and added these to the search terms, which we derived from our research questions. In addition, we used an initial search (MRM, JIB, CM and DP) in the above-mentioned databases and key publications to identify free search terms and indexing words. We clustered all of these search terms and indexing words according to the Population, Concept, and Context (PCC) mnemonic (29) and developed three different search strings (supplement table 2, 3, and 4). Each search string was developed by the first reviewer (A, B: MRM; C: CM) with a professional background as a nurse and with experiences in conducting reviews (30-32). Furthermore, all three search strings were checked by all researchers (JIB, DP, TQ, MR) according to the Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS) guideline statements (33). The search strings were first developed for MEDLINE (via PubMed) and were adapted for the other two databases (CINAHL and PsycInfo via EBSCO) according to the descriptions of RefHunter V.5.0 (34).

Search strategies for all three phenomena (A, B, and C) are reported in supplementary tables

2, 3, and 4. We searched in MEDLINE (via PubMed), CINAHL and PsycInfo (via EBSCO) in the time between May and June 2021. In addition, we conducted a backward and forward citation tracking via reference lists and Google scholar.

Selection of evidence sources

In the first step, the above mentioned first reviewers of each review (MRM: A,B; CM: C) imported the identified records under three separate Covidence (35) licenses and records for each search were checked automatically in Covidence for duplicates. In the second step, titles and abstracts of each search were screened independently by two reviewers (A and B: MRM, JIB; C: CM, DP) against the inclusion and exclusion criteria (Table 1). Discrepancies in the voting's were first discussed between reviewers, and if consensus could not be reached, they were discussed and resolved by all researchers (MRM, JIB, CM, DP, TQ, MR) in regular video meetings. Third, full-text screening was conducted by the same two reviewers independently (A and B: MRM, JIB; C: CM, DP) and discrepancies in the voting were discussed and resolved in the same manner as the title and abstract screening.

Table 1: Inclusion and exclusion criteria (1)

Criteria	Definition
<i>Population</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ People with symptoms of dementia (with and without a dementia/an Alzheimer's diagnosis) as the target population for the evidence-based interventions
<i>Concept of Interest</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementation of the in advance identified evidence-based interventions (or interventions that have the same characteristics in their components) for: <ol style="list-style-type: none"> a) behaviour that challenges supporting a person with dementia b) for delirium c) for post-acute care needs
<i>Context</i>	<ol style="list-style-type: none"> a) long-term care b) acute care c) acute care
<i>Types of evidence sources</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Any kind of study that describes or evaluates the implementation process of interventions (e. g., within

	the context of trials such as randomized controlled trials, hybrid design or daily practice)
<i>Other</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Languages: German and English ▪ Year: no restrictions

Data extraction

Our data extraction form based on the template for scoping reviews developed by the Joanna Briggs Institute (29). We considered the following aspects: *General information* (primary and additional publication, country, setting), *Study design & methods* (aim, study design, methods), *Participants* (sites, and study population) *Intervention* (description of the implemented intervention, target population of the intervention). Data extractions for each search were performed independently by two researchers (A, B: MRM, JIB; C: CM, DP). Deviations in the extractions were discussed first between the two researchers and if a consensus could not be reached with all researchers (MRM, JIB, CM, DP, TQ, MR) in regular video meetings.

Analysis of the evidence

For the analysis of strategies for, outcomes of, barriers to and facilitators of implementation reported in the identified studies, we used a deductive content analysis approach. For this we derived the categories from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) (36-38) to analyse the used implementation strategies in the identified studies. Because implementation outcomes were often not explicitly stated and reported in the included studies, we used the outcomes described by Proctor, Silmere (39) to identify and analyse implementation outcomes in the included studies. Additionally, we used the five domains of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and their constructs (40) to analyse the reported facilitators and barriers.

For the coding process of strategies, outcomes, and barriers to and facilitators of implementation, the results of each search were independently coded by two reviewers (A, B: MRM, JIB; C: CM, DP). After that, results for each coding were compared and discrepancies were discussed in the two groups (A, B; C). Codes which couldn't clearly assigned to one category were discussed with all researchers (MRM, JIB, CM, DP, TQ, MR) in a regular video meeting. After the coding process, all codings were peer checked by one of two researchers (TQ or MR) to ensure trustworthiness (41).

Presentation of the results

For the presentation of our scoping review results, we mapped the implementation strategies, implementation outcomes, and influencing factors in form of 3 tables with tick boxes. In addition, we reported further detailed information about the various identified implementation strategies and outcomes as well as influencers descriptively.

Results

We identified for phenomena: (A) a total of 243 records, (B) 400 records, and (C) 543 records through our electronic database searches. After removing duplicates, we screened (A) 140, (B) 268, (C) 455 records against our inclusion and exclusion criteria. Ultimately, we included (A) 7 (42-48), (B) 3 (49-52), and (C) 3 studies (53-55). In addition, we identified (A) 9 (56-63), and (C) 2 (64, 65) corresponding reports through our backward and forward citation tracking to these studies that were included in the review (Figure 1).

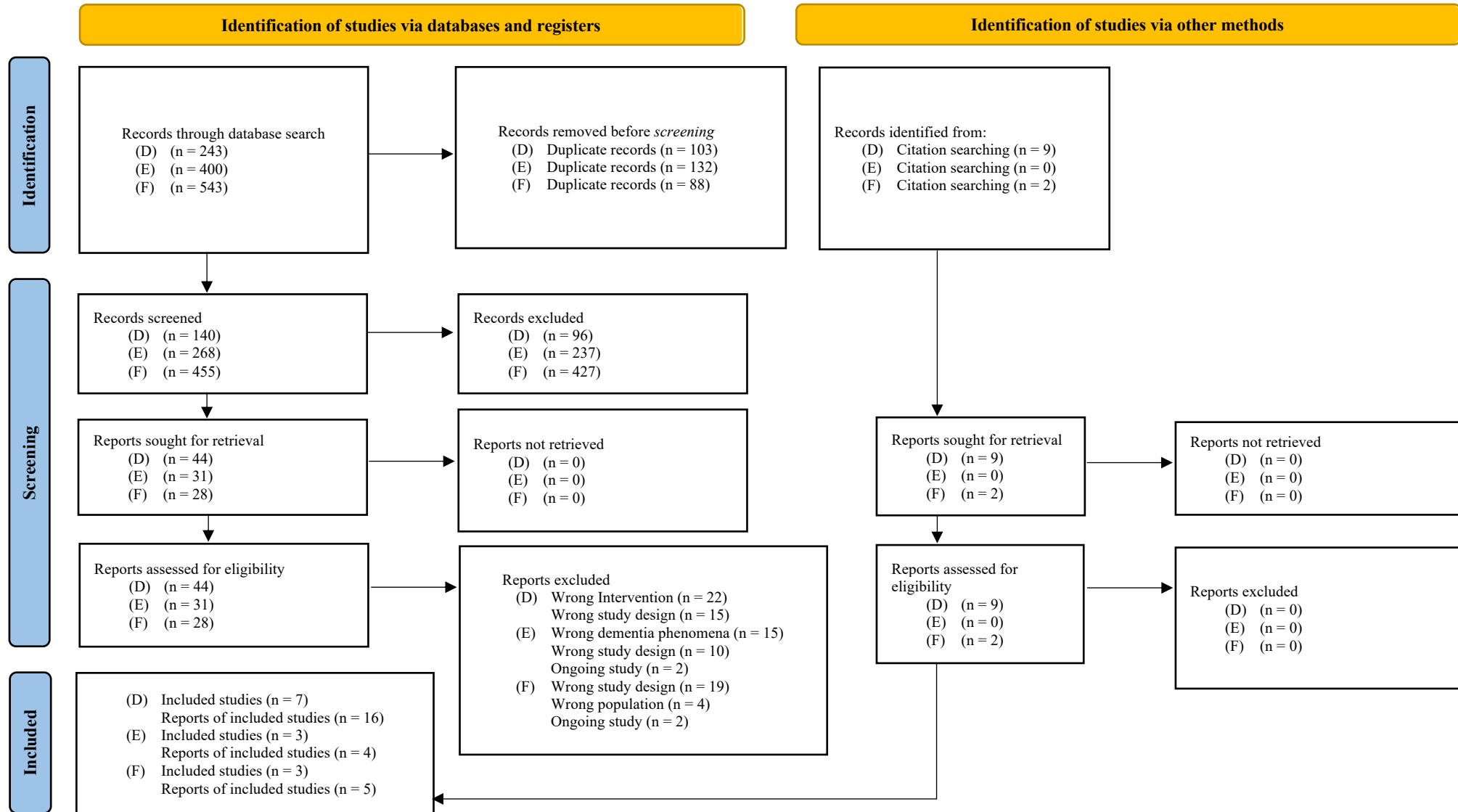


Figure 1: PRISMA 2020 flow diagram (26) demonstrating the identification, screening and eligibility assessments of records preceding scoping review inclusion

Study characteristics

Most of the studies were from Australia (n = 6) (43, 44, 50, 52, 54, 55), and the USA (n = 6) (42, 45, 47-49, 53). Additionally, we identified one study from the United Kingdom (46). Study designs of the included primary studies ranged from implementation studies (n = 4) (48, 50, 52, 55), projects (n = 3) (42, 45, 47), process evaluations (n = 2) (44, 54), pilot/feasibility studies (n = 2) (46, 49), pre/post design (n = 1) (43), and a qualitative study (n = 1) (53). The number of participating healthcare professionals (n = 1079) was reported in ten studies (44-50, 52-54). In addition, ten studies reported the number of participating people with dementia and/or patients and their relatives (n = 1435) (44, 46-50, 52-55). Detailed information about the study characteristics (e.g., implemented interventions) of all included studies are provided in Table 2.

Table 2: Study characteristics

General information	Study design & methods	Participants	Intervention/Survey name/Interview guideline
(A) Behavior that challenges supporting a person with dementia in long-term care			
<p>Primary publication: (43) Additional publication: no information Country: Australia Setting: residential aged care facilities</p>	<p>Aim: effectiveness and acceptability of the concept mapping approach Study design: quasi experimental, pre-/post-testing design</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: staff questionnaires, care plan audits, concept mapping audits 	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ residential aged care facilities (n = 11) <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing staff* 	<p>Concept mapping</p> <p>Case conferences with:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ two formal assessments and opinions of the team were brought in the mapping process ▪ content of the concept map should be accurate, fact- or evidence based and linked to existing concepts ▪ concept map should be validated against what is known about the person by family and staff ▪ concept map should guide care plan developing/ evaluating and help to identify potential risks for staff and clients <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing staff (registered and enrolled nurses, personal care workers)
<p>Primary publication: (42) Additional publication: (56) Country: USA Setting: nursing home</p>	<p>Aim: implementing the Evidence Integration Triangle for Management of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (EIT-4-BPSD) Study design: quality improvement project</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: routine data (residents), tests, observations (nursing staff), assessments (facility), document analysis (nursing staff/facility) 	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing home (n = 1) <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing staff* ▪ residents* 	<p>EIT-4-BPSD</p> <p>Consists of 4 steps:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ step 1: Assessment of the environment and policies ▪ step 2: Education of staff ▪ step 3: Establishing person-centered care plans ▪ step 4: Mentoring and motivating staff <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ facility ▪ nursing staff ▪ indirect residents, who were 55 years and older with at least one behavior that challenges supporting a person with dementia within the past month
<p>Primary publication: (44) Additional publications: (57, 58) Country: Australia Setting: residential dementia care home</p>	<p>Aim: understanding of the inconsistency results of the main study and investigation of factors that enabled and inhibited the implementation of the intervention Study design: process evaluation of a randomized controlled trial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: interviews with care managers, nurses, and care staff, surveys with family members, staff reports, field notes, care plans 	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ residential dementia care homes (n = 38) <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ care managers (n = 29) ▪ nurses and care staff (n = 70) ▪ family members (n = 73) 	<p>Person-centred care (PCC) and person-centred dementia environment (PCE)</p> <p>PCC consists of:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ educational sessions for the staff with the focus on paying attention on residents' feelings when agitated, person-centred interactions, and person-centred care planning to meet psychosocial needs of the residents ▪ on-site supervision ▪ telephone support

General information	Study design & methods	Participants	Intervention/Survey name/Interview guideline
			<p>PCE consists of:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ environmental audit ▪ audit results regarding safety, accessibility, utility, colours, objects, and familiarity of outdoor and social space were considered and facilities were modified <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing and care staff, and facilities ▪ indirect people with dementia aged ≥ 60 years
<p>Primary publication: (45) Additional publication: no information Country: USA Setting: long-term care facility</p>	<p>Aim: improving skills of care staff for the care of people with dementia experiencing behavior that challenges supporting a person with dementia</p> <p>Study design: educational project</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: questionnaire 	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ long-term care facility (n = 1) <p>Study population</p> <p>First educational session:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ staff from all departments (n = 165) <p>Second to fifths educational session:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ staff (n = 70) 	<p>Educational program</p> <p>The intervention consists of five 30-45 minutes educational sessions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ introduction to dementia and the STAR-VA program ▪ verbal and non-verbal communication with people with dementia and without in a long-term care facility setting ▪ presentation, ▪ and explanation of the DICE approach for behavior that challenges supporting a person with dementia ▪ summarizing <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ staff (registered nurses, licensed practice nurses, certified nursing assistants, activity staff, unit secretary, social workers, dietitians, nurse practitioners, housekeepers, dietary staff, charge nurses, unit managers, MDS coordinators and MDS supervisors)
<p>Primary publication: (46) Additional publication: (59, 63) Country: UK Setting: nursing homes</p>	<p>Aim: feasibility of the implementation and effectiveness of a dual-purpose pharmacy-health psychology intervention</p> <p>Study design: open label, mixed method, feasibility study</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: interviews, reflective comments via interviews, questionnaire, medication records 	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing homes (n = 5) <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing home staff (n = 142) ▪ general healthcare staff (n = 22) ▪ people with dementia (n = 108) 	<p>Dual-focused medication review-behavioural change intervention</p> <p>Workshop:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ for nursing home staff 3 educational workshops with the focus on person-centred care and the understanding that unmet needs could cause behavior that challenges supporting a person with dementia were conducted ▪ the workshop aimed to provide staff with skills for the investigation of unmet needs, knowing the person, individualized interventions to meet person needs, understanding that behavior that challenges supporting a person with dementia is not bad behaviour and bad behaviour doesn't mean to be a bad person ▪ the concrete training was conducted along the VIPS Model (Valuing, Individualised, Perspective, and Social)

General information	Study design & methods	Participants	Intervention/Survey name/Interview guideline
			<p>and includes educational elements regarding medication to manage behavior that challenges supporting a person with dementia, guidelines to reduce medication and favour psychosocial interventions and videos demonstrating person-centred practices/practical exercises. Lastly, information was provided and discussion on importance for self-care and good communication among care staff were held</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ primary healthcare staff received a modified version of the education workshop <p>Medication review:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ was provided by two experienced clinical pharmacists ▪ first, a therapeutic alliance was formed between the clinical pharmacist, the person with dementia and their personal relative ▪ the information about the medications and adverse effects were collected ▪ medication plans were then reviewed, with a focus on medications for behavior that challenges supporting a person with dementia, but also on all other medications as part of routine care ▪ the information and recommendations about the review were provided to the general practitioner in writing and by telephone <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing home staff ▪ general healthcare staff (general practitioner (trainees), practice nurses, practice-based pharmacist) ▪ indirect and direct people with dementia who received medication to treat behavior that challenges supporting a person with dementia
<p>Primary publication: (47) Additional publication: no information Country: USA Setting: nursing homes</p>	<p>Aim: changing the culture, establishing a person-centered model, and reducing the treatment of behavior that challenges supporting a person with dementia with antipsychotic medications Study design: quality improvement initiative</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: survey, chart reviews, questionnaire 	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ one dementia care unit of a nursing home <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ administrative team (facility administrator, medical director, director of nursing, human resources, clinical nurse educator, and the scheduler) 	<p>No specific name</p> <p>The interventions targeted residents and staff</p> <p>Residents:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wake time of the residents postponed by two hours ▪ increase in guided activities during the day ▪ bathing is postponed until the evening

General information	Study design & methods	Participants	Intervention/Survey name/Interview guideline
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ direct care team (doctors n = 3, (hospice) nurse practitioner n = 2, unit nurse manager, activity director with two assistants, Certified nurse assistants n = 18 and Licensed practical nurses n = 10 on the unit, clinical nurse educator, wound care nurse, and social worker) ▪ residents (n = 39) ▪ families of the residents* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ adjustment of the time for the administration of the medication <p>Staff:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ establishing a resident-guided schedule for morning caregiving, medication administration, and breakfasts routine ▪ increase staff to resident ratio ▪ education workshops with the focus on culture change and risk of antipsychotics <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ direct and indirect all residents of the dementia care unit ▪ administrative team ▪ direct care team
<p>Primary publication: (48) Additional publications: (60-62, 66) Country: USA Setting: nursing homes</p>	<p>Aim: implementing, testing, and evaluating the implementation strategy the Evidence Integration Triangle for Management of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (EIT-4-BPSD) Study design: pilot study (single-group repeated measures study), testing implementation strategy and process evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: focus groups, medical records, assessments, care plans, checklist, test, observations 	<p>Sites Pilot study:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing homes (n = 2) <p>Implementation study:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing homes (n = 55) <p>Study population Pilot study:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ residents (n = 21) <p>Implementation study and process evaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing home staff (n = 93) (administrator n = 5, director of nursing n = 17, staff nurse n = 18, nursing assistant n = 6, social worker/social service n = 12, recreation therapist/activity staff n = 17, others n = 10) ▪ residents (n = 553) 	<p>EIT-4-BPSD Consists of an initial brainstorming and 4 steps:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ initial 4-h brainstorming session with site champion/stakeholder team ▪ step 1: Assessment of the environment and policies ▪ step 2: Education of staff ▪ step 3: Establishing person-centered care plans ▪ step 4: Mentoring and motivating staff <p>Control group (education only)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ step 2: Education of staff <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ facility ▪ nursing home staff ▪ indirect residents, who were 55 years and older with at least one behavior that challenges supporting a person with dementia within the past month
(B) Delirium in acute care			
<p>Primary publication: (49) Additional publication: no information Country: USA Setting: acute care hospital</p>	<p>Aim: to investigate the feasibility of the computerized decision support component of a multicomponent intervention Study design: prospective, cohort, pilot study</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: instruments, interview, surveys, telephone calls, field notes, hospital information services staff information, feedbacks 	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ one adult medical-surgical unit in an acute care hospital <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ registered nurses (n = 55) ▪ licensed practice nurses (n = 19) ▪ patients with dementia (n = 15) 	<p>Early Nurse Detection of Delirium Superimposed on Dementia The intervention consists of 4 components:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ education for nurses with the focus on detection and management of delirium superimposed on dementia ▪ delirium decision support screens integrated in a computerized decision support system ▪ unit champion to support the implementation

General information	Study design & methods	Participants	Intervention/Survey name/Interview guideline
<p>Primary publication: (50) Additional publication: no information Country: Australia Setting: acute hospitals</p>	<p>Aim: to evaluate the implementation of a model of care Study design: Pre/Post implementation study <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: medical record, audits, surveys, interviews </p>	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acute hospitals (n = 6) <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing staff (pre n = 432; post n = 283) ▪ patients (pre n = 347; post n = 396) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a feedback system to individual nurses on each intervention with the aim to further facilitate assessment and management of delirium superimposed on dementia <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ registered and licensed practice nurses ▪ indirect patients with dementia aged ≥ 65 years <hr/> <p>Confused Hospitalised Older Persons (CHOPs) The intervention consists of 7 principles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cognitive screening ▪ identification and prevention strategies for delirium ▪ assessment of older people with confusion ▪ communication to support person-centred care ▪ staff education related to caring for older people with confusion ▪ supportive care environments for older people with confusion <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nursing staff ▪ direct and indirect patients aged ≥ 65 years
<p>Primary publication: (52) Additional publication: (51) Country: Australia Setting: acute hospital</p>	<p>Aim: to implement a multi-faceted practice change intervention to enhance the capacity of the nursing staff to provide quality care Study design: implementation study <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methods: observation, audits, assessments </p>	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ six wards in an acute hospital <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ registered nurses (n = 34) ▪ patients (n = 181) 	<p>Cognition Champions (CogChamps) The intervention consists of three steps:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 education workshops for CogChamps ▪ development of an individualized action plan by CogChamps ▪ implementation of actions plans by CogChamps <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ registered nurses with two or more years of clinical experience ▪ indirect patients aged ≥ 65 years
(C) Post-acute care needs			
<p>Primary publication: (55) Additional publication: (64) Country: Australia Setting: hospital</p>	<p>Aim: to improve hospital discharge processes for older people with dementia Study design: effectiveness-implementation hybrid design Methods: conducting three phases:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ phase 1 organisational readiness: analysis of policy and practice documents related to discharge, interviews, workshops summaries 	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 wards (with 24 to 32 beds) in 3 hospitals <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ phase 1: clinical staff and families of patients with dementia in participating wards* ▪ phase 2: Queensland health clinical staff*, researchers*, consumers*, representatives (state wide clinical networks for older persons health and dementia)* 	<p>Partnering for Discharge The intervention consists of four elements:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ my Hospital Guide: a person-centred guide with information for the people with dementia and their relatives about the hospital stay and offers ▪ my Journal: a document with information and questions regarding care and discharge, held by the patient or family

General information	Study design & methods	Participants	Intervention/Survey name/Interview guideline
<p>Primary publication: (54) Additional publication: no information Country: Australia Setting: residential care facility</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ phase 2 developing a discharge intervention: survey, meeting minutes, workshop summaries ▪ phase 3 implementation and evaluation: survey, interviews, meeting minutes, administrative data, study notes <p>Aim: to evaluate the implementation and effectiveness of the TC CAMP Study design: evaluation (process and outcome) Methods: individual and focus group interviews, file audits (medical records)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ phase 3: clinical staff and families of patients with dementia in participating wards*, local hospital staff* and stakeholders* in each hospital, patients with dementia (n = 44) <p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 restorative care places in a dementia unit in one residential facility <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TC Camp staff (n = 7) ▪ health service staff (n = 7) ▪ representatives of the facility to which clients were discharged (n = 3) ▪ clients with dementia (n = 11) ▪ family members/carers (n = 7) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ this is me: a document that records the person's background, preferences, and interests ▪ family meeting within 72 hours of admission <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ patients aged ≥ 65 years diagnosed with dementia (primary or additional diagnosis) ▪ family members of patients with diagnosed dementia <p>Transition Care Cognitive Assessment and Management Pilot (TC CAMP) TC Camp is based on a person centered approach and includes 6 restorative care places in a residential facility as a goal oriented and time limited healthcare service for people with dementia who were discharged from the hospital. TC Camp includes the following components:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ clinical nurse consultant (CNC) (Role: Case management including family meetings, cognitive assessment, behavior management, discharge planning, and staff education) ▪ geriatrician ▪ occupational therapist ▪ other health professions if required ▪ person centered tool "Key to me" ▪ individualized care/behavioral and discharge plan <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ patients aged ≥ 65 years with cognitive impairment (MMSE ≤ 24)
<p>Primary publication: (53) Additional publication: (65) Country: USA Setting: hospital, post-acute setting</p>	<p>Aim: to examine barriers and facilitators for implementing a transitional care intervention for cognitively impaired older adults and their caregivers. Study design: exploratory qualitative design Methods: case summaries (of each patient caregiver dyad), case conference field notes</p>	<p>Sites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hospitals* <p>Study population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Advanced practice nurses (APN) (n = 3) ▪ caregivers of these patients (n = 16) ▪ patients with dementia (n = 15) 	<p>Transitional Care Model (TCM) TCM is based on the APN (Advanced practice nurse) role and includes hospital, home, and discharge components General:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ the APN develops goals with the patients and caregivers, identify teaching and learning needs, and consider other needs and issues impacting the care ▪ scheduled visits from the APN: first visit within 24 hours after admission, daily visits during the hospitalization, first visit within 24 hours after discharge, weekly visits during the first month after discharge plus telephone contact, if needed, at least once per week when no

General information	Study design & methods	Participants	Intervention/Survey name/Interview guideline
			<p>home visit is scheduled, at least semi-monthly visits during the intervention period</p> <p>Hospital components:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relationship building with the patients/carers, implementing prevention strategies (e. g., effects of cognitive impairment), developing and implementing of individualized care plans <p>Home Component:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ starts immediately after the discharge, availability of the APN 7 days per week (8 a. m. – 8 p. m.), development of an individual emergency care plan (for the time when the APN is unavailable), support and structuring of the first visit to the primary care or specialist health care provider <p>Discharge:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ APNs use their clinical assessment skills to determine the length of intervention and the termination of the discharge is guided by medical stability, patient and caregiver goals, and the skills of the caregiver to identify early symptoms that require intervention and strategies to prevent poor outcomes <p>Target population of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ patients aged ≥ 65 years with cognitive impairment (six-item screen ≤ 4) living at home ▪ caregiver

* (n) not reported;

Identified implementation strategies

In the included studies in which implementation strategies were identified, we identified between 4 and 21 of the ERIC strategies per study (Table 3).

Clusters with the most reported implementation strategies were **adapt and tailor to context** (3 from 4, 75 % reported: *tailor strategies, promote adaptability, use data experts*) and **train and educate stakeholders** (8 from 11, 73 % reported: *conduct ongoing training, provide ongoing consultation, develop educational materials, make training dynamic, distribute educational materials, use train the trainer strategies, conduct educational meetings, work with educational institutions*).

We identified the most common implementation strategies in two clusters. For the cluster **develop stakeholder interrelationships**, we identified *identify and prepare champions* (n = 7) (42, 44, 47, 50-52, 55, 61, 62, 64), *use advisory boards and workgroups* (n = 7) (42, 45, 47, 50-52, 55, 61, 62, 64), and *use an implementation advisor* (n = 5) (42, 44, 50, 52, 58, 61, 62).

In the cluster **use evaluate and iterative strategies** the following implementation strategies could be identified: *audit and provide feedback* (n = 7) (42, 44, 45, 50-52, 55, 58, 61, 62, 64), *develop a formal implementation blueprint* (n = 7) (42, 45, 47, 50-52, 55, 61, 62, 64), and *assess for readiness* (n = 6) (47, 49-52, 55, 61, 62, 64).

We were unable to identify 38 of the 73 ERIC implementation strategies. Most implementation strategies of the clusters **change infrastructure** (7 from 8, 88 % not reported: *mandate change, change record system, create or change credentialing and/or licensure standards, change service sites, change accreditation or membership requirements, start a dissemination organization, and change liability laws*), **utilize financial strategies** (7 from 9, 78 % not reported: *place innovation on fee for service lists/formularies, alter incentive/allowance structures, make billing easier, alter patient/consumer fees, use other*

*payment schemes, develop disincentives, use capitated payments), and **provide interactive assistance** (3 from 4, 75 %, not reported: *provide local technical assistance, provide clinical supervision, centralize technical assistance*) were not reported.*

Table 3: Implementation strategies across the different phenomena in dementia care

Clusters and relevant implementation strategies of the Eric	(43)	(42, 56)	(44, 57, 58)	(45)	(46, 59, 63)	(47)	(48, 60-62, 66)	(49)	(50)	(51, 52)	(55, 64)	(54)	(53, 65)	N
Use evaluative and iterative strategies														
Assess for readiness and identify barriers and facilitators						x	x	x	x	x	x			6
Audit and provide feedback		x	x	x			x		x	x	x			7
Develop and organize quality monitoring									x	x				2
Develop a formal implementation blueprint				x		x	x		x	x	x			7
Stage implementation scale up							x		x					2
Provide interactive assistance														
Facilitation							x			x				2
Adapt and tailor to context														
Tailor strategies				x			x			x	x			4
Promote adaptability				x		x	x				x			4
Use data experts									x					1
Develop stakeholder interrelationships														
Identify and prepare champions		x	x			x	x		x	x	x			7
Organize clinician implementation team meetings									x		x			3
Recruit, designate, and train for leadership			x											1
Inform local opinion leaders										x				1
Built a coalition							x		x	x				3
Obtain formal commitments							x			x				2
Capture and share local knowledge									x					1
Use advisory boards and workgroups		x		x		x	x		x	x	x			7
Use an implementation advisor		x	x				x		x	x				5
Train and educate stakeholders														
Conduct ongoing training			x				x			x				3
Provide ongoing consultation						x	x		x					3
Develop educational materials		x		x					x	x				4
Make training dynamic										x				1
Distribute educational materials							x							3
Use train-the-trainer strategies		x	x											2
Conduct educational meetings						x	x			x	x			4
Work with educational institutions									x					1
Support clinicians														
Facilitate relay of clinical data to providers									x					1
Remind clinicians										x				1
Create new clinical teams						x			x					2
Engage consumers														
Involve patients/consumers and family members						x				x	x			3
Intervene with patients/consumers to enhance uptake and adherence								x						1

(A) Behavior that challenges supporting a person with dementia in long-term care

(B) Delirium in acute care

(C) Post-acute care needs

Use mass media
Utilize financial strategies
Fund and contract for the clinical innovation
Access new funding
Change infrastructure
Change physical structure and equipment

x

x		
x	x	
x	x	x

	1
	1
	3
	3

Effectiveness of the implementation strategies and outcomes

We were able to identify one study tested the effectiveness of an implementation strategy (48). Here, the effectiveness of the EIT-4-BPSD versus education only was investigated. In this study, outcomes related to adoption, fidelity, penetration, and sustainability were reported. Effects between both groups were reported related to the outcome sustainability. In both groups, a slight increase in policy and environment was noted in terms of promoting person-centered care. No change was noted in the person-centered design of care plans in either group. Related to the other outcomes (adoption, fidelity, and penetration), no results were reported comparing both groups (48).

Of the remaining 12 studies that did not investigate the effectiveness of their implementation strategy, 10 reported implementation outcomes to evaluate the used implementation strategies (42-46, 49, 50, 52, 54, 55). Here, the outcomes fidelity (n = 10), acceptability (n = 5), adoption (n = 4), and penetration (n = 4) were reported most frequently (table 5).

Table 5: Measured implementation outcomes for the included phenomena in dementia care

Implementation outcomes according to Proctor, Silmere (39)	Acceptability	Adoption	Appropriateness	Feasibility	Fidelity	Implementation Cost	Penetration	Sustainability
(A) Behavior that challenges supporting a person with dementia in long-term care								
(43)	x				x			
(42, 56)					x			x
(44, 57, 58)					x	x		
(45)					x			
(46, 59, 63)	x	x			x	x	x	
(47)								
(48, 60-62, 66)		x			x		x	x
(B) Delirium in acute care								
(49)	x	x		x	x		x	
(50)			x		x		x	
(51, 52)		x	x		x			
(C) Post-acute care needs								
(55, 64)	x	x			x		x	
(54)	x		x		x			
(53, 65)								
N =	5	5	3	1	11	2	5	2

Identified facilitators and barriers

We identified 28 of the 37 constructs of the CFIR in the included studies (table 4). In the following, we described the two most frequently mentioned constructs across the different phenomena in dementia care (a, b, and c) of each CFIR domain. Due to the different structuring of the domain ***inner setting***, the most frequent subcodes of the construct's *implementation climate* and *readiness for implementation* were also listed additionally.

Intervention Characteristics

The *adaptability* of the intervention was identified as the most frequent construct for ***intervention characteristics***. The *adaptability* of the intervention was described in terms of the needs of people with dementia and their relatives (44, 47, 49, 53, 54), the knowledge (45, 61) and interests (47, 61) of professionals, the user-friendliness of the intervention (49) and organizational interests (45) and resources such as time (45, 52, 61) and staffing (47) as well as local site (64).

The *evidence strength and quality* of the intervention was described as the second most construct across the different dementia care phenomena (table 4). Perceived *evidence strength and quality* of the intervention (43, 46, 47) or related to intervention components such as the specialized staff (e. g., ANPs) and their roles, competencies, and skills (53, 54, 65), information materials, documents (53, 54), and tools (60), trainings (46, 60), environment (54), and procedures (54).

Outer Setting

We identified *patient needs & resources* as the most reported construct. Due to the focus of the identified implementation studies on people with dementia and the (supposed) importance of relatives as proxies in the care process, we have also included aspects on the needs and resources of families under this construct. *Patient needs & resources* were

described in relation to dementia (53). For example, learning ability and care coordination ability were described as influencing factors in this context. Further, the perception of the acute disease regarding severity and the implication of their symptoms were reported (53). In addition, the intervention fidelity (53, 65), the attitude towards the intervention (53), and the ability to use the intervention and the awareness of the staff to support the use of the intervention (44) were also mentioned as influencing factors regarding *patient needs & resources*. Lastly, the patient resources such as finances, living environment, insurance and medication coverage, access to healthcare, and the social network were reported as influencing factors (53).

Influencing factors regarding needs and resources of the family were the caregiver burden (53, 54, 65), their skills and knowledge related to the care (44, 53, 60, 65) and its coordination (53) as well as the knowledge about (53) and the perception of the disease (acute disease and dementia) (53) of the person with dementia. In addition, expectations (44) and acceptance of the intervention (53), information about and participation in the intervention and its design (44, 47, 53, 60) were described as influencing factors regarding the family.

Cosmopolitanism was described as the second most common construct. Here, the support and involvement of external networks such as the Alzheimer's Association was described as an influencing factor on implementation (50, 65). The fragmentation of the health care system and thus of care was also named as an influencing factor in the studies. In this context, aspects such as lack of cooperation, shared care plan and information exchange between external actors (e.g., primary care physicians, specialist clinics) were mentioned (54, 65).

Inner Setting

Structural characteristics, culture, and networks & communications could be identified in the studies as the most constructs for the domain ***inner setting***. For the construct's *implementation climate* and *readiness for implementation*, the subcodes with the most frequent descriptions were *learning climate* and *available resources*.

Influencing factors related to the construct *structural characteristics* were staff turnover (42, 50, 55, 60), structural changes of the medical specialization (55), the physical environment (62), the work organization (e.g., shift work, double shifts and high volume of agency staff) (52, 60), and the level of awareness for cognitive impairment (dementia and delirium) (50). In addition, the care setting itself was mentioned as a general influencing factor for the implementation (52, 60).

For the construct *culture*, culture of the organization in general (62) and management style (44, 47) in the organization was described as influencing factors in the studies.

Networks & communications includes the influencing factors exchange options such as meetings (45, 54), interdisciplinary teamwork (54, 55, 64) and when (time point) these options are available (54) in the implementation process.

Learning climate as the most described subcode of the construct *implementation climate* includes influencing factors related to space for learning for example in form of mentoring programs or supervision (44, 60), involvement (44, 60), support (55, 60, 64) and acknowledgment (44) of the staff in the change process, opportunity to try out new methods (53), and to feel safe (44) to use the intervention even if others (e.g., especially relatives or colleagues) disagree with it.

For the construct *readiness for implementation* the subcode *available resources* includes the following influencing factors time and workload of the staff (42-46, 50, 52, 55, 60-62, 64),

staffing level (45, 54, 60), resources for training (44). Additionally, the physical environment such as walking areas and activity rooms (60), and activity materials (60) were mentioned in the studies. Lastly, finances were also described as an influencing factor (60).

Characteristics of individuals

We identified *knowledge & beliefs about the intervention* and *other personal attributes* as the most mentioned constructs for the domain ***characteristics of individuals***.

Knowledge & beliefs about the intervention as a construct was described by the influencing factor attitude towards the intervention for example acceptance (43, 44, 60), usefulness (43, 46, 54, 55, 60, 64), appropriateness (46, 54, 60), agreement with the values (46, 55), burden (60), and extra work (60). Moreover, expectation of the intervention (e.g., outcomes) or its implementation (e.g., losing jobs) (47) was also described as an influencing factor. These includes desired or perceived outcomes for the patient and the family (e.g., well-being, quality of life, relationship, positive response) (44, 47, 60, 64), for the staff (e.g., empowerment, confidence, teamwork, work satisfaction) (44, 47, 60), for the organization (e.g., reputation, public relations, requesting new entry's, time, and workload) (44, 54). Furthermore, the knowledge about the intervention and their task and roles in providing these interventions were described as additional influencing factors (44, 46, 54, 55). Influencing factors such as motivation (47, 60), commitment (44, 52), language (44), experience (50), social skills (62), openness (45, 60), and cooperativeness (44) were identified as *other personal attributes*.

Process

In the construct ***process***, we identified most frequently influencing factors related to *engaging*. In this regard, we found influencing factors on *engaging* in general or most of the specific ones related to the subcode *champions*.

We identified *engaging* in form of engagement of staff in general (e.g., existing or lack of) (42, 55, 62, 64), qualities (e.g., interdisciplinarity and skills in dementia care) (45, 50, 60), and strategies (e.g., relocate staff members) (60).

Influencing factors related to *champions* were distinguished in quality (e.g., strong, and passionate about dementia care, expertise in dementia care, skills and interested in the intervention) (45, 55, 60), tasks (e.g., interdisciplinary problem solving, on-going education, brainstorming activities, staff meetings, physical presence on the ward) (42, 44, 47, 55, 60) and roles (e.g., role modeling, leading light in the implementation process) (42, 44, 60).

Moreover, the availability of a champion was named as a general influencing factor (42, 50, 55).

Table 4: Facilitators and barriers for the included phenomena in dementia care

Relevant domains and constructs of the CFIR	(43)	(42, 56)	(44, 57, 58)	(45)	(46, 59, 63)	(47)	(48, 60-62, 66)	(49)	(50)	(51, 52)	(55, 64)	(54)	(53, 65)	N
Intervention characteristics														
Intervention Source														1
Evidence strength & quality	x				x	x	x					x	x	6
Adaptability			x	x		x	x	x				x	x	8
Complexity														2
Outer setting														
Patient needs & resources			x			x	x						x	4
Cosmopolitanism													x	3
External policy & incentives						x	x							2
Inner setting														
Structural characteristics		x					x			x	x			5
Networks & Communications				x								x	x	3
Culture			x			x	x							3
Implementation climate														
Learning climate			x				x						x	4
Goals and feedback			x										x	2
Organizational incentives & rewards			x				x							2
Relative priority					x		x							3
Compatibility							x							3
Tension for change			x	x			x							3
Readiness for implementation														
Access to knowledge & information			x	x		x						x		5
Available resources	x	x	x	x	x		x			x	x			10
Leadership engagement			x	x			x							4
Characteristics of individuals														
Knowledge & beliefs about the intervention	x		x		x	x	x					x	x	7
Individual stage of change	x		x											2
Other personal attributes			x	x			x			x	x			5
Process														
Planning														1
Engaging														5
Formally appointed internal implementation leaders		x		x			x							2
Champions		x	x	x		x	x							7
External change agents							x							1
Reflecting & evaluating			x			x	x							3

(A) Behavior that challenges supporting a person with dementia in long-term care

(B) Delirium in acute care

(C) Post-acute care needs

Discussion

To our knowledge, this is the first study to identify systematically implementation strategies, implementation outcomes and influencing factors related to evidence-based interventions that focus on three pre-selected phenomena in people with symptoms of or who have been diagnosed with dementia: **a)** behaviour that challenges supporting a person with dementia in long-term care, **b)** delirium in acute care, and **c)** post-acute care needs. The strengths of our scoping review are the methodological quality, the systematic and broad approach/scope. Thus, we can provide a broad and theoretically guided overview of the current state of implementation research in dementia care across different healthcare settings.

In summary, we identified a variety of different multi-faceted implementation strategies (between 4 and 21 per study), implementation outcomes, and influencing factors across the 13 included studies (42-50, 52-55). Despite the three different dementia-specific phenomena and the two different settings, we did not find any remarkable differences in the use of the implementation strategies, implementation outcomes, and the identified influencing factors. In terms of influencing factors in particular, *available resources* appear to be one of the most important factors influencing implementation, along with *adaptability* of the intervention. This appears to be unsurprising, as acute care and nursing homes have often struggled with staffing, high staff turnover, funding issues, as well as challenges with equipment and environment, not just since the COVID-19 pandemic (67-70). This could also explain why we found hardly any differences in the reported implementation strategies and influencing factors between the different interventions and settings. Accordingly, it appears that these settings exert fundamental influences on the implementation of innovations due to their general conditions, and implementation under current conditions (e.g., staffing,

staff workload, competencies, qualifications, turnover, finances) can be described as an implementation-hostile climate (71). To address this, implementability of healthcare interventions seems a crucial point (72) and adapting the intervention to the professionals' workflows for a higher acceptability appears to be a key for successful implementation (73). This highlights the importance of not developing interventions in isolation from the implementation strategy (74).

Furthermore, it seems necessary to critically discuss the added value of implementation research in these contexts with a sole focus on facilitators and barriers. Here, a paradigm shift (75) from identifying and describing these influencing factors to concrete evidence-based implementation strategies seems necessary. Thus, in order for the discipline (implementation science) to move forward, it is essential to consolidate innovative ways, methods (co-research/participatory research (76)), and study designs (77) to develop discrete, multi-faceted, and tailored implementation strategies and to concretely test their effect on implementation as well as intervention outcomes (78). This is also confirmed by our results, we could only identify one study that tested an implementation strategy (48). Consequently, the effects of the implementation strategies we identified are still largely unknown and it seems that since 2017 (79), implementation research in dementia care has barely evolved in relation to this point.

However, there often seems to be a lack in the reporting of implementation outcomes, use of psychometric tested implementation outcomes measurements and a discrepancy in the understanding between intervention outcomes and implementation outcomes (30, 80, 81). Thus, in our included studies, implementation outcomes were often not specifically named as such, not measured with psychometric tested assessments or for example, it often remains unclear to what extent the measurement of knowledge can be an implementation

outcome in interventions with a focus on education. Therefore, it seems necessary to focus on a better reporting, the development of psychometric tested measurements and despite the publication of Proctor, Silmere (39) in 2011, to keep in mind the tension between intervention and implementation outcomes (30).

Finally, it should be mentioned that we were able to identify dementia-specific influencing factors, in particular the family and its needs as a key point, which led us to modify the CFIR accordingly. In addition, other dementia-specific influencing factors also appear to exist for the implementation for interventions that address this population (21). We live in a diverse world, and in the health sector, embracing diversity is essential for individuals health (82, 83). Here it seems to be of interest in future research to what extent frameworks like the CFIR considers influencing factors of diverse populations (e.g., people with dementia and or migration or minority backgrounds) and whether a modification seems necessary.

Limitations

The scoping review we conducted has some limitations. First, it should be mentioned that we focused on evidence-based interventions that we previously identified (e.g., DICE). We also considered interventions that included individual components of the identified interventions, but we excluded deviating interventions. Consequently, we did not include all available implementation studies, for example, for behavior that challenges supporting a person with dementia in long-term care with interventions other than the DICE. Second, by using the ERIC, Proctor's outcomes, and the CFIR, we used specific frameworks and descriptions, which makes it difficult to compare our results with others analyzed based on other frameworks and descriptions. However, the ones we used appear to be among the most established due to their high number of citations. Finally, it should be mentioned that

a publications bias cannot be excluded, since we did not specifically and systematically search for e.g. grey literature (84).

Conclusion

Based on the ERIC, the descriptions of Proctor, Silmere (39), and the CFIR our scoping review provides a broad overview of the current state of implementation science in dementia care and identifies various gaps for further implementation research. Our results show that the factors influencing the implementation of innovations are highly homogeneous, regardless of the evidence-based intervention and/or healthcare setting. In addition, the influencing factors we identified most frequently (available resources and adaptability of the intervention) seem unsurprising in the context of dementia care. In contrast, we found almost no information on the effects of the identified implementation strategies.

Consequently, to fill this gap, it seems important to develop and test implementation strategies, especially with the approach of tailoring based on awareness for the known influencing factors, and to advance them based on evidence. For this purpose, it seems necessary to develop and psychometrically test instruments to be able to make predictions about the effectiveness of implementation strategies. This could further promote the overall change to evidence-based dementia care practice and lead to an improvement in care for a vulnerable population.

Declarations

Ethics approval and consent to participate: Because of the nature of scoping reviews, ethical approval is not required

Consent for publication: Not applicable

Availability of data and materials: All data generated or analysed during this study are included in this published article and its supplementary information files.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests

Funding: This work was funded by the Federal Ministry of Health in Germany (BMG) (Grant No. BMG: FKZ 5021FSB001). The BMG was not involved in the design of the study as well as the collection, analysis, and interpretation of data and in writing the manuscript.

Authors' contributions: MRM, CM wrote the initial draft of the manuscript. DP, JIB, TQ and MR revised the manuscript. All authors approved the final manuscript. MRM, CM, DP, JIB developed the search strategies, provided the screening and analyses processes. TQ and MR discussed the results with the two review groups (MRM & JIB; CM & DP). TQ coordinated the study and together with MR developed the conception of the study.

Acknowledgements: We thank the BMG who fund this review.

Supplementary material

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	2-3
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	5-6
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	6
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	1/6
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Table 1
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	7
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Sup. Table 2-4
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	8-9
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	9-10
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	9-10
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	na
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	9-10
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Figure 1
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Table 2
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	na
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	20-32
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	20-32
DISCUSSION			

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	32-34
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	34
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	35
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	36

Supplementary Table 1: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

(25)

Supplementary Table 2: Search strategy example in MEDLINE for behavior that challenge the person (via PubMed)

Population	#1 Dementia[MeSH] #2 Dement*[T/A] #3 Alzheimer*[T/A] #4 Cognitive impairment* [T/A] #5 OR/ #1-4
Concept	#6 DICE[T/A] #7 Triangle[T/A] #8 Person-cent*[T/A] #9 "Person cent*" [T/A] #10 Client-cent*[T/A] #11 "Client cent*" [T/A] #12 Resident-cent*[T/A] #13 "Resident cent*" [T/A] #14 Patient-cent*[T/A] #15 "Patient cent*" [T/A] #16 "DICE approach" [T/A] #17 OR/ #6-16 #18 BPSD[T/A] #19 Behaviour*[T/A] #20 Behavior*[T/A] #21 Challenging behavior*[T/A] #22 Apathy [T/A] #23 Vocalization [T/A] #24 "Resistance to care" [T/A] #25 Resisting care [T/A] #26 Psychogeriat* [T/A] #27 Gerontopsy* [T/A] #28 "Behavioral Symptoms" [MeSH] #29 "Behavioral Symptoms" [T/A] #30 "Behavioural Symptoms" [T/A] #31 "Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia" [T/A] #32 "Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia" [T/A] #33 Aggression [T/A] #34 Agitation [T/A] #35 OR/ #18-34 #36 #17 AND #35 #37 Implement* [T/A] #38 Health plan implementation [MeSH] #39 Implementation Science [MeSH] #40 "Quality improvement*" [T/A] #41 Quality improvement [MeSH] #42 Diffused [T/A] #43 diffusion [T/A] #44 Diffusion of innovation [MeSH] #45 "Knowledge translation*" [T/A] #46 "Knowledge exchange" [T/A] #47 "Knowledge circulation" [T/A] #48 Facilitators [T/A] #49 Barriers [T/A] #50 "Process evaluation*" [T/A] #51 "Formative evaluation*" [T/A] #52 "Summative evaluation*" [T/A] #53 "Qualitative evaluation*" [T/A] #54 Sustainability [T/A] #55 Practicability [T/A] #56 Feasibility [T/A] #57 Fidelity [T/A] #58 Maintenance [T/A] #59 Adopt* [T/A] #60 Integrat* [T/A] #61 Disseminat* [T/A] #62 Promot* [T/A] #63 OR/ #37-62 #64 #36 AND #63
Context	#65 Long term care [MeSH] #66 Residential facilities [MeSH]

	#67 Skilled nursing facilities[MeSH] #68 Residential facilit*[T/A] #69 Skilled nursing facilit*[T/A] #70 Nursing home*[T/A] #71 Homes for the aged[T/A] #72 Care home*[T/A] #73 Long term care[T/A] #74 Short term care[T/A] #75 OR/ #65-74 #76 #5 AND #64 AND #75
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Supplementary Table 3: Search strategy example in MEDLINE for delirium (via PubMed)

Population	#1 Dementia[MeSH] #2 Dement*[T/A] #3 Alzheimer*[T/A] #4 Cognitive impairment*[T/A] #5 OR/ #1-4
Concept	#6 Delirium[MeSH] #7 Delir*[T/A] #8 "Delirium superimposed on dementia"[T/A] #9 DSD[T/A] #10 OR/ #6-9 #11 Prevention[T/A] #12 Identification[T/A] #13 Screen*[T/A] #14 Assessment[T/A] #15 Instrument[T/A] #16 "Delirium management"[T/A] #17 Management[T/A] #18 Guidelines[T/A] #19 OR/ #11-18 #20 #10 AND #19 #21 Implement*[T/A] #22 Health plan implementation[MeSH] #23 Implementation Science [MeSH] #24 "Quality improvement*[T/A] #25 Quality improvement[MeSH] #26 Diffused[T/A] #27 diffusion[T/A] #28 Diffusion of innovation[MeSH] #29 "Knowledge translation*[T/A] #30 "Knowledge exchange"[T/A] #31 "Knowledge circulation"[T/A] #32 Facilitators[T/A] #33 Barriers[T/A] #34 "Process evaluation*[T/A] #35 "Formative evaluation*[T/A] #36 "Summative evaluation*[T/A] #37 "Qualitative evaluation*[T/A] #38 Sustainability[T/A] #39 Practicability[T/A] #40 Feasibility[T/A] #41 Fidelity[T/A] #42 Maintenance[T/A] #43 Adopt*[T/A] #44 Integrat*[T/A] #45 Disseminat*[T/A] #46 Promot*[T/A] #47 OR/ #21-46 #48 #20 AND #47
Context	#49 Hospitals[MeSH] #50 Hospital*[T/A] #51 "Emergency Service, Hospital"[MeSH] #52 ER[T/A] #53 Emergency room[T/A] #54 Emergency department[T/A] #55 ED #56 "Acute care"[T/A] #57 "Acute setting"[T/A] #58 Inpatient[T/A]

#59 Inpatient setting[T/A] #60 Secondary Care[T/A] #61 Clinic[T/A] #62 OR/ #49-61 #63 #5 AND #48 AND #62

Supplementary Table 4: Search strategy example in MEDLINE for post-acute care needs (via PubMed)

Population	#1 Dementia[MeSH] #2 Dement*[T/A] #3 Alzheimer*[T/A] #4 Cognitive impairment*[T/A] #5 OR/ #1-4
Concept	#6 Transitional Care[MeSH] #7 Transitional care[T/A] #8 Transitional care model[T/A] #9 TCM[T/A] #10 Transition*[T/A] #11 Care coordination[T/A] #12 Discharge management[T/A] #13 Continuity of Patient care [MeSH] #14 OR/ #6-13 #15 Implement*[T/A] #16 Health plan implementation[MeSH] #17 Implementation Science [MeSH] #18 "Quality improvement*[T/A] #19 Quality improvement[MeSH] #20 Diffused[T/A] #21 Diffusion[T/A] #22 Diffusion of innovation[MeSH] #23 "Knowledge translation*[T/A] #24 "Knowledge exchange"[T/A] #25 "Knowledge circulation"[T/A] #26 Facilitators[T/A] #27 Barriers[T/A] #28 "Process evaluation*[T/A] #29 "Formative evaluation*[T/A] #30 "Summative evaluation*[T/A] #31 "Qualitative evaluation*[T/A] #32 Sustainability[T/A] #33 Practicability[T/A] #34 Feasibility[T/A] #35 Fidelity[T/A] #36 Maintenance[T/A] #37 Adopt*[T/A] #38 Integrat*[T/A] #39 Disseminat*[T/A] #40 Promot*[T/A] #41 OR/ #15-40 #42 #14 AND #41
Context	#43 Hospitals[MeSH] #44 Hospital*[T/A] #45 Acute care [T/A] #46 Acute setting*[T/A] #47 Inpatient[T/A] #48 Inpatient setting[T/A] #49 Post acute[T/A] #50 Post acute setting[T/A] #51 Secondary care[T/A] #52 Clinic[T/A] #53 OR/ #43-52 #54 #5 AND #42 AND #53

References

1. Manietta C, Quasdorf T, Rommerskirch-Manietta M, Braunwarth JI, Purwins D, Roes M. Protocol for conducting scoping reviews to map implementation strategies in different care settings: focusing on evidence-based interventions for preselected phenomena in people with dementia. *BMJ Open*. 2021;11.
2. PHAoC. A Dementia Strategy for Canada - Together We Aspire. Public Health Agency of Canada,. 2019.
3. BMfFSFJ, BMG. Nationale Demenzstrategie. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,. Bundesministerium für Gesundheit,. 2020.
4. USDHHS. National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2018 Update. U.S. Department of Health and Human Services,. 2018.
5. Digby R, Lee S, Williams A. The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2017;26(9-10):1152-71.
6. Dewing J, Dijk S. What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia (London)*. 2016;15(1):106-24.
7. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(7):1025-39.
8. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium Superimposed on Dementia: A Systematic Review. *Progress in Geriatrics*. 2002;50:1723-32.
9. Fick DM, Steis MR, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *J Hosp Med*. 2013;8(9):500-5.
10. Chenoweth L, Kable A, Pond D. Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: a review of the literature. *Australas J Ageing*. 2015;34(1):9-14.
11. Kable A, Chenoweth L, Pond D, Hullick C. Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:567.
12. Feast A, Moniz-Cook E, Stoner C, Charlesworth G, Orrell M. A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(11):1761-74.
13. Foebel AD, Onder G, Finne-Soveri H, Lukas A, Denkinger MD, Carfi A, et al. Physical Restraint and Antipsychotic Medication Use Among Nursing Home Residents With Dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(2):184 e9-14.
14. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, Psychiatry OATFoTWFoB. Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(11):1996-2021.
15. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord*. 2017;10(8):297-309.
16. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(9):946-53.
17. Schumacher-Schonert F, Wucherer D, Nikelski A, Kreisel S, Vollmar HC, Hoffmann W, et al. [Discharge management in German hospitals for cognitively impaired, older people-a scoping review]. *Z Gerontol Geriatr*. 2020.

18. NICE. Dementia - A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. The British Psychological Society and Gaskell & The Royal College of Psychiatrists; 2007.
19. Graham D, Tetroe J. How to Translate Health Research Knowledge into Effective Healthcare Action. *Healthcare Quarterly*. 2007;10(3):20-2.
20. Bostrom AM, Kajermo KN, Nordstrom G, Wallin L. Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *J Clin Nurs*. 2009;18(10):1430-41.
21. Karrer M, Hirt J, Zeller A, Saxer S. What hinders and facilitates the implementation of nurse-led interventions in dementia care? A scoping review. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):127.
22. Munten G, Van den Bogaard J, Garretsen H, Bongers I. Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2010;7(3):135-57.
23. Draper B, Low LF, Withall A, Vickland V, Ward T. Translating dementia research into practice. *Int Psychogeriatr*. 2009;21 Suppl 1:S72-80.
24. Pieper D, Ge L, Abou-Setta A. Is reusing text from a protocol in the completed systematic review acceptable? *Syst Rev*. 2021;10(1):131.
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*. 2021.
27. DICE. The Dice approach 2020 [Available from: <https://diceapproach.com>].
28. University of Pennsylvania. Transitional Care Model 2019 [cited 2019 24.10]. Available from: <https://www.nursing.upenn.edu/ncth/transitional-care-model/>.
29. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015.
30. Rommerskirch-Manietta M, Braunwarth JI, Quasdorf T, Manietta C, Rodrigues-Recchia D, Reuther S, et al. Organizational Capacity Building in Nursing Facilities to Promote Resident Mobility: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(12):2408-24.
31. Manietta C, Labonté V, Möhler R. Structured Care Protocols to Reduce Behavior That Challenges in People With Dementia: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2021.
32. Rommerskirch-Manietta M, Purwins D, Van Haitsma K, Abbott KM, Roes M. Instruments for assessing the preferences for everyday living of older people with various care needs across different care settings: an evidence map. *Geriatric Nursing*. 2022;45:18-28.
33. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol*. 2016;75:40-6.
34. Nordhausen T, Hirt J. Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken - RefHunter: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg & Ostschweizer Fachhochschule; 2020.
35. Covidence. Systematic review software Melbourne, Australia.: Veritas Health Innovation; 2020 [Available from: www.covidence.org].
36. Perry CK, Damschroder LJ, Hemler JR, Woodson TT, Ono SS, Cohen DJ. Specifying and comparing implementation strategies across seven large implementation interventions: a practical application of theory. *Implement Sci*. 2019;14(1):32.
37. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci*. 2015;10:21.
38. Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM, Damschroder LJ, Chinman MJ, Smith JL, et al. Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their

feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implement Sci.* 2015;10:109.

39. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health.* 2011;38(2):65-76.

40. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science.* 2009;4(1):50.

41. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative Content Analysis. *SAGE Open.* 2014;4(1).

42. Anderson CE. The Evidence Integration Triangle for Management of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia 2020.

43. Aberdeen SM, Byrne G. Concept mapping to improve team work, team learning and care of the person with dementia and behavioural and psychological symptoms. *Dementia (London).* 2018;17(3):279-96.

44. Chenoweth L, Jeon YH, Stein-Parbury J, Forbes I, Fleming R, Cook J, et al. PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments. *Int Psychogeriatr.* 2015;27(12):2045-57.

45. Huryk M. A Resident-Centered Dementia Care Staff Education Project to Reduce Challenging Behaviors at a Long-Term Care Facility 2016.

46. Maidment ID, Damery S, Campbell N, Seare N, Fox C, Iliffe S, et al. Medication review plus person-centred care: a feasibility study of a pharmacy-health psychology dual intervention to improve care for people living with dementia. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):340.

47. Tawiah P, Black M, Scott-Walker M, Johnson E, Vaughan CP. Reducing antipsychotic use through culture change: An interdisciplinary effort. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging.* 2016;24(10):27-32.

48. Resnick B, Van Haitsma K, Kolanowski A, Galik E, Boltz M, Zhu S, et al. Implementation of the Evidence Integration Triangle for behavioral and psychological symptoms of dementia (EIT-4-BPSD) in care communities. *Nurs Outlook.* 2021.

49. Fick DM, Steis MR, Mion LC, Walls JL. Computerized decision support for delirium superimposed on dementia in older adults. *J Gerontol Nurs.* 2011;37(4):39-47.

50. Kurrle S, Bateman C, Cumming A, Pang G, Patterson S, Temple A. Implementation of a model of care for hospitalised older persons with cognitive impairment (the Confused Hospitalised Older Persons program) in six New South Wales hospitals. *Australas J Ageing.* 2019;38 Suppl 2:98-106.

51. Travers C, Graham F, Henderson A, Beattie E. CogChamps - a model of implementing evidence-based care in hospitals: study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):202.

52. Travers C, Henderson A, Graham F, Beattie E. CogChamps: impact of a project to educate nurses about delirium and improve the quality of care for hospitalized patients with cognitive impairment. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):534.

53. Bradway C, Trotta R, Bixby MB, McPartland E, Wollman MC, Kapustka H, et al. A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. *Gerontologist.* 2012;52(3):394-407.

54. Renehan E, Haralambous B, Galvin P, Kotis M, Dow B. Evaluation of a transition care cognitive assessment and management pilot. *Contemp Nurse.* 2013;43(2):134-45.

55. Grealish L, Stockwell-Smith G, Queensland Health. Dementia Discharge Pathway Report. Brisbane, Australia: Queensland Health; 2019.

56. Anderson CE, Anderson CE, Yarbrough K, Resnick B. Implementation of the Evidence Integration Triangle for the Management of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (EIT-4-BPSD) Intervention in a Nursing Home Setting. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(3).
57. Chenoweth L, Forbes I, Fleming R, King M, Stein-Parbury J. PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2014;26(7):1147-60.
58. Chenoweth L, King M, Luscombe G, Forbes I, Jeon YH, Parbury JS, et al. Study protocol of a randomised controlled group trial of client and care outcomes in the residential dementia care setting. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2011;8(3):153-65.
59. Maidment ID, Shaw RL, Killick K, Damery S, Hilton A, Wilcock J, et al. Improving the management of behaviour that challenges associated with dementia in care homes: protocol for pharmacy-health psychology intervention feasibility study. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010279.
60. Behrens L, Boltz M, Riley K, Eshraghi K, Resnick B, Galik E, et al. Process evaluation of an implementation study in dementia care (EIT-4-BPSD): stakeholder perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1006.
61. Resnick B, Kolanowski A, Van Haitsma K, Galik E, Boltz M, Ellis J, et al. Testing the evidence integration triangle for implementation of interventions to manage behavioral and psychological symptoms associated with dementia: Protocol for a pragmatic trial. *Res Nurs Health*. 2018;41(3):228-42.
62. Resnick B, Kolanowski A, Van Haitsma K, Boltz M, Galik E, Bonner A, et al. Pilot Testing of the EIT-4-BPSD Intervention. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2016;31(7):570-9.
63. Maidment ID, Barton G, Campbell N, Shaw R, Seare N, Fox C, et al. MEDREV (pharmacy-health psychology intervention in people living with dementia with behaviour that challenges): the feasibility of measuring clinical outcomes and costs of the intervention. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):157.
64. Stockwell-Smith G, Santoso Y, Layton K, Soleil-Moudiky-Joh E, Marshall A, Argo A, et al. Partnering for discharge. *Australian Journal of DementiaCare*. 2020;9(3):31-5.
65. Naylor MD, Hirschman KB, Bowles KH, Bixby B, Konick-McMahan J, Stephens C. Care Coordination for Cognitively Impaired Older Adults and Their Caregivers. *Home Health Care Serv Q*. 2007;26(4):57-78.
66. Kolanowski A, Heid AR, Behrens L, Riley K, Madrigal C, Boltz M, et al. Community Goal Setting and Attainment: Organizational Characteristics and Indicators of Staff Adoption. *J Gerontol Nurs*. 2022;48(5):5-12.
67. White EM, Wetle TF, Reddy A, Baier RR. Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(1):199-203.
68. Grabowski DC. Putting the Nursing and Home in Nursing Homes. *Innovation in Aging*. 2022;29:1-16.
69. Willan J, King AJ, Jeffery K, Bienz N. Challenges for NHS hospitals during covid-19 epidemic. *BMJ*. 2020;368:m1117.
70. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nurs Outlook*. 2002;50(5):187-94.
71. Fakhra A, Groenvynck L, de Boer B, van Achterberg T, Hamers J, Verbeek H. A myriad of factors influencing the implementation of transitional care innovations: a scoping review. *Implement Sci*. 2021;16(1):21.
72. Klaic M, Kapp S, Hudson P, Chapman W, Denehy L, Story D, et al. Implementability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a conceptual framework. *Implement Sci*. 2022;17(1):10.

73. Basinska K, Zuniga F, Simon M, De Geest S, Guerbaai RA, Wellens NIH, et al. Implementation of a complex intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a mixed-method evaluation of implementation processes and outcomes. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):196.
74. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2021;374:n2061.
75. Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions.* Berlin: Suhrkamp 1996.
76. Rohra H, Mann J, Rommerskirch-Manietta M, Roes M, Kuliga S. Wayfinding and Urban Design From the Perspective of People Living With Dementia – A Call for Participatory Research. *Journal of Urban Design and Mental Health.* 2021;7(4).
77. Powell BJ, Haley AD, Patel SV, Amaya-Jackson L, Glienke B, Blythe M, et al. Improving the implementation and sustainment of evidence-based practices in community mental health organizations: a study protocol for a matched-pair cluster randomized pilot study of the Collaborative Organizational Approach to Selecting and Tailoring Implementation Strategies (COAST-IS). *Implement Sci Commun.* 2020;1.
78. Powell BJ, Fernandez ME, Williams NJ, Aarons GA, Beidas RS, Lewis CC, et al. Enhancing the Impact of Implementation Strategies in Healthcare: A Research Agenda. *Front Public Health.* 2019;7:3.
79. Lourida I, Abbott RA, Rogers M, Lang IA, Stein K, Kent B, et al. Dissemination and implementation research in dementia care: a systematic scoping review and evidence map. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):147.
80. Mettert K, Lewis C, Dorsey C, Halko H, Weiner B. Measuring implementation outcomes: An updated systematic review of measures' psychometric properties. *Implementation Research and Practice.* 2020;1.
81. Toropova A, Bjorklund C, Bergstrom G, Elinder LS, Stigmar K, Wahlin C, et al. Effectiveness of a multifaceted implementation strategy for improving adherence to the guideline for prevention of mental ill-health among school personnel in Sweden: a cluster randomized trial. *Implement Sci.* 2022;17(1):23.
82. Sacca L, Shegog R, Hernandez B, Peskin M, Rushing SC, Jessen C, et al. Barriers, frameworks, and mitigating strategies influencing the dissemination and implementation of health promotion interventions in indigenous communities: a scoping review. *Implement Sci.* 2022;17(1):18.
83. Nair L, Adetayo OA. Cultural Competence and Ethnic Diversity in Healthcare. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2019;7(5):e2219.
84. Manietta C, Rommerskirch-Manietta M, Purwins D, Roes M. Consulting concepts and structures for people with dementia in Germany: a protocol for a 'grey-shaded' scoping review. *BMJ Open.* 2022;12:e059771.

Anhang 3: Unterauftragnehmerin - Prognos

Ergebnisberichte zu den Online-Surveys im Projekt Transfer evidenzbasierter Präventions- und Versorgungskonzepte in die Routineversorgung von Menschen mit Demenz (TRANSFER-DEM)

Das Modul 2 (Online-Befragung) wurde von Prognos als Unterauftragnehmerin verantwortet und durchgeführt. Alle in diesem Bericht zu Modul 2 enthaltenen Textbausteine wurden aus dem Ergebnisbericht von Prognos an das DZNE Witten übernommen (Stand Mai 2022). Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Abbildungen und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei der Prognos AG. Jede Art der Vervielfältigung, Verbreitung, öffentlichen Zugänglichmachung oder andere Nutzung bedarf der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung der Prognos AG

Autorinnen und Autoren	Auftragnehmer
Laura Sulzer (laura.sulzer@prognos.com) Jakob Maetzel Dr. Stefan Moog Gesa Kröger	Prognos AG Heinrich-von-Stephan-Straße 17 79100 Freiburg Telefon: +49 761 7661164-810 Fax: +49 761 7661164-820 E-Mail: info@prognos.com www.prognos.com twitter.com/Prognos_AG