

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Abschlussbericht – Sachbericht

**PraWiDem – Vernetzung von Pflegepraxis und
Wissenschaft durch den Living-Lab-Demenz-Ansatz**



Medizinische Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg



Medizinische Fakultät



Titel und Verantwortliche

Projekttitle	PraWiDem – Vernetzung von Pflegepraxis und Wissenschaft durch den Living-Lab-Demenz-Ansatz
Förderkennzeichen	ZM/1-2521FSB98A (Halle) ZM/1-2521FSB98B (Köln) ZM/1- 2521FSB98C (Düsseldorf)
Förderzeitraum	01.09.2021 - 31.08.2024
Projektleitung	Dr. rer. medic. Anja Bieber, Martin N. Dichter, Ph.D.
Kontakt	Dr. Anja Bieber, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Medizinische Fakultät, Universitätsmedizin Halle Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Tel: 0345 557 4427, E-Mail: anja.bieber@uk-halle.de Martin N. Dichter, Ph.D., Universität zu Köln Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Pflegewissenschaft, Gleueler Straße 176-178 50935 Köln Tel: 0221 478 34640 E-Mail: martin.dichter@uk- koeln.de
Projektmitarbeitende	Dr. Anja Bieber, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Prof. Dr. Sascha Köpke, Martin N. Dichter, Ph.D., Prof. Dr. Stefan Wilm, Andrea Leinen, Felix Bühler, Helga Schneider-Schelte
Fördervolumen	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: 326.371,33 € Universität zu Köln und Uniklinik Köln: 280.123,99 € Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: 30.240,00 €

Danksagung

Unser Dank gilt dem Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Förderung unseres Projektes.

Wir danken den Mitarbeitenden des Diakonissenhauses ZION Aue, der Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle (Saale) sowie der Städtischen Seniorenheime Krefeld, deren Engagement im Living Lab Demenz die Durchführung dieses Projekts ermöglicht hat. Besonderer Dank gilt den Leitungspersonen der Praxispartner für Ihr Engagement für die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Universitäten und Pflegeeinrichtungen sowie für die Verstetigung des Living Lab Demenz.

Weiterhin danken wir den Mitgliedern des PraWiDem-Expertinnen- und -Expertenteams, den Mitarbeitenden der Universität Maastricht und dem Team des dortigen „Living Lab in Ageing and Long-Term Care“, die die Adaption des Living-Lab-Ansatzes und die Implementierung des Living Lab Demenz mit vielen Ratschlägen begleiteten.

Nicht zuletzt gilt unser Dank den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Demenz und Forschung“, die ehrenamtlich die im Living Lab Demenz bearbeiteten Teilprojekte berieten und wertvolle Hinweise zu deren Durchführung gaben.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	6
2	Einleitung	7
	2.1 Ausgangslage des Projekts	7
	2.2 Ziele des Projekts	9
3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	12
4	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	16
5	Ergebnisse	17
	5.1 Ziel 1: Die Adaption des Living Lab Ansatzes für die Versorgung von Menschen mit Demenz sowie den nationalen Kontext ist erfolgt.....	17
	5.1.1 Ergebnisse der Literaturübersicht	18
	5.1.2 Ergebnisse der qualitativen Befragung	19
	5.2 Ziel 2: Die Erprobung und Evaluation des Living Lab Demenz ist erfolgt	20
	5.3 Ziel 3: Empfehlungen für die nachhaltige Implementierung des Living-Lab-Demenz-Ansatzes liegen vor und sind disseminiert.	27
	5.3.1 Ergebnisse der Prozessevaluation.....	29
6	Gender Mainstreaming Aspekte	56
7	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	56
8	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	63
9	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)	65
10	Publikationsverzeichnis	66
11	Literaturverzeichnis	67

Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 Ziele mit Teilzielen und Indikatoren der Zielerreichung	10
Tabelle 2 Ursprünglicher Zeit- und Arbeitsplan	16
Abbildung 2 Logisches Modell (Leinen et al. 2025).....	28
Tabelle 3 Häufigkeit des Austausches pro Cluster.....	29
Tabelle 4 Häufigkeit des übergreifenden Austausches	29
Tabelle 5 Anzahl der Strukturen und der Teilnehmenden	30
Tabelle 6 Aktivitäten und Arbeitsstrukturen.....	31
Tabelle 7 Förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung.....	48

Abkürzungsverzeichnis

ACC	<i>Academic Collaborative Center</i>
DAIzG.....	<i>Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz</i>
EBP	<i>Evidenzbasierte Pflege</i>
LLD	<i>Living Lab Demenz</i>
MLU	<i>Martin-Luther-Universität</i>
MRC.....	<i>Medical Research Council</i>
PCC	<i>Person-zentrierte Pflege</i>
PLP	<i>Praxis Linking Pin</i>
WLP	<i>Wissenschaftlicher Linking Pin</i>

1 Zusammenfassung

Mit dem Projekt PraWiDem - Vernetzung von Pflegepraxis und Wissenschaft durch den Living-Lab-Demenz-Ansatz wurde der Wissenschafts-Praxis-Transfers gefördert und eine evidenzbasierte und Person-zentrierten Pflege (PCC) bei Demenz weiterentwickelt. Der Living-Lab-Demenz-Ansatz ermöglicht die Partizipation von versorgungsrelevanten Akteurinnen, Akteuren und von Menschen mit Demenz an Demenzversorgungsforschungsprojekten im unmittelbaren Praxisumfeld. Das Projekt beinhaltete die Adaption des Living-Lab-Ansatzes für die nationale, demenzspezifische Versorgungsforschung. Der adaptierte Ansatz wurde in Wissenschaft-Praxis-Kooperationen an den Studienzentren Köln (Praxispartner Städtische Seniorenheime Krefeld) und Halle (Saale) (Praxispartner Diakonissenhaus ZION e.V. Aue sowie Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle) sowie dem Institut für Allgemeinmedizin (Düsseldorf) erprobt und evaluiert. Mit der Initiierung der Arbeitsgruppe „Demenz und Forschung“ in Anbindung an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG) wurde im Projekt die Perspektive von Menschen mit Demenz integriert. Das erfolgte in regelmäßigen Beratungen der Teilprojekte in Form von Online-Konsultationen. Die Erprobung des Living-Lab-Demenz-Ansatzes fand in vier Teilprojekten statt, die sich auf folgende Themen bezogen: „Selbstbestimmte Ernährung - Umgang mit Ablehnung von Essen und Trinken bei der Versorgung von Menschen mit Demenz“ (Seniorenheim Linn der Städtischen Seniorenheime Krefeld), „KomDem - Förderung der Kommunikation von Alltagswünschen von Menschen mit Demenz“ (Cornelius-de-Greif-Stift der Städtischen Seniorenheime Krefeld), „Stimulation der Sinne bei immobilen Menschen mit Demenz“ (Hausgemeinschaft für Menschen mit Demenz der Paul-Riebeck-Stiftung Halle (Saale)) sowie „Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit bei Demenz“ (Ambulanter Pflegedienst des Diakonissenhauses ZION e.V. Aue). In allen Teilprojekten arbeiteten Tandems aus jeweils einem wissenschaftlichen Linking Pin (WLP) und einem Praxis Linking Pin (PLP) über die gesamte Erprobungsphase von 18 Monaten und darüber hinaus.

Mit der Unterstützung durch einrichtungsbezogene Projektteams wurden Maßnahmen in den jeweiligen Themenfeldern entwickelt und deren Implementierung in den Pflege- und Versorgungsalltag vorbereitet bzw. schrittweise umgesetzt. Die Erprobungsphase wurde mittels einer Prozessevaluation mit qualitativen und quantitativen Methoden evaluiert. Ein Logisches Modell strukturierte die Prozessevaluation, mit der Erkenntnisse zu den Interventionskomponenten, Wirkmechanismen und Outcomes gewonnen wurden. Auf dieser Basis wurden Empfehlungen entwickelt, um den Living-Lab-Demenz-Ansatz im Rahmen der Demenzversorgungsforschung nachhaltig implementieren zu können. Für die Nachhaltigkeit des Projekts steht der Zusammenschluss der Universitäten Halle und Köln mit den Praxispartnern aus Aue, Halle und Krefeld im Wissenschafts-Praxis-Netzwerk PraWiLab.

Das Netzwerk ist dem in 2023 gegründeten internationalen Living Lab Netzwerk angeschlossen und ist so Bestandteil der evidenzbasierten und praxisorientierten Weiterentwicklung des Living-Lab-Ansatzes.

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage des Projekts

Der institutionelle Charakter von Langzeitpflegeeinrichtungen, mit organisatorischen Regelungen und Normen, schränkt die Möglichkeiten der Menschen mit Demenz ein, Entscheidungen über ihr eigenes Leben zu treffen (Vaismoradi et al., 2016). Nicht erfüllte Bedürfnisse können zu Verhaltensänderungen führen, wie z.B. Erregung, Psychose, Angstzustände, Depression und Apathie mit entsprechend negativen Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen. Diese Erfahrungen und Symptome sind belastend für die Menschen mit Demenz und für ihre Pflegepersonen und führen zu Herausforderungen in der Pflege (Livingstone et al., 2014; Schmidt et al., 2012).

Psychoziale Interventionen werden als Schlüssel für eine gute Lebensqualität von Menschen mit Demenz angesehen (Vernooij-Dassen et al., 2010). Person-zentrierte Pflege, als Ansatz, zielt darauf ab, Autonomie, Wahlfreiheit, persönliche Kontrolle, Unabhängigkeit und Interaktionen mit anderen Menschen zu fördern, und ist einer der wichtigsten demenzspezifischen psychosozialen Versorgungsansätze (Brownie & Nancarrow, 2013). Demzufolge wird Person-zentrierte Pflege auch in Leitlinien empfohlen (DQNP, 2019; NICE, 2018). Die Umsetzung der Person-zentrierten Versorgung ist anspruchsvoll (Quasdorf et al., 2017). Individuelle Schulungen von Pflegepersonen mit Bezug auf Person-zentrierte Fähigkeiten reichen nicht aus. Deshalb sind Interventionen erforderlich, die auf der Organisationsebene ansetzen. Entscheidend ist die Präsenz von sogenannten „lokalen Champions“, die in der täglichen Praxis als Change Agents, Mentoren und Vorbilder agieren (Quasdorf et al., 2017).

Neben der Implementierung von psycho-sozialen Interventionen ist die Integration von neuem wissenschaftlichem Wissen in den Versorgungsalltag eine ungelöste Aufgabe. Laut Schätzungen dauert es bis zu 17 Jahre bis wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis umgesetzt werden (Balas & Boren, 2000). Gleichzeitig hat sich die Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen, die in der biomedizinischen Datenbank Medline unter dem MeSH Term „Nursing“ verschlagwortet sind oder aber bei denen das Wort „Nursing“ im Titel oder Abstrakt vorkommt, in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt. Die unzureichende Verwendung von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen spiegelt sich auch in den Ergebnissen zweier Surveys aus dem deutschsprachigen Raum zum Interesse und der

Motivation von beruflich Pflegenden zur Integration von wissenschaftlichen Ergebnissen im Arbeitsalltag wider (Breimaier et al., 2011; Köpke et al., 2013).

Zur Integration des jeweils besten zur Verfügung stehenden Wissens wird das Konzept einer evidenzbasierten Pflege (EBP) im deutschsprachigen Raum seit vielen Jahren diskutiert (Behrens & Langer, 2004), bedauerlicherweise jedoch kaum umgesetzt. Grundsätzlich erfordert eine EBP bei Demenz strategische, kulturelle, technische und strukturelle Voraussetzungen (Solomons & Spross, 2011), damit das Zusammenspiel des derzeit besten wissenschaftlichen Wissens zur Beantwortung einer definierten Fragestellung, der Präferenz des Menschen mit Demenz sowie der klinischen Expertise der Pflegenden vor dem Hintergrund der gegebenen Ressourcen und Rahmenbedingungen wirksam werden kann. Als wichtiger Faktor zur Implementierung einer EBP und damit auch zur Verminderung der Theorie-Praxis-Lücke werden ähnlich wie bei der Implementierung von psycho-sozialen Interventionen sogenannte Champions empfohlen, die vor allem eine Kultur für das Interesse an wissenschaftlichem Wissen und einer evidenzbasierten Pflegepraxis fördern (Meyer et al., 2013).

Hier setzt der an der Universität Maastricht entwickelte Living Lab Ansatz an. Das Living Lab ist kein physischer Raum, sondern ein Netzwerk im südlichen Teil der Niederlande, in dem Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler durch kontinuierliche Diskussion mit Endnutzern wie u.a. älteren Menschen und ihren Familien, Pflegenden und Einrichtungsleitungen zusammenarbeiten (Verbeek et al., 2020). Das Living Lab leistet durch wissenschaftliche Forschung einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedarf, der Qualität der Pflege und der Arbeit für die in der stationären Langzeitpflege Beschäftigten. Im Living Lab erfolgt eine enge Zusammenarbeit in Forschungsprojekten mit relevanten Akteuren aus verschiedenen Bereichen, je nach Zielsetzung, wie z.B. der Primärversorgung, Krankenhäusern oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Ältere Menschen und ihre Angehörigen sowie gesetzliche Vertretungen haben eine zentrale Rolle innerhalb des Living Labs. Sie nehmen u.a. direkt an jedem Forschungsprojekt teil, entweder als Mitglied der Projektgruppe oder als Beratende. Das Living Lab hat zwei wesentliche Strukturelemente, die das Zentrum aller Aktivitäten bilden. Das erste Strukturelement sind sogenannte Linking Pins (Verbindungspersonen zwischen Praxis und Wissenschaft). Es gibt wissenschaftliche und praxisorientierte Linking Pins, die jeweils als Paare reziprok zusammenarbeiten und so praxisnahe wissenschaftliche Forschung einerseits und die Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in die tägliche Praxis andererseits stimulieren. Das Linking Pin-Paar identifiziert und übersetzt Projektideen und koordiniert deren Umsetzung und die Präsentation der Ergebnisse für die jeweilige Partnereinrichtung. Das zweite Strukturelement des Living Labs ist eine interdisziplinäre Partnerschaft unter Verwendung eines teamwissenschaftlichen Ansatzes. Zu den Kooperationspartnern gehören

ältere Menschen und ihre Familien sowie eine Vielzahl von Fachkräften des Gesundheitswesens, Leitungskräfte und politische Entscheidungsträger. Im Rahmen des PraWiDem Projektes erfolgt die Adaption und Evaluation des Living Lab Ansatzes in der Langzeitpflege in Deutschland.

2.2 Ziele des Projekts

Grundidee: Die Grundidee des Vorhabens ist die Förderung des Wissenschafts-Praxis-Transfers und damit einer evidenzbasierten und Person-zentrierten Pflege auf der Basis des Living Lab Ansatzes. Dieser Ansatz ermöglicht die Partizipation von versorgungsrelevanten Akteurinnen, Akteuren und von Menschen mit Demenz an Demenzversorgungsforschungsprojekten im unmittelbaren Praxisumfeld.

Inhalte: Das Projekt beinhaltet die Adaption des Living Lab Ansatzes für die nationale, demenzspezifische Versorgungsforschung. Der adaptierte Ansatz wird in Wissenschaft-Praxis-Kooperationen an den Studienzentren Köln (Praxispartner Städtische Seniorenheime Krefeld) und Halle (Saale) (Praxispartner Diakonissenhaus ZION e.V. Aue sowie Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle) sowie dem Institut für Allgemeinmedizin (Düsseldorf) erprobt und evaluiert. Im Ergebnis werden Empfehlungen entwickelt, um den Living-Lab-Demenz-Ansatz im Rahmen des Netzwerkes zur Demenzversorgungsforschung nachhaltig implementieren zu können. Mit der Initiierung der Arbeitsgruppe „Demenz und Forschung“ in Anbindung an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG) wird im Projekt und darüber hinaus die Perspektive von Menschen mit Demenz integriert. In Tabelle 1 werden die Ziele, Teilziele und Indikatoren der Zielerreichung gemäß der Antragstellung abgebildet.

Zielgruppen: Zu den Zielgruppen zählen versorgungsrelevante Akteurinnen und Akteure, konkret sind das Mitarbeitende der Pflege und Betreuung der Langzeitpflegeeinrichtungen sowie Ärztinnen und Ärzte. Zielgruppe sind außerdem Menschen mit Demenz bzw. deren Vertretungen, die zum einen aktiv in Projektprozesse eingebunden werden und zum anderen von den Projektergebnissen profitieren. Zielgruppen sind darüber hinaus Entscheidungsträger aus Wissenschaft, Praxis, Politik und von Kranken- bzw. Pflegekassen sowie Interessierte der (Fach-)Öffentlichkeit.

Tabelle 1 Ziele mit Teilzielen und Indikatoren der Zielerreichung

Übergeordnete Ziele	Indikatoren der Zielerreichung
Ziel 1: Die Adaption des Living Lab Ansatzes für die Versorgung von Menschen mit Demenz sowie den nationalen Kontext ist erfolgt.	Die Teilziele 1.1 bis 1.3 sind erreicht.
Teilziel 1.1: Partizipationsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz am Projekt sind erarbeitet.	Das Konzept enthält handlungsleitende Optionen für die Beteiligung von Menschen mit Demenz, die mit den Vertretungen der DAIZG abgestimmt sind.
Teilziel 1.2: Der Stand der Evidenz spiegelt sich in der Adaption des Living-Lab-Demenz-Ansatz wider.	Die Ergebnisse einer Literaturübersicht und einer qualitativen Befragung des in das Projekt involvierten Expertinnen- und Expertenteams sind in der Konzeptentwicklung berücksichtigt. Im Konzept ist ein Logic Model (Knowlton & Phillips, 2012) des Living-Lab-Demenz-Ansatzes enthalten.
Teilziel 1.3: Der adaptierte Living-Lab-Demenz-Ansatz liegt in Form eines handlungsleitenden Konzeptes vor.	Das Konzept für die Erprobung des Living-Lab-Demenz-Ansatz liegt vor. Das Konzept beinhaltet Handlungsspielräume, um auf den Projektverlauf reagieren zu können. Die Forschungsschwerpunkte für die Erprobung des Living Labs sind definiert.
Ziel 2: Erprobung und Evaluation des Living-Lab-Demenz-Ansatzes ist erfolgt.	Die Teilziele 2.1 bis 2.2 sind erreicht.
Teilziel 2.1: Linking Pins aus Wissenschaft und Praxis arbeiten gemeinsam und kontinuierlich in Living Labs an konkreten Forschungsfragen der Einrichtungen.	Protokolle für die standortspezifischen Forschungsvorhaben sind entwickelt, konsentiert und in Projekte überführt. Die Ergebnisse der Living Labs stehen den Einrichtungen nachweislich für die Integration in den Versorgungsalltag zur Verfügung.
Teilziel 2.2.: Die Arbeit der Living Labs ist von den standortbezogenen Projektteams geplant und durchgeführt und wird durch ein Expertinnen- und Expertenteam kontinuierlich begleitet.	Indikatoren: Die Arbeit der Projektteams ist systematisch anhand von Kriterien der Prozessevaluation dokumentiert. Das Expertinnen- und Expertenteam stimmt sich monatlich und bei aktuellem Bedarf ab.
Ziel 3: Empfehlungen für die nachhaltige Implementierung des Living-Lab-Demenz-Ansatzes liegen vor und sind disseminiert.	Die Teilziele 3.1 bis 3.2 sind erreicht.
Teilziel 3.1: Die Empfehlungen sind auf der Basis der Ergebnisse der Prozessevaluation und einer Befragung maßgeblich am Projekt beteiligter Personen entwickelt.	Eine strukturierte Prozessevaluation liegt vor. Ergebnisse einer qualitativen Befragungsstudie liegen vor. Die Empfehlungen sind zielgruppenspezifisch und handlungsleitend formuliert und sind leicht zugänglich als Bestandteil des Verstetigungskonzeptes verfügbar.
Teilziel 3.2: Die Empfehlungen sind zielgruppenspezifisch disseminiert.	Zu den Empfehlungen werden Beiträge in wissenschaftlichen (open-access) und praxisorientierten Zeitschriften veröffentlicht. Die Empfehlungen sind auf einer Projekt-Internetseite und in Form von Printmedien verfügbar. Die Aufbereitung der Empfehlungen berücksichtigt die Perspektive von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)

Das Projekt PraWiDem wurde gemeinsam vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln sowie dem Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durchgeführt. Die Koordination des Forschungsverbundes liegt beim Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Die inhaltlichen Projektaufgaben (Arbeitspakete) werden von den Verbundpartnern gemeinsam verantwortet und durchgeführt.

Die Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. zur Initiierung einer Arbeitsgruppe „Demenz und Forschung“ wird durch die Projektkoordination gesteuert und erfolgt aufgabenbezogen unter Beteiligung der Studienzentren und des Expertinnen- und Expertenteams.

Die Anpassung des Living Lab Ansatzes an nationale Gegebenheiten sowie die Versorgung von Menschen mit Demenz erfolgt in enger Abstimmung mit der wissenschaftlichen Leitung des Living Labs Maastricht, Niederlande, Prof. Dr. Hilde Verbeek. Hierzu sind regelmäßige Projekttreffen unter Beteiligung von Prof. Hilde Verbeek und ihrem Team erfolgt. Diese wurden je nach Projektphase und Themen im viertel- bis halbjährlichen Rhythmus online oder in Präsenz durchgeführt.

Zu Projektbeginn wird ein Studienzentren-übergreifendes Expertinnen- und Experten-Team etabliert. Diese Expertinnen und Experten begleiteten die Anpassung des Living Lab Ansatzes an die Rahmenbedingungen in Deutschland sowie die Versorgung von Menschen mit Demenz. Daneben wurden die erforderlichen rechtlichen und ökonomischen Anpassungen für die Überführung der Ergebnisse in die Versorgung sowie Strategien zur Dissemination während des Projekts durch das Expertinnen- und Expertenteam diskutiert. Dem Studienzentren-übergreifenden Projektteam gehörten die folgenden Expertinnen und Experten an:

- Frau Sabine Jansen, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
- Herr Reinhard Leopold, BIVA-Pflegeschatzbund
- Herr Jörg Schmidt, Geschäftsführer Städtische Seniorenheime Krefeld
- Herr Dr. Sven Reuther, Städtische Seniorenheime Krefeld
- Frau Dr. Heidemarie Kelleter, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln
- Herr Dr. h.c. Franz Wagner, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
- Frau Prof. Dr. Renate Stemmer, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
- Frau Prof. Dr. Katrin Balzer, Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin
- Herr Olaf Reddemann, Hausarzt in Köln, für die Hausärzteschaft (Forschungspraxen des Instituts für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)

- Frau Astrid Lärm, Geschäftsstelle der Nationalen Demenzstrategie
- Frau Sonja Laag, Leiterin Versorgungsprogramme, BARMER GEK
- Frau Steffi Suchant und Frau Sarina Marwedel, Techniker Krankenkasse Sachsen-Anhalt
- Herr Andreas Burkert, Gruppenleiter Altenpolitik, Pflegerecht, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen
- Frau Kristin Schulze, Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt
- Herr Prof. Dr. René Thyrian, Vertreter des Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. Rostock/Greifswald
- Herr Dr. Michael Brütting, Universitätsmedizin Halle (Saale)

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die Ziele des Projektes waren die Adaption, Erprobung und Evaluation des Living Lab Ansatzes der Universität Maastricht für das Themenfeld Pflege und Versorgung bei Demenz unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems.

Das Projekt umfasste drei Phasen, basierend auf den Empfehlungen zur Entwicklung und Erprobung komplexer Interventionen vom Medical Research Council (MRC, Skivington et al., 2021). In der Phase 1 wurde der Living Lab Ansatz an den nationalen Kontext angepasst. In Phase 2 erfolgte die Erprobung des Living-Lab-Demenz-Ansatzes in Kooperation mit den Praxispartnern. Die systematische Evaluation und Ableitung von Empfehlungen für die Verstetigung der Zusammenarbeit bildeten die Projektphase 3.

Im Zuge der Anpassung des Living Lab Ansatzes in der ersten Projektphase wurde ein schriftliches Konzept erstellt, das die Grundzüge und Funktionsweise der Living-Lab-Zusammenarbeit enthält und allen an der anschließenden Erprobung beteiligten als Orientierung dient. Dazu wurde an den Zielstellungen der Nationalen Demenzstrategie angeknüpft, der Stand der Evidenz berücksichtigt sowie die Perspektiven relevanter Akteurinnen und Akteure sowie Expertinnen und Experten wissenschaftsbasiert einbezogen (Handlungsfeld 4).

Ein Bestandteil der Konzeptentwicklung war eine Literaturübersicht zum Stand der Evidenz bzgl. von Konzepten des Wissenschafts-Praxis-Transfers, einschließlich des Living Lab Ansatzes. Ziel dieses Schrittes war es, an die internationalen Erfahrungen anzuknüpfen und neben methodischen Aspekten, Bedingungen für eine erfolgreiche Adaption und Implementierung zu identifizieren. Die Literaturübersicht wurde nach der Methodik eines Scoping Reviews erstellt, die es ermöglicht, Publikationen unterschiedlicher Studiendesigns einzuschließen, um einen breiten Überblick des bisherigen Erkenntnisstandes zu generieren (Leinen et al., 2022). Ein dritter Bestandteil der Konzeptentwicklung war eine qualitative

Befragung der Mitglieder des Expertinnen- und Expertenteams, Mitarbeitende der Praxispartner, Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen sowie weiterer relevanter Akteurinnen und Akteure (Bühler et al., 2023). Das Ziel der Befragung bestand darin, alle für die Living-Lab-Zusammenarbeit relevanten Perspektiven einzubeziehen um das Living Lab Demenz bestmöglich an den nationalen Kontext anzupassen. Dazu wurde ein Fokusgruppendedesign gewählt, welches durch die Form des Gruppeninterviews geeignet war, Diskussionen anzuregen und unterschiedliche Sichtweisen im Dialog vertieft aufzuspüren. Damit wurde dem komplexen Phänomen des Theorie-Praxis-Transfers Rechnung getragen. Ergänzend erfolgten Einzelinterviews mit Personen, denen die Teilnahme an einem Gruppeninterview nicht möglich war.

Die Perspektive von Menschen mit Demenz wurde insbesondere berücksichtigt durch eine in Anbindung an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG) gegründete Arbeitsgruppe, die sog. AG „Demenz und Forschung“. Die Arbeit dieser AG ermöglichte reale Beteiligungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz am Gesamtprojekt und an ausgewählten Projektschritten.

Datenmanagement

Für das Datenmanagement in der Zusammenarbeit der Studienzentren wurden am Projektbeginn Regelungen getroffen für den Umgang mit den generierten Daten und die Umsetzung der Datenschutzbestimmungen. In Phase 1 des Projekts wurde ein Ethikantrag nach Abstimmung der Studienzentren erstellt und bei der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität (MLU) eingereicht. Das Studienzentrum Köln reichte für das Zweitvotum den Antrag mit Verweis auf das Ethikvotum der MLU bei seiner zuständigen Ethikkommission ein.

Erstellung des Handlungskonzeptes

Die Ergebnisse der drei Bestandteile „Erarbeitung von Partizipationsmöglichkeiten“, „Erstellen einer Literaturübersicht“ und „Befragungsstudie“ waren die Basis für die Entwicklung des handlungsleitenden Konzepts mit einem Logischen Modell für die Phasen 2 und 3 des Projektes. Damit lag eine Arbeitsgrundlage für die Erprobung des Living Labs (Phase 2) und die Evaluation mit der Generierung und Dissemination von Empfehlungen zur Beteiligung am Demenzversorgungsforschungsnetzwerk (Phase 3) vor.

In der Phase 2 des Projektes wurde das Living Lab Demenz modellhaft an den Standorten Halle (Saale), (Praxispartner in Halle (Saale) und Aue) und Köln (Praxispartner in Krefeld) erprobt. Dazu entstanden Kooperationen zwischen den Universitäten und den Praxispartnern, d.h. den Trägern stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen. Kooperationen wurden zwischen der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Paul-Riebeck-Stiftung bzw. dem Diakonissenhaus ZION Aue als Praxispartner am Standort

Halle (Saale) initiiert sowie zwischen der Universität zu Köln und den Städtischen Seniorenheimen Krefeld als Praxispartner am Standort Köln. An den Standorten arbeiteten jeweils ein Linking Pin der Universität und der Praxis an einem Tag pro Woche zusammen. An jedem Praxisstandort wurde ein einrichtungsinternes Projektteam etabliert, in dem jeweils die Projektverantwortlichen aus Wissenschaft und Praxis oder beauftragte Vertretungen und die Linking Pins zur Planung und Durchführung der einrichtungsbezogenen Forschungsvorhaben zusammenarbeiteten. Die Einbeziehung weiterer versorgungsrelevanter Akteurinnen und Akteure, wie z.B. Hausärztinnen, Hausärzte bzw. Fachärztinnen und Fachärzte in die standortbezogenen Projektteams wurde angestrebt. Das übergeordnete Expertinnen- und Expertenteam begleitete kontinuierlich die Erprobungsphase des Konzeptes. In der Phase 2 wurden Daten für die Prozessevaluation erhoben, u.a. zu Fragen der Generierung der praxisbezogenen Forschungsvorhaben, der Umsetzung von Ergebnissen in den Versorgungsalltag, der Akzeptanz bzw. Unterstützung involvierter Personen oder Gruppen etc.





Evaluation

Die Evaluation des Projektes erfolgte in der Phase 3 mit dem Ziel, Empfehlungen zu generieren für die nachhaltige Beteiligung versorgungsrelevanter Akteurinnen und Akteure am nationalen Netzwerk zur Demenzversorgungsforschung. Zentrales Element der Evaluationsphase war eine strukturierte Mixed-Methods-Prozessevaluation mit qualitativen Befragungen der Linking Pins, der einrichtungsinternen Projektteams und Leitungspersonen, der Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer der beteiligten Praxispartner sowie der Mitglieder der AG „Demenz und Forschung“. Weiterhin wurden die im Verlauf der Erprobungsphase erstellten Prozessdokumente ausgewertet sowie Charakteristika der teilnehmenden Personen und Einrichtungen erhoben. Die Prozessevaluation basiert auf dem Framework des UK Medical Research Council (Skivington et al., 2021). Basierend auf den Ergebnissen der Prozessevaluation wurden vorläufige Empfehlungen für die Beteiligung versorgungsrelevanter Akteurinnen und Akteure am nationalen Netzwerk für Demenzversorgungsforschung entwickelt. Für die Dissemination der Empfehlungen werden zielgruppenspezifische Methoden und Materialien eingesetzt, um die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Konzeptes zu gewährleisten. Die Zielgruppen sind zum einen Akteurinnen und Akteure der versorgungsrelevanten Berufsgruppen, zum anderen Menschen mit Demenz und deren Angehörige bzw. deren Vertretungen und schließlich Verantwortungsträger der politischen, wissenschaftlichen und versorgungsnahen Ebenen. Die Empfehlungen werden so aufbereitet, dass sie über den Projektzeitraum hinaus nutzbar sind, um das im Projekt entwickelte Living Lab zu verstetigen und weitere Living Lab Kooperationen an bundesweiten Standorten (z.B. an anderen Universitäten und Hochschulen mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt) zu fördern und so den

Wissenschafts-Praxis-Transfer (und umgekehrt) zu stärken mit dem Ziel, versorgungsrelevante Akteurinnen und Akteure am nationalen Netzwerk für Demenzversorgungsforschung zu beteiligen.

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Tabelle 2 Ursprünglicher Zeit- und Arbeitsplan

Jahr Quartal	2021		2022				2023				2024		
	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.
Ethikantrag/Hygienekonzept	1.9.												
1.2 Initiierung/Aktivität der AG Demenzversorgungsforschung	1.9.												31.8.
1.3 Partizipationsmöglichkeiten	1.9.												31.8.
1.4 Scoping Review	1.9.												
1.5 Qualitative Befragungen	1.9.												
1.6 Konzepterstellung	1.9.												
2.1 Initiierung standortbezogener Teams					1.9.								
2.2 Erprobung des Living Lab Demenz					1.9.							29.2.	
2.3 Strukturierte Prozessevaluation					1.9.							29.2.	
3.1 Qualitative Befragung Linking Pins												29.2.	
3.2 Qualitative Befragung standortbezogene Teams												29.2.	
3.3 Qualitative Befragung Expertinnen/Experten-Team												29.2.	
3.4 Entwicklung Empfehlungen/Nachhaltigkeitskonzept													
3.5 Dissemination Empfehlungen/Nachhaltigkeitskonzept													31.8.

Ursprüngliche Meilensteine (M):

- M1: Die Linking Pins sind identifiziert und nehmen ihre Arbeit auf.
- M2: Erste Forschungsvorhaben der standortbezogenen Living Labs werden umgesetzt.
- M3: Die Konsentierung der Empfehlungen zur Implementierung des Living-Lab-Demenz-Ansatzes im Demenzversorgungsforschungsnetzwerk hat begonnen.

Abweichungen:

- 1.3: Partizipationsmöglichkeiten an der Living-Lab-Zusammenarbeit ergaben sich für Menschen mit Demenz lediglich im Rahmen der AG „Demenz und Forschung“. Beteiligung von Bewohnende mit Demenz aus den Praxiseinrichtung war an den im Living Lab bearbeiteten Teilprojekten konnte nicht wie geplant durchgeführt werden, für die Gründe siehe Abschnitt Wirkmechanismen B.2 Menschen mit Demenz
- 3.1 und 3.2: Die qualitativen Befragungen der LPs und Teams erfolgte im Rahmen der strukturierten Prozessevaluation (Arbeitspaket 2.3).
- 3.3: Auf eine erneute Befragung der Mitglieder des Expertinnen/Experten-Teams wurde zum Projektende verzichtet. Die Begleitung der Living-Lab-Erprobung durch das Expertinnen/Experten-Team erfolgte unregelmäßiger als ursprünglich geplant, sodass der Erkenntniszuwachs durch erneute Befragung der Expertinnen/Experten als gering eingeschätzt wurde. Die für die Erprobung des Living Lab Demenz relevanten Perspektiven wurden im Rahmen der strukturierten Prozessevaluation einbezogen.
- 3.4 und 3.5: Da die Ergebnisse der strukturierten Prozessevaluation zum Projektende noch nicht vollständig vorlagen, verzögern sich die Entwicklung und Dissemination der Empfehlungen zur Verstetigung und Nachhaltigkeit der Living-Lab-Zusammenarbeit. In nachwirkender Zuständigkeit wirken die Arbeitsgruppen an der Finalisierung aller noch ausstehenden Aufgaben.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden anhand der in Tabelle 1 dargestellten Ziele, Teilziele und der Indikatoren der Zielerreichung.

5.1 Ziel 1: Die Adaption des Living Lab Ansatzes für die Versorgung von Menschen mit Demenz sowie den nationalen Kontext ist erfolgt.

Teilziel 1.1: Partizipationsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz am Projekt sind erarbeitet.

Indikator der Zielerreichung: Das Konzept enthält handlungsleitende Optionen für die Beteiligung von Menschen mit Demenz, die mit den Vertretungen der DAIZG abgestimmt sind.

Zielerreichung: Das Konzept enthält konkrete Aussagen zur Arbeitsgruppe „Demenz und Forschung“, die im Zeitraum der ersten Projektphase in Kooperation mit der DAIZG initiiert wurde. Im Konzept wird die Arbeitsgruppe als Beratungsgremium beschrieben, das zielgruppengerechte Information zu den Forschungsvorhaben in den Teilprojekten seitens

der Linking Pins erhält. Auf dieser Basis erfolgen Gruppendiskussionen, deren Ergebnisse in die weitere Bearbeitung der Forschungsvorhaben einfließen. Neben der AG „Demenz und Forschung“ enthält das Konzept handlungsleitende Optionen für die aktive Beteiligung von Menschen mit Demenz an den Teilprojekten, wobei auf der Basis der Erkenntnisse aus der Interviewstudie Anregungen für eine gelingende Partizipation gegeben werden, wie z.B. ein niedrigschwelliger Zugang zu Menschen mit Demenz in den Praxiseinrichtungen, die Nutzung von Alltagsbegegnungen anstelle von separat vereinbarten Terminen oder die Berücksichtigung der Tagesform der Person mit Demenz.

Teilziel 1.2: Der Stand der Evidenz spiegelt sich in der Adaption des Living-Lab-Demenz-Ansatzes wider.

Indikator der Zielerreichung: Die Ergebnisse einer Literaturübersicht und einer qualitativen Befragung des in das Projekt involvierten Expertinnen- und Expertenteams sind in der Konzeptentwicklung berücksichtigt. Im Konzept ist ein Logisches Modell (Knowlton & Phillips, 2012) des Living-Lab-Demenz-Ansatzes enthalten.

Zielerreichung: Die Ergebnisse der qualitativen Befragung und der Literaturübersicht wurden in der Konzeptentwicklung berücksichtigt. Ein erstes Modell der Strukturen im Living Lab Demenz wurde in das Konzept integriert.

5.1.1 Ergebnisse der Literaturübersicht

Das Ziel des Scoping Review war es, einen umfassenden Überblick über in der wissenschaftlichen Literatur beschriebene Ansätze zu Wissenschafts-Praxis-Kooperationen in der Pflege zu geben. Laut Otts et al. (2024) kann hierbei grundsätzlich zwischen Studenten-fokussierten, Praxis-fokussierten und Forschungs-fokussierten Ansätzen unterschieden werden.

Für die Übersichtsarbeit wurde ein Studienprotokoll erstellt und veröffentlicht (Leinen et al., 2022). Die Literatursuche erfolgte in den Datenbanken Medline, CINAHL sowie der Cochrane Library im Februar 2022. Ein Update der Suche wurde im Dezember 2024 durchgeführt. Basierend auf den beiden Datenbankrecherchen wurden 5.708 Publikationen geprüft. Von diesen wurden 16 Publikationen, die 13 Ansätze berichten, eingeschlossen wurden. Die identifizierten Ansätze entsprechen alle einem Forschungs-fokussierten Ansatz, das heißt u.a. dass Teams aus Vertretungen von Wissenschaft und Praxis gebildet werden, um neues Wissen zu generieren und das Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler als Wissensvermittler agieren (Otts et al., 2024).

Die in der Literaturübersicht identifizierten Ansätze wurden in Australien (Downie et al., 2005; Downie et al., 2001), England (Chambers et al., 2010; Conklin et al., 2007; Masterson et al., 2020), Kanada (Baumbusch et al., 2008), den Niederlanden (Luijkx et al., 2020; Verbeek et al., 2020), Schweden (Tishelman et al., 2008) und den Vereinigten Staaten (Brown et al.,

2004; Disch et al., 2006; Duffy et al., 2016; Duffy et al., 2015; Hendricks-Ferguson et al., 2017; Holly et al., 2014; Springer et al., 2006) durchgeführt. Alle Ansätze zeichnen sich dadurch aus, dass sowohl Strukturen für den kontinuierlichen Austausch geschaffen wurden (beispielsweise durch definierte Austauschformate oder definierte Rollenzuschreibungen) und durch Projekte in deren Rahmen neues Wissen generiert und der Wissensaustausch gelebt wird. Die konkrete Umsetzung unterscheidet sich hierbei je nach Land und pflegerischem Versorgungssetting.

Nur drei der 13 eingeschlossenen Ansätze wurden bisher wissenschaftliche evaluiert (Downie et al., 2005; Downie et al., 2001; Duffy et al., 2016; Duffy et al., 2015; Masterson et al., 2020). Die Evaluation basierte hierbei auf sehr unterschiedlichen Methoden (u.a. Surveys, qualitative Interviews, Aktionsforschung) und Endpunkten. So wurde beispielsweise die Arbeitszufriedenheit und der Wissenszuwachs des Pflegepersonals (Downie et al., 2005; Downie et al., 2001), die Verwendung von evidenzbasiertem Wissen (Duffy et al., 2016; Duffy et al., 2015) und Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Implementierung der Wissenschafts-Praxis Kooperation (Masterson et al., 2020) untersucht.

Ausgehend von der Heterogenität der identifizierten Kooperationen sowie deren Evaluationsansätzen konnten vor allem übergeordnete Ergebnisse für die Adaption und Evaluation des Living Lab Ansatzes in Deutschland verwendet werden. So sind die Ergebnisse des Scoping Reviews in die Erstellung des logischen Modells sowie die Konzeption der Prozessevaluation eingeflossen.

5.1.2 Ergebnisse der qualitativen Befragung

Das Ziel der qualitativen Befragung bestand darin, die Perspektiven relevanter Interessengruppen hinsichtlich der Zusammenarbeit im Living Lab Demenz zu explorieren und in die Anpassung des Living-Lab-Ansatzes einzubeziehen. Die Befragung erfolgte gemäß den Empfehlungen des MRC-Frameworks (Skivington et al., 2021), das die Beteiligung relevanter Akteure an allen Phasen der Entwicklung, Adaption, Implementierung und Evaluation komplexer Interventionen vorsieht.

In die Befragung wurden Vertretungen der drei als relevant identifizierten Perspektiven einbezogen: Vertretungen der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft sowie von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. 35 Personen nahmen an leitfadengestützten Einzelinterviews oder Fokusgruppen teil, in denen Voraussetzungen, Herausforderungen und Möglichkeiten der geplanten Vernetzung und Zusammenarbeit im Living Lab Demenz exploriert wurden. Insgesamt fanden 15 Interviews statt. Die Auswertung erfolgte anhand der Thematic Framework Analysis (Ritchie & Spencer, 2002). Zentrale Ergebnisse der Befragung adressierten die Erfordernis, eine gemeinsame Arbeitsbasis zwischen Praxis- und Wissenschaftsvertreterinnen und -vertreter zu etablieren, da Mitarbeitende aus der

Pflegepraxis selten in Kontakt mit Forschung kommen. Die Bearbeitung von Themen, die einen spürbaren Nutzen für die Praxiseinrichtung versprechen, wurde als wichtige Voraussetzung für die Praxis beschrieben. Vertretungen aus der Wissenschaft sollten bei der Gestaltung der Zusammenarbeit eine führende Rolle einnehmen und Beteiligungsmöglichkeiten für interessierte Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter, Angehörige und Menschen mit Demenz gestalten.

Die Ergebnisse der Interviews flossen in das Living-Lab-Konzept ein und wurden so bei der konkreten Ausgestaltung der Living-Lab-Zusammenarbeit sowie der Erprobung des Living Lab Demenz berücksichtigt. Die frühzeitige Exploration der Perspektiven Beteiligter ermöglichte allen Akteuren, die Anpassung der komplexen Intervention mitzugestalten und trug der Kooperation und Zusammenarbeit als Kernelementen des Living-Lab-Ansatzes Rechnung.

Teilziel 1.3: Der adaptierte Living-Lab-Demenz-Ansatz liegt in Form eines handlungsleitenden Konzeptes vor.

Indikator der Zielerreichung: Das Konzept für die Erprobung des Living-Lab-Ansatzes-Demenz liegt vor. Das Konzept beinhaltet Handlungsspielräume, um auf den Projektverlauf reagieren zu können. Forschungsschwerpunkte für die Erprobung des Living Labs sind definiert.

Zielerreichung: Das handlungsleitende Konzept wurde in der Entwurfsfassung den Praxispartnern vor Beginn der Erprobungsphase (Phase 2 des Projekts) zum Kommentieren vorgelegt. Handlungsspielräume wurden im Konzept insbesondere im Kapitel Risikobewertung berücksichtigt. Das umfasst die Risiken fehlender Ressourcen zur Bearbeitung von Projektaufgaben, unklare Rollen und Aufgaben, Personalwechsel und Personalausfälle im Projektzeitraum sowie keine ausreichenden Fortschritte im Projektzeitraum. Der im Konzept enthaltene Forschungsschwerpunkt bezieht sich auf die Begleitforschung der Erprobungsphase, die in Form einer Prozessevaluation mit qualitativen (Interviews) und quantitativen Methoden (Dokumentenanalysen) geplant wurde.

5.2 Ziel 2: Die Erprobung und Evaluation des Living Lab Demenz ist erfolgt

Teilziel 2.1: Linking Pins aus Wissenschaft und Praxis arbeiten gemeinsam und kontinuierlich in Teilprojekten des Living Labs an konkreten Forschungsfragen der Einrichtungen.

Indikator der Zielerreichung: Studienprotokolle für die standortspezifischen Forschungsvorhaben (Teilprojekte) sind entwickelt, konsentiert und in Projekte überführt. Die Ergebnisse der Living Labs stehen den Einrichtungen nachweislich für die Integration in den Versorgungsalltag zur Verfügung.

Zielerreichung: Es wurden für alle Teilprojekte Studienprotokolle erstellt und mit der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft abgestimmt. Die Ergebnisse der Teilprojekte im Living Lab Demenz mit Darstellung der Integration der Ergebnisse in den Versorgungsalltag werden im Folgenden einrichtungsbezogen vorgestellt.

01: Ambulanter Pflegedienst des Diakonissenhauses ZION Aue

Teilprojekt „Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit bei Demenz“

- Involvierte Projektpartner: Diakonissenhaus ZION e.V. Aue (Sachsen), Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Universität Halle-Wittenberg, AG „Demenz und Forschung“ (DAIzG)
- Zielsetzung: Förderung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von Menschen mit Demenz innerhalb der Pflege und Versorgung der Pflegeeinrichtungen des Diakonissenhauses ZION e.V. mit dem Schwerpunkt der ambulanten Pflege
- Zeitlicher Rahmen: 09/2022 bis 08/2024
- Design: Partizipatives Aktionsforschungsprojekt in Anlehnung an den knowledge-to-action-Prozess (KTA)
- Ethisches Clearing der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft: 18.12.2023
- Ergebnisse: Im Teilprojekt wurde auf der Basis umfangreicher Befragungen das Modell „Auf meine Weise mit Deiner Hilfe“ entwickelt. Das Modell umfasst Kernthemen, die verdeutlichen, wie Selbstbestimmung und Selbstständigkeit bei Demenz gefördert werden können. Ein Flyer wurde erstellt, um Teilnehmenden an den Befragungen und die interessierte Öffentlichkeit zu informieren (<https://www.zion.de/altenhilfe/projekte-der-altenhilfe/>). Zu den Kernthemen wurden in der Praxis Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven gesammelt (u.a. pflegerische, hausärztliche und therapeutische Perspektive, Perspektive von Menschen mit Demenz bzw. deren Vertreterinnen, Vertretern und Angehörigen). Die gesammelten Erfahrungen wurden von den LP und dem PraWiDem-Team des Diakonissenhauses ausgewertet. Die Erkenntnisse sollten zum einen genutzt werden, um die Pflege- und Versorgungspraxis im Ambulanten Pflegedienst und den weiteren Pflegeeinrichtungen des Diakonissenhauses demenzfreundlicher zu gestalten. Zum anderen sollen die Erkenntnisse in eine Broschüre einfließen, die noch zu erstellen ist und die über die Einrichtung hinaus genutzt werden kann. Für die demenzfreundlichere Gestaltung der Praxis werden im Bereich der Pflege individuelle Informationsblätter genutzt, auf denen Mitarbeitende und Angehörige ihr (Erfahrungs-)Wissen und ihre Einschätzungen festhalten können. Der Bereich der Sozialen Betreuung hat individuelle Karteikarten entwickelt, die in für alle Kolleginnen und

Kollegen leicht nachvollziehbarer Form dazu informieren, was für die einzelne Person bedeutsam ist und an welche Beschäftigungsangebote und Alltagsaktivitäten diese bevorzugt. Eine Schulungsveranstaltung am 29.05.2024 für Mitarbeitende aller Arbeitsbereiche stellte die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit für ausgewählte Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt. Von den Teilnehmenden wurde der Austausch zur Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von Personen mit Demenz als wertvoll beschrieben. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass manche Rahmenbedingungen, gewohnte Abläufe und Routinen nicht einfach und schnell zu ändern seien.

- Schlussfolgerungen: Die Living-Lab-Zusammenarbeit erfolgte im Teilprojekt Aue durch das Linking Pin Tandem, das einrichtungsübergreifende PraWiDem-Team sowie die Unterstützung der Leitungsebenen des Diakonissenhauses. Über die Projektlaufzeit hinaus wird die Anpassung von Abläufen und Routinen ein Schwerpunktthema der weiteren Zusammenarbeit zwischen der MLU und dem Diakonissenhaus Aue sein. Daneben kristallisierte sich in den letzten Projektmonaten ein weiterer Schwerpunkt heraus: es bedarf einer kontinuierlichen Arbeit an der Haltung und an demenzspezifischen Kommunikationsfähigkeiten jedes einzelnen Mitarbeiters und jeder einzelnen Mitarbeiterin.

02: Hausgemeinschaft für Menschen mit Demenz der Paul-Riebeck-Stiftung Halle

(Saale):

Teilprojekt „Stimulation der Sinne bei immobilen Menschen mit Demenz“

- Involvierte Projektpartner: Paul-Riebeck-Stiftung Halle (Saale), Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Universität Halle-Wittenberg, AG „Demenz und Forschung“ (DAIzG)
- Zielsetzung: Partizipative Entwicklung von Maßnahmen zur sensorischen Stimulation immobiler Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz, anschließende Erprobung, Adaption und Implementierung der Maßnahmen auf Ebene der Paul-Riebeck-Stiftung
- Zeitlicher Rahmen: 09/2022 bis 08/2024
- Design: Partizipatives Aktionsforschungsprojekt in Anlehnung an den knowledge-to-action-Prozess (KTA)
- Ethisches Clearing der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft: 18.12.2023
- Ergebnisse: Die partizipative Entwicklung und Erprobung von sechs Maßnahmen zur sensorischen Stimulation immobiler Bewohnerinnen und Bewohner in der beteiligten Pflegeeinrichtung (Hausgemeinschaft für Menschen mit Demenz) wurde abgeschlossen. Die sechs Maßnahmen umfassen: i) Einsatz ätherischer Öle bei der Körperpflege, ii) belebende und beruhigende Körperwaschung, iii) veränderte

Sitzposition zur Nahrungsaufnahme im Bett, iv) Einsatz von (Vibrations-)Massage, v) Einsatz von Lichteffekten sowie vi) geschmackliche Stimulation bei der Mundpflege. Die Maßnahmen wurden gemeinsam mit den Mitarbeitenden entwickelt und in jeweils vierwöchigen Erprobungsphasen in der Pflege und Versorgung der immobilen Bewohnerinnen und Bewohner erprobt. Anpassungen der Maßnahmen wurden auf Grundlage der Mitarbeitende-Rückmeldung vorgenommen. Zur Implementierung der Maßnahmen auf Ebene des Trägers wurde eine einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppe rekrutiert und Informationsmaterialien zu den Maßnahmen der sensorischen Stimulation erstellt (Taschenkatalog). Im Verlauf sollen weitere Materialien erstellt werden (One-Minute-Wonder). Die Implementierung der Maßnahmen auf Ebene des Trägers erfolgt durch die rekrutierte Arbeitsgruppe nach Ende des Berichtszeitraums.

- Schlussfolgerungen: Die Living-Lab-Zusammenarbeit wurde durch die partizipative Entwicklung und systematische Erprobung der Stimulationsmaßnahmen gemeinsam mit Mitarbeitenden aus der Pflegepraxis wahrgenommen. Die Ergebnisse sollen dauerhaft in die Pflege und Versorgung integriert werden. In der zukünftigen Zusammenarbeit sollen neue Bedarfe aus der Pflegepraxis analysiert und gemeinsam mit wissenschaftlichen Methoden bearbeitet werden.

03: Cornelius-de-Greiff-Stift der Städtischen Seniorenheime Krefeld

Teilprojekt „KomDem - Förderung der Kommunikation von Alltagswünschen von Menschen mit Demenz“

- Involvierte Projektpartner: Städtische Seniorenheime Krefeld und Institut für Pflegewissenschaft Köln, Institut für Allgemeinmedizin Düsseldorf, AG „Demenz und Forschung“ (DAIzG)
- Zielsetzung: Pilotierung, Erprobung und Evaluation von Bildkarten zur Förderung der Kommunikation von Alltagswünschen (Auswahl von Essen und Trinken sowie Auswahl von Aktivitäten) bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege.
- Zeitlicher Rahmen: 09.2022 bis 08.2024
- Ethisches Clearing der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft: 20.11.2023
- Design und Methoden: Mixed Methods Design mit multiplen Erhebungszeitpunkten zur Evaluation des Einsatzes von Bildkarten. Zu jeder Anwendung der Bildkarten werden anhand eines definierten Protokolls quantitative Daten zur Anwendungssituation sowie zur Zielerreichung erhoben. Die Anwendungsdauer lag hierbei zwischen ca. zwei bis ca. sieben Minuten. Daneben wurden nach Abschluss

des Erprobungszeitraums Einzel- und Fokusgruppeninterviews mit den beteiligten Mitarbeitenden zur Anwendbarkeit der Bildkarten durchgeführt.

- Ergebnisse: Die Bildkarten konnten bei N = 15 Menschen mit Demenz erstmalig angewendet werden. Je nach Bewohnerin und Bewohner wurden die Bildkarten ein- bis elfmal angewendet. Zusätzlich wurden zwei Einzel- und fünf Fokusgruppeninterviews mit insgesamt N = 14 Mitarbeitenden durchgeführt. Aus den Ergebnissen konnten die folgenden Empfehlungen abgeleitet werden:
 1. Anwendungsort: Der Anwendungsort sollte individuell und situationsabhängig an die Bedürfnisse und Präferenzen der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst werden. Bei den ersten Anwendungen sollte beobachtet werden, in welcher Umgebung sich die Bewohnerinnen und Bewohner am besten konzentrieren können und am wohlsten fühlen. Eine ruhige und vertraute Umgebung kann die Effektivität der Bildkartenanwendung erhöhen.
 2. Anzahl der Bildkarten: Die Anzahl der verwendeten Bildkarten sollte ebenso individuell wie der Anwendungsort an die Bedürfnisse und die Tagesform der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst werden.
 3. Persönliche Einstellung: Die Motivation und das Interesse der Mitarbeiterinnen an einer Anwendung von Bildkarten sind entscheidende Einflussfaktoren. Eine positive und engagierte Haltung kann die Gestaltung der Anwendungssituation positiv beeinflussen.
 4. Tagesform der Bewohnerinnen und Bewohner: Die Tagesform der Bewohnerinnen und Bewohner ist ein wesentlicher Einflussfaktor. Faktoren wie Schmerzen, Bedarfsmedikation oder wenig Schlaf können die Bereitschaft zur Teilnahme beeinflussen. Es ist wichtig, die aktuelle Verfassung der Bewohnerinnen und Bewohner zu erkennen und darauf einzugehen.
 5. Erforderliche Ressourcen: Für eine erfolgreiche Implementierung der Bildkarten ist das Vorhandensein ausreichender materieller, personeller und struktureller Ressourcen wichtig. Dies umfasst geschultes und interessiertes Personal, das sich aktiv mit den Bildkarten auseinandersetzt. Darüber hinaus ist eine vielfältige Auswahl an Bildkarten, auch von zum Beispiel jahreszeitlichen Aktivitäten oder Veranstaltungen, wichtig. Die zeitlichen Kapazitäten der Mitarbeiterinnen und Bewohner sind von großer Bedeutung, um den Bewohnerinnen und Bewohnern in Ruhe und ohne Zeitdruck die Anwendung zu ermöglichen.
 6. Einbezug aller Berufsgruppen: Dies fördert die Kontinuität der Anwendung und ermöglicht eine gleichmäßige Verteilung aller Aufgaben im Team. Nur wenn das Team als Einheit funktioniert und alle Berufsgruppen zusammenarbeiten, kann

die Implementierung gelingen. Durch die Einbindung aller Beteiligten wird die Akzeptanz und Unterstützung im gesamten Team gefördert, was die erfolgreiche Implementierung der Bildkarten in den Alltag der stationären Langzeitpflege ermöglicht.

7. Vorbereitung: Es empfiehlt sich als Vorbereitungsmethode, mehrere Schulungen vor der Anwendung durchzuführen. Während dieser Schulungen sollten alle notwendigen Dokumente gemeinsam durchgesprochen und die Anwendung der Bildkarten Schritt für Schritt erläutert werden. Eine Kittelkarte mit wichtigen Hinweisen und Tipps kann den Mitarbeitende als hilfreiche Unterstützung dienen.
 8. Feste Bezugsgruppen: Es empfiehlt sich gerade am Anfang, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter eine feste Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern betreut, bei denen die Anwendung durchgeführt wird.
 9. Multiplikatoren: Zu Beginn der Implementierung der Bildkarten ist es wichtig, feste Ansprechpersonen festzulegen. Erfahrungen zeigen, dass es sinnvoll ist, mehrere Personen als Multiplikatoren zu benennen. Dadurch wird eine umfassende Unterstützung und Betreuung der Mitarbeitende gewährleistet.
- Schlussfolgerungen: Die Empfehlungen sind in einen Handlungsleitfaden zur Anwendung der Bildkarten im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit Demenz eingeflossen. Dieser Handlungsleitfaden wird aktuell implementiert. Daneben ist im Rahmen des Teilprojekts eine Qualifikationsarbeit einer Mitarbeiterin der Städtischen Seniorenheime Krefeld entstanden und eine Publikation der Ergebnisse ist in Vorbereitung.

04: Seniorenheim Linn der Städtischen Seniorenheime Krefeld

Teilprojekt „Selbstbestimmte Ernährung - Umgang mit Ablehnung von Essen und Trinken bei der Versorgung von Menschen mit Demenz“

- Involvierte Projektpartner: Städtische Seniorenheime Krefeld und Institut für Pflegewissenschaft Köln, Institut für Allgemeinmedizin Düsseldorf, AG „Demenz und Forschung“ (DAIzG)
- Zielsetzung: Exploration des Umgangs mit Ablehnung von Essen und Trinken bei der Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären und ambulanten Versorgung (Quartier)
- Zeitlicher Rahmen: 19.10.2023 bis 15.12.2024
- Design: Standardisierte querschnittliche Befragung von Mitarbeitende der Städtischen Seniorenheime Krefeld

- Ethisches Clearing der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft: 13.10.2023
- Ergebnisse: Die partizipative Fragebogenentwicklung wurde abgeschlossen. Für die Testung des Fragebogens haben N = 16 Personen (Rücklauf 57 %) aus Praxis, Forschung und Management den Fragebogen als sehr gut bewertet (1-4): Relevanz (MW=3,5; SD=0,24); Verständlichkeit (MW=3,7; SD=0,23); Vollständigkeit (MW=3,6; SD=0,18). Die Datenerhebung für den finalisierten Fragebogen der Mitarbeitendenbefragung wurde in 2023 abgeschlossen (N=132; Rücklauf 57 %). Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass es sowohl durch Mitarbeitende als auch durch Angehörige zur Ausübung von Zwang im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme kommt. So gaben 15 % (N = 20) der Mitarbeitenden an, in den letzten drei Monaten häufig oder sehr häufig Situationen erlebt zu haben in denen Zwang durch Kolleginnen und Kollegen ausgeübt wurde. Zwang durch Angehörige wurde von 32,1 % (N = 25) der Mitarbeitenden als sehr häufig oder häufig in den letzten drei Monaten beschrieben. Den eigenen Wissensstand bewerteten die Mitarbeitenden auf eine Skala von 0 (kein Wissen) bis 100 (hohes Wissen) mit einem Mittelwert von 65,7 ($\pm 20, X$). Zusätzlich wurde ein Informationsbedarf hinsichtlich einrichtungsinterner Standards deutlich.
- Schlussfolgerungen: Ausgehend von den Ergebnissen erfolgt u.a. eine intensive Schulung aller Mitarbeitenden im Rahmen eines Aktionstags Ernährung. Daneben werden durch das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement Maßnahmen zur Steigerung der Handlungssicherheit im Umgang mit der Ablehnung von Essen und Trinken umgesetzt. Eine Publikation der Ergebnisse befindet sich in Vorbereitung.

Teilziel 2.2.: Die Arbeit der Living Labs ist von den standortbezogenen Projektteams geplant und durchgeführt und wird durch ein Team von Expertinnen und Experten kontinuierlich begleitet.

Indikatoren der Zielerreichung: Die Arbeit der Projektteams ist systematisch anhand von Kriterien der Prozessevaluation dokumentiert. Das Expertinnen- und Expertenteam stimmt sich monatlich und bei aktuellem Bedarf ab.

Zielerreichung: In allen vier teilnehmenden Praxiseinrichtungen konnten Projektteams, die sogenannten PraWiDem-Teams etabliert werden. Die Zusammenstellung und die Arbeitsweise der PraWiDem-Teams wurden dokumentiert. In den PraWiDem-Teams engagierten sich zwischen vier und sieben Personen, darunter Mitarbeitende aus den Bereichen Pflege und Betreuung sowie Mitarbeitende mit Leitungsverantwortung, wie z.B. Pflegedienstleitung. Jedes der monatlich geplanten PraWiDem-Teamtreffen wurde

protokolliert. Die Bearbeitungskontinuität wurde je nach Standort mit bis zu 56 % der geplanten Treffen realisiert.

Das Expertinnen- und Expertenteam nahm die kontinuierliche Begleitung der Erprobungsphase im Oktober 2022 auf. Eine monatliche Begleitung erwies sich als nicht erforderlich. Es fanden 2 Termine zur Begleitung der Erprobungsphase statt. Außerdem wurde das Expertinnen- und Expertenteam mittels 3 Newslettern über den jeweils aktuellen Projektstand informiert. Mit den Newslettern wurde auf die Möglichkeit der aktiven Begleitung von Projektprozessen hingewiesen. Die Mitglieder des Expertinnen- und Expertenteams machten unterschiedlich von dieser Möglichkeit Gebrauch.

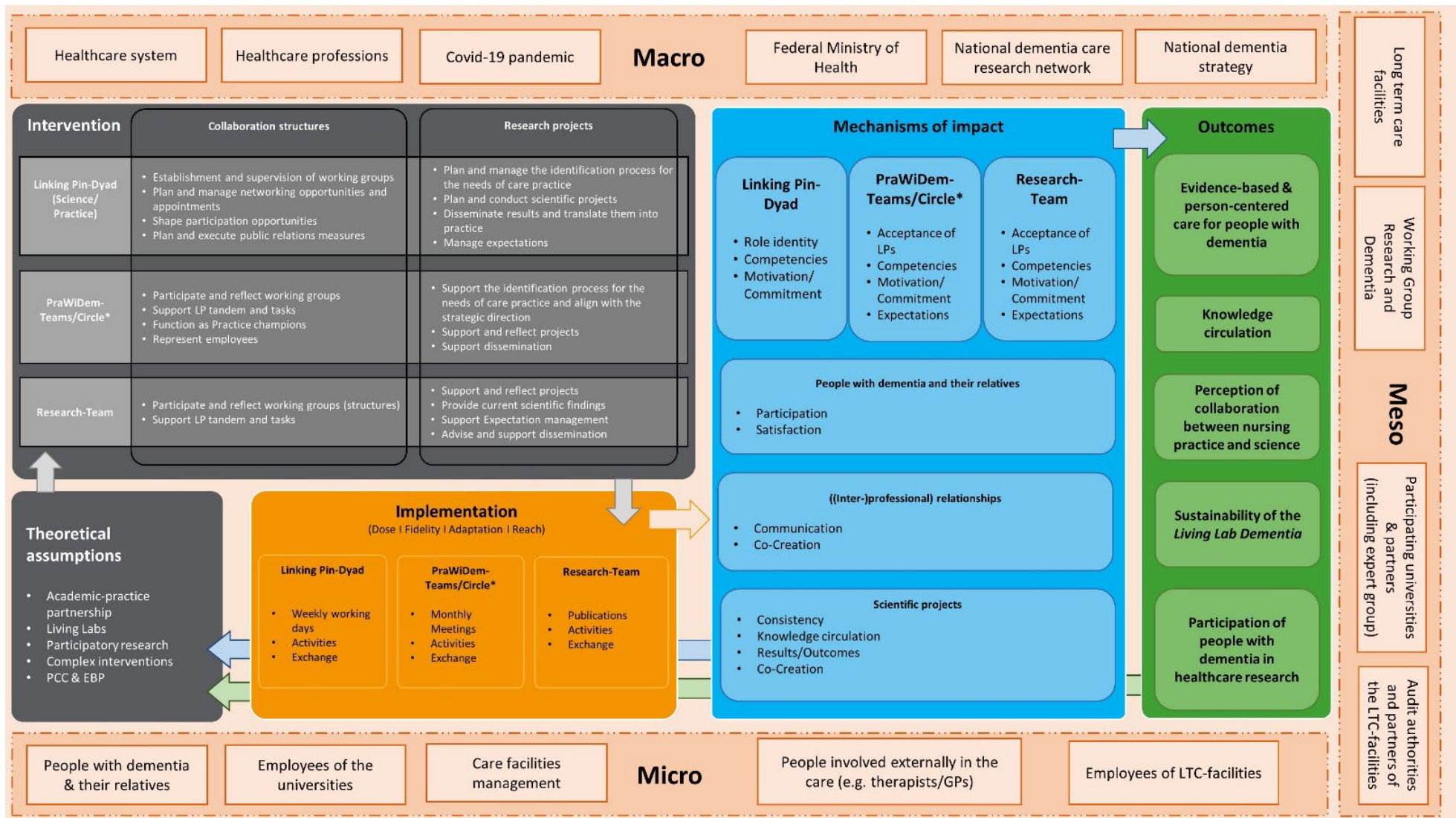
5.3 Ziel 3: Empfehlungen für die nachhaltige Implementierung des Living-Lab-Demenz-Ansatzes liegen vor und sind disseminiert.

Teilziel 3.1: Die Empfehlungen sind auf der Basis der Ergebnisse der Prozessevaluation und einer Befragung maßgeblich am Projekt beteiligter Personen entwickelt.

Indikatoren der Zielerreichung: Eine strukturierte Prozessevaluation liegt vor. Ergebnisse einer qualitativen Befragungsstudie liegen vor. Die Empfehlungen sind zielgruppenspezifisch und handlungsleitend formuliert und sind leicht zugänglich als Bestandteil des Verstetigungskonzeptes verfügbar.

Zielerreichung: Für die strukturierte Prozessevaluation wurde ein Logisches Modell entwickelt (Abb. 1; Leinen et al., 2025).

Abbildung 1 Logisches Modell (Leinen et al. 2025)



5.3.1 Ergebnisse der Prozessevaluation

Aus dem Logischen Modell heraus werden Ergebnisse anhand des Implementierungsgrades, der Wirkmechanismen innerhalb der Intervention sowie der förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Implementierung einschließlich des Implementierungskontextes beschrieben.

- Beschreibung des Implementierungsgrades (Dosis, Reichweite, Anwendungstreue und Anpassungen)
- Beschreibung der Wirkmechanismen innerhalb der Intervention
- Beschreibung der förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Implementierung sowie des Implementierungskontextes

5.3.1.1 Implementierungsgrad

Die Beschreibung des Implementierungsgrades erfolgt anhand der Komponenten Dosis (A.1), Reichweite (A.2), Anwendungstreue (A.3) und Anpassungen (A.4).

A.1 Dosis: Beschrieben werden die Häufigkeit des Austausches pro Cluster, die Häufigkeit des übergreifenden Austausches und die Anzahl der Interventionskomponenten mit der Anzahl der Teilnehmenden.

Tabelle 3 Häufigkeit des Austausches pro Cluster

Häufigkeit	01	02	03	04
LP-Tage entspricht Bearbeitungskontinuität:	43/78 (55%)	36/78 (46%)	65/78 (83%)	61/78 (78%)
PraWiDem-Team-Treffen entspricht Bearbeitungskontinuität:	10/18 (56%)	4/18 (22%)	10/18 (56%)	8/18 (44%)
PraWiDem-Zirkel-Treffen	-	-	6/6 (100%)	6/6 (100%)
Konsultationen AG „Demenz und Forschung“	3	2	3	1 (nach Beendigung der Interventionsphase)
wiederkehrende Gesprächsformate für Menschen mit Demenz	0	0	0	0

Tabelle 4 Häufigkeit des übergreifenden Austausches

Treffen/Veranstaltung	Anzahl im Zeitraum 1.9.2022 – 29.02.2024
LLD-Treffen	2
LP-Austausch (online) (International oder innerhalb des LLD)	2
Treffen der AG „Demenz und Forschung“ (online)	9
Austausch mit anderen europäischen LLDs (online)	15, davon 2x vor Ort, Rest online
Expertinnen- und Experten-Treffen (online)	2 Treffen und 3 Newsletter im Erhebungszeitraum (zwei weitere vor offiziellem Beginn der Implementierungsphase)

Tabelle 5 Anzahl der Strukturen und der Teilnehmenden

Anzahl der Einrichtungen	01	02	03	04
Anzahl der Träger	01	02	03	03
Anzahl LPs	1 PLPs (2 Personen) und 1 WLP	1 PLP und 1 WLP	1 PLP und 1 WLPs	1 PLP und 1 WLPs
Anzahl Mitarbeitende (Teams)	6 (nur 5x soziodemografischer Fragebogen)	4	4	7
Anzahl Leitungspersonen	1	2	1 (+1 standort-übergreifend)	4 (+1 standort-übergreifend)
Anzahl An-/Zugehörige	1	0	0	0
Anzahl Klientinnen/Klienten	0	0	0	0
Anzahl Ehrenamtlich	0	0	0	0
Anzahl wiss. MA	1	1	2	

A.2 Reichweite: Beschrieben werden wesentliche Charakteristika der teilnehmenden Personen, deren berufliche Position und ihre Rolle im Projekt.

- Am Projekt haben sich insgesamt fünf PLP mit einem Durchschnittsalter von 29 (24-28) Jahren beteiligt. Sie verfügten durchschnittlich über 8 (3-14) Jahre Berufserfahrung. Davon waren zwei in der Position einer verantwortlichen Pflegefachkraft, eine Leitung des Bereichs Ergotherapie, eine stellvertretende Pflegedienstleitung sowie eine Assistenz der Heimleitung. Über einen Hochschulabschluss verfügten zwei PLP.
- In der Rolle der WLP arbeiteten insgesamt vier Personen mit einem Durchschnittsalter von 35 (27-53) Jahren. Sie hatten durchschnittlich 4,75 (2,5-10) Jahre Berufserfahrung in der Wissenschaft. Alle vier arbeiteten als wissenschaftliche Mitarbeitende an zwei pflegewissenschaftlichen Instituten und verfügten über einen Masterabschluss. Eine Mitarbeiterin ist promoviert, zwei befanden sich während der Erprobungsphase im Promotionsprozess.

A.3 Anwendungstreue: Die Anwendungstreue wird in Form der Aktivitäten und Arbeitsstrukturen beschrieben (Tabelle 6) sowie der Unterstützungsbedarfe der LPs und der Planungsprozesse.

Tabelle 6 Aktivitäten und Arbeitsstrukturen

Aktivitäten und Arbeitsstrukturen	Unterstützungsbedarfe und Planungsprozesse
Aktivitäten der LP in den Teilprojekten	
Erwartungen managen	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch mit Leitungspersonen • Erwartungsmanagement zwischen LPs
	<ul style="list-style-type: none"> • Projektplan erstellen und mit Beteiligten abstimmen • Projektaufgaben umsetzen und mit Projektplan abgleichen • Recherche nach und Berücksichtigung von externer Evidenz und Methodik • Ethikvotum einholen • Daten erheben und analysieren • Interventionen entwickeln und erproben (inkl. Beteiligung der Mitarbeitenden)
Identifikation von Themen	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch mit Beteiligten • Einbindung von Mitarbeitenden, Bewohnerinnen und Bewohnern und weiterer Beteiligter • Gesammelte Vorschläge aufbereiten und auswerten
Gemeinsame Arbeitsstrukturen LPs	
Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> • Beschaffung und Umgang mit Soft- und Hardware • Arbeitsstrukturen planen, reflektieren und mit Einrichtungsververtretungen abstimmen (Leitungspersonal, QM etc.) • Umgang mit Personalwechseln und –ausfällen • Terminmanagement • Methoden des Projektmanagements lernen und anwenden
Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Homepages • Social-Media-Kanäle • Zeitungsbeiträge (z.B. Seniorenzeitschrift, regionale Presse) • Flyer • Teilnahmegeschenke • Plakate • Öffentliche Informationsveranstaltungen (Planung, Durchführung, Evaluation)
Partizipationsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Informell Feedback einholen (Austausch Übergabe, Dienstberatung, Gespräche) • Datenerhebungen mit MA, Menschen mit Demenz, Ang. • Workshops mit MA, Menschen mit Demenz, Ang.
Vernetzungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungsinterne Vernetzung (Personen/Projekte des gleichen Standorts, die nicht direkt am LL beteiligt sind)

Aktivitäten und Arbeitsstrukturen	Unterstützungsbedarfe und Planungsprozesse
	<ul style="list-style-type: none"> • Trägerinterne Vernetzung (Personen/Abteilungen des gleichen Trägers, die nicht direkt am LL beteiligt sind, z.B. Betriebsrat) • Vernetzung mit externen Stakeholdern (Hausärztinnen, Hausärzten, Therapierende, Palliativstation) • Standortübergreifende LL-Vernetzung (mit anderen LL-Standorten) • Internationale Vernetzung (mit anderen LLs) • Kongresse
Arbeitsgruppen betreuen	<ul style="list-style-type: none"> • Raumbuchungen und Terminmanagement • Materialien/Präsentationen erstellen • Dokumentation
Gemeinsame Arbeitsstrukturen Teams/Zirkel	
Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> • Terminmanagement • Arbeitsstrukturen planen und reflektieren • Vernetzungsmöglichkeiten
Mitarbeitende der Einrichtung vertreten	<ul style="list-style-type: none"> • Bei standortübergreifenden Treffen vertreten
Unterstützung LPs	<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierung Team-Mitglieder • Unterstützung bei Planung von Treffen • Bereitstellen von einrichtungsspezifischen Informationen
Teilprojekte Teams/Zirkel	
Unterstützung Dissemination	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnispräsentation unterstützen
Projekte unterstützen und reflektieren	<ul style="list-style-type: none"> • Praxisperspektive einbringen/Teilprojekte beraten • Partizipationsmöglichkeiten identifizieren und unterstützen • Projektfortschritt reflektieren • Rekrutierung und Datenerhebungen unterstützen • Multiplikatoren-Rolle innerhalb der Einrichtung • Interventionsentwicklung unterstützen • Öffentlichkeitsarbeit unterstützen • Systematisch Reflexion des Projektthemas im Alltag
Abgleich mit Strategie	<ul style="list-style-type: none"> • Thema Teilprojekt mit einrichtungsspezifischen Ausrichtung abgleichen
Identifikation von Themen	<ul style="list-style-type: none"> • Themen vorschlagen und priorisieren

A.3 Anwendungstreue: Unterstützungsbedarfe der LPs und der Planungsprozesse.

Unterstützungsbedarf der LPs

Unterstützungsbedarfe PLP

- Unterstützung durch PDL/Leitungspersonen
 - Arbeit des PLP unterstützen und PLP "Rückendeckung" geben, Praxis-MA zur Beteiligung am Teilprojekt motivieren, dazu auch die eigene Leitungsautorität einsetzen. Das hätte teilweise deutlicher erfolgen sollen.
 - Terminmanagement, LP-Tage und Team-Treffen ermöglichen (Dienstplanung), was nicht immer zuverlässig erfolgte
 - Technische Voraussetzungen für die Zusammenarbeit herstellen
 - Inhaltliche Unterstützung und alternative Sichtweisen anbieten
- Unterstützung durch Praxis-MA/PraWiDem-Zirkel/PraWiDem-Teams
 - Alternative Perspektiven, Input zu aktuellen Themen ins Teilprojekt einbringen, Verbesserungsvorschläge, Beantworten von Fragen
 - Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Kontakt zu weiteren relevanten Personen(gruppen) herstellen
 - Übernehmen von praktischen Aufgaben im Teilprojekt
- Unterstützung durch wiss. MA
 - Inhaltliche und methodische Hinweise bei Bearbeitung des Teilprojekts; Unterstützung bei unerwarteten Herausforderungen
 - Moderierende Rolle bei Problemen in der Zusammenarbeit der LP
- Unterstützung von WLP
 - Inhaltlich und methodisch bei der Bearbeitung von Projektaufgaben
 - Umgang mit technischen Hilfsmitteln (z.B. PC, Cloud)
 - Unterstützung bei neuen, bisher unbekanntenen Tätigkeiten, Bsp. präsentieren, Berichte schreiben

Unterstützungsbedarfe WLP

- Unterstützung von anderen WLP/wiss. MA
 - Peer-Austausch mit anderen WLP zur neuen Rolle und Herausforderungen in der WLP-Rolle. Vereinzelt dazu auch Mentoring durch eine erfahrene WLP aus Maastricht
 - Unterstützung durch erfahrenere wiss. MA bei der Planung und Durchführung des Teilprojekts, u.a. beim Entwickeln des Teilprojekt-Plans oder einzelner methodischer Schritte
 - Außerdem Bestätigung und Sicherheit bzgl. Vorgehen im Teilprojekt vermitteln
 - Unterstützung durch erfahrene wiss. MA bei formellen Angelegenheiten im Kontakt zu Leitungspersonen der Praxiseinrichtung (Bsp. Kooperationsvertrag Krefeld)

- Unterstützung durch erfahrene wiss. MA bei Zeitmanagement und in Form von Entlastung bei anderen Aufgaben (Doppelrolle WLP - wiss. MA am Institut)
- Unterstützung von PDL/Leitungspersonen
 - LP-Tage, Termine und Ausfälle im Dienstplan koordinieren

Planungsprozesse

- Die Vor- und Nachbereitung der LP-Tage sowie Aufgabenplanung erfolgte hauptsächlich durch die WLP. Die PLP waren daran in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt.
 - WLP bereiteten die Agenda für LP-Tage vor und sammelten zwischen den LP-Tage Aufgaben und E-Mails zur gemeinsamen Bearbeitung
 - Gemeinsame (beide LP), strukturierte Aufgabenplanung für nächsten LP-Tag erfolgte in 2 Einrichtungen. Teilweise waren die PLP daran nur wenig beteiligt und eher in einer passiven Rolle
 - WLP haben teilweise mehrere unterschiedliche Aufgaben pro LP-Tag geplant, um Abwechslung in der Bearbeitung zu ermöglichen
 - WLP bemühten sich um feste Struktur für die LP-Tage (gleicher Ablauf, festes Struktur der Tage)
- Für die Planung, Bearbeitung und Dokumentation des Teilprojekts und der LP-Aufgaben erstellten die LP eigene Hilfsmittel (Bsp. Templates, to-do-Listen), Austauschformate (Bsp. Frühbesprechung) und Tagesabläufe
 - Zeitpläne für Teilprojekte und Aufgaben wurden genutzt um Überblick über unterschiedliche Aufgaben zu behalten, bei Bedarf angepasst
 - Für Austausch mit Leitungspersonen, Praxis-MA und/oder Menschen mit Demenz wurden teilweise von den LPs feste Austauschtermine/-formate geplant
 - Veranstaltungen mit Praxis-MA, externen Personen, Team- und Zirkel-Treffen wurden den beiden LP gemeinsam geplant und vorbereitet
- Nicht für alle LP-Aufgaben wurden systematische Planung, Durchführung und Evaluation vorgenommen; teilweise wurden informelle Formate und spontaner Austausch genutzt.
 - Evaluation von LP-Aufgaben und -Tagen erfolgte teilweise systematisch anhand der Aufgabenlisten in den Protokollen, teilweise auch informell durch eingeholtes MA-Feedback (überwiegend an PLP)
 - Bspw. Themenidentifikation, wurde in manchen Einrichtungen eher im informellen Austausch und schrittweise durchgeführt
- Insgesamt bestand ein hoher Planungsaufwand rund um LP-Tätigkeit und die damit einhergehenden Aufgaben (Veranstaltungen, Teams, Zirkel etc.)

- Bei geplanten LP-Abwesenheiten (Urlaub o.Ä.) planten LP in manchen Einrichtungen gemeinsam, wie der/die verbleibende LP in der Zwischenzeit am TP weiterarbeiten konnte

A.4 Anpassungen:

- Häufigkeit der monatlichen Team-Treffen wurde angepasst
- LP-Tage sind mehrfach, meist krankheitsbedingt ausgefallen; in manchen Einrichtungen führten WLP dann allein LP-Tag durch. Bei Bedarf wurden spontan PraWiDem-Team-Mitglieder hinzugezogen, um den Ausfall des PLP zu kompensieren.
- Teilweise wurden Online-Meetings als Ersatz für die LP-Tage durchgeführt
- Aufgaben wurden durch LP im Verlauf zunehmend separat und eigenständig bearbeitet
- Personalwechsel in einer Einrichtung führte zum Wechsel der LP-Rolle

5.3.1.2 Wirkmechanismen innerhalb der Intervention

Basierend auf dem Logischen Modell wurden folgende Wirkmechanismen evaluiert (Leinen et al., 2025): Interventionskomponenten (B1: LPs, Teams, Leitungspersonen), Menschen mit Demenz (B.2: Einbindungsmöglichkeiten, Zufriedenheit), (Inter-)Professionelle Beziehungen (B.3: Kommunikation, Zusammenarbeit), Teilprojekte (B.4: Kontinuität der Durchführung, Wissenszirkulation, Co-Creation in den Teilprojekten, Ergebnisse und Dissemination der Teilprojekte) sowie fördernde bzw. hemmende Faktoren.

B.1 Interventionskomponenten (LP, Teams, Leitungspersonen)

Interventionskomponente LP

Rollenidentität

Vorbereitung auf die Rolle:

Es gab keine spezifische Vorbereitung auf die Rolle. Ein PLP beschreibt, die Rolle offen und ohne Erwartungshaltung anzunehmen. Teamsitzungen wurden genutzt, um die Rolle und den Hintergrund des Projekts zu erläutern.

Rollensicherheit:

Ein WLP geht davon aus, dass eine klarere Aufgabenverteilung und -definition die Rollensicherheit des PLP erhöht hätte. Ein PLP selbst empfindet Dankbarkeit für die Ausübung der Rolle. Zwei PLP beschreiben eine hohe Rollensicherheit. Diese wird unter anderem durch Kenntnisse über die Einrichtung und deren Bewohnende gestärkt.

Entwicklung der Rollensicherheit:

Die Rollensicherheit entwickelte sich im Laufe des Projekts durch eine klarere Aufgabenverteilung und -stellung. Zu Beginn des Projekts war die Ausgestaltung der Rolle,

insbesondere in Bezug auf die partizipative Themenfindung sowie die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis, nicht klar. Förderlich für die Entwicklung der Rollensicherheit waren die Unterstützung durch den WLP und ausreichend Zeit.

Aufgaben und Ausgestaltung der Rolle:

Eine PLP sieht es als ihre Aufgabe, zu überprüfen, ob die Mitarbeitenden im Teilprojekt ihre Aufgaben erledigen. Für die Rollenausübung sind Einstellung, Praxiswissen und Erfahrung relevant. PLP beschreibt, dass sie sich in ihrer Rolle weder eingeengt noch unter Druck gesetzt fühlt und versteht sich als zuständig für den praktischen Teil. Herausforderungen sieht eine PLP in der Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen und englischsprachigen Texten.

Kompetenzen WLP

Benötigte Kompetenzen:

Alle WLP beschreiben wissenschaftliche und methodische Kompetenzen als erforderlich (wissenschaftliches Arbeiten, Projektmanagement). Bei dem Einsatz bzw. der Auswahl von wissenschaftlichen Methoden in der Praxis ist die Fähigkeit notwendig, sich an die Herausforderungen in der Praxis anzupassen. Zwei WLP beschreiben die Identifikation eines TP-Themas und geeignete Methoden zu dessen Bearbeitung als herausfordernd. Sie beschreiben auch die Notwendigkeit pädagogischer Kompetenzen, um Inhalte vermitteln und kleinschrittig vorgehen zu können.

Alle WLP beschreiben soziale und kommunikative Kompetenzen als zentral. Dabei geht es um Motivation der Projektteilnehmenden sowie die Fähigkeit, eine resiliente Haltung gegenüber Widerständen einnehmen zu können. Als Übersetzungsfähigkeit wird die Kompetenz verstanden, wissenschaftliche Inhalte und Denkweisen allgemeinverständlich in die Praxis übertragen zu können sowie die Denkweise der Praxis und relevante Fragestellungen in einen wissenschaftlichen Kontext zu bringen.

Fähigkeiten/Kompetenzen im Verlauf:

Alle WLP beschreiben einen Lernprozess/-zuwachs. Zwei WLP geben an, mehr Flexibilität im Umgang mit den Herausforderungen der Praxis entwickelt zu haben. Eine WLP berichtet, Erfahrungen in der Anwendung partizipativer Forschungsmethoden gesammelt zu haben. Ein WLP berichtet, mehr Verständnis dafür entwickelt zu haben, welche Inhalte den Mitarbeitenden der Einrichtung zuzumuten sind.

Entwicklungspotenzial:

Die WLP sehen alle Entwicklungspotenzial in Bezug auf ihre Rolle, beschreiben aber unterschiedliche Aspekte. Zwei WLP beschreiben persönliche Eigenschaften wie

Begeisterungsfähigkeit und selbstbewusstes Auftreten als wissenschaftliche Mitarbeiterin gegenüber Widerständen als ausbaufähig. Eine WLP beschreibt Unsicherheiten bei der Auswahl von Methoden bei der Durchführung des Teilprojekts. Die Anwendung von weiterer Forschungsansätze/-theorien (Ethnografie, partizipative Forschung, Implementierungsforschung) werden von einer weiteren WLP als Möglichkeiten der Entwicklung benannt.

Kompetenzen PLP

Benötigte Kompetenzen/Fähigkeiten

Alle PLP beschreiben, dass spezifische Fach- und Methodenkompetenzen bzw. Eigenschaften für ihre Rolle notwendig sind, die Schwerpunkte unterscheiden sich jedoch.

Eine PLP hebt digitale Fähigkeiten (Umgang mit Software wie Word, Excel, PowerPoint) sowie Fachsprachkenntnisse, Recherchekompetenz und Englischkenntnisse hervor. Zudem werden Kritikfähigkeit und Standhaftigkeit als wichtig beschrieben. Eine andere PLP beschreibt Flexibilität, Mut, Kontaktfreudigkeit und die Fähigkeit, Inhalte überzeugend zu vermitteln als notwendig. Sie vertritt die Ansicht, dass die formale Qualifikation weniger relevant sei als Lernbereitschaft und Weiterentwicklungswille.

Zwei PLP beschreiben das Praxiswissen bzw. das Wissen über die Bewohnerinnen als relevant. Eine benennt zudem Fachwissen sowie die Notwendigkeit von Durchhaltevermögen und Geduld als weitere wichtige Aspekte. Darüber hinaus ist eine hohe emotionale Kompetenz notwendig. Eine PLP gibt an, dass Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Demenz, kombiniert mit einer spezifischen Haltung zur Förderung der Selbstbestimmung notwendig ist.

Kompetenzen/Fähigkeiten im Verlauf

Alle PLP berichten von einer Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen. Zwei PLP beschreiben Verbesserungen im Umgang mit digitalen Tools bzw. der Nutzung von Word, PowerPoint und Excel, drei PLP berichten von mehr Sicherheit im Formulieren von Texten, Durchführung von Präsentationen und Sprechen vor Gruppen. Eine PLP gibt an, gelernt zu haben, eigenständiger und lösungsorientierter zu arbeiten. Eine PLP berichtet von einem Umdenken in der Reflexion pflegerischer Interventionen und einer größeren Geduld gegenüber sich selbst und anderen. Eine PLP gibt an, mehr Erfahrung im wissenschaftlichen Arbeiten gesammelt zu haben, insgesamt fällt es aber schwer, den eigenen Wissenszuwachs zu benennen.

Weitere Reflexion der PLP:

Drei PLP reflektieren über ihre Rolle im Zusammenhang mit wissenschaftlichem Arbeiten, was als neue und überwiegende bereichernde Erfahrung beschrieben wird, aber auch

Grenzen aufgezeigt hat, insbesondere wenn keine Vorkenntnisse/Erfahrungen mit Wissenschaft/ wissenschaftlichen Arbeiten vorhanden waren. Zwei PLP geben an, dass das Verhältnis zwischen PLP und WLP vertrauensvoller im Verlauf geworden ist bzw. benennen als Voraussetzung gegenseitiges Verständnis.

Motivation WLP

Alle PLP beschreiben eine insgesamt hohe Motivation.

Faktoren, die die Motivation positiv beeinflusst haben:

Alle PLP beschreiben, dass sie motiviert/neugierig bzw. dankbar sind und sich freuen, am Projekt teilnehmen zu können. Eine PLP beschreibt den Austausch über unterschiedlichen Perspektiven als wertvoll, eine andere benennt explizit den Austausch mit Kolleginnen aus Maastricht als gut. Ein weitere WLP benennt als Motivation den Anspruch, Kolleginnen zu sensibilisieren im Umgang mit Menschen mit Demenz.

Eine PLP gibt an, dass die strukturierte Arbeitsweise und Zusammenarbeit mit dem WLP die Motivation positiv beeinflusst hat.

Drei PLP berichten, dass es motivierend war, zu erleben, wenn die Intervention im Teilprojekt/projektbezogene Aufgaben von Kolleginnen umgesetzt wurde, dass Interesse und Neugier wahrgenommen wurde und die PLP positive Rückmeldungen von ihnen erhalten haben. Eine PLP beschreibt das Interesse an den Erkenntnissen aus den im Teilprojekt erhobenen Daten als motivierenden Aspekt. Dass es insgesamt um die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz geht, beeinflusst die Motivation von drei PLP positiv, eine bewertet die passgenaue inhaltliche Ausrichtung des Teilprojekts positiv.

Faktoren, die die Motivation negativ beeinflusst haben:

Der Wechsel der WLP hat die Motivation einer PLP negativ beeinflusst, weil die Zusammenarbeit und das Verhältnis mit einer/einem neuen WLP als wenig produktiv wahrgenommen wurde. Demotivierend wirkte auf PLP auch, wenn Kolleginnen, die TP-bezogenen Intervention nicht umsetzten. Eine andere PLP beschreibt das Nicht-Vorkommen im Projekt als Aspekt, der die Motivation gehemmt hat. Eine PLP beschreibt die Befürchtung, dass das TP aufgrund krankheitsbedingten Ausfalls nicht im vorgegeben zeitlichen Rahmen umzusetzen sei, als beeinflussenden Faktor.

Motivation PLP

Zwei WLP geben an, insgesamt sehr motiviert gewesen zu sein, ein WLP beschreibt, dass insbesondere der Einstieg in die TP-Phase die Motivation zu Beginn negativ beeinflusst hat.

Faktoren, die die Motivation positiv beeinflusst haben:

Eine WLP beschreibt es als motivierend, einen direkten Praxisbezug zu haben und berichtet, dass Hospitationen ermöglichten, die Zielgruppe besser zu verstehen. Eine WLP sieht viel Potenzial in der Etablierung von LL-Strukturen für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung und Verzahnung von Wissenschaft und Praxis. Sie beschreibt den Blick auf mögliche zukünftige Entwicklung des Projekts als motivierend.

Eine WLP beschreibt es als bedeutsam für die eigene Motivation, dass die Teams Freude an den Inhalten haben und es wichtig ist, die Teams mitzunehmen. Der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen aus Maastricht wurde als bereichernd beschrieben.

Auf persönlicher Ebene berichten zwei WLP dankbar zu sein, Teil des Projekts zu sein. Die Arbeit ermöglicht kontinuierliche Zusammenarbeit mit Kolleginnen aus der Praxis und machte Freude.

Faktoren, die die Motivation negativ beeinflusst haben:

Eine WLP berichtet, dass der Einstieg in das Projekt durch eine krankheitsbedingte Verzögerung des PLP erschwert wurde. Unterschiede in Tempo und Arbeitsweise zwischen PLP und WLP wird von zwei WLP als herausfordernd beschrieben. Der Prozess der Themenfindung wurde als langwierig erlebt, schwierig dabei war, dass Mitarbeiterinnen der Praxiseinrichtung ihre Wünsche/Bedarfe nicht klar formulieren konnten. Eine WLP gibt Rückschläge im TP als demotivierend an, z.B. wenn die Mitarbeit der Kolleginnen der Praxiseinrichtung nicht stattfand.

Eine WLP berichtet es als herausfordernd, die Motivation anderer aufrechtzuerhalten, wenn deren intrinsische Motivation fehlt und der Mehrwert des Projekts nicht gesehen wird. Eine WLP berichtet, dass die zur Verfügung stehende Zeit limitiert ist und dies sich auf einer persönlichen Ebene negativ auf die Motivation auswirkt. Eine andere WLP gibt an, indirekten Druck zu verspüren, mit der eigenen Arbeit einen konkreten Mehrwert für die Praxis schaffen zu müssen. Zudem wird geschildert, dass während der LP-Tage wiederholte Störungen die gemeinsame Arbeit unterbrachen.

Interventionskomponente Team

Die Perspektive der Teams wird anhand der Thematiken Wahrnehmung und Akzeptanz der LP, Motivation und Engagement des Teams sowie der Erwartungen der Teams abgebildet.

Wahrnehmung und Akzeptanz der LP

- LP wurden vom Team als zielstrebig, engagiert, motiviert und zugänglich wahrgenommen.

- LP agierten mit Geduld und Ruhe und arbeiteten auf Augenhöhe mit den Teammitgliedern. Sie waren jederzeit ansprechbar und beantworteten Fragen sowie Unsicherheiten durch Erklärungen.
- Team-Mitglieder nehmen z. T. Aufgaben der LP an.
- Die offene und freundliche Art der wissenschaftlichen LP erleichterte die Zusammenarbeit.
- Sympathische Persönlichkeiten und Anpassungsfähigkeit der LP an Teamdynamiken waren entscheidend.
- PLPs berichteten von Herausforderung, ihre Aufgaben und Arbeitsweise zu erklären.
- Innerhalb der Versorgungs-Teams gab es sowohl Befürworter als auch skeptische Stimmen. Die Akzeptanz der LP variierte je nach individueller Haltung und Erfahrung der Kolleginnen und Kollegen. Mit der Zeit konnten LP mehr Akzeptanz gewinnen, da Fortschritte sichtbar wurden und der Nutzen besser erklärt werden konnte.
- Die Ansprechbarkeit von PLP war unterschiedlich. Manche wurden nur in den Teamsitzungen gesehen, andere fragten auch außerhalb der Treffen immer wieder nach Befinden, aktuellem Stand und Unklarheiten.
- Manche WLP wurden als präsent und engagiert wahrgenommen, bei anderen wurde sich etwas mehr Präsenz vor Ort und in der Praxis gewünscht.
- In manchen Fällen sind Wissenschaft und Praxis aufeinandergeprallt und Ansprüche sowie Verteilung der Aufgaben mussten ausgelotet werden.

Motivation und Engagement des Teams

- Das Wohl der Bewohnenden und der Wunsch, die Versorgung zu verändern waren zentrale Motivationsfaktoren für die Teilnahme am Projekt.
- Der gute Austausch in Teamsitzungen wurde als motivierend und unterstützend wahrgenommen und half verschiedene Bereiche/Berufsgruppen zu verknüpfen, neue Ideen zu entwickeln und den Blick auf das Thema zu erweitern.
- Hohe Relevanz für die Motivation hat die Auswahl des Themas.
- Die Beteiligung an der interdisziplinären Zusammenarbeit (Living Lab Treffen) wurde sehr positiv hervorgehoben, da sie zu einem lebendigen Austausch verschiedener Perspektiven führte.
- Einige Teammitglieder reflektierten durch das Projekt ihre eigene Arbeitspraxis, konnten ihren Fokus erweitern und empfanden dies als bereichernd.
- Herausforderungen waren die zeitliche Belastung und die Schwierigkeit Kolleginnen und Kollegen zu motivieren, hier wurde viel mit Freiwilligkeit und transparenter Kommunikation der Projektinhalte gearbeitet.

- Die Motivation war bei den Teammitgliedern nicht immer konstant, blieb jedoch aufgrund der Identifikation mit dem Thema und des gegenseitigen Supports innerhalb des Teams erhalten.
- Die Möglichkeit, im Projekt einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung zu leisten, wurde als motivierend erlebt, auch wenn Erwartungen/Wünsche an die Umsetzbarkeit in manchen Einrichtungen nicht erfüllt werden konnten, u.a. aufgrund von Rahmenbedingungen (z.B. Personalschlüssel), die nur politisch verändert werden könnten.
- Manche Kolleginnen und Kollegen aus dem Versorgungsteam waren interessiert, jedoch nicht beteiligt wegen Sorge vor Sprachbarrieren und Fachwörtern.
- Demotivierend wirkte sich aus, wenn Kolleginnen und Kollegen wenig Beteiligung zeigten, sich schlecht motivieren ließen und das Projekt nicht ernst nahmen; Leitungsperson hätte möglicherweise mehr Einfluss auf Mitarbeitende haben können.

Erwartungen des Teams

- Erwartung des Teams variieren je nach Cluster: Einige Kolleginnen und Kollegen stehen dem Projekt sehr skeptisch gegenüber und erwarten keine Veränderung, während andere interessiert und positiv eingestellt sind.
- Es besteht ein hoher Druck, schnelle und sichtbare Ergebnisse zu liefern, obwohl die Ressourcen begrenzt sind. Erwartungen „handfeste“ Resultate für die Praxis zu erzeugen oder zu beweisen, dass es bestimmte Vorgaben braucht, um Menschen gut zu versorgen.
- Die Erwartung, dass Teilprojekte in andere Bereiche übertragen werden können, wird deutlich formuliert.
- Das Projekt weckt die Hoffnung, langfristig strukturelle Veränderungen, wie mehr Selbstbestimmung, in der Versorgung zu ermöglichen.
- Für LP stellt es eine Herausforderung dar, mit den unterschiedlichen und z. T. unausgesprochenen Erwartungen im Team umzugehen. Gleichzeitig darf auch WLP keine zu hohen Erwartungen an die Beteiligung der Team-Mitglieder haben, da die Bearbeitungszeit von Aufgaben sich meist auf die Projekttreffen beschränken.
- Zum Management von Erwartungen helfen Strukturen wie Zirkel, um Unklarheiten zu vermeiden und den aktuellen Stand für alle Beteiligten nachvollziehbar zu machen.

Interventionskomponente Leitungspersonen

Die Perspektive der Leitungspersonen wird anhand der Thematiken Wahrnehmung und Akzeptanz der LP, der Kompetenzen der LP sowie der Erwartungen der Leitungspersonen abgebildet.

Wahrnehmung und Akzeptanz der LP

- LP werden als zentrale Akteure wahrgenommen, die eine Brücke zwischen wissenschaftlichen Ansätzen und praktischer Umsetzung bilden. Die anfänglichen Herausforderungen bei der Zusammenarbeit wurden durch offene Kommunikation und eine verbindliche Arbeitsweise überwunden.
- Der WLP hat sich als fester Bestandteil des Teams etabliert und wird von den Leitungspersonen als Vorbild für die PLP, als kompetent, zuverlässig und flexibel wahrgenommen. Durch die eigene Ausbildung gibt es ein Verständnis für die Praxisseite. Ihre Fähigkeit, komplexe theoretische Konzepte in die Lebensrealität der Praktikerinnen und Praktiker zu übersetzen, wird in den Standorten etwas unterschiedlich wahrgenommen und als entscheidend für die Akzeptanz und Wirksamkeit gesehen.
- Die PLP haben sich schnell in ihre Rolle eingefunden und erfolgreich an die Anforderungen angepasst. Ihre Arbeit wird als dynamisch und mit hohem Engagement beschrieben.
- LP werden als achtsam und bemüht für die Einbindung aller Beteiligten wahrgenommen. Der mögliche Einbezug weiterer qualifizierter und motivierter Personen wird als potenzieller Erfolgsfaktor für die nachhaltige Zusammenarbeit von Praxis und Wissenschaft angesehen.

Kompetenzen der LP

- Die PLP haben sich im Laufe des Projekts weiterentwickelt und sind selbstsicherer und professioneller geworden, insbesondere bei Vorträgen und in ihrer Kommunikation.
- Der WLP wird als Vorbild wahrgenommen, schafft eine positive Lernatmosphäre und gibt mit einem klaren roten Faden Orientierung im Projekt.
- LP stehen vor der Herausforderung, unterschiedlich strukturierte Menschen zusammenzubringen und ihre Aufgaben effektiv zu verteilen, was kontinuierliches Lernen erfordert. Bei manchen WLP hat es mehr Offenheit für das Praxisfeld, die sich jedoch im Verlauf der Zusammenarbeit entwickelt hat.
- Teammitglieder benötigen Motivation, aktiv etwas bewirken zu wollen.

Erwartungen der Leitungspersonen

- Zu Beginn des Projekts bestand eine abwartende Haltung, die sich im Verlauf in den Wunsch wandelte, das LL langfristig zu nutzen und zu verstetigen. Hierbei gibt es die Erwartungen an Unternehmen, das LL als nachhaltigen und selbstverständlichen

Bestandteil der Organisation zu etablieren, der kontinuierlich zur Weiterentwicklung beiträgt.

- Es wird Wert auf die (standortübergreifende) Verbindung und Vernetzung zwischen den Einrichtungen gelegt, um von den Erfahrungen und dem Wissen anderer Einrichtungen profitieren zu können.
- Die verfügbaren Ressourcen werden als begrenzt wahrgenommen, weshalb oft nur kleinere Teilprojekte realisierbar sind.
- Aufwand im LL muss Nutzen für Organisation bringen.
- Ein Praxis-relevanter Nutzen der Ergebnisse und die Integration in die Pflege und Versorgung wird als zentral angesehen. Das LL soll aktuelle Probleme aufgreifen und praxisnahe Lösungen entwickeln. Die Erwartungen an die Projekte reichen von der Entwicklung konkreter, messbarer Ergebnisse bis hin zu längerfristigen strukturellen Verbesserungen.

B.2 Menschen mit Demenz (Einbindungsmöglichkeiten, Zufriedenheit)

- Es gelang punktuell, Menschen mit Demenz einzubinden, die in den Praxiseinrichtungen leben bzw. durch diese in der eigenen Häuslichkeit unterstützt werden. Gründe dafür werden einerseits im Schweregrad der Demenz gesehen und andererseits in der wenig ausgeprägten Methodenkompetenz in der Einbeziehung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die punktuelle Einbeziehung erfolgte über informelle Gespräche und Beobachtungen.
- Beteiligung von Menschen mit Demenz über die online-Konsultationen mit der AG „Demenz und Forschung“ (DAIzG) erfolgte in allen TP.
 - AG-Konsultationen fanden unter Moderation einer DAIzG-MA statt; technische Fertigkeiten, grundsätzliches Interesse an Versorgungsforschung und die Bereitschaft, sich regelmäßig in der Gruppe zu treffen, waren Voraussetzungen für die AG-Beteiligung. Auf Wunsch der AG-Mitglieder wurde die Zahl der Treffen auf einmal im Monat erhöht.
 - AG-Konsultation und -Beratung in unterschiedlichen Phasen wurde als bereichernd und hilfreich für die Durchführung der TP wahrgenommen. Die AG hat sowohl inhaltlich als auch zur Planung der TP beraten.
 - Für die Konsultationen wurden u.a. Fallbeispiele zu den Fragen aus den TP genutzt.
 - Zu Beginn der Zusammenarbeit mit der AG herrschte Unsicherheit/"Berührungsängste" bei den Forschenden, welcher Umfang den Beteiligung den AG-Mitgliedern zugetraut werden könne. Im Verlauf entwickelte sich eine gemeinsame vertrauensvolle Arbeitsweise.

- AG-Konsultationen waren eine mögliche Alternative zur Beteiligung von Bewohnenden mit Demenz, da die AG-Mitglieder verfügbar und interessiert waren.
- AG-Mitglieder befinden sich in einem frühen bis mittleren Stadium der Demenz und werden nur bedingt als repräsentativ für Bewohnende mit Demenz eingeschätzt.
- Bei AG-Mitgliedern herrschte überwiegend Zufriedenheit mit den Beteiligungsmöglichkeiten:
 - AG-Mitglieder hatten das Gefühl etwas zu den Teilprojekten beitragen zu können und erlebten durch ihre Beteiligung Selbstwirksamkeit; die Möglichkeit, etwas für andere Menschen mit Demenz, die sich nicht äußern können, zu verbessern, motivierte sie.
 - Gruppeninteraktion und -austausch im Beteiligungsformat "Arbeitsgruppe" wurden positiv erlebt, durch die Gruppe erlebten die TN gegenseitige Bestärkung und das Gefühl, mit der Erkrankung nicht allein zu sein.
 - Bereitstellen von Materialien im Vorfeld erleichterte die Beteiligung und wurde als hilfreich empfunden.
 - Für manche AG-Mitglieder war die Umsetzung der TP-Ziele zu zögerlich. Sie hätten sich schnellere Fortschritte gewünscht.

B.3 (Inter-)Professionelle Beziehungen (Kommunikation, Zusammenarbeit)

Kommunikation

- Die Kommunikation wurde überwiegend als angemessen und wertschätzend wahrgenommen.
- Die Kommunikation innerhalb der Praxiseinrichtungen erfolgte in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität. In den Einrichtungen wurden unterschiedliche Kommunikationsmedien und -formate genutzt, diese wurden überwiegend von den LP gestaltet und an die jeweiligen Einrichtungsbedingungen angepasst. Teilweise wurden neue Formate etabliert, teilweise bestehende Formate genutzt.
- Zu Beginn der Zusammenarbeit herrschte in der Kommunikation teilweise Zurückhaltung bei den Praxis-MA, die Kommunikation erfolgte eher einseitig und wurde durch die LP stimuliert. Im Verlauf und mit klareren Aufgaben wurde die Kommunikation lebendiger. Die Kommunikation mit nicht direkt beteiligten MA war teilweise eine Herausforderung für die LP. Diese konnten nicht immer wie geplant erreicht werden, fühlten sich teilweise nicht ausreichend informiert. Teilweise bestand bei Praxis-MA kein Interesse. Die digitale Kommunikation mit Praxis-MA war z. T.

einseitig, Rückmeldungen blieben aus, Protokolle und zugeschickte Informationen wurden nicht immer zur Kenntnis genommen.

- Die meisten Leitungspersonen waren kontinuierlich in die Kommunikation mit den LP eingebunden (unterschiedliche Formate).
- Teilweise wurde die Anzahl der Kommunikationsformate als zu hoch wahrgenommen. Die Vor- und Nachbereitung dieser Formate band v. a. bei den LP-Ressourcen. Verwirrung entstand bei manchen Beteiligten durch die Vielzahl oder den Wechsel/Inkonsistenz von Kommunikationsformaten (Bsp. Expertinnen/Experten-Team).
- Der europäischer LL-Austausch und die LL-Treffen wurden als wichtige Kommunikationsplattformen zu LL-Zusammenarbeit, LL-Strukturen und LL-Rollen wahrgenommen. Außerhalb der LL-Treffen erfolgte bisher allerdings wenig Kommunikation zwischen den beteiligten Praxispartnern. Die Praxispartner waren bisher kaum in den europäischen LL-Austausch eingebunden.

Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit wurde insgesamt positiv wahrgenommen. (standortintern und standortübergreifend)
- Der LL-Zusammenarbeit wird das Potential zur Verbesserung der Versorgung zugetraut. Allerdings müssten wiss. Ergebnisse immer "praxistauglich" vorliegen.
- Für die LP-Zusammenarbeit musste ein gemeinsamer Arbeitsmodus zwischen den LPs hergestellt werden. Persönliche Sympathie und gemeinsame Wertebasis im Umgang mit Menschen mit Demenz war als Basis für Zusammenarbeit förderlich.
- In der Zusammenarbeit muss mit unterschiedlichen Charaktereigenschaften zwischen den LP sowie den unterschiedlichen Arbeitsweisen von P- und W-Vertretern umgegangen werden.
- Die WLPs haben die Zusammenarbeit federführend gestaltet. Dabei müssen Praxis-Bedingungen (z.B. Verständlichkeit des Projekts und der Arbeitsschritte, Tempo der Bearbeitung) berücksichtigt werden. WLP mussten in der Gestaltung der Zusammenarbeit eine Balance aus wissenschaftlichen und praktischen Bezügen herstellen, um gemeinsame Bearbeitung zu ermöglichen (Beispiel: gemeinsam wiss. Texte lesen und deren praktische Bedeutung diskutieren). Projektarbeit/aktive Mitarbeit ist für viele Praxis-MA neu.
- Für die Beteiligung von Praxis-MA an der Zusammenarbeit müssen die Beteiligungsmöglichkeiten angepasst werden. Eine Beteiligung mit nicht klar vorgegebenem Entscheidungs- und Handlungsspielraum ist weniger geeignet, da das für Praxis-MA ungewohnt ist und ggf. zu Überforderung führen kann.

- Trotz überwiegend positiver Wahrnehmung wurden einige Hindernisse in der Zusammenarbeit wahrgenommen. Die Anwesenheit des WLP als Uni-Mitarbeiter kann einschüchtern und ein Hindernis für Beteiligung von Praxis-MA sein. Die Zusammenarbeit kann von Praxis-MA leicht als zusätzliche Aufgabe/Mehrarbeit wahrgenommen werden. Teilweise bestand kein Verständnis für die Zusammenarbeit bei Praxis-MA. Praxis-MA müssten ggf. besser über Hintergrund der LL-Zusammenarbeit aufgeklärt werden.

B.4 Teilprojekte (Kontinuität der Durchführung, Wissenszirkulation, Co-Creation in den Teilprojekten, Ergebnisse und Dissemination der Ergebnisse der Teilprojekte)

Kontinuität der Durchführung

- Überwiegend konnten kontinuierliche, wöchentliche LP-Tage zur Bearbeitung des TP stattfinden. Trotz Wechsel der PLP-Rolle in einer Einrichtung war die Kontinuität in der Bearbeitung gegeben. Längere krankheitsbedingte Ausfälle in einer Einrichtung (WLP und PLP) erschwerten die Kontinuität der TP-Bearbeitung. In einer Einrichtung konnten phasenweise keine LP-Tage stattfinden (Krankheit, Urlaub), was sich negativ auf die Kontinuität der Bearbeitung auswirkte. Über Ersatztermine und Online-LP-Tage konnte nur teilweise kompensiert werden.
- LPs haben die Terminabstimmung für Team-Treffen organisiert, um Kontinuität der Bearbeitung durch die Teams zu gewährleisten. Kontinuität der Team-Treffen bestand nicht in allen Einrichtungen.

Wissenszirkulation

- Durch die Teilnahme am TP haben Praxis-MA/Team-Mitglieder verstärkt ihr eigenes pflegerisches Handeln, ihr Verhalten gegenüber und ihre Kommunikation mit Menschen mit Demenz sowie deren Bedürfnisse reflektiert und teilweise angepasst.
- Wissenszirkulation erfolgte durch Beteiligung an der Projektarbeit und damit einhergehend der Teilnahme an Arbeitsgruppen, Zirkeltreffen, Übernehmen von Projektaufgaben, durch Veranstaltungen (Bsp. Vortrag durch Neurologin, Kongressbesuche der LP), durch Austausch mit anderen LL-Standorten und Auseinandersetzung mit deren TP-Themen, durch Austausch mit Praxis-Vertretern und Konfrontation mit den Bedingungen in der Praxis (für wiss. Seite), durch Übernehmen der LP-Rolle (Erfordernis, Praxis-MA einzubinden und gemeinsame Entscheidungsprozesse zu gestalten, Implementierung von Ergebnissen zu ermöglichen) sowie durch Austausch im LP-Tandem (zu Projektarbeit, PC-Umgang, wissenschaftlichem Arbeiten, Lesen wissenschaftlicher Texte).
- Individueller Wissenszuwachs entstand für AG-TN durch AG-Konsultationen.

- Auf MA-Ebene bestanden teilweise Barrieren, die Wissenszirkulation hinderten (kein Interesse, Unverständnis, Skepsis gegenüber Neuerungen etc.).
- Barrieren sind abzubauen, z.B. durch motivieren der Praxis-MA u.a. durch Team-Mitglieder.
- Selbst entwickeltes Wissen (durch LP) kann ggf. besser angenommen werden.

Co-Creation in den Teilprojekten

- Die Praxis-MA brachten überwiegend ihre Praxis-Perspektive in die Teilprojekte ein, an wissenschaftlichen Aufgaben waren sie eher weniger beteiligt. Praxisnähe ist deshalb eine wichtige Voraussetzung für die Co-Creation mit Praxis-MA. Sowohl PraWiDem-Team-Mitglieder, als auch weitere MA, Leitungspersonen und wiss. MA der Studienzentren waren an der Entwicklung des methodischen Vorgehens der TP beteiligt. Das wirkte sich förderlich auf die Akzeptanz der Zusammenarbeit aus. Team-Mitglieder und Praxis-MA waren aktiv an der Öffentlichkeitsarbeit beteiligt sowie an konkreten Arbeitsschritten im Teilprojekt (Bsp. Themenfindung und -präzisierung, Datenerhebung, Maßnahmenprobung).
- Co-Creation erfolgte sowohl in informellem Austausch (Gespräche, Übergaben) als auch in fest geplanten und terminierten Formaten (Team-Sitzungen etc.). Aktive MA-Co-Creation erforderte Strukturierung und Organisation der Beteiligungsmöglichkeiten durch die LP. Beteiligung an Arbeitsgruppen war für einige MA neu und ungewohnt.
- Co-Creation zwischen LP war teilweise durch Personalwechsel und unterschiedliche Arbeitsweisen erschwert. Die Zusammenarbeit entwickelte sich von überwiegend gemeinsamer Arbeit zu mehr eigenständigem Bearbeiten von Aufgaben.
- PLP und Team-Mitglieder übernahmen eine Vermittler-Rolle zum Herstellen von Kontakt zu (potentiell interessierten) MA. Sie fungierten auch als Motivatoren gegenüber MA (Bsp. wenn MA-Beteiligung nicht wie angestrebt erfolgte).
- Berufliche Hierarchie zwischen Leitungspersonen und PLP können ein potentielles Hindernis für Co-Creation sein.
- Co-Creation mit Menschen mit Demenz erfolgte durch Konsultationen der AG „Demenz und Forschung“ (DAIzG). Ein gemeinsamer Arbeitsmodus und angemessener Informations-Input für die AG entwickelte sich erst im Lauf der Zusammenarbeit. Co-Creation mit Menschen mit Demenz aus den Pflegeeinrichtungen erfolgte kaum. Co-Creation mit nBewohnende ohne Demenz erfolgte teilweise, z.B. durch Diskussionen von Themen und Methodik, Themenauswahl (z.B. Kick-Off, informelle Gespräche).

Ergebnisse der Teilprojekte

- Einige der TP-Ergebnisse liegen bereits vor und werden als (potentiell) hilfreich für die Versorgung von Menschen mit Demenz beschrieben. Teilweise werden Ergebnisse

bereits umgesetzt und haben zu Erfolgen auf Ebene einzelner Bewohnenden geführt (Bsp. eigene Entscheidungen getroffen, sens. Stimulation erhalten). Manche der TP-Ergebnisse werden von Praxis-Vertretungen als weniger hilfreich eingeschätzt. Aus manchen TP-Ergebnissen erwächst keine unmittelbare Praxis-Konsequenz, sondern die Ergebnisse bestehen in Wissen. Teilweise liegen Ergebnisse noch nicht vor.

- Ergebnis-Vorstellungen können sich zwischen Praxis und Wissenschaft unterscheiden. Aus Sicht von Praxis-MA sollten Ergebnisse eine Wirkung in der Versorgungspraxis entfalten können. Das Vorliegen von für die Praxis verwertbaren Ergebnissen kann Einfluss auf die Fortführung der LL-Zusammenarbeit haben.

Dissemination der Ergebnisse der Teilprojekte

- Vereinzelt sind TP-Ergebnisse schon in die Versorgung eingeflossen, aber bisher in keiner Einrichtung systematisch implementiert. Disseminationsstrategien müssen noch entwickelt werden und sollten v. a. an die Praxisbedingungen angepasst sein. Unterschiedliche Disseminationsformate werden erwogen (Schulungen, Multiplikatoren, Veranstaltungen, Fortbildungen, Zirkeltraining, Angehörigenabende etc.). Teilweise liegen Erfahrungen mit einzelnen Formaten vor. Die gemeinsame Erarbeitung von Disseminationsstrategien wird angestrebt, sie könnte den MA Gestaltungsspielraum ermöglichen und die Besonderheiten einzelner Einrichtungen berücksichtigen.
- Austausch, Reflexion und Sensibilisierung der MA und Angehörigen für TP-Themen sind für Implementierung förderlich und sollten im Rahmen der Dissemination bewusst stimuliert werden.
- Verhaltensänderung der MA wird als Herausforderung eingeschätzt. Teilweise skeptische/ablehnende Haltung gegenüber Neuerungen. Lösungsvorschlag: Potential und Nutzen der TP-Ergebnisse hervorheben und klare Anwendungsszenarien entwickeln. Engagierte Einzelpersonen/Champions für Dissemination der Ergebnisse gewinnen.
- Dissemination soll nicht nur in den beteiligten Einrichtungen erfolgen, sondern auch in zusätzlichen Einrichtungen des gleichen Trägers sowie im Rahmen des LL.
- Themen einzelner TP können für die Dissemination schwierig sein (z.B. Berührungspunkte mit dem Thema Gewalt in der Pflege).
- Für Dissemination der Ergebnisse werden zusätzliche Ressourcen benötigt (zeitlich, personell)

5.3.1.3 Förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung und Implementierungskontext

Tabelle 7 Förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung

Level	Förderlich	Hinderlich
Mikro	Unterstützung durch Leitungspersonen erhalten bzw. diese frühzeitig einbeziehen Beteiligung eines interprofessionellen Teams Verfügbarkeit zeitlicher und technischer Ressourcen für wöchentliche LP-Tage und monatliche Team-Treffen (Laptop, Internet, störungsfreier Arbeitsraum) Intrinsische Motivation der PLP und Team-Mitglieder sowie Identifikation mit dem TP-Thema Kontinuität in der Zusammenarbeit und Kommunikation aller Beteiligten	Fehlende zeitliche und personelle Ressourcen zur Wahrnehmung der Zusammenarbeit Fehlende Kontinuität in der Bearbeitung der Teilprojekte Fehlendes Interesse oder Engagement der Mitarbeitenden Ablehnende Haltung oder negative Vorerfahrung bzgl. Zusammenarbeit mit Wissenschaft/wiss. Projekten Personalwechsel in LP-Rolle Fehlende Unterstützung von Leitungspersonen Unterschiedliche Denk-/Arbeitsweisen in Praxis und Wissenschaft potentiell hinderlich
Meso	Interesse und Support durch Geschäftsführende/Vorstand/Leitungspersonen Konkrete Ansprechpartner unter den MA führen zu mehr Beteiligung Wunsch/Bereitschaft der Einrichtung sich mit anderen Einrichtungen zu vernetzen und zusammenzuarbeiten Anpassung der bearbeiteten Teilprojekte an die Bedarfe der Einrichtung	Personalwechsel der Leitungspersonen/fehlende personelle Kontinuität auf Leitungsebene Geringe Akzeptanz pflegewissenschaftlicher Arbeit, Skepsis gegenüber akademisierten Fachpersonen Fehlende Anbindung der LPs an die Leitungsebene der Einrichtung
Makro	Finanzielle Förderung/gesicherte Finanzierung für die Zusammenarbeit	Fehlende Rahmenbedingungen zur Finanzierung von Projektstellen Bearbeitung von "Tabu-Themen" als potentielles Hindernis

Empfehlungen

Indikatoren der Zielerreichung: Die Empfehlungen sind zielgruppenspezifisch und handlungsleitend formuliert und sind leicht zugänglich als Bestandteil des Verstetigungskonzeptes verfügbar.

Zielerreichung: Die Empfehlungen sind aus den Ergebnissen der Prozessevaluation abgeleitet. Sie liegen zum Berichtszeitpunkt im Entwurfsstadium vor.

Empfehlungen bezüglich des Einsatzes von LP:

- LP sollten die Bereitschaft zur kontinuierlichen Weiterentwicklung mitbringen. Zur Mitarbeit im LL sollte die Motivation mitgebracht werden, Veränderungen in der Praxis zu realisieren.
- Die LPs sollten auf ihre Rolle und die damit verbundenen Aufgaben vorbereitet werden. Wichtig ist eine klare Aufgabenzuschreibung für den PLP bzw. den WLP, die sich an der jeweiligen Qualifikation und am Kompetenzstand der Person orientieren sollte.

- Für die Rolle des PLP sind eine Reihe von Kompetenzen und Voraussetzungen hilfreich, u.a. Offenheit für Veränderung, Akzeptanz im Team sowie kommunikative Kompetenzen. Ein akademischer Abschluss erleichtert die Zusammenarbeit mit WLP. Die Rolle des PLP wird gestärkt durch die Unterstützung der Leitungen der Praxiseinrichtung, den Austausch mit anderen LPs und erfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und strukturierte Arbeitstreffen.
- Förderlich für die Rolle des WP sind Kenntnisse zum Konzept des Living Labs sowie ein strukturierter Arbeitsmodus mit dem PLP, den Austausch mit anderen LP und erfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie die Akzeptanz in der Praxiseinrichtung. WLP sollten theoretische Konzepte praxisnah vermitteln können.
- LPs sollten über die erforderlichen zeitlichen und strukturellen (u.a. Technik, Raum für ungestörtes Arbeiten) Ressourcen verfügen. Die inhaltliche Arbeit sollte so wenig wie möglich unterbrochen werden. Der Austausch mit Leitungspersonen sollte bedarfsgerecht ermöglicht werden. Anforderungen an die inhaltliche Arbeit sollten den individuellen Kompetenzen entsprechend gestaltet und angemessen weiterentwickelt werden. Entscheidungsspielräume bzw. -befugnisse sollten geklärt werden. Mögliche "Sprachbarrieren" zwischen Praxis und Wissenschaft sollten thematisiert werden.
- LPs sollten auf Augenhöhe mit den in die Zusammenarbeit involvierten Projektteams arbeiten. Sie sollten für die Teammitglieder auch außerhalb von Teamsitzungen ansprechbar sein. Skeptische Stimmen sollten von den LPs gehört und auf Teamdynamiken geachtet werden.

Empfehlungen für den Einsatz einrichtungsbezogener Projektteams:

- Erwartungen der Beteiligten sind insbesondere am Beginn der Zusammenarbeit zu thematisieren, das betrifft auch mögliche unausgesprochene Erwartungen.
- Mitarbeitende mit dem Wunsch zur Verbesserung der Versorgung, sollten in die Zusammenarbeit eingebunden werden.
- In der Kommunikation der Projektteams sollte Raum für den interprofessionellen Austausch sein mit dem Ziel neue Ideen zu entwickeln und Themen aus einer breiteren Perspektive zu betrachten.
- Mitarbeitende in begleitenden Projektteams sollten auf freiwilliger Basis in die Zusammenarbeit eingebunden werden. Die Kommunikation von Projektinhalten sollte transparent gestaltet werden.
- Themen der Zusammenarbeit sollten das Interesse der beteiligten Teams aufgreifen.
- Es sollte mit Schwankungen in der Motivation der Beteiligten gerechnet und entsprechend reagiert werden.

Empfehlungen für Leitungspersonen:

- Die Erwartungen der Leitungspersonen der Praxiseinrichtungen sind zu eruieren und mit Erwartungen weiterer Beteiligter im LL abzustimmen. Unterschiedliche Erwartungen von Leitungspersonen verschiedener Praxiseinrichtungen sind zu berücksichtigen.
- Leitungspersonen sollten die Motivation der Beteiligten an der Zusammenarbeit im Blick behalten und die gesamte Mitarbeiterschaft für die Themen der Zusammenarbeit sensibilisieren.
- Für die nachhaltige Entwicklung der Zusammenarbeit sollten weitere entsprechend qualifizierte und motivierte Personen einbezogen werden.

Empfehlungen für die Einbeziehung von Menschen mit Demenz:

- Menschen mit Demenz sollten die Chance zur aktiven Beteiligung an Forschungsprozessen erhalten.
- Insbesondere bei Versorgungsforschung, bei denen es um die Themen geht, die Menschen mit Demenz selbst betreffen (wenn auch zu einem späteren Zeitpunkt) erweitert die „Innensicht“ von Menschen mit Demenz den Blick auf die Forschungsthemen.
- Gefragt zu werden und einen wichtigen Beitrag leisten zu können fördert die Selbstwirksamkeit von Menschen mit Demenz, vor allem in einer Zeit, in der sie überwiegend mit ihren Defiziten konfrontiert sind.
- Für die Beteiligung von Menschen mit Demenz ist es entscheidend, geeignete Formate der Beteiligung (z.B. eine Arbeitsgruppe) und Materialien (z.B. ein leicht verständliches und übersichtliches Dokument zum Inhalt des Beratungsanliegens) zu wählen. Unterstützend ist ebenso die Arbeit an Fallbeispielen mit möglichst konkreten Fragestellungen.
- Die Beteiligung von Menschen mit leichter Demenz kann in Form von online-Konsultationen erfolgen, vorausgesetzt die Konsultationen werden angemessen vorbereitet und begleitet.
- Die Einbeziehung der Perspektive von Menschen mit Demenz bereichert die inhaltliche Arbeit und die Fragestellungen der Praxisseite.
- Die Moderation/Anleitung der Arbeitsgruppe Demenz und Forschung sollte auf die Fähigkeiten der Menschen mit Demenz eingehen um Über- und Unterforderung gering zu halten.
- Dem Wunsch der Arbeitsgruppe Demenz und Forschung nach kontinuierlicher Fortführung der Arbeit sollte entsprochen werden.

Empfehlungen bezüglich von Inter-/Professionellen Beziehungen:

- Die Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen der Pflege und Versorgung sollte gefördert werden, um Themen aus verschiedenen Blickwinkeln bearbeiten zu können, wie z.B. Pflegefachpersonen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.
- Die in das Living Lab involvierten Personen sollten die unterschiedlichen Arbeitsweisen von Praxis und Wissenschaft kennenlernen (z.B. durch Hospitationen) und sich auf gemeinsame bzw. aufeinander abgestimmte Vorgehensweisen verständigen.
- Die im Rahmen der Zusammenarbeit beteiligten Einrichtungen sollten miteinander im Austausch stehen.
- Erwartungen an Ergebnisse und deren Verwertung, auch in zeitlicher Perspektive, sollten zwischen den Vertretungen von Praxis und Wissenschaft angesprochen werden. Es sollte zwischen den Vertretungen von Praxis und Wissenschaft thematisiert werden, was als Erfolg der Zusammenarbeit angesehen wird.
- Ergebnisse der Zusammenarbeit sind auf Praxistauglichkeit zu prüfen und sollten möglichst zeitnah in der direkten Pflege und Versorgung umgesetzt werden, um dort Verbesserungen zu erzielen.
- Die WLPs sollten bei der Gestaltung der Zusammenarbeit bei Bedarf eine führende Rolle übernehmen und dabei auf eine Balance aus wissenschaftlichen und praktischen Bezügen achten.
- Projektmanagementkompetenzen werden von den Mitarbeitenden benötigt und sollten entsprechend vermittelt bzw. entwickelt werden.
- Neu im Living Lab involvierte Mitarbeitende beider Seiten sind auf ihren Einsatz im Living Lab vorzubereiten, z.B. zum Umgang mit Erwartungen an die Zusammenarbeit oder zum Umgang mit unterschiedliche Ressourcen und Kompetenzen.
- Die LPs sollten die Kommunikation zur LL-Zusammenarbeit mit Beteiligten der Einrichtungen anregen und aktiv gestalten. Dazu sollten sie Kommunikationsformate gestalten, an die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtungen anpassen oder bestehende Kommunikationsformate nutzen.
- Leitungspersonen und LP sollten kontinuierlich miteinander kommunizieren.
- Der Austausch zu LL-Aktivitäten auf europäischer Ebene sollte gepflegt werden. Die stärkere Einbindung von Vertretungen der Praxisseite sollte geprüft werden.

Empfehlungen bezüglich der Teilprojekte in den Praxiseinrichtungen:

- Mitarbeitende sollten aktiv in die Praxisprojekte eingebunden werden, um die Fähigkeit des Reflektierens des eigenen Handelns und der Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu fördern.

- Am Beginn der Zusammenarbeit sollte Zeit für gemeinsame Arbeit fest eingeplant werden.
- Die Wissenszirkulation sollte durch jeweils passende Strategien gefördert werden, wie z.B. den Einsatz von Projektmanagement, die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen, des internen und externen Austauschs mit Vertretungen der Wissenschafts-Praxis-Kooperation.
- Mögliche Barrieren der Wissenszirkulation sollten aktiv bearbeitet werden, z.B. durch Beteiligung von Mitarbeitenden an der Entwicklung von Wissen zur Förderung von Akzeptanz von Neuerungen.
- Die in die Zusammenarbeit eingebundenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sollten einen Bezug zur Praxis haben oder aufbauen, z.B. durch Hospitationen oder Praxiseinsätze.
- Die Praxis-Vertretungen (LP und weitere Beteiligte) sollten als Vermittlungspersonen für die Partizipation von Mitarbeitenden fungieren.
- Die Erarbeitung des methodischen Vorgehens eines Projekts in Zusammenarbeit der Vertretungen aus Wissenschaft und Praxis fördert die Akzeptanz des Vorhabens.
- Für Co-Creation Prozesse sollten informelle und formelle Formate bewusst genutzt werden, wie z.B. ungeplante Gespräche bis hin zu regulären Dienstberatungen.
- LPs sollten Co-Creation Prozesse organisieren und strukturieren um die Beteiligung von MA zu fördern bzw. zu ermöglichen.
- MA sollten für die aktive Beteiligung an Co-Creation Prozessen durch die LPs motiviert und angeleitet werden.
- Mögliche Konsequenzen aus hierarchischen Strukturen sollten in der Zusammenarbeit von Leitungspersonen mit PLP berücksichtigt werden.
- Für die Beteiligung von Menschen mit und ohne Demenz, die durch die Pflegeeinrichtung Pflege und Versorgung erhalten, sollte nach geeigneten Formaten der Beteiligung gesucht werden, wie z.B. informelle Gespräche für einen niedrigschwellige Form der Beteiligung.
- Bei der Entwicklung von Disseminationsstrategien sollten für die jeweilige Einrichtung passende Formate gewählt und Praxisbedingungen berücksichtigt werden. Dabei sollten Mitarbeitende und Angehörige für die Themen der Zusammenarbeit sensibilisiert werden.
- Verhaltensveränderungen von Mitarbeitenden sollten gefördert werden, indem auf das Potential und den Nutzen von Ergebnissen verwiesen wird. Das kann z.B. durch engagierte Einzelpersonen erfolgen.

Empfehlungen zu Kontextfaktoren:

Die Empfehlungen sind gegliedert hinsichtlich unterschiedlicher Level des Kontextes. Unterschieden wird in Mikro-, Meso- und Makrolevel. Die einzelnen Levels beziehen sich auf die folgenden Personengruppen, Organisationen bzw. Strategien.

Mikrolevel

- Eine gemeinsame Vision der Zusammenarbeit könnte sich förderlich auf relevante Ergebnisse für beide Seiten auswirken.
- Den LP sollten möglichst ungestörte Zeiten der Zusammenarbeit ermöglicht werden.
- Die LP sollten über erforderliche technische Ausstattungen verfügen können.
- Die Möglichkeit von Home Office sollte für die LP Tätigkeit in Betracht gezogen werden. Dabei ist auf ein ausgewogenes Verhältnis von vor-Ort-Arbeit und Home Office zu achten. Der überwiegende Anteil der LP Tätigkeit sollte in Präsenz in der Praxiseinrichtung stattfinden.
- Entscheidungsbefugnisse der LP sollten klar sein.
- Empfohlen wird der Einsatz von Projektmanagement.
- Auf möglicherweise geringes Interesse und Verständnis von Mitarbeitenden der Praxiseinrichtung für wissenschaftliches Arbeiten sollte angemessen eingegangen werden. Es sollte auf geeignete Weise und mit ausreichend Zeit agiert werden für Verständigungsprozesse zur Bedeutung der Wissenschafts-Praxis-Zusammenarbeit.
- Die verschiedenen Leitungsebenen sollten von Beginn an in die Zusammenarbeit einbezogen werden.
- Leitungswechsel während der aktiven Phase der Zusammenarbeit sollten sorgfältig begleitet werden, um eine konstante Arbeit der LP zu fördern.
- Die Einbeziehung eines Projektteams bzw. von Mitarbeitenden neben den LP sollte auf geeignete Weise unterstützt werden, wie z.B. begleitende Materialien oder Erinnerungen an anstehende Treffen bzw. Aufgaben. Förderlich ist ein kontinuierlicher Austausch zwischen LP und Projektteam.
- Reguläre Kommunikationsstrukturen der Praxiseinrichtung sollten für die Information bzw. Einbeziehung der Mitarbeitende genutzt werden.
- Praxiseinsätze des WLP könnten das Verständnis und die Akzeptanz für die Wissenschafts-Praxis-Zusammenarbeit auf beiden Seiten fördern.
- Die interne Öffentlichkeitsarbeit sollte gezielt genutzt werden, um verschiedene Bereichen der Praxiseinrichtung in die Prozessschritte des Projekts einzubeziehen.
- Die finanziellen Aspekte der Zusammenarbeit sollten nachhaltig gestaltet werden.

Mesolevel

- Die Wissenschafts-Praxis-Zusammenarbeit sollte sich nicht auf demenzspezifische Themen beschränken.
- Die trägerinterne und trägerübergreifende Öffentlichkeitsarbeit sollte gezielt genutzt werden, um zu Projektaktivitäten zu informieren und die Übertragbarkeit von Ergebnissen zu fördern.

Makrolevel

- Die grundständischen Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe sollten zur Wissenschafts-Praxis-Zusammenarbeit sensibilisieren und einschlägige Kompetenzen fördern, wie die Reflexionsfähigkeit.
- Die Zusammenarbeit im internationalen Living Lab Netzwerk sollte fortgeführt werden. Potentiale der internationalen Vernetzung für das deutsche Netzwerk (ab 2025 unter der Bezeichnung PraWiLa- Innovation in der Langzeitpflege) und die beteiligten Organisationen sollten herausgearbeitet und weiterentwickelt werden. Am 2023 gegründeten International Network of Living Labs in Ageing and Long-Term Care beteiligen sich gegenwärtig Living Labs aus den Niederlanden (Living Lab in Ageing and Long-TermCare), Großbritannien (NICHE-Nurturing Innovation in Care Home Excellence), Österreich (OPINION-OPen INnovatiOn Nursing Lab) und Deutschland (PraWiDem, ab 2025 PraWiLab). Das internationale Netzwerk bietet die Chance des fachlichen Austausch, z.B. mittels Hospitationen und Qualifikationen, und gemeinsamer Forschungsaktivitäten, z.B. zu den Wirkmechanismen des Living-Lab-Ansatzes.

Teilziel 3.2: Die Empfehlungen sind zielgruppenspezifisch disseminiert.

Indikatoren der Zielerreichung: Zu den Empfehlungen werden Beiträge in wissenschaftlichen (open-access) und praxisorientierten Zeitschriften veröffentlicht. Die Empfehlungen sind in auf einer Projekt-Internetseite und in Form von Printmedien verfügbar. Die Aufbereitung der Empfehlungen berücksichtigt die Perspektive von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Zielerreichung:

Teilziel 3.2 ist zum Berichtszeitpunkt noch in Bearbeitung. Es wird jeweils eine Publikation in einer wissenschaftlichen (open-access) und in einer praxisorientierten Zeitschrift vorbereitet. Darüber hinaus werden die Empfehlungen auf der PraWiDem-Internetseite und der noch zu erstellenden Internetseite für das verstetigte PraWiLab-Netzwerk veröffentlicht. In die Aufbereitung der Ergebnisse soll die Perspektive von Menschen mit Demenz einfließen über die AG Demenz und Forschung sowie über eine öffentliche Beteiligungsmöglichkeit über die landesweiten Fachstellen für Demenz.

6 Gender Mainstreaming Aspekte

Genderaspekte waren relevant für das Vorhaben. Der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege beträgt ca. zwei Drittel. Auch die Pflegenden sind überwiegend Frauen. Geschlechterverhältnisse und geschlechtsspezifische Bedürfnisse und Fragestellungen galt es somit in allen Phasen der Realisierung des Living Lab zu berücksichtigen. Wir bemühten uns um eine angemessene Balance zwischen den Geschlechtern bei den Living Pins, im Expertinnen- und Expertenteam und bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner und berücksichtigten die Genderperspektive sowohl in der Formulierung der Fragen als auch in der Analyse der Interviewdaten. Das Projektteam war gut balanciert und bestand aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. In der Projektkommunikation wurde eine wertschätzende, gendersensible Kommunikation umgesetzt. Dabei wurde auf die von einer Antragstellerin (GM) entwickelte Orientierungshilfe zur gendersensiblen Sprache rekuriert

https://www.umh.de/fileadmin/Dokumente/Dokumente/Prodekanat_Genderfragen/Empfehlung_Geschlechtersensible_Sprache_Glossar_27062022.pdf

Die gendersensible Projektarbeit wurde in allen drei Projektphasen beachtet. So wurden im in Phase 1 erstellten handlungsleitenden Konzept gendersensible Aspekte berücksichtigt.

Das spiegelt sich

u.a. wider im Hinweis zum Einsatz von Frauen und Männern als Linking Pins und zum Hinweis auf gendergerechte Auswahl von zu bearbeitenden Themen in den Teilprojekten. In Projektphase 2 wurden geschlechtsspezifische Aspekte zunächst in der Zusammenstellung der standortbezogenen Projektteams berücksichtigt, um anschließend die unterschiedlichen Perspektiven der Geschlechter im Wissenschafts-Praxis-Transfer nutzen zu können. In der Kultur und in den Strukturen der Projektkommunikation sollten sich die Perspektiven von Männern und Frauen sowie gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung widerspiegeln. Für die in Projektphase 3 erstellten Empfehlungen auf der Basis der Ergebnisse der strukturierten Prozessevaluation und die Prozessevaluation wurden eine gendersensible Vorgehensweise angewendet.

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Ziel des Projekts PraWiDem war die Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegewissenschaft zur Verbesserung der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz. Dafür wurde der Netzwerkansatz des Living Labs (Verbeek et al., 2020) an den nationalen Versorgungskontext in Deutschland angepasst, in Kooperation zwischen Forschungs- und Praxiseinrichtungen erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Dieses Ziel konnte in der

Projektlaufzeit erreicht werden mit unterschiedlichen Umsetzungsgraden bezüglich der Erreichung der Teilziele.

Das Ziel in der ersten Projektphase war die Erstellung eines handlungsleitenden Konzeptes unter Einbeziehung der Perspektive von Menschen mit Demenz. Dieses Ziel wurde mit der Arbeit der auf dem Projekthintergrund initiierten AG Demenz und Forschung erreicht. Die AG konnte im ersten Projektjahr gegründet und in die qualitative Studie (Bühler et al., 2023) am Projektbeginn einbezogen werden. Diese Studie bildete neben einer systematischen Literaturübersicht (Leinen et al., 2022) die Grundlage für das handlungsleitende Konzept. Für die Einbeziehung der Perspektive von Menschen mit Demenz in die Gestaltung der Vernetzung von Pflegepraxis und Wissenschaft gibt es in den letzten Jahren verstärkte Bemühungen, bislang ist jedoch wenig einschlägige Evidenz verfügbar. Weitet man den Blick über die Personengruppe der Menschen mit Demenz hinaus auf ältere Menschen, kann u.a. an die Erfahrungen des Living Lab in Long-Term Care in Ageing der Universität Maastricht (Verbeek et al., 2020) und des Academic Collaborative Center (ACC) Older Adults der Universität Tilburg angeknüpft werden (Luijckx et al., 2020). In diesen beiden etablierten Netzwerken von Praxis und Wissenschaft gibt es Strukturen der verbindlichen Einbeziehung der Perspektive älterer Menschen, z.B. in Form von Beiräten oder Beteiligungsformate in konkreten Forschungsvorhaben. Die Arbeit der Arbeitsgruppe „Demenz und Forschung“ (DalzG) konnte erfolgreich über die Projektlaufzeit hinweg fortgesetzt werden. Für die nachhaltige Verankerung der Arbeitsgruppe bei der DALzG liegt die Bereitschaft der Teilnehmenden zur Weiterarbeit vor, jedoch bedarf es einer kontinuierlichen Finanzierungsbasis für die Organisation und Moderation der Arbeitsgruppe. Die Kosten für die Organisation und Moderation der Arbeitsgruppe konnten im Projekt finanziert werden. Die Teilnehmenden haben sich unentgeltlich in die Arbeitsgruppe eingebracht. Für eine verstetigte Arbeit der AG „Demenz und Forschung“ sollte eine Aufwandsentschädigung für die Teilnehmenden geprüft werden. Wichtig ist zudem eine angemessene Öffentlichkeitsarbeit, um weiteren Forschungsaktivitäten die Möglichkeit der Unterstützung durch die AG Demenz und Forschung aufzuzeigen. Bisher ist ein eher unscheinbarer Hinweis zur AG auf der Internetseite der DALzG einsehbar (<https://www.deutsche-alzheimer.de/demenz-wissen/forschung>).

Das schriftliche Living-Lab-Konzept mit dem Logischen Modell wurde als handlungsleitendes Konzept erstellt, damit es als Arbeitsinstrument für die Erprobungsphase des Projekts zur Verfügung stand. Die ausgebliebenen Rückmeldungen der Praxispartner zum Konzept stellten diesen Anspruch in Frage. Für die wissenschaftlichen Partner bildete das Konzept eine Handlungsgrundlage, in der u.a. die Strukturen und Prozesse der Praxis-Wissenschafts-Kooperation beschrieben waren. Die Perspektive der Praxisseite ist zwar über die qualitative

Studie in das Konzept eingeflossen, dennoch wäre ein Austausch zu den im Konzept verankerten Kernaspekten der Zusammenarbeit wünschenswert gewesen, um die Vorstellungen der Praxisseite bestmöglich integrieren zu können und einen fundierten Austausch zu Erwartungen beider Seiten führen zu können. Es bleibt für eine verstetigte Living-Lab-Zusammenarbeit zu fragen, welche Formate des Austauschs und der Verbindlichkeit für alle Beteiligten akzeptabel und praktikabel sind. Erkenntnisse aus der Arbeit großer Praxis-Wissenschafts-Netzwerke können die Beantwortung dieser Fragen unterstützen, wie z.B. vom kanadischen Senior Health Research Transfer Network mit sieben Forschungsinstituten, 850 ambulanten und 620 stationären Pflegeeinrichtungen (Chambers et al., 2010).

Das Ziel der zweiten Projektphase war die Erprobung des Living-Lab-Demenz-Ansatzes. Dieses Ziel wurde mit vier Teilprojekten umgesetzt. Dafür kooperierte die Universität zu Köln mit den zwei Pflegeeinrichtungen der Städtischen Seniorenheime Krefeld. Die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg kooperierte mit einer Pflegeeinrichtung der Paul-Riebeck-Stiftung Halle (Saale) und einer Pflegeeinrichtung des Diakonissenhauses Aue. Jeder Kooperationspartner konnte einen WLP bzw. einen PLP einsetzen. Für einen WLP gab es für eine längere Ausfallzeit eine Krankheitsvertretung. Die Stelle eines PLP musste aufgrund interner Arbeitserfordernisse neu besetzt werden. Die geplanten wöchentlichen gemeinsamen Arbeitstage der LP konnten zwischen 46-83 % umgesetzt werden. Neben krankheitsbedingten Ausfällen bedeuteten akute Personalengpässe der Pflegeeinrichtungen ein deutliches Hemmnis für die kontinuierliche Zusammenarbeit. In jedem der vier Teilprojekte konnte ein standortbezogenes Projektteam gebildet werden, wobei der Umsetzungsgrad der geplanten monatlichen Treffen einen Umsetzungsgrad bis zu 56 % aufwies. Die Projektteams unterstützten einzelne Aufgaben und reflektierten gemeinsam mit den LP den jeweiligen Projektfortschritt. Wissenschaftliche Aufgaben wurden teilweise unterstützt, z.B. im Herstellen der Zugänge zu den Mitarbeitende für Befragungen. Für die beiden Teilprojekte der Kooperation Köln/Krefeld konnte die zusätzliche Struktur der einrichtungsübergreifenden Zirkeltreffen wie geplant umgesetzt werden. Im Zeitraum der Erprobungsphase fanden zwei Living-Lab-Demenz-Treffen statt, an denen alle kooperierenden Einrichtungen teilnahmen. Im gleichen Zeitraum gab es zwei standortübergreifende Austauschtreffen der WLP und der PLP sowie neun Treffen der LP mit der AG Demenz und Forschung. Auf europäischer Ebene gab es 15 Austauschtermine, davon 2 in Präsenz. Das Team der Expertinnen und Experten traf sich zweimal vor dem und zweimal im Erprobungszeitraum. Im Verlauf des Projekts ließ die Zahl der Teilnehmenden an den Austauschtreffen des Teams deutlich nach. Alternativ zu den Treffen wurde in Form von Newslettern versucht, eine geeignete Möglichkeit der Information der Expertinnen und Experten zu finden. Es war herausfordernd für das heterogen besetzte Team, passgenaue

Themen und angemessene Arbeitsaufträge zu finden. Seitens der Expertinnen und Experten gab es wenig konkrete Nachfragen oder Anregungen. Insgesamt konnten die teilweise hohen Erwartungen an die Arbeit des Teams nicht erfüllt werden. So ist es beispielsweise nicht gelungen, die Expertinnen und Experten in eine kontinuierliche Begleitung der Teilprojekte einzubinden. Möglicherweise wäre ein Einsatzbeginn des Teams in der zweiten Projektphase zielführender gewesen. Für die nachhaltige Arbeit des Living Labs ist die Rolle eines begleitenden Gremiums sorgfältig zu prüfen und an den Zielen der Netzwerkarbeit auszurichten.

Mit der Bewilligung des Projekts ging die Auflage einher, die hausärztliche Perspektive einzubeziehen. Mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Uniklinik Düsseldorf konnte dafür ein kompetenter Partner gewonnen werden. Mit den Erfahrungen aus der hausärztlichen Versorgung und dem gleichzeitigen wissenschaftlichen Verständnis flossen wichtige Impulse in die konzeptionelle Arbeit als auch die Erprobung des Living Labs in den Teilprojekten ein. Trotzdem gelang die Einbeziehung der hausärztlichen Perspektive nur punktuell in den Teilprojekten. Gründe dafür wurden weniger im mangelnden Interesse von Hausärztinnen und Hausärzten gesehen, als vielmehr in fehlenden zeitlichen Ressourcen. Erschwerend wirkte an dieser Stelle auch der pflegfachliche Schwerpunkt der Themen der Teilprojekte mit überschaubaren Ansatzpunkten für die aktive Einbeziehung von Hausärztinnen und Hausärzten. Das von der hausärztlichen Perspektive wertvolle Beiträge kommen können, zeigt z.B. ein Bericht einer Allgemeinmedizinerin zu ihren Erkenntnissen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz unter größtmöglicher Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse nach Selbstbestimmung und Selbstständigkeit.

Für die Bearbeitung der Teilprojekte standen geplante 18 Monate zur Verfügung. In dieser Zeit sollte ein für die Praxiseinrichtung relevantes Forschungsthema partizipativ identifiziert und bearbeitet werden. Für jedes Teilprojekt ist es gelungen ein praxisrelevantes Forschungsthema zu finden und dieses kontinuierlich zu bearbeiten, d. h. keines der gewählten Themen wurde im Laufe der Erprobungsphase als nicht relevant oder im Rahmen der Projektarbeit als nicht bearbeitbar verworfen und durch ein anderes Forschungsthema ersetzt. Die gewählten Themen orientieren sich an elementaren Bedürfnissen von Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen: die Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit bei Demenz (MLU und Praxispartner Aue), die sensorische Stimulation von Menschen mit fortgeschrittener Demenz (MLU und Praxispartner Halle), die Berücksichtigung von Alltagswünschen von Menschen mit Demenz sowie der Umgang mit Ablehnung der Nahrungsaufnahme im Zusammenhang mit Demenz (beide Teilprojekte Universität zu Köln und Praxispartner Krefeld). Der relativ hohe Zeitbedarf für die partizipative Themenfindung wurde in Kauf genommen um die Akzeptanz und Motivation zur Mitarbeit am Teilprojekt zu fördern. Das ist teilweise gelungen, wobei auch die Vorannahme

bestätigt wurde, wonach es für die Vertretungen der Praxisseite ungewohnt ist, eine aktive Rolle in der Wissensentwicklung und -anwendung einzunehmen. Für die Themenfindung wurden nur teilweise systematische Formate oder Methoden eingesetzt, wie Umfragen unter den Mitarbeitende. Teilweise wurden reguläre Teammeetings, wie Dienstberatungen, genutzt, in denen die LP nach aktuellen Herausforderungen oder Themenwünschen fragten. Der Relevanz der Themen der Teilprojekte für die Praxisseite wurde erste Priorität eingeräumt, d. h. es wurde versucht, die Themenwahl mit wissenschaftlichen Ansprüchen oder Erwartungen in Einklang zu bringen, was unterschiedlich bzw. nur bedingt gelungen ist. Für die nachhaltige Zusammenarbeit von Praxis und Wissenschaft im Living Lab kommt der Abklärung der Erwartungen beider Seiten eine hohe Bedeutung zu. Dabei ist die wissenschaftliche Seite gefordert, das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse an der Verbesserung der Qualität der Pflege, der Arbeit und der Lebensqualität der zu pflegenden Personen auszurichten (Verbeek et al., 2020). Es reicht nicht aus, Wissen zu generieren und einem wissenschaftlichen Fachpublikum vorzustellen; gebraucht wird anwendungsbereites Wissen und Unterstützung der Praxisseite bei der Implementierung dieses Wissens durch die wissenschaftlichen Partner. Seitens der Wissenschaft sollten die Möglichkeiten der Implementierungsforschung stärker berücksichtigt werden. Dieser in den letzten Jahrzehnten deutlich weiterentwickelte Forschungsbereich bezieht sich auf Strategien zur Förderung von Diffusion, Übernahme und nachhaltigen Anwendung von Praktiken (Wensing, 2024). Vertretungen der Praxisseite haben sowohl in den Befragungen am Projektbeginn als auch am Ende der Erprobungsphase auf den Unterstützungsbedarf bei der Implementierung von Erkenntnissen aus den Teilprojekten in den Pflege- und Versorgungsalltag hingewiesen. In der Beurteilung des Entwicklungsprozesses der Teilprojekte in einem Zeitraum von nur 18 Monaten sind die vollzogenen Schritte zu würdigen mit dem Verständnis für den langfristigen Entwicklungsbedarf.

Das Ziel in der dritten Projektphase war die die Entwicklung und Dissemination von Empfehlungen zur nachhaltigen Implementierung des Living-Lab-Demenz-Ansatzes. Die Grundlage für die Entwicklung von Empfehlungen bildete eine an einem Logischen Modell orientierte Prozessevaluation mit qualitativen und quantitativen Studienanteilen. Einen Schwerpunkt der Prozessevaluation bildete die Analyse der Interventionskomponenten der LP und der PraWiDem-Teams.

Die zentrale Rolle bei der Entwicklung und Umsetzung der Teilprojekte kam den LP zu. Diese Rolle war für alle Beteiligten neu und entwickelte sich im Verlauf der Erprobungsphase. Anforderungen an die WLP und PLP wurden im handlungsleitenden Konzept formuliert. Den Empfehlungen aus dem Living Lab der Universität Maastricht nach dem Einsatz von erfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern (Senior Researchers) für die Rolle des WLP (Verbeek et al., 2020) konnte nicht umfänglich

entsprochen werden, da diese Personalressource aufgrund des geringen Akademisierungsgrades in den Pflege- und Gesundheitsberufen in Deutschland kaum verfügbar ist. Der intensive wöchentliche Austausch im wissenschaftlichen Team aus jungen und erfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler kompensiert teilweise die fehlende Erfahrung. Eine Studie zur Rolle der WLP in niederländischen und britischen Living Labs in der Langzeitpflege bestätigt diesen Bedarf der WLP nach Unterstützung und Begleitung (Everink et al., 2023). Es zeigten sich Unterschiede im Beteiligungsgrad der PLP an der Entwicklung des Projektplans bzw. des Studienprotokolls. PLP mit einer akademischen Ausbildung fiel es offensichtlich leichter, sich an der Entwicklung eines für das gewählte Thema angemessenen methodischen Vorgehens zu beteiligen als PLP ohne Studienabschluss. Die Einbeziehung von PLP mit einer starken Einbindung in die Pflege und Versorgung steht andererseits für eine hohe Praxisorientierung der Wissensgenerierung und des Wissenstransfers. Die Erprobungsphase war für alle LP ein Lernprozess in der Zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft. Unterstützungsbedarfe sehen die PLP seitens ihrer Leitungspersonen, die sich für die Motivation von Mitarbeitenden zur Beteiligung am Teilprojekt einsetzen sowie den PLP den Freiraum für die LP-Zusammenarbeit durch entsprechende Dienstplangestaltung schaffen sollten. Die PLP bedürfen nach eigener Aussage zudem der Unterstützung seitens der WLP, z.B. bei der inhaltlichen und methodischen Bearbeitung des Teilprojekts. WLP äußern den Bedarf nach Unterstützung seitens erfahrener Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie den Peer-Austausch. Die Erfahrungen aus der Erprobungsphase sollten genutzt werden, um den Schulungs- und Unterstützungsbedarf von LP weiter zu erforschen und auf der Grundlage dieser Erkenntnisse Schulungsprogramme für LP zu entwickeln, zu testen und zu evaluieren. Die Arbeit der standortbezogenen Projektteams, der sogenannten PraWiDem-Teams trug in unterschiedlichem Ausmaß zu den Ergebnissen der Teilprojekte bei, d. h. in einer Praxiseinrichtung übernahm das PraWiDem-Team einen aktiveren Part im Teilprojekt als in einer anderen Praxiseinrichtung. PraWiDem-Teammitglieder berichteten von ihrer hohen Motivation und Erwartung, durch die Mitarbeit am Teilprojekt einen Beitrag zur Verbesserung der Pflege- und Versorgungspraxis leisten zu können. Die Erwartungen gerade an die Umsetzbarkeit von Ergebnissen in den Pflege- und Versorgungsalltag konnten innerhalb der geplanten Laufzeit kaum zufriedenstellend erfüllt werden. Als Gründe dafür sehen die Beteiligten u.a. Rahmenbedingungen für die Pflege, die sich nur auf politischer Ebene bearbeiten lassen. Da die Arbeit an allen vier Teilprojekten auch nach Beendigung der 18-monatigen Erprobungsphase fortgesetzt wurde, kann zum jetzigen Zeitpunkt auf weitere Teil-/Erfolge bei der Umsetzung von Projektergebnissen verwiesen werden. Dazu gehören die Übertragung von Ergebnissen aus den Teilprojekten einzelner Einrichtungen der Praxispartner auf weitere Einrichtungen derselben Träger, z.B. mit einer

trägerübergreifenden Projektgruppe in der Paul-Riebeck-Stiftung, die für die Umsetzung der in der Hausgemeinschaft für Menschen mit Demenz entwickelten Stimmulationsmaßnahmen in allen Einrichtungen des Trägers Verantwortung übernommen hat. Die Nutzung der Ergebnisse aller Teilprojekte innerhalb des gesamten Netzwerkes wird vorbereitet. Die Prozessevaluation erstreckte sich über das Projektende hinaus, sodass sich die Entwicklung von Empfehlungen verzögerte. Erste Empfehlungen wurden erstellt und beziehen sich auf den Einsatz von LP und einrichtungsbezogenen Projektteams. Außerdem wurden Empfehlungen formuliert für Leitungspersonen, für die Einbeziehung von Menschen mit Demenz, für die inter-/professionellen Beziehungen, die Arbeit in Teilprojekten sowie zur Berücksichtigung von Kontextfaktoren in der Gestaltung der Living Lab Arbeit. Diskutiert werden im Folgenden einzelne Empfehlungen; eine systematische Aufbereitung und Publikation der Empfehlungen ist in Vorbereitung. Für den Einsatz der LP empfehlenswert ist neben der Motivation und Bereitschaft für die intensive Zusammenarbeit von Praxis und Wissenschaft, auf notwendige kommunikative und methodische Kompetenzen der zukünftigen LP zu achten. Empfehlenswert für die Arbeit von PLP und WLP sind Kenntnisse und Erfahrungen im wissenschaftlichen Arbeiten sowie die Vorbereitung der LP auf ihre Rolle und eine kontinuierliche Begleitung. Für einrichtungsbezogene Projektteams ist die Auswahl von Mitarbeitende mit dem Wunsch zur Verbesserung der Versorgung zu empfehlen. Erfahrungen aus der Evaluation von Forschungsprojekten in Zusammenarbeit von Langzeitpflege- und Forschungseinrichtungen (Devi et al., 2020) gehen noch einen Schritt weiter, indem auf Selbstwirksamkeitsüberzeugungen involvierter Mitarbeitende hingewiesen wird. Das bedeutet, Mitarbeitende in den Teams sollten bzgl. ihrer beruflichen Rolle und ihrem Verantwortungsbereich überzeugt sein, Einfluss auf die Verbesserung der Pflege und Versorgung zu haben. In diesem Zusammenhang steht eine Empfehlung aus unserem Projekt für Leitungspersonen, nach der diese sowohl für die Auswahl der PLP als auch die Zusammenstellung der Projektteams verantwortlich sind und auf die Motivation der involvierten Personen achten sollten. Für die Einbeziehung von Menschen mit Demenz sollte nach geeigneten Formaten gesucht werden. In unserem Projekt konnten Menschen mit Demenz der partizipierenden Pflegeeinrichtungen nur punktuell einbezogen werden. Das liegt nicht allein an der tendenziell fortgeschrittenen Demenz und damit verbundenen Kommunikationsschwierigkeiten, sondern auch an Forschungsmethoden, die wenig geeignet sind, die Perspektive von Menschen mit Demenz einzubeziehen. Weitere Forschungsvorhaben im Living Lab könnten z.B. ethnografische Ansätze aufgreifen (Dellwing und Prus, 2012), die gerade von PLP genutzt werden könnten, um Daten aus Alltagssituationen der Pflege und Versorgung für den Forschungsprozess nutzbar zu machen, selbstverständlich unter Beachtung ethischer Aspekte der Einbeziehung von Personen in Forschungsprozesse. Bezüglich der inter-/professionellen Beziehungen ist zu

empfehlen, die Erwartungen an die Zusammenarbeit anzusprechen. Erkenntnisse aus der Entwicklung eines Modells der gesundheitsbezogenen Praxis-Wissenschafts-Vernetzung bestätigen den Klärungsbedarf jedes Partners, was als Erfolg der Zusammenarbeit angesehen wird (Whitehouse et al., 2022). Für die Arbeit in Teilprojekten werden für Co-Creation-Prozesse die Nutzung von formelle und informelle Formaten empfohlen. Durch die regelmäßige Anwesenheit der WLP in den Praxiseinrichtungen können so z.B. vielfältige Möglichkeiten der Begegnung genutzt werden, um zum einen Beziehung aufzubauen, als eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Zusammenarbeit (Verbeek et al, 2020) und zum anderen auf inhaltliche Aspekte der Teilprojekte einzugehen. Der Empfehlung im Kontext des Living Labs zur Fortführung der Zusammenarbeit im Internationalen Living Lab Netzwerk wird Rechnung getragen, u.a. mit der Ausrichtung des internationalen Forschungsaustausches in diesem Jahr in Köln. Daneben bieten sich durch diesen internationalen Zusammenschluss Möglichkeiten der gemeinsamen Weiterentwicklung zentraler Elemente im Living Lab, wie z.B. die Studie zur Rolle der WLP in Großbritannien und den Niederlanden (Everink et al., 2023).

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass die partizipative Themenfindung, die Entwicklung und Umsetzung eines Projektplans sowie die nachhaltige Implementierung von Projektergebnissen in den Pflege- und Versorgungsalltag der Praxiseinrichtungen ein längerfristiger Prozess ist. Auf den langfristigen Entwicklungsbedarf in der Praxis-Wissenschafts-Vernetzung wurde von den in der Living Lab Arbeit erfahrenen niederländischen Kolleginnen und Kollegen wiederholt verwiesen. Erste Erfolge der Praxis-Wissenschafts-Vernetzung konnten innerhalb der Projektlaufzeit PraWiDem verzeichnet werden. Damit ist eine Basis für ein nachhaltiges Living Lab geschaffen worden.

8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

An der Living-Lab-Zusammenarbeit waren Akteure aus Wissenschaft und Praxis sowie Menschen mit Demenz beteiligt. Entsprechend sind die Projektergebnisse sowohl für das wissenschaftliche Fachpublikum als auch für Vertretungen aus Pflege und Betreuung sowie interessierte Menschen mit Demenz relevant. Die geplante Dissemination adressiert alle beteiligten Gruppen und stützt sich auf mehrere Informationskanäle, um unterschiedlichen Informations- und Kommunikationsbedürfnissen gerecht zu werden. Bei der Dissemination wird einerseits das Ziel verfolgt, über den Living-Lab-Demenz-Ansatz als eine innovative Art der Praxis-Wissenschafts-Zusammenarbeit zu informieren und die bisher damit gesammelten Erfahrungen zu präsentieren. Andererseits sollen über die Dissemination potentiell interessierte Praxiseinrichtungen zur Beteiligung am verstetigten Living-Lab-Netzwerk gewonnen werden.

Zur Publikation der Projektergebnisse und Information der Öffentlichkeit werden folgende Formate genutzt:

- **Wissenschaftliche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften:** Die Ergebnisse abgeschlossener Arbeitspakete werden für das internationale wissenschaftliche Fachpublikum aufbereitet und in englisch-sprachigen Fachzeitschriften mit peer-review-Verfahren veröffentlicht. Bisher sind zwei wissenschaftliche Veröffentlichungen erfolgt (s. Abschnitt 12). Zwei weitere Veröffentlichungen sind in Vorbereitung: die Ergebnisse des Scoping Reviews aus Projektphase 1 sowie die Ergebnisse der strukturierten Prozessevaluation aus Projektphase 3.
- **Wissenschaftliche Kongressbeiträge:** Zusätzlich zu wissenschaftlichen Fachartikeln werden Ergebnisse von abgeschlossenen Arbeitspaketen der Fachöffentlichkeit auf wissenschaftlichen Kongressen präsentiert. Bisher erfolgten 4 Präsentationen auf Fachkongressen (s. Abschnitt 12) sowie ein Online-Webinar für europäische Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler, organisiert von der European Academy of Nursing Science (EANS). Zwei weitere wissenschaftliche Kongressbeiträge sind für das Jahr 2025 geplant (Präsentation der Ergebnisse der Prozessevaluation auf dem Jahreskongress des Netzwerks für evidenzbasierte Medizin sowie dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Abstracts bereits angenommen).
- **Informationen für die Zielgruppe Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen:** Für Menschen mit Demenz, die sich für im Living Lab bearbeiteten Teilprojekte interessieren sowie zur Information über die im Rahmen des Projekts gegründeten Arbeitsgruppe „Demenz und Forschung“ wurden drei Posterbeiträge auf dem Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. 2024 präsentiert. Zusätzlich erfolgte ein Online-Vortrag auf dem Kongress von Alzheimer Europe (s. Abschnitt 12). Nach Abschluss der Projektergebnisse erfolgt zusätzlich eine Information im Newsletter der Geschäftsstelle der Nationalen Demenzstrategie (NDS).
- **Informationen für Praxisvertretungen:** Zu Beginn des Projekts wurde die Living-Lab-Zusammenarbeit sowie der geplante Projektablauf in einer praxisrelevanten Zeitschrift präsentiert (s. Abschnitt 12). Nach Abschluss der strukturierten Prozessevaluation sollen deren Ergebnisse zusätzlich zur wissenschaftlichen Dissemination für ein nicht-wissenschaftliches Publikum aufbereitet werden und ebenfalls in einer praxisrelevanten Zeitschrift sowie zusätzlich in einem praxisrelevanten Online-Portal veröffentlicht werden, um Vertretungen aus der Pflegepraxis über die Erfahrungen mit der Living-Lab-Arbeit zu informieren. Daneben wird die Präsentation der Erfahrungen mit der Living-Lab-Zusammenarbeit in einem pflegespezifischen Podcast angestrebt.

9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Zum Transfer:

- Die Erkenntnisse aus der strukturierten Prozessevaluation können für weitere Wissenschafts-Praxis-Partnerschaften herangezogen werden, insbesondere für solche Partnerschaften, die sich für die Zusammenarbeit des Living-Lab-Demenz-Ansatzes bedienen.

Zur Auswirkung der Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege:

- Die im Zuge der Erprobung des Living Lab Demenz erarbeiteten Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Teilprojekte werden zunächst in den jeweiligen Praxiseinrichtungen implementiert sowie später einrichtungsübergreifend den am Living Lab Demenz beteiligten Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

Zur Fortführung der aufgebauten Strukturen:

- Die Zusammenarbeit gemäß Living-Lab-Demenz-Ansatz in der Langzeitpflege erwies sich unter Projektbedingungen als möglich. Die Etablierung gemeinsamer Arbeitsstrukturen sowie die gemeinsame Bearbeitung praxisnaher wissenschaftlicher Projekte konnten während der Projektlaufzeit erfolgen. Die beteiligten Universitäten und Praxispartner sprachen sich zum Ende des Förderzeitraums für eine Fortsetzung der Zusammenarbeit aus. Die im Zuge des Projekts etablierten Strukturen für die Living-Lab-Zusammenarbeit werden daher in den beteiligten Praxiseinrichtungen fortgeführt und erweitert, um die Living-Lab-Zusammenarbeit fortzusetzen sowie weitere wissenschaftliche Projekte zu entwickeln und durchzuführen. Dabei werden die Erkenntnisse aus der strukturierten Prozessevaluation berücksichtigt.

Zu den Implikationen:

- Beim Aufbau von Strukturen zur Zusammenarbeit in Wissenschafts-Praxis-Partnerschaften sowie der kontinuierlichen Wahrnehmung der Living-Lab-Zusammenarbeit ist den persönlichen Beziehungen zwischen den Beteiligten ein großer Stellenwert beizumessen. Forschende, die in Wissenschafts-Praxis-Partnerschaften mit Praxisvertretungen tätig sind, sollten nicht nur mit dem Forschungsgegenstand, sondern v.a. auch mit Beteiligungsmöglichkeiten und Methoden partizipativer Forschung vertraut sein, um bei der Bearbeitung der wissenschaftlichen Projekte Beteiligung unterschiedlicher Interessengruppen zu ermöglichen.
- Um die Beteiligung von Menschen mit Demenz an Wissenschafts-Praxis-Partnerschaften zu ermöglichen sind weiterhin fundierte methodische Kompetenzen zu Beteiligungsmethoden und partizipativer Forschung erforderlich. Angesichts der bei Bewohnende von Pflegeeinrichtungen oftmals fortgeschrittenen Demenz und damit

einhergehender Verluste sprachlicher Fähigkeiten kann die Beteiligung über sprachbasierte Beteiligungsmethoden zunehmend erschwert sein.

Beteiligungsmethoden für Menschen mit fortgeschrittener Demenz und beeinträchtigter sprachlicher Kommunikationsfähigkeit stellen im Kontext der partizipativen Forschung ein Forschungsdesiderat dar.

10 Publikationsverzeichnis

Wissenschaftliche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften

- Bühler, F., Leinen, A., Schneider-Schelte, H., Meyer, G., Dichter, M. N., Köpke, S., Wilm, S. & Bieber, A. (2023). Exploring stakeholders' perspectives on the adaptation of the Living Lab approach to dementia care: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 54, 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.09.008>
- Leinen, A., Bühler, F., Köpke, S., Löbbberding, M., Meyer, G., Schneider-Schelte, H., Wilm, S., Bieber, A. & Dichter, M. N. (2025). Living Lab Dementia: process evaluation of an academic-practice partnership in German long term care for people living with dementia - study protocol. *BMC Geriatrics*, 25, Artikel 40. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05649-z>

Wissenschaftliche Kongressbeiträge

- Bieber, A., Leinen, A., Bühler, F., Dichter, M. N., Wilm, S., Köpke, S. & Meyer, G. (2022). Vernetzung von Pflegepraxis und -wissenschaft durch den ‚Living Lab Demenz‘-Ansatz. *23. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.3205/22ebm090>
- Leinen, A., Bühler, F., Bieber, A., Meyer, G., Verbeek, H., Wilm, S., Köpke, S. & Dichter, M. (2022). Ansätze zur Verbesserung des wechselseitigen Austauschs von professioneller Pflegepraxis und Forschung für eine gemeinsame Wissensentwicklung und -umsetzung: Ein Scoping Review. *21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.3205/22dkvf124>
- Bühler, F., Leinen, A., Dichter, M. N., Wilm, S., Schneider-Schelte, H. & Bieber, A. (2023). Stakeholder-Perspektiven auf die Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegewissenschaft durch ein ‚Living Lab Demenz‘ – eine Interviewstudie. *24. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.3205/23EBM102>
- Bieber, A., Bühler, F., Leinen, A., Hamers, J. P. H., Wilm, S., Schneider-Schelte, H., Köpke, S., Meyer, G., Urlings, J. & Dichter, M. N. (2023). Implementation of a “Living

Lab” as an academic practice partnership to improve dementia care. *22nd International Congress of the International Psychogeriatric Association (IPA)*.

<https://doi.org/10.1017/S1041610223003927>

Nicht-wissenschaftliche Veröffentlichungen und Kongressbeiträge

- Bieber, A., Bühler, F., Leinen, A., Schneider-Schelte, H., Köpke, S., Dichter, M. N., Wilm, S. & Meyer, G. (2022). Mit Living Labs Praxis und Wissenschaft vernetzen. *Pflegezeitschrift*, 75(5), 59–62.
- Bühler, F., Leinen, A., Schneider-Schelte, H., Meyer, G., Dichter, M. N., Köpke, S., Wilm, S. & Bieber, A. (2023). Stakeholder perspectives on linking care practice and research via a Living Lab Dementia. A qualitative study. *33. Alzheimer Europe Conference*.
- Bühler, F., Leinen, A., Klotz, L., Bieber, A. (2024). Partizipation von Menschen mit Demenz an der Versorgungsforschung: eine nationale Arbeitsgruppe. *12. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft*.
- Leinen, A., Venhorst, E., Esen, H., Fambuena, V., Kacanlar, N., Lavendel, I., Liegener, R., Löbberding, M., Mühlenrad, J., Radmacher, L., Spielhagen, R., Thomas, A., Yigetbasi, R., Dichter, M.N. (2024). „Selbstbestimmte Ernährung“ - Umgang mit Ablehnung von Essen und Trinken bei der Versorgung von Menschen mit Demenz: ein Projekt im Rahmen des Living Lab Demenz. *12. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft*.
- Radmacher, L., Leinen, A., Kasdorf, M., Kemper, I., Löbberding, M., Salla, J., Unland, L., Venhorst, E., Dichter, M.N. (2024). Förderung der Kommunikation von Alltagswünschen von Menschen mit Demenz „KomDem“: ein Projekt im Rahmen des Living Lab Demenz. *12. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft*.

11 Literaturverzeichnis

- Balas, E. A., & Boren, S. A. (2000). Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. *Yearb Med Inform* (1), 65-70.
- Baumbusch, J. L., Kirkham, S. R., Khan, K. B., McDonald, H., Semeniuk, P., Tan, E., & Anderson, J. M. (2008). Pursuing common agendas: a collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. *Res Nurs Health*, 31(2), 130-140.
- Behrens, J., & Langer, G. (2004). Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Hans Huber Verlag.
- Breimaier, H. E., Halfens, R. J., & Lohrmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *J Clin Nurs*, 20(11-12), 1744-1756.

- Brown, E. L., Bruce, M. L., Nassisi, P., Katt, W., & Rinder, S. (2004). An Agency-University Research Partnership: focus on late-life depression. *Home Healthc Now*, 22(9), 597-600.
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. In *Clin Interv Aging*, 8(1), 1-10.
- Chambers, L. W., Luesby, D., Brookman, C., Harris, M., & Lusk, E. (2010). The Seniors Health Research Transfer Network Knowledge Network Model: system-wide implementation for health and healthcare of seniors. *Healthc Manage Forum*, 23(1), 4-16. <https://doi.org/10.1016/j.hcmf.2010.01.001>
- Conklin, J., Stolee, P., Luesby, D., Sharratt, M., & Chambers, L. W. (2007). Enhancing service delivery capacity through knowledge exchange: the seniors health research transfer network. *Healthc Manage Forum*, 20(4), 20-26.
- Dellwing, M., & Prus, R. (2012). Einführung in die interaktionistische Ethnografie: Soziologie im Außendienst. Springer-Verlag.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2019). Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Hochschule Osnabrück.
- Devi, R., Martin, G., Banerjee, J., Butler, L., Pattison, T., Cruickshank, L., Maries-Tillott, C., Wilson, T., Damery, S., Meyer, J., Poot, A., Chamberlain, P., Harvey, D., Giebel, C., Hinsliff-Smith, K., Chadborn, N. & Gordon, A.L. (2020). Improving the quality of care in care homes using the quality improvement collaborative approach: lessons learnt from six projects conducted in the UK and the Netherlands. *Int J Environ Res Public Health*, 17(20), 7601.
- Disch, J., Chlan, L., Mueller, C., Akinkuotu, T., Sabo, J., Feldt, K., & Bjorklund, D. (2006). The Densford Clinical Scholars Program: improving patient care through research partnerships. *J Nurs Admin* 36(12), 567-574.
- Downie, J., Ogilvie, S., & Wichmann, H. (2005). A collaborative model of community health nursing practice. *Contemp Nurse*, 20(2), 180-192.
- Downie, J., Orb, A., Wynaden, D., McGowan, S., Zeeman, Z., & Ogilvie, S. (2001). A practice-research model for collaborative partnership. *Collegian*, 8(4), 27-32.
- Duffy, J. R., Culp, S., Sand-Jecklin, K., Stroupe, L., & Lucke-Wold, N. (2016). Nurses' research capacity, use of evidence, and research productivity in acute care. Year 1 Findings From a Partnership Study *J Nurs Admin*, 46(10), 12-17.
- Duffy, J. R., Culp, S., Yarberry, C., Stroupe, L., Sand-Jecklin, K., & Coburn, A. S. (2015). Nurses' research capacity and use of evidence in acute care. Baseline findings from a partnership study *J Nurs Admin* 45(3), 158-164.
- Everink, I., Urlings, J., Griffiths, A., Verbeek, H., Haunch, K., Spilsbury, K., Hamers, J. & Devi, R. (2023). Bridging the gap between science and care: a qualitative exploration of

- the role of the Scientific Linking Pin researcher working in research and practice partnerships. *J Long Term Care*, 249-259.
- Hendricks-Ferguson, V. L., Barnes, Y. J., Cherven, B., Stegenga, K., Roll, L., Docherty, S. L., & Haase, J. E. (2017). Stories and Music for Adolescent/Young Adult Resilience During Transplant Partnerships: Strategies to Support Academic-Clinical Nurse Collaborations in Behavioral Intervention Studies. *Clin Nurse Spec*, 31(4), 195-200.
- Holly, C., Percy, M., Caldwell, B., Echevarria, M., Bugel, M. J., & Salmond, S. (2014). Moving evidence to practice: reflections on a multisite academic-practice partnership. *Int J Evid Based Healthc*, 12(1), 31-38.
- Knowlton, L. W., & Phillips, C. C. (2012). *The logic model guidebook: Better strategies for great results*. Sage
- Köpke, S., Koch, F., Behncke, A., & Balzer, K. (2013). Einstellungen Pflegender in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. *Pflege*, 26(3), 163-175.
- Leinen, A., Bühler, F., Bieber, A., Meyer, G., Verbeek, H., Wilm, S., Köpke, S., & Dichter, M. (2022). Approaches to enhance mutual exchange between professional nursing practice and research for co-creative knowledge development and implementation: A Scoping Review Protocol. *Open Science Framework*.
- Livingstone, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R.Z., Katona, C. & Cooper, C. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess*, 18(39), 1-226, v-vi.
- Luijckx, K., van Boekel, L., Janssen, M., Verbiest, M., & Stoop, A. (2020). The academic collaborative center older adults: A description of co-creation between science, care practice and education with the aim to contribute to person-centered care for older adults. *Int J Environ Res Public Health*, 17(23), 9014.
- Masterson, A., Lee, G., Khan, E., Titchener, K., Doyle-Blunden, J., Metcalfe, A., Tee, S., & Bliss, J. (2020). Redefining the role of the nurse academic in practice: A pilot study. *Nurse Educ Pract*, 44, 102750.
- Meyer, G., Balzer, K., & Köpke, S. (2013). Evidenzbasierte Pflegepraxis? Diskussionsbeitrag zum Status quo. *ZEFQ*, 107, 30-35.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. Retrieved 21.08.2019

- Ott, J. A., Pittman, J., Riley, B., Hall, H., Mestas, L., & Morton, P. (2024). Building a research-focused academic practice partnership: A stepwise approach. *J Prof Nurse*, 53, 118-122.
- Quasdorf, T., Riesner, C., Dichter, M. N., Dortmann, O., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2017). Implementing Dementia Care Mapping to develop person-centred care: results of a process evaluation within the Leben-QD II trial. *J Clin Nurs*, 26(5-6), 751-765.
- Ritchie, J. & Spencer, L. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman & R. G. Burgess (Hrsg.), *Analyzing Qualitative Data* (S. 173–194). Routledge.
- Schmidt, S. G., Dichter, M. N., Palm, R., & Hasselhorn, H. M. (2012). Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents - evidence from German nursing homes. *J Clin Nurs*, 21(21-22), 3134-3142.
- Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, Boyd KA, Craig N, French DP, McIntosh E. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061.
- Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag*, 19(1), 109-120.
- Springer, P. J., Corbett, C., & Davis, N. (2006). Enhancing evidence-based practice through collaboration. *J Nurs Admin*, 36(11), 534-537.
- Tishelman, C., Bergenmar, M., Bernhardson, B. M., Blomberg, K., Borjeson, S., Foderus, H., Levealahti, H., Sahlberg-Blom, E., & Ternstedt, B. M. (2008). Using undergraduate nursing students as mediators in a knowledge transfer programme for care for patients with advanced cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 17(3), 253-260.
- Vaismoradi, M., Wang, I. L., Turunen, H., & Bondas, T. (2016). Older people's experiences of care in nursing homes: a meta-synthesis. *Int Nurs Rev*, 63(1), 111-121.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Schols, J. M. G. A., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2020). The Living Lab in ageing and long-term care: a sustainable model for translational research improving quality of life, quality of care and quality of work. *Nutr Health Aging*, 24(1), 43-47.
- Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Zuidema, S., Cohen-Mansfield, J., & Moyle, W. (2010). Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care. *Int Psychogeriatr*, 22(7), 1121-1128.

- Wensing, M. (2024). Organisationsbezogene Versorgungsforschung– Implementierungsforschung. In Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft (pp. 1-6). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Whitehouse, C. L., Tinkler, L., Jackson, C., Hall, H., Webster, J., Hardy, S., ... & Manley, K. (2022). Embedding research (ER) led by nurses, midwives and allied health professionals (NMAHPs): the NMAHP-ER model. *BMJ Lead*, 6(4), 323-326.