



Demenz und Digitalisierung

Roboter in der Pflege im Einsatz für Menschen mit Demenz

Mehrwert oder Hype

Grenzenlos

Digitale Anwendungen im Fokus der Gesundheitsversorgung

Über die Distanz verbunden

Mit Videobotschaften herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz meistern

Eine Mixed-Methods-Studie

Connected Across Distance

Using Video Messages to Manage Challenging Behavior in People with Dementia

A Mixed Methods Study

Nachgefragt:

Potenziale KI-gestützter Biografiearbeit für Menschen mit Demenz, Pflege und Gesellschaft



INHALT

Editorial	
<i>Renate Berner, Anja Rutenkröger</i>	1
Roboter in der Pflege im Einsatz für Menschen mit Demenz	
<i>Renate Berner</i>	2
Grenzenlos	
<i>Renate Berner</i>	18
Über die Distanz verbunden	
<i>Renate Berner, Anja Rutenkröger</i>	30
Connected Across Distance	
<i>Renate Berner, Anja Rutenkröger</i>	53
Nachgefragt: Potenziale KI-gestützter Biografiearbeit für Menschen mit Demenz, Pflege und Gesellschaft	
<i>Renate Berner</i>	75
Autorenverzeichnis	81
Impressum.....	82

Editorial

Digitalisierung muss den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz folgen – nicht umgekehrt

Die Digitalisierung erreicht zunehmend auch die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. Was lange abstrakt klang, wird im Alltag von Menschen mit Demenz – und im Rahmen dieser Ausgabe – konkreter: Videobotschaften von Zu- und Angehörigen können aus der Ferne eine Brücke zu Menschen mit Demenz schlagen. Sie können erfreuen, motivieren, die Identität stärken und sich positiv auf herausforderndes Verhalten auswirken. Aufgrund von Nachfragen aus dem Ausland wird in dieser Ausgabe auch eine englische Version veröffentlicht. Der Einzug Künstlicher Intelligenz ermöglicht es, Lebensgeschichten zu erfassen, bevor eine Demenz dazu führt, dass diese Erinnerungen verloren gehen – darüber berichtet Prof. Dr. med. Tobias Gantner im Rahmen eines Interviews zur Biografie-App Lebenswerk.ai. Auch Roboter in der Pflege, wie Assistenzroboter, Mobilitätshilfen und soziale Roboter, kommen immer häufiger zum Einsatz. Hier richtet sich der Blick von Europa nach Ostasien, da Ostasien traditionell stärker von einem techno-optimistischen Verständnis geprägt ist. Darüber hinaus beleuchtet diese Ausgabe digitale Anwendungen in der Gesundheitsversorgung – von der Telematikinfrastruktur (TI) über DiGAs bis zu DiPAs – und fragt nach ihrem Nutzen für Menschen mit Demenz, für Zu- und Angehörige sowie für Pflegende.

Es stellt sich nicht mehr die Frage, ob digitale Technologien in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz eine Rolle spielen, sondern vor allem: Wie können sie so eingesetzt werden, dass sie Menschen mit Demenz wirklich unterstützen? Gerade bei Menschen mit Demenz ist diese Frage besonders zu reflektieren. Denn hier geht es weniger um Effizienz, Entlastung oder Innovation, sondern mehr um Orientierung, Alltagsstrukturierung, Gesundheitsversorgung, Beziehung, Teilhabe und Identität. Digitalisierung muss daran gemessen werden, ob sie die Situation und Lebensqualität von Menschen mit Demenz, Zu- und Angehörigen, Pflegenden und Betreuenden verbessert. Digitalisierung für Menschen mit Demenz braucht daher eine klare Haltung: Sie muss den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz, Zu- und Angehörigen und Pflegenden folgen – nicht umgekehrt. So verstanden, hilft uns Digitalisierung, genauer hinzusehen und zu bewahren: emotional bedeutsame Erinnerungen, Gefühle und Gewohnheiten, Stärkendes und Verbindendes. Dann wird die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz durch Digitalisierung nicht kälter, sondern persönlicher und zu einer Bereicherung für alle Beteiligten.

Renate Berner & Anja Rutenkröger

Roboter in der Pflege im Einsatz für Menschen mit Demenz

Mehrwert oder Hype?

Viele Menschen verbinden mit Robotern in der Pflege das Bild eines humanoiden Roboters, welcher in Zeiten des Pflegenotstands pflegerische Aufgaben leisten und menschliche Nähe ersetzen soll. Daraus resultieren Ängste, Erwartungen und Hoffnungen. Forschung und Praxis zeichnen jedoch ein deutlich differenzierteres Bild: Roboter können weder menschliche Pflege, Empathie und Zuwendung ersetzen, noch sind sie bloße Science-Fiction. Vielmehr eröffnet ihr verantwortungsvoller Einsatz die Chance, soziale Interaktionen von Menschen mit Demenz zu fördern, soziale Isolation zu mindern und Betreuende sowie Pflegefachpersonen zu entlasten.

Der Artikel beleuchtet den Einsatz von Robotern in der Pflege und legt dabei besonderes Augenmerk auf soziale Roboter sowie deren Wirkung auf Menschen mit Demenz. Der geografische Fokus liegt auf Ostasien und Europa und eröffnet Einblicke in demografische Entwicklungen, gesellschaftliche Einstellungen, kulturelle Prägungen und politische Fördermaßnahmen. Der praktische Einsatz bei Menschen mit Demenz – sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Pflege – wird anhand verschiedener Robotermodelle veranschaulicht. Darüber hinaus werden ethische Anforderungen sowie kritische Perspektiven auf den Technologieeinsatz in der Pflege diskutiert.

Demografischer Wandel als Treiber für den Einsatz von Robotern in der Pflege

Der demografische Wandel zeigt sich deutlich am Anteil älterer Menschen an der Weltbevölkerung: Zwischen 1975 und 2023 stieg der Anteil der 65-Jährigen und Älteren von 5,5 % auf 10,0 % und wird Prognosen zufolge bis 2060 auf 18,5 % steigen (bpb: Bundeszentrale für politische Bildung 2025). Mit der wachsenden Zahl älterer Menschen steigt zugleich die Anzahl der Menschen mit Demenz. So lebten im Jahr 2021 weltweit rund 57 Millionen Menschen mit Demenz. Jährlich kommen fast 10 Millionen Neuerkrankungen hinzu (WHO 2025). Gleichzeitig sinkt die weltweite Anzahl an Geburten und die familiären Sorgestrukturen verändern sich. Diese Entwicklungen führen zu einem zunehmenden Mangel an Pflegenden (Ide et al. 2024) und stellen Gesundheitssysteme wie auch Gesellschaften vor erhebliche Herausforderungen. Angesichts dieser Herausforderungen rücken Roboter in der Pflege verstärkt in den Fokus. Sie sollten Menschen mit Demenz ein möglichst langes selbstbestimmtes

Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit ermöglichen, sowie Zu- und Angehörige und Pflegende in stationären Einrichtungen entlasten. In Deutschland wird der Einsatz von Robotern in der Pflege unter dem Stichwort Pflege 4.0 diskutiert (Deutscher Ethikrat 2020). Ein Blick ins Ausland verdeutlicht, dass sich zwar unterschiedliche Begriffe etabliert haben – wie Welfare Technology (zum Beispiel Schweden) (Svårdh et al. 2025) oder Elderly Care Robotics (zum Beispiel China) (Zhao et al. 2023), die zugrunde liegende Idee jedoch überall dieselbe ist: Digitalisierung und Technik sollen die Pflege unterstützen.

Unterteilung von Robotern in der Pflege anhand ihrer Funktionen

Da Roboter in der Pflege selbstständig keine pflegerischen Tätigkeiten übernehmen können, wird bewusst nicht (mehr) von „Pflegerobotern“, sondern von „Robotern in der Pflege“ gesprochen. Der Begriff könnte als Prognose missverstanden werden, Roboter würden künftig gleichrangig neben oder anstelle von menschlichen Pflegenden agieren (Deutscher Ethikrat 2020).

Doch was genau sind Roboter in der Pflege und wofür werden sie eingesetzt?

Roboter in der Pflege werden nach Kehl (2018) entsprechend ihren primären Einsatzzwecken grob in die drei nachfolgend erläuterten Hauptkategorien unterteilt. Für die beiden ersten Kategorien (Assistenzroboter und Mobilitätshilfen) wird jeweils ein Beispiel dargestellt. Die dritte Kategorie – Soziale Roboter – wird vertiefend thematisiert, da soziale Roboter besonders häufig im Umgang mit Menschen mit Demenz eingesetzt werden.

Assistenzroboter zur physischen Alltagsunterstützung: Großes Potenzial versprechen in dieser Kategorie Transport- und Lieferdienste sowie Assistenz beim Heben und Transferieren von pflegebedürftigen Personen (Kehl 2018).

Ein Beispiel aus Dänemark ist der PTR-Roboter (Patient Transfer and Rehabilitation Robot), der von Blue Ocean Robotics in Zusammenarbeit mit dem Universitätskrankenhaus Køge (Region Seeland) entwickelt wurde. Der Roboter unterstützt das Pflegepersonal beim Heben und Umlagern von Personen mit einem Gewicht von bis zu 250 kg, wodurch körperliche Belastungen reduziert und mehr Zeit für die Pflege gewonnen wird. Aktuell wird der PTR-Roboter bereits im Universitätskrankenhaus Køge eingesetzt (Healthcare Denmark 2022).

Mobilitätshilfen: Sie haben die Aufgabe Bewegungseinschränkungen (vor allem beim Gehen und Greifen) zu kompensieren. Eine wichtige Differenzierung besteht darin, ob die Geräte direkt am Körper getragen werden (wie Exoskelette) oder nicht (wie autonome Rollstühle oder Rollatoren) (Kehl 2018).

Ein Beispiel aus Japan ist HAL (Hybrid Assistive Limb), ein Exoskelett-System, das an der Universität Tsukuba entwickelt und von Cyberdyne Inc. vermarktet wird. Es dient der physischen Entlastung von Pflegenden und wird darüber hinaus in der Rehabilitation eingesetzt. Es erfasst Bewegungsabsichten in Echtzeit. Grundlage ist das Erfassen schwacher elektrischer Signale, die bei einem Bewegungsversuch vom Gehirn an die Muskeln gesendet und auf der Haut messbar werden. Über spezielle Sensoren nimmt HAL diese Signale auf und setzt sie in die entsprechenden Bewegungen um, wodurch eine intuitive Interaktion zwischen Menschen und System entsteht (Cyberdyne, o. D.). Ein Kritikpunkt für die Praxis ist, dass das Anziehen des Hal Suit lange dauert und sich die Bewegungen im Exoskelett selbst für Menschen ohne Einschränkungen ungewohnt anfühlen (Wagner & Prochaska-Meyer 2022).

Soziale Roboter: Sie stellen die am weitesten verbreitete Roboter-kategorie im Gesundheitswesen dar. Soziale Roboter haben eine dinghafte, tier- oder menschenähnliche (humanoide) Gestalt (Schulze et al. 2021) und werden als Roboter definiert, die Menschen durch soziale Interaktion und Assistenz unterstützen (Hsieh et al. 2023). Zu differenzieren ist nach Kehl (2018) zwischen Robotern, die selbst als sozialer Interaktionspartner dienen sollen (sozialinteraktive Roboter) wie zum Beispiel Paro, und Robotern, die als Interaktionsmedium dienen, also die soziale Teilhabe fördern (sozialassistive Roboter) wie Pepper, Hyodol oder Tessa. Diese werden Sie im Verlauf dieses Artikels kennenlernen.

Soziale Roboter im Einsatz für Menschen mit Demenz und ihr betreuendes Umfeld

Welche Wirkung haben soziale Roboter auf Menschen mit Demenz? Und warum sollten auch Roboter kulturell kompetent sein? Diesen Fragen wird nachfolgend nachgegangen.

Effekte sozialer Roboter auf Menschen mit Demenz

Soziale Roboter werden eingesetzt, um Menschen sozial-emotional zu unterstützen, ihnen Gesellschaft zu leisten, sie im Alltag zu begleiten (Kehl 2018) und ihre Teilhabe zu stärken (Ghafurian et al. 2021). Zudem sollen sie die kognitive und körperliche Betreuung von Menschen mit Demenz unterstützen und ihre Selbstständigkeit fördern (Mordoch et al. 2013, Pu et al. 2019). Ein wichtiger Aspekt im Hinblick auf den eingangs erläuterten Pflegenotstand ist der Einsatz sozialer Roboter zur Unterstützung von Pflegenden (Hirt et al. 2021; Yuan et al. 2021) sowie zur Entlastung von Zu- und Angehörigen (Shi et al. 2025).

Doch welche Effekte erzielen soziale Roboter bei Menschen mit

Demenz verglichen zum Beispiel mit der üblichen Versorgung, Aktivitäten wie Vorlesen, dem Spielen mit Stofftieren oder auch dem Kontakt zu Tieren? Dies analysierten Hsieh et al. (2023) im Rahmen einer Metaanalyse, die die Ergebnisse verschiedener Studien systematisch zusammenfasst:

- Depression und Angst werden reduziert.
- Positive Emotionen wie Freude und Glück werden gefördert.
- Soziale Interaktionen und die Kommunikation werden verbessert.
- Soziale Isolation, Angst, Traurigkeit und Unruhe werden verringert.
- Es wurden jedoch keine deutlichen Verbesserungen bei Unruhe (Agitation), den Verhaltens- und psychologischen Symptomen der Demenz (BPSD) oder der Lebensqualität erfasst.
- Langzeiteffekte der Interventionen waren nur begrenzt nachweisbar.

Der zentrale Wirkmechanismus sozialer Roboter besteht dabei offenbar weniger im Ersatz sozialer Kontakte als vielmehr in deren Förderung (Nichol et al. 2024). Eine wichtige Voraussetzung für die positiven Auswirkungen von sozialen Robotern auf Menschen ist die nachfolgend erläuterte kulturelle Kompetenz.

Kulturelle Kompetenz für mehr Wohlbefinden – auch bei sozialen Robotern

Kulturelle beziehungsweise interkulturelle Kompetenz beschreibt die Fähigkeit, effektiv und respektvoll mit Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten (Hogrefe 2025). Sie gilt als zentrale Voraussetzung für eine wirksame Gesundheitsversorgung. Auch Soziale Roboter sollten kulturell kompetent sein, indem sie sowohl kulturelle Prägungen als auch individuelle Unterschiede in Wahrnehmung, Entscheidungsprozessen und Handlungen berücksichtigen. Aus diesen Gründen entwickelt und evaluiert das europäisch-japanische CARESSES-Projekt Roboter, die ihr Verhalten, ihre Sprache und ihre Interaktion an die kulturelle Identität der unterstützten Person anpassen können. Im Projekt wurde in Pflegeheimen in England und Japan eine randomisierte Studie mit 33 Bewohner:innen durchgeführt. Untersucht wurden der soziale Roboter Pepper mit voll oder eingeschränkt kulturell kompetenter KI im Vergleich zur üblichen Pflege. Die Nutzung der kulturell kompetenten Roboter führte zu signifikanten Verbesserungen im emotionalen Wohlbefinden, auch die Einsamkeit verringerte sich leicht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass kulturell kompetente Roboter die psychische Gesundheit älterer Menschen fördern können (Papadopoulos et al. 2022).

Internationale Perspektiven auf Roboter in der Pflege

Verschiedene Länder verfügen über unterschiedliche historische Erfahrungen, kulturelle Prägungen, demografische Entwicklungen und wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Entsprechend vielfältig sind sowohl die politischen Förderansätze für den Einsatz von Robotern als auch die gesellschaftliche Wahrnehmung, ethischen Überlegungen sowie die Einschätzungen von Pflegenden und Betreuenden. Im Folgenden werden exemplarisch Länder aus Ostasien – mit besonderem Schwerpunkt auf Japan – und aus Europa vorgestellt. Ergänzend werden Roboter in der Pflege als Beispiele guter Praxis für den Einsatz bei Menschen mit Demenz präsentiert.

Ostasien

Im Vergleich zu Westeuropa gilt Ostasien insgesamt als traditionell stärker „techno-optimistisch“ geprägt (Ide et al. 2024). Japan wird dabei ausführlicher behandelt, da es aufgrund seines tiefgreifenden sozioökonomischen Wandels und seines ausgeprägten Technikoptimismus eine Vorreiterrolle einnimmt. Ergänzend werden auch Südkorea und China betrachtet.

Japan

In Japan ist die öffentliche Debatte seit Jahrzehnten stark durch die Präsenz sozialer Roboter geprägt, was mit einer vergleichsweise hohen gesellschaftlichen Akzeptanz einhergeht. Mittlerweile hat sich der Fokus jedoch deutlich verschoben: Weg von dem stark technikoptimistischen Bild des pflegenden humanoiden Roboters hin zu Alltagsassistenten. Humanoide Roboter erwiesen sich als unrealistisch, zu komplex, teuer, gefährlich und unpraktisch für enge Wohnräume (Wagner & Prochaska-Meyer 2022). Dennoch nimmt Japan international eine Vorreiterrolle bei der Entwicklung robotischer Technologien für die Pflege ein. Doch welche Faktoren haben diese Entwicklung begünstigt?

Japan ist als „supergealterte“ Gesellschaft Vorreiter des sozioökonomischen Wandels (Leroi et al. 2018). Gleichzeitig verschärfen niedrige Geburtenraten und ein Mangel an Pflegenden die Situation. Regierung, Industrie und Wissenschaft treiben dort gemeinsam die Entwicklung von Pflegerobotern voran, flankiert von gezielter Medienwerbung. Auf diese Weise wird die Gesellschaft bewusst auf eine robotikfreundliche Kultur ausgerichtet. (Ide et al. 2024). Bereits 2012 startete ein Förderprogramm der Regierung, das 2024 unter dem Titel „Priority Fields in the Use of Technologies for Long-term Care“ neu aufgelegt wurde. Ziel ist es, die Pflegequalität zu verbessern, Pflegenden zu entlasten und die Selbstständigkeit älterer Menschen durch Robotik und digitale Technologien zu fördern (Ministry of Economy 2024).

Paro – eine weltweit bekannte Babyrobbe

Paro ist der meistgenutzte und am besten erforschte Roboter im Gesundheitswesen (Schulze et al. 2021) und wird häufig bei Menschen mit Demenz eingesetzt. Paro ist ein Roboter in Gestalt eines Robbenbabys. Er ist etwa 57 cm groß, wiegt rund 2,5 kg und besitzt ein weiches Fell. Paro folgt mit seinem Blick den Geräuschen in der Umgebung und kann durch Wimpernschlag sowie eigene Laute mit Menschen interagieren. Entwickelt wurde die Robbe vom National Institute of Advanced Industrial Science and Technology (AIST) in Japan und kam 2004 auf den Markt (Paro Robots, o. D.). Ziel des Einsatzes ist es, soziale Interaktionen zu fördern und emotional zu unterstützen, zum Beispiel durch Beruhigung (Pfadenhauer & Dukat 2015, Góngora Alonso et al. 2019). Paro soll die Rolle eines sozialen Vermittlers übernehmen (Pu et al. 2019): insbesondere in Gruppeninterventionen wird die Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen angeregt (Scoglio et al. 2019).

Südkorea

Im Jahr 2020 verzeichnete Südkorea mit 0,84 Kindern pro Frau zum siebten Mal in Folge die niedrigste Geburtenrate aller OECD-Staaten – deutlich unter Japan (1,33) und China (1,70) (OECD 2023, Shin & Jeon 2024). Vor diesem Hintergrund rücken Roboter- und KI-Technologien zunehmend als Lösungsansätze in den Fokus. Gestützt auf die Robotikstrategie der Regierung hat sich die AgeTech-Industrie in den letzten Jahren stark entwickelt. Seit der „Robot Future Strategy“ von 2012 fließen erhebliche staatliche Fördermittel in diesen Bereich (Shin & Jeon 2024).

Hyodol – ein Roboter in Gestalt eines Kindes

Hyodol (entwickelt von Hyodol Co., Ltd., Südkorea, gegründet 2009) ist ein sozial assistierender Roboter in Gestalt eines etwa siebenjährigen Kindes. Mit Sensoren und Kommunikationsmodulen ausgestattet, reagiert er auf Berührungen, Klopfen und Streicheln. Hyodol begrüßt Personen, spielt Sprachnachrichten ab, aktiviert gesundheitsfördernde Programme, gibt Musik oder religiöse Gesänge wieder und erinnert an Routinen wie Schlafenszeiten, Arzttermine, Medikamenteneinnahme oder Mahlzeiten (Shin & Jeon 2024). Der Roboter verwendet einen auf ChatGPT basierenden Chatbot. Seine Sensoren überwachen die Nutzer:innen in Echtzeit und alarmieren Sozialarbeiter:innen sowie Familienangehörige in Notfällen (Kim 2025). Hyodol animiert darüber hinaus zu biografischen Erzählungen. So stellt er etwa Fragen nach prägenden Lebenserfahrungen – beispielsweise: „Hast du schon einmal eine Reise nur mit deinem Mann unternommen?“ – und eröffnet damit Gesprächsanlässe, wie ein Vortrag eindrücklich veranschaulicht (TEDx Talks 2023).

In einer Studie von Kim et al. (2025) wurde der sozial assistierende Roboter Hyodol über einen Zeitraum von sechs Wochen bei 69 älteren Menschen mit Demenz im häuslichen Umfeld eingesetzt. Ziel der Untersuchung war es, die Auswirkungen von Hyodol auf depressive Symptome und kognitive Funktionen zu erfassen. Die Teilnehmenden wurden in drei Gruppen eingeteilt: sehr leichte, leichte und moderate kognitive Beeinträchtigung. Nach sechs Wochen zeigte sich in der Gruppe mit sehr leichten kognitiven Einschränkungen eine signifikante Reduktion depressiver Symptome, während die Gruppe mit leichten Einschränkungen eine Verbesserung der kognitiven Funktionen verzeichnete. Bei den Personen mit moderaten kognitiven Beeinträchtigungen konnten hingegen keine signifikanten Effekte festgestellt werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Nutzen von Hyodol in Abhängigkeit vom Schweregrad der kognitiven Einschränkungen variiert (Kim et al. 2025).

China

China setzt im Rahmen seiner nationalen Altenpflegestrategie verstärkt auf den Einsatz von Robotern. Dies zeigen sowohl die Leitlinien des Staatsrats (The State Council 2025) als auch das erste nationale White Paper zur „Smart Elderly Care powered by Emotional AI“. Darin wird dargelegt, wie emotionale KI in der Altenpflege eingesetzt werden kann, um den steigenden Anforderungen einer alternden Gesellschaft mit menschlicher, proaktiver und vernetzter Betreuung zu begegnen (Yang & Luo 2025).

Pepper – ein humanoider Roboter

Die nationale Zuordnung des bekannten sozialen Roboters Pepper gestaltet sich schwierig, da der Roboter eine regelrechte internationale Odyssee hinter sich hat. Ursprünglich von Aldebaran Robotics in Frankreich entwickelt, ging er später in den Besitz von SoftBank Robotics in Japan über. Im Jahr 2022 übernahm die deutsche United Robotics Group die frühere SoftBank Robotics Europe und führte die Entwicklung in Kooperation mit SoftBank weiter. Seit 2025 gehört Pepper schließlich zur Maxvission Technology Corp. in China, die zugleich Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten in Frankreich aufrechterhält (The Robot Report 2025).

Pepper, der seit 2015 kommerziell verfügbar ist, ist für die soziale Interaktion entwickelt worden. Er erkennt Gesichter, versteht Emotionen und kann einfache Gespräche führen. Pepper findet häufig Einsatz im Bereich der Forschung und der Altenpflege. Zuschnegg et al. (2025) untersuchten in Österreich den Einsatz des Roboters „Coach Pepper“ in der Betreuung von Menschen mit Demenz im häuslichen Bereich. Dafür wurde eine kontrollierte Studie mit 32 pflegenden Angehörigen durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden zufällig in zwei Gruppen eingeteilt:

eine Gruppe nutzte „Coach Pepper“, die andere ein Tablet. Die Intervention lief über drei Wochen und wurde in den Wohnungen der Teilnehmenden durchgeführt. Zu Beginn und am Ende der Studie beantworteten die Pflegepersonen Fragebögen zu Pflegebelastung, Lebensqualität, depressiven Symptomen, Stimmung und Akzeptanz. Zusätzlich wurden in der „Coach Pepper-Gruppe“ Interviews geführt. Die Ergebnisse zeigten kaum Unterschiede zwischen den Gruppen. Nur die Aspekte „Nützlichkeit“ und „Zugänglichkeit“ wurden in der Tablet-Gruppe besser bewertet. In den Interviews äußerten die Pflegepersonen jedoch meist positive Eindrücke von „Coach Pepper“. Sie sahen Unterstützung in Bereichen wie Lernen, Freizeit, soziale Kontakte, Bewegung, Kommunikation und Sicherheit. Gleichzeitig machten sie deutlich, dass es in allen Bereichen noch Verbesserungsbedarf gibt.

Europa

In Europa zeigen sich die Ansätze zur Integration von Robotik in der Altenpflege und in der Betreuung von Menschen mit Demenz bislang stark fragmentiert. Während einzelne Länder wie Dänemark gezielt in entsprechende Digitalisierungsstrategien investieren (Raja et al. 2023), stehen Länder wie beispielsweise Polen erst am Beginn (WHO 2023). Soziale Roboter sind in Europa aus technologischer Sicht zwar einsatzbereit, die meisten weisen jedoch eine geringe Nachfrage auf (Östlund et al. 2023). Im Folgenden werden die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Dänemark und den Niederlanden näher betrachtet sowie ein in den Niederlanden entwickelter Roboter exemplarisch vorgestellt.

Dänemark

Dänemark zählt zu den Vorreitern der Digitalisierung, erste Digitalisierungsstrategien starteten bereits in den 1990er-Jahren. Nationale Strategien bündeln staatliche und kommunale Kräfte, um digitale Lösungen gezielt einzuführen und zu finanzieren (Healthcare Denmark 2022). Robotische Technologien werden gezielt zur Innovationsförderung in der Pflege eingesetzt (Teknologisk Institut 2022) und gezielt in den Pflegealltag eingebunden (Healthcare Denmark 2022). Ein zentraler Standort ist Odense im Süden Dänemarks, das häufig als „Robot City“ bezeichnet wird. Hier sind zahlreiche Unternehmen und Forschungszentren der Gesundheitsrobotik angesiedelt, die Lösungen wie Roboter in der Pflege entwickeln (Teknologisk Institut 2022, Jakobsen et al. 2023).

Niederlande

In den Niederlanden rückt der Einsatz von Robotern in der Pflege zunehmend in den Mittelpunkt politischer und fachlicher Diskussionen. So initiierte die Regierung 2022 das Programm „Wo-

nen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen“ (WOZO – Wohnen, Unterstützung und Pflege älterer Menschen), das technologische Innovationen – darunter auch digitale Lösungen – als zentralen Baustein sieht, um älteren Menschen ein längeres Verbleiben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen (Kroneman et al. 2025).

Tessa – ein blumentopfähnlicher Roboter

Ein in den Niederlanden eingesetzter und erforschter sozialer Roboter ist Tessa. Tessa ist ein kompakter, blumentopfähnlicher Roboter mit eiförmigem Körper, einer Wolljacke oder einem Hut und blinkenden LED-Augen. Entwickelt vom niederländischen Start-up Tinybots (Tinybots, o. D.), unterstützt sie als sprachgesteuerter Roboter Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz dabei, ihre Autonomie im Alltag zu bewahren. Über Sprache gibt Tessa zeitgesteuerte Nachrichten und Anleitungen, spielt Musik oder spricht kleine motivierende Botschaften. Gesteuert wird sie über eine App, über die Pflegende oder Zu- und Angehörige Erinnerungen und Playlisten einstellen können. Tessa spricht Hinweise freundlich in der ersten Person (zum Beispiel: „Es ist Zeit für Ihre Tabletten“) und versteht ja und nein, sodass auch geschlossene Fragen gestellt werden können. Auf diese Weise lässt sie sich leicht in Routinen wie Mahlzeiten, Termine oder Aktivierungen integrieren. Tessa wird ausschließlich an Pflegeorganisationen verkauft (Elfering 2022). In einer Fallstudie (n=3) zeigte sich, dass der Roboter, um akzeptiert und wirksam zu sein, ordnungsgemäß in die bestehenden Pflegeprozesse integriert werden muss. Andernfalls kann er zwar als Begleiter dienen, wird aber die Arbeitsbelastung der Pflegenden nicht verringern (Smit et al. 2021).

Bereitschaft der Nutzung: Ein Ländervergleich

Eine Studie von Ide et al. (2024) untersuchte die Bereitschaft von Menschen zur Nutzung sozialer Roboter im häuslichen Bereich in Japan (n=525), Irland (n=163) und Finnland (n=170). Sie zeigt, dass die Akzeptanz sozialer Roboter im häuslichen Umfeld vor allem vom Interesse an Robotik, der Forschungsbereitschaft und einer positiven Grundeinstellung zu Robotern abhängt. Auch ethisch vertretbare Einsatzmöglichkeiten sowie „Vertrautheit mit Robotern“ waren gemeinsame Faktoren in allen drei Ländern. Es gab auch kulturell unterschiedliche Erwartungen an Pflegeroboter. In Japan spielte die „Bequemlichkeit“ eine Schlüsselrolle, was den starken Fokus auf alltagspraktische Entlastung zum Beispiel bei der Mobilität widerspiegelt. In Irland wurde die Funktion „Angehörige oder Fachkräfte bei unerwarteten Veränderungen im Gesundheitszustand zu benachrichtigen“, als besonders wichtig bewertet. Dies ist ein Hinweis auf die Bedeutung von Sicherheit und Krisenintervention angesichts knapper Pflegekapazitäten. In Finnland wiederum war das „Design“ entscheidend, verstanden

als Verbindung von Benutzerfreundlichkeit, Ästhetik und Wahrung der Würde. Dieser Befund knüpft an die finnische Designtradition sowie an aktuelle Diskussionen über würdeorientierte Technikgestaltung an.

Symptom der Krise oder Teil der Lösung? – Ethische Perspektiven

Ethische Aspekte des Einsatzes von Robotern in der Pflege stellen ein kontrovers diskutiertes, umfassendes und zugleich bedeutsames Thema dar, das im Rahmen dieses Artikels aufgrund des Schwerpunktes auf die Internationalität lediglich angerissen wird.

Samerski (2020) konstatiert, dass nicht Zuwendung, Beziehung und Fürsorge gesellschaftlich aufgewertet und entlohnt werden, sondern soziale Roboter gegen Vereinsamung und Verwahrlosung älterer Menschen eingesetzt werden sollen. Dies zeigt ein deutlich reduziertes Verständnis von Sorgearbeit. Sie wird nicht als vielschichtiges, ganzheitliches Kümmern begriffen, sondern als mechanische Bedürfnisbefriedigung – bis hin zur Simulation von Menschlichkeit (Samerski 2020). Grundlegende Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung können aber auch mit Robotern nicht gelöst werden (Kratky et al. 2023). Der Einsatz von Robotern in der Pflege wird eher als Symptom der Krise denn als deren Lösung betrachtet (Florek 2023). Es fließen Millionen in die Forschung, aber nicht in die Pflege (Gronemeyer 2025). Viele Pflegenden stehen dem Einsatz von Robotik in der Pflege kritisch gegenüber (Florek 2023). Sie befürchten, dass Roboter eines Tages menschliche Pflegenden ersetzen könnten.

Healthcare Denmark entkräftet solche Befürchtungen in der Publikation „Robotik im Gesundheitswesen“. Stattdessen wird betont, dass der gezielte Einsatz von beispielsweise Assistenzrobotern zur physischen Alltagsunterstützung und Mobilitätshilfen dazu beitragen kann, dem aktuellen Fachkräftemangel entgegenzuwirken und gleichzeitig die körperliche Belastung von Pflege- und Betreuungspersonal zu reduzieren. Roboter sollen in der Pflege vor allem eine unterstützende Rolle einnehmen, um den Pflegenden mehr Zeit für die direkte Zuwendung und Betreuung der Menschen zu ermöglichen (Healthcare Denmark 2022).

Eine ethische Bewertung des Einsatzes sozialer Roboter erfordert eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken (Deutscher Ethikrat 2020). Robotik darf soziale Kontakte weder ersetzen noch erschweren und darf menschliche Zuwendung und Empathie nicht beeinträchtigen. Es geht um den ethisch verantwortungsvollen Umgang mit dieser Technik im praktischen Einsatz bei Menschen mit Demenz. Vor jeder Intervention ist zu prüfen, ob das Angebot im individuellen Fall sinnvoll und ansprechend

ist. Zentral für eine person-zentrierte, ethische Umsetzung bei vulnerablen Personengruppen wie Menschen mit Demenz sind die Wahlfreiheit und die kontinuierliche Überprüfung der Zustimmung. Bei Menschen, die verbal auskunftsfähig sind, erfolgt dies häufig zuverlässig durch verbale Rückmeldungen, bei Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz dagegen nonverbal anhand von Mimik und Gestik (Ware et al. 2025). Auch das Einspeisen sensibler persönlicher Daten in einen KI-Begleiter wirft heikle Fragen zum Datenschutz und zur Überwachung auf (Kim 2025).

Fazit

Roboter in der Pflege sollen helfen, die Lücke zu schließen, die durch die wachsende Zahl pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen, den Mangel an Pflegenden und die räumliche Distanz von pflegenden Zu- und Angehörigen – den sogenannten Distance Caregivern – entsteht. Diese Hoffnung und die gesellschaftliche Akzeptanz ist in den verschiedenen Ländern unterschiedlich stark ausgeprägt. Es zeigt sich, dass der Erfolg von Pflegerobotik stark von politischen Strategien abhängt: Länder, die gezielt regulatorische Experimentierräume eröffnen und Finanzierungsfragen klären, schaffen bessere Voraussetzungen für eine nachhaltige Integration in die häusliche und stationäre Praxis. Dies zeigt sich in Ostasien, welches im Vergleich zu Westeuropa insgesamt als stärker von einem technikoptimistischen Denken geprägt wird (Ide et al. 2024).

Soziale Roboter können Isolation mindern, positive Emotionen und soziale Kontakte fördern (Hsieh et al. 2023). Dabei haben sie das Potenzial bei der Strukturierung des Alltags zu unterstützen, indem sie unter anderem an Termine, Medikamenteneinnahme und Routinen erinnern oder einfache (auch biografische) Gespräche führen oder Lieder abspielen. Besonders kulturell kompetente soziale Roboter, die kulturelle Prägungen und individuelle Unterschiede berücksichtigen, können helfen das emotionale Wohlbefinden älterer Menschen zu stärken und Einsamkeit zu reduzieren (Papadopoulos et al. 2022). In der Praxis – bislang jedoch häufig im Forschungskontext – kommen Assistenzroboter zur physischen Alltagsunterstützung zum Einsatz, etwa durch Transport- und Lieferdienste oder bei Hebe- und Transferaufgaben für pflegebedürftige Personen. Auch Mobilitätshilfen wie Exoskelette tragen dazu bei, Pflegende körperlich zu entlasten. Der Einsatz sozialer Roboter befindet sich noch im Entwicklungs- und Forschungsstadium (Hsieh et al. 2023). Auch besteht eine Diskrepanz zwischen Zukunftsvisionen, dem Potenzial sozialer Roboter und den derzeit verfügbaren Modellen (Schulze et al. 2021, Östlund et al. 2023). Viele soziale Roboter sind noch zu kostenintensiv.

Die rasant fortschreitende Entwicklung von Robotik und Künstlicher Intelligenz im Pflegekontext wie auch in allen anderen Le-

bensbereichen ist gewiss. Diese Entwicklung bringt Chancen und Herausforderungen gleichermaßen mit sich. Damit nicht aus dem Elfenbeinturm, ohne Bezug zur Praxis geforscht wird, ist nach Wagner & Prochaska-Meyer (2022) essentiell, dass Menschen mit Demenz, Zu- und Angehörige, Pflegende und Betreuende konsequent in partizipative Forschungsprojekte einbezogen werden. Nur so lässt sich sicherstellen, dass Innovationen nicht am tatsächlichen Bedarf der Menschen vorbeigehen, sondern Akzeptanz finden und wirksam in der Praxis verankert werden.

Die ethische Diskussion über den Einsatz von Robotern in der Pflege ist vielschichtig und bleibt umstritten. Die Einschätzungen zu sozialen Robotern in der Pflege reichen von der Kritik an einer technisierten und verkürzten Vorstellung von Sorgearbeit bis zur Hoffnung, sie könnten den Personalmangel mindern und Pflegende entlasten. Entscheidend ist eine reflektierte und ethisch verantwortete Nutzung, die menschliche Zuwendung ergänzt und von Menschen mit Demenz, ihren Zu- und Angehörigen sowie Betreuenden mitgetragen wird. Nutzen wir die wertvolle Unterstützung, die Roboter in der Pflege für Menschen mit Demenz, ihre Zu- und Angehörigen sowie Pflegende und Betreuende bieten können – doch niemals als Ersatz für menschliche Nähe, denn Pflege gründet und bleibt auf dem Fundament menschlicher Zuwendung. Dann können Roboter in der Pflege einen echten Mehrwert für Menschen mit Demenz darstellen.

Renate Berner

Literatur

bpb: Bundeszentrale für politische Bildung (2025): Demografischer Wandel. bpb: Bundeszentrale für politische Bildung. www.bpb.de/kurzknapp/zahlen-und-fakten/globalisierung/52811/demografischer-wandel/ (zuletzt geprüft am 10.11.2025).

Cyberdyne: What's HAL. www.cyberdyne.jp/english/products/HAL/ (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Deutscher Ethikrat (2020): Robotik für gute Pflege. Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/robotik-fuer-gute-pflege/ (zuletzt geprüft am 10.04.2025).

Elfering, R. (2022): Adapting care robot Tessa for early-stage dementia with implementation through general practitioners. Delft: Technical University of Delft.

Florek, K. (2023): ‚Carebots‘ and the care crisis. Report for EPSU: EPSU European Federation of Public Service Unions: www.epsu.org/sites/default/files/article/files/Carebots%20and%20the%20Care%20Crisis_EN.pdf (zuletzt geprüft am 07.06.2024).

Ghafurian, M.; Hoey, J.; Dautenhahn, K. (2021): Social Robots for the Care of Persons with Dementia. *ACM Transactions on Human-Robot Interaction* 10(4): 1-31.

Góngora Alonso, S.; Hamrioui, S.; de la Torre Díez, I.; Motta Cruz, E.; López-Coronado, M.; Franco, M. (2019): Social Robots for People with Aging and Dementia: A Systematic Review of Literature. *Telemedicine and e-Health* 25(7): 533-540.

Gronemeyer, R. (2025): Robotik und KI wird die Lebenswelt hilfsbedürftiger Alter deutlich verändern. *demenz. DAS MAGAZIN* 2025(66): 18-20.

Healthcare Denmark (2022): Robotik im Gesundheitswesen: <https://healthcaredenmark.dk/news-publications/publications/robotics-in-healthcare/> (zuletzt geprüft am 10.11.2025).

Hogrefe (2025): Kulturelle Kompetenz – Schlüssel zum Erfolg in einer vielfältigen Arbeitswelt. www.hogrefe.com/de/thema/kulturelle-kompetenz-schluessel-zum-erfolg-in-einer-vielfaeltigen-arbeitswelt (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Hsieh, C.-J.; Li, P.-S.; Wang, C.-H.; Lin, S.-L.; Hsu, T.-C.; Tsai, C.-M. T. (2023): Socially Assistive Robots for People Living with Dementia in Long-Term Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Gerontology* 69(8): 1027-1042.

Ide, H.; Suwa, S.; Akuta, Y.; Kodate, N.; Tsujimura, M.; Ishimaru, M.; Shimamura, A.; Kitinoja, H.; Donnelly, S.; Hallila, J.; Toivonen, M.; Bergman-Karpijoki, C.; Takahashi, E.; Yu, W. (2024): A comparative study to elucidate factors explaining willingness to use home-care robots in Japan, Ireland, and Finland. *Scientific Reports* 14(1): 27656.

Jakobsen, L. H.; Andersen, N. B.; Østergård Sørensen, B.; Vilms Pedersen, T. O. (2023): The Ecosystem for Healthcare Robotics in Southern Denmark. Aarhus: Danish Technological Institute <https://regionsyddanmark.dk/media/mzonxakb/the-ecosystem-for-healthcare-robotics-in-southern-denmark-report-english-april-2023.pdf> (zuletzt geprüft am 12.11.2025).

Kehl, C. (2018): Robotik und assistive Neurotechnologien in der Pflege – gesellschaftliche Herausforderungen. Berlin: Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB).

Kim, M. (2025): AI robot dolls charm their way into nursing the elderly. <https://restofworld.org/2025/korea-ai-robot-senior-care-hyodol/> (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Kim, S. K.; Jang, J.-W.; Hwang, Y. S.; Lee, O. E.; Jo, H. S. (2025): Investigating the effectiveness of socially assistive robot on depression and cognitive functions of community dwelling older adults with cognitive impairments. *Assistive Technology* 37(1): 22-30.

Kratky, W.; Paletta, L.; Schüssler, S. (2023): Pflegeroboter unterstützen Pflegekräfte, aber sie ersetzen sie nicht. *ProCare* 28(4): 52-55.

Kroneman, M.; de Jong, J.; Beerman, B. (2025): Housing, Support and Care for older people (WOZO), a multi-stakeholder agreement. Health Systems and Policy Monitor. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/netherlands-2016/housing-support-and-care-for-older-people-%28wozo%29-a-multi-stakeholder-agreement> (zuletzt geprüft am 12.11.2025).

Leroi, I.; Kitagawa, K.; Vatter, S.; Sugihara, T. (2018): Dementia in ‚super-aged‘ Japan: challenges and solutions. Neurodegenerative Disease Management 8(4): 257-266.

Ministry of Economy, T. a. I. (2024): Priority Fields in the Use of Robot Technology for Long-term Care Revised. www.meti.go.jp/english/press/2024/0628_004.html (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Mordoch, E.; Osterreicher, A.; Guse, L.; Roger, K.; Thompson, G. (2013): Use of social commitment robots in the care of elderly people with dementia: a literature review. Maturitas 74(1): 14-20.

Nichol, B.; McCready, J.; Erfani, G.; Comparcini, D.; Simonetti, V.; Cicolini, G.; Mikkonen, K.; Yamakawa, M.; Tomietto, M. (2024): Exploring the impact of socially assistive robots on health and wellbeing across the lifespan: An umbrella review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies 153: 104730.

OECD (2023): Fertility rates. www.oecd.org/en/data/indicators/fertility-rates.html (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Östlund, B.; Malvezzi, M.; Frennert, S.; Funk, M.; Gonzalez-Vargas, J.; Baur, K.; Alimisis, D.; Thorsteinsson, F.; Alonso-Cepeda, A.; Fau, G.; Haufe, F.; Di Pardo, M.; Moreno, J. C. (2023): Interactive robots for health in Europe: Technology readiness and adoption potential. Frontiers in Public Health 11: 979225.

Papadopoulos, C.; Castro, N.; Nigath, A.; Davidson, R.; Faulkes, N.; Menicatti, R.; Khaliq, A. A.; Recchiuto, C.; Battistuzzi, L.; Randhawa, G.; Merton, L.; Kanoria, S.; Chong, N.-Y.; Kamide, H.; Hewson, D.; Sgorbissa, A. (2022): The CARESSES Randomised Controlled Trial: Exploring the Health-Related Impact of Culturally Competent Artificial Intelligence Embedded Into Socially Assistive Robots and Tested in Older Adult Care Homes. International Journal of Social Robotics 14(1): 245-256.

Paro Robots: PARO Therapeutic Robot. www.parorobots.com (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Pfadenhauer, M.; Dukat, C. (2015): Robot Caregiver or Robot-Supported Caregiving? International Journal of Social Robotics 7(3): 393-406.

Pu, L.; Moyle, W.; Jones, C.; Todorovic, M. (2019): The Effectiveness of Social Robots for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. Gerontologist 59(1): e37-e51.

Raja, M.; Kymre, I. G.; Bjerkan, J.; Galvin, K. T.; Uhrenfeldt, L. (2023): National digital strategies and innovative eHealth policies concerning older adults' dignity: a document analysis in three Scandinavian countries. *BMC Health Services Research* 23(1): 848.

Samerski, S. (2020): Die Krise der Sorgearbeit – Demenz und die Digitalisierung der Pflege. *demenz. DAS MAGAZIN* 2020(47): 40-42.

Schulze, H.; Bendel, O.; Schuber, M.; Binswanger, M.; Simmler, M.; Reimer, R. T. D.; Tanner, A.; Urech, A.; Kreis, J.; Zigan, N.; Kramer, I.; Flückiger, S.; Rüegg, M.; Künzi, C.; Kochs, K.; Zingg, O. (2021): Soziale Roboter, Empathie und Emotionen: Eine Untersuchung aus interdisziplinärer Perspektive. Bern: TA-SWISS https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/23490/2/2021_Schulze_Soziale_Roboter_Empathie_und_Emotionen_TA-Swiss.pdf (zuletzt geprüft am 10.04.2025).

Scoglio, A. A.; Reilly, E. D.; Gorman, J. A.; Drebing, C. E. (2019): Use of Social Robots in Mental Health and Well-Being Research: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 21(7): e13322.

Shi, W.; Zhou, W.; Wang, R.; Shen, H.; Xu, N.; Wang, J. (2025): Exploring the perceptions and experiences of caregivers with the application of socially assistive robots in dementia care: A systematic review of qualitative studies. *Int J Nurs Stud* 167: 105084.

Shin, H.; Jeon, C. (2024): The Robotic Multi-Care Network: A Field Study of a "Robot Grandchild" in South Korea. *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal* 18(2): 177-195.

Smit, K.; Smakman, M.; Bakker, S.; Blokhuis, J.; Evertzen, G.; Polman, L. (2021): Hello, is Someone There? A Case Study for Using a Social Robot in Dementia Care. *BLED 2021 Proceedings* 27: University of Maribor Press. 529-546. <https://aisel.aisnet.org/bled2021/27>

Svärdh, S. A.; Lorenzini, G. C.; Samuelsson, U.; Schmidt, S. M.; Iwarsson, S.; Fristedt, S. (2025): „It is very convenient when it works - successes and challenges with welfare technology“ - a qualitative study. *PLOS Digital Health* 4(4): e0000844.

TEDx Talks (2023): Would You Talk to a Robot When You Feel Lonely? Othelia Lee. www.youtube.com/watch?v=k-SxUMNdIFA (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Teknologisk Institut (2022): Robbotter i Sundhedssektoren. Innovation og barrierer i Danmark og verden: https://www.teknologisk.dk/_media/85203%5FRobotter%20i%20sundhedssektoren%20%28Teknologisk%20Institut%2C%202022%29.pdf (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

The Robot Report (2025): Maxvision buys core robot assets of Aldebaran, including Nao und Pepper. www.therobotreport.com/maxvision-buys-core-robot-assets-including-nao-pepper-aldebaran/ (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

The State Council (2025): China to promote use of humanoid robots for elderly care. https://english.www.gov.cn/policies/latestreleases/202501/07/content_WS677d340ac6d0868f4e8ee95d.html (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Tinybots: Tessa: jouw persoonlijke zorgassistent. www.tinybots.nl/ (zuletzt geprüft am 12.11.2025).

Wagner, C.; Prochaska-Meyer, I. (2022): Japan auf dem Weg zu einer Roboter-Gesellschaft? Visionen und Realitäten am Beispiel der Pflegerobotik. MINIKOMI: Austrian Journal of Japanese Studies 89: 78-89.

Ware, C.; Rigaud, A.-S.; Blavette, L.; Damnee, S.; Dacunha, S.; Lenoir, H.; Piccoli, M.; Cristancho-Lacroix, V.; Pino, M. (2025): Development of an ethical framework for the use of social robots in the care of individuals with major neurocognitive disorders: a qualitative study. BMC Geriatrics 25(1): 260.

WHO (2025): Dementia. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia (zuletzt geprüft am 10.11.2025).

WHO (2023): The ongoing journey to commitment and transformation. Digital health in the WHO European Region 2023. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Yang, X.; Luo, H. (2025): China Unveils First National White Paper for Smart Elderly Care Powered by Emotional AI. www.ichongqing.info/2025/07/15/china-unveils-first-national-white-paper-for-smart-elderly-care-powered-by-emotional-ai/ (zuletzt geprüft am 11.11.2025).

Zhao, D.; Sun, X.; Shan, B.; Yang, Z.; Yang, J.; Liu, H.; Jiang, Y.; Hiroshi, Y. (2023): Research status of elderly-care robots and safe human-robot interaction methods. Frontiers in Neuroscience 17: 1291682.

Grenzenlos

Digitale Anwendungen im Fokus der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung hat in den vergangenen Jahren einen tiefgreifenden Wandel erfahren: Wo einst papierbasierte Dokumentationen und manuelle Prozesse den Alltag bestimmten, prägen heute digitale Technologien zunehmend die Organisation, Kommunikation und Versorgungspraxis. Digitale Anwendungen nehmen im Gesundheitswesen einen zentralen Stellenwert ein. Ziel dieses Artikels ist es, die Nutzung digitaler Anwendungen im Kontext der Gesundheitsversorgung darzustellen und zugleich aktuelle Entwicklungen auf europäischer Ebene zu beleuchten, mit besonderem Augenmerk auf den Nutzen für Menschen mit Demenz.

Es werden drei wesentliche Bereiche digitaler Anwendungen erläutert:

- die Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) als zentrales Instrument zur digitalen Vernetzung,
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) in Form ärztlich verordnungsfähiger Medizinprodukte und
- digitale Pflegeanwendungen (DiPAs), die pflegerische Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Zu- und Angehörigen bieten.

Die Telematikinfrastruktur, die Datenautobahn des Gesundheitswesens

Die Telematikinfrastruktur (TI) kann mit einer „Datenautobahn des Gesundheitswesens“ verglichen werden (KBV o. D.-a). Sie ermöglicht es allen berechtigten Akteur:innen – darunter Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Apotheken und Krankenhäuser –, sicher und effizient miteinander zu kommunizieren sowie medizinische Daten auszutauschen. Ziel der TI ist es, durch Digitalisierung Prozesse zu optimieren, die Versorgungsqualität zu stärken und Leistungserbringer zu entlasten (Pflege Digital@BW 2024). Medizinische Informationen, die für die Versorgung benötigt werden, sollen dadurch schneller und lückenloser zur Verfügung stehen (BÄK o. D.-a). Für den Zugang zur TI sind neben speziellen Hardwarekomponenten wie einem Konnektor und einem Kartenlesegerät auch personenbezogene Authentifizierungsnachweise erforderlich. Hierzu zählt insbesondere der elektronische Heilberufsausweis (eHBA). Die Smartcard SMC-B erlaubt als elektronischer Praxis- und Institutionsausweis den sicheren Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI). Verantwortlich für den Betrieb und die Weiterentwicklung der TI ist die gematik GmbH, eine vom Bun-

desministerium für Gesundheit, den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sowie dem GKV-Spitzenverband getragene Einrichtung (BWKG o. D.).

Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI)

Als zentrale Anwendung der TI und „Königdisziplin“ der digitalen Gesundheitsversorgung gilt die Elektronische Patientenakte (ePA) (BÄK o. D.-b). Da die ePA einen direkten Einfluss auf die kontinuierliche Versorgung, Transparenz sowie die Einbindung von Menschen mit Demenz und ihrer Bezugspersonen hat, wird sie nachfolgend ausführlich behandelt.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Bis die ePA ihren festen Platz im deutschen Gesundheitswesen fand, galt es zahlreiche Hürden zu überwinden. Erste Konzepte entstanden bereits 2003. Mit dem E-Health-Gesetz von 2015 wurde die ePA schließlich als zentraler Bestandteil der TI gesetzlich verankert. Die ePA steht den gesetzlich Versicherten seit 2021 über ihre jeweilige Krankenkasse auf freiwilliger Basis zur Verfügung. Seit 2025 gilt mit dem Digital-Gesetz (DigiG) die im § 344 SGB V verankerte Widerspruchslösung (Opt-out) für die ePA, der innerhalb von sechs Wochen widersprochen werden kann. Die „ePA für alle“ ist seit dem 1. Oktober 2025 für alle Leistungserbringer verpflichtend und muss mit den gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungsdaten wie Befunden und Arztbriefen befüllt werden (BMG o. D.-a). Durch die Verknüpfung mit dem E-Rezept, eine Anwendung, die einen durchgängig digitalen Verordnungsprozess ermöglicht, bietet die ePA zudem eine automatische Übersicht über alle Medikamente und hilft, Wechselwirkungen zu vermeiden.

Doch welchen Zweck erfüllt die ePA für Akteur:innen im Gesundheitswesen, für Versicherte und insbesondere für Menschen mit Demenz?

Die ePa als digitales Bindeglied im Gesundheitswesen

Die ePA führt die bisher an verschiedenen Stellen vorhandenen medizinischen Informationen, zum Beispiel zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen der Patient:innen, digital zusammen und bündelt sie an einer Stelle. Auf diese Weise fungiert die ePA sektorenübergreifend als Bindeglied zwischen den über die TI digital vernetzten Akteur:innen im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken. Diese haben – sofern freigegeben – Zugriff auf relevante Informationen, was Behandlungen vereinfacht, Doppeluntersuchungen verhindert und Zeit spart. Die ePA stärkt die Rechte der Patient:innen, da Gesundheitsdaten digital vorliegen und jederzeit eingesehen werden können. So lassen sich Befunde prüfen und gezielte Fragen beim Arztbesuch stellen. Die Daten werden sicher auf deutschen Servern gespeichert und unterliegen höchsten Datenschutzstandards (BMG o. D.-a).

ePA-Einsatz bei Menschen mit Demenz

Bei Menschen mit Demenz, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig auf ihre ePA zuzugreifen, kann über einen per Vorsorgevollmacht autorisierten Zu- und Angehörigen oder Bevollmächtigten der Zugriff ermöglicht werden (Gematik o. D.-a). Insbesondere bei einer multidisziplinären Versorgung durch verschiedene Behandelnde – etwa aus der Neurologie, Psychiatrie und Hausarztpraxis – kann die zugrunde liegende Kommunikationsinfrastruktur dazu beitragen, dass relevante medizinische Informationen zeitnah und konsistent übermittelt werden – auch wenn die betroffene Person selbst nicht mehr aktiv einbezogen werden kann.

Weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur

Die weiteren Anwendungen der TI unterstützen vor allem interne Kommunikations- und Verwaltungsprozesse der Leistungserbringer und besitzen für Menschen mit Demenz lediglich eine indirekte Bedeutung, weshalb sie hier nur kurz und aus Gründen der Vollständigkeit dargestellt werden (Gematik Fachportal o. D.):

Die Kommunikation im Medizinwesen (KIM): Die KIM ist ein sicherer E-Mail-Dienst innerhalb der TI für den Austausch medizinischer Dokumente wie Befunde oder Arztbriefe zwischen Praxen, Kliniken und weiteren Einrichtungen (Gematik o. D.-b). KIM ermöglicht eine Ende-zu-Ende-verschlüsselte Übertragung sensibler Gesundheitsdaten und ersetzt unsichere Kommunikationswege wie Fax oder Post (KBV o. D.-b). Ziel ist eine höhere Effizienz, Datensicherheit und Vernetzung im Gesundheitswesen (BÄK o. D.-c). Voraussetzung für die Nutzung ist ein TI-Anschluss sowie eine eigene KIM-Adresse (Gematik o. D.-b).

VSDM – Versichertenstammdatenmanagement: Das Versichertenstammdaten-Management ermöglicht die Onlineprüfung und Aktualisierung der Versichertendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte. Es ist eine gesetzliche Pflichtanwendung und bestätigt, dass die versicherte Person leistungsberechtigt ist.

Notfalldatenmanagement (NFDM): Mithilfe des NFDM können notfallrelevante medizinische Informationen wie Patientenverfügung oder Organspendeausweis als Notfalldatensatz und Hinweise zum Ablageort von Willenserklärungen des Versicherten als Datensatz für die persönlichen Erklärungen direkt auf der Gesundheitskarte gespeichert werden.

Elektronischer Medikationsplan (eMP): Der eMP bietet Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, Apotheker:innen und Psychotherapeut:innen einen transparenten Überblick über die aktuelle Medikation eines Versicherten. Er enthält wichtige Informationen zur Arzneimitteltherapie, etwa zu Allergien, um Wechselwirkungen zu vermeiden.

TI-Messenger (TIM): Der TI-Messenger ist ein interoperabler Instant-Messaging-Dienst im Gesundheitswesen, der auf dem Matrix-Protokoll basiert und eine sichere, anbieter- und sektorübergreifende Kommunikation zwischen Leistungserbringern über Smartphone, Tablet und Desktop ermöglicht.

WANDA: Die WANDA-Anwendungen (WANDA Basic und WANDA Smart) ermöglichen den sicheren Datenaustausch über die TI für verschiedene Bereiche wie Gesundheitswesen, Pflege, Rehabilitation und Forschung, wobei WANDA Basic unabhängig von TI-Diensten funktioniert und WANDA Smart zentrale TI-Dienste nutzt. Die Gematik bestätigt die Einhaltung der Sicherheits- und Schnittstellenvorgaben über ein spezielles Bestätigungsverfahren.

Qualifiziert elektronische Signatur: Mithilfe der qualifizierten elektronischen Signatur können Leistungserbringer, wie zum Beispiel Ärzt:innen, medizinische Dokumente und Datensätze elektronisch rechtssicher signieren (Gematik Fachportal o. D.).

Blick nach Europa

Ein Blick auf die europäische Ebene zeigt, dass die Mitgliedstaaten der EU beim digitalen Zugang zu Gesundheitsdaten spürbare Fortschritte machen und sich gemeinsam auf einen einheitlichen, sicheren und interoperablen Gesundheitsdatenraum zubewegen. Im Folgenden wird zunächst die EU-Verordnung zum European Health Data Space (EHDS) vorgestellt, die den grenzüberschreitenden Austausch elektronischer Gesundheitsdaten ermöglicht, bevor der aktuelle Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen der Europäischen Union sowie in Island und Norwegen dargestellt wird.

Austausch innerhalb Europas

Die Verordnung über den Europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space EHDS), die 2025 in Kraft getreten ist, schafft einen einheitlichen rechtlichen und technischen Rahmen für die sichere Nutzung elektronischer Gesundheitsdaten innerhalb der Europäischen Union, um deren grenzüberschreitende Verfügbarkeit zu gewährleisten. Ziel ist es, Gesundheitsdaten sowohl für die direkte Patient:innenversorgung (Primärnutzung) als auch für Forschung, Innovation und gesundheitspolitische Entscheidungen (Sekundärnutzung) nutzbar zu machen (Europäische Kommission o. D.), wobei gemeinsame Standards, Governance-Strukturen und digitale Infrastrukturen wie Health-Data@EU sowie Health Data Access Bodies die Fragmentierung nationaler Gesundheitssysteme überwinden und den Zugang zu Gesundheitsdaten europaweit verbessern sollen (Svingel et al. 2025).

Aktueller Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Mit der Studie „Digital Decade 2025: eHealth Indicator Study“ hat die Europäische Kommission den aktuellen Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen in den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie in Island und Norwegen erhoben (European Commission o. D.). Ziel ist es, bis 2030 allen Bürger:innen Zugang zu ihren elektronischen Gesundheitsakten (EHR) zu ermöglichen. Die Studie zeigt: Der durchschnittliche eHealth-Implementierungsgrad in der EU liegt inzwischen bei 83 Prozent – ein Anstieg um vier Prozentpunkte gegenüber 2023. 16 Mitgliedstaaten sowie Island und Norwegen konnten ihre Werte verbessern. Besonders große Fortschritte verzeichneten Tschechien (+26 Punkte), Rumänien (+17), Irland (+14) und Bulgarien (+10). Mittlerweile verfügen alle EU-Staaten über einen Zugangsdienst für elektronische Gesundheitsakten, vier Länder (Irland, Italien, Spanien und Schweden) über regionale Lösungen. Am besten verfügbar sind Identifikationsdaten (99 %), persönliche Informationen (98 %), E-Rezepte (89 %). Fortschritte zeigen sich auch bei der sicheren elektronischen Identifikation: 21 Mitgliedstaaten (78 %) nutzen inzwischen ein mit der European Digital Identity (EUDI)-Verordnung konformes eID-System. In 23 Ländern (85 %) können zwischen 80 und 100 Prozent der Bevölkerung technisch auf ihre Gesundheitsdaten zugreifen. Öffentliche Einrichtungen (79 %) sind dabei deutlich besser vernetzt als private Anbieter (59 %). Die Autor:innen konstatieren, dass bis 2030 weitere Anstrengungen erforderlich sind, um den vollständigen, sicheren und barrierefreien Zugang zu elektronischen Gesundheitsakten in ganz Europa zu gewährleisten.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) – digitale Unterstützung in Prävention und Therapie

Die zweite, im Rahmen dieses Artikels näher beleuchtete digitale Anwendung im Gesundheitswesen sind die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs).

Mit der Verabschiedung des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) im Jahr 2019 wurde Deutschland das erste Land weltweit, das DiGAs systematisch in sein gesetzliches Gesundheitssystem integrierte – mit dem Ziel, die Patient:innenversorgung zu verbessern und Innovationen zu fördern (Sippli et al. 2025). Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs), sofern diese vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassen und in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurden. Voraussetzung für eine dauerhafte Listung ist der Nachweis positiver Versorgungseffekte, die entweder in einem belegbaren medizinischen Nutzen oder in patientenrelevanten Verbesserungen von Versorgungs-

strukturen und -prozessen bestehen müssen (Sippli et al. 2025). DiGAs im Sinne des Verzeichnisses sind digitale Medizinprodukte mit geringem Risiko, die maßgeblich auf digitaler Technologie beruhen und der Erkennung, Linderung oder Unterstützung bei der Diagnosestellung von Erkrankungen dienen und damit unmittelbar den Patient:innen zugutekommen (BfArM o. D.-b). In der Praxis werden DiGAs jedoch auch therapeutisch eingesetzt.

Eine systematische Übersichtsarbeit von Sippli et al. (2025) analysierte alle 23 Stand März 2024 verfügbaren DiGA-Zulassungsstudien. Die Mehrheit der untersuchten Studien zu DiGAs zeigte zwar signifikante mittlere bis große Effekte, wies jedoch ein hohes Verzerrungsrisiko auf, weshalb die systematische Übersichtsarbeit die Evidenz in Frage stellt und eine Überarbeitung des DiGA-Zulassungsprozesses zur Verbesserung der Studienqualität empfiehlt.

Für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist mit Stand Juni 2026 lediglich eine Gesundheitsanwendung dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

Einsatz von DiGAs mit kognitivem Training bei Menschen mit Demenz

Für Menschen mit kognitiven Einschränkungen – nicht explizit für Menschen mit Demenz – ist mit Stand Juni 2026 lediglich eine digitale Gesundheitsanwendung dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen: NeuroNation MED, die im weiteren Verlauf im Sinne eines Best Practice Beispiels vorgestellt wird. Darüber hinaus ist mit memodio eine weitere DiGA vorläufig bis Dezember 2026 in das Verzeichnis aufgenommen. Diese Gesundheitsanwendung richtet sich an Menschen mit „leichten kognitiven Störungen oder Demenz“ und verfolgt das Ziel, Alltagsfähigkeiten, kognitive Funktionen und die Lebensqualität zu erhalten sowie ein Fortschreiten der Erkrankung zu verzögern (BfArM o. D.-c). Beiden Anwendungen ist gemeinsam, dass sie auf eine Verbesserung kognitiver Funktionen abzielen. Vor diesem Hintergrund stellt sich jedoch eine zentrale Frage:

Inwieweit sind kognitive Trainings – mit oder ohne Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen – bei Menschen mit Demenz wirksam und sinnvoll?

Orientierung bietet hierzu die S3-Leitlinie Demenzen (2025) (DGPPN & DGN 2025), die kognitives Training bei leichter und mittelschwerer Demenz zur Förderung der Kognition grundsätzlich empfiehlt. Selbstständig durchgeführte, computerbasierte Trainingsformen werden jedoch nicht empfohlen, da die zugrunde liegende Evidenz als sehr niedrig eingeschätzt wird. Infolgedessen richten sich Anwendungen des computergestützten kognitiven Trainings (computerized Cognitive Training, cCT) überwiegend an Personen mit leichten kognitiven Einschränkungen. Diese können unterschiedliche Ursachen haben und unter anderem ein frühes Symptom einer beginnenden demenziellen Erkrankung darstellen. Entsprechend ist in diesem Anwendungs-

feld in den vergangenen Jahrzehnten ein deutlicher Zuwachs digitaler Angebote zu beobachten (Simons et al. 2016).

Im Folgenden wird mit NeuroNation MED exemplarisch eine Anwendung für Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen vorgestellt, die unter anderem auch von Personen in frühen Stadien einer Demenzerkrankung genutzt wird.

Best Practice: NeuroNation MED

Mit NeuroNation MED steht eine dauerhaft im DiGA-Verzeichnis gelistete digitale Gesundheitsanwendung zur Verfügung, die bei Erwachsenen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen eingesetzt wird. Ziel der Anwendung ist es, Symptome leichter erworbener oder neurodegenerativer kognitiver Einschränkungen zu lindern.

NeuroNation MED ist eine mobile App für personalisiertes, spielerisch aufgebautes kognitives Training über mehrere kognitive Funktionsbereiche hinweg (Multi-Domain Cognitive Training) und ist für die eigenständige Nutzung ohne zusätzliche Hilfsmittel konzipiert. Die Anwendung umfasst zwei zentrale Bestandteile: ein individuell angepasstes kognitives Trainingsprogramm sowie Gesundheitsinformationen, ergänzt durch animierte Anleitungen zu geistigen und körperlichen Entspannungsübungen. Das Training wird fortlaufend anhand der Trainingsleistungen und regelmäßiger Evaluationen an die persönlichen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patient:innen angepasst und kontinuierlich optimiert.

Grundlage der Aufnahme in das Diga-Verzeichnis waren die Ergebnisse einer kontrollierten Studie mit 288 Teilnehmenden mit leichten kognitiven Einschränkungen und einem Beobachtungszeitraum von 12 Wochen. Es wurden das Screening der Neuropsychological Assessment Battery (S-NAB) zur Messung der Kognition, der Cognitive Failure Questionnaire (CFQ) zur Erfassung selbst wahrgenommener Veränderungen, der Health Literacy Questionnaire (HLQ) zur Messung der Gesundheitskompetenz sowie die System Usability Scale zur Erfassung der Benutzerfreundlichkeit eingesetzt. Die kognitiven Fähigkeiten verbesserten sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant. Außerdem zeigte sich ein positiver Trend der Gesundheitskompetenz (DRKS 2024, BfArM o. D.-d).

Digitale Pflegeanwendungen (DiPAs) – digitale Unterstützung in Pflege und Alltag

Im Unterschied zu den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs), die primär medizinisch-therapeutische Zielsetzungen verfolgen, sind digitale Pflegeanwendungen (DiPAs) auf die Unterstützung pflegerischer Versorgungsprozesse ausgerichtet. Ihre

Finanzierung erfolgt nicht über die gesetzliche Krankenversicherung, sondern über die soziale Pflegeversicherung. Ziel digitaler Pflegeanwendungen (DiPAs) ist es, die Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen zu erhalten und zu stärken, pflegerische Strukturen zu entlasten und dabei zu helfen, alltägliche Herausforderungen besser zu bewältigen. Die Anwendungen können von Pflegebedürftigen selbst oder in Zusammenarbeit mit Zu- und Angehörigen, ehrenamtlich Pflegenden oder ambulanten Pflegediensten genutzt werden und umfassen auch digitale Unterstützungen für pflegende Zu- und Angehörige. Ergänzende Unterstützungsleistungen können durch Pflegedienste erbracht werden, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht und sie im Einzelfall für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind.

Mit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) am 9. Juni 2021 wurden DiPAs als neue Leistungsform in der sozialen Pflegeversicherung eingeführt (§§ 40a, 40b SGB XI) (BfArM o. D.-e). Ein Anspruch auf Leistung besteht nur für Anwendungen, die im Verzeichnis des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgeführt sind. Aktuell (Stand Juni 2026) sind dort jedoch noch keine DiPAs gelistet (BfArM o. D.-a).

Nach ihrer Listung werden die DiPAs durch die Pflegekasse zunächst befristet bewilligt und bei nachgewiesener Zweckmäßigkeit in eine unbefristete Leistung überführt (§ 40a SGB XI). Sie stehen sowohl als mobile Apps zur Nutzung auf Smartphones als auch als browserbasierte Webanwendungen für Computer oder Laptops zur Verfügung. Pflegebedürftige mit anerkanntem Pflegegrad (1–5) haben dann Anspruch auf eine monatliche Kostenerstattung von bis zu 53 Euro durch die Pflegekasse. Diese umfasst sowohl die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung selbst als auch gegebenenfalls erforderliche ergänzende Unterstützungsleistungen, etwa durch ambulante Dienste (BMG 2025, o. D.-b).

Wie könnten Menschen mit Demenz künftig von DiPAs profitieren?

Digitale Pflegeanwendungen können Menschen mit Demenz sowie ihre An- und Zugehörigen dabei unterstützen, den pflegerischen Alltag zu strukturieren und besser zu bewältigen. So können Anwendungen Erinnerungsfunktionen für Termine oder die Medikamenteneinnahme bereitstellen, demenzbedingte Gedächtniseinschränkungen ausgleichen und die Autonomie im Alltag fördern. Gleichzeitig tragen sie zur Entlastung pflegender Zu- und Angehöriger bei, indem sie Orientierung geben und Routinen unterstützen. Zum Leistungsanspruch zählen zudem

digitale Anwendungen zur Förderung der Mobilität bei demenziellen Erkrankungen (BMG 2025).

Fazit und Ausblick

Digitale Anwendungen entwickeln sich zunehmend zu einer tragenden Säule der Gesundheitsversorgung. Mit der Telematikinfrastruktur (TI) und Anwendungen wie der „ePA für alle“ hat Deutschland wichtige strukturelle Voraussetzungen geschaffen, um medizinische Informationen sektorenübergreifend verfügbar zu machen. Für Menschen mit Demenz ermöglicht die ePA durch den Zugriff bevollmächtigter Zu- und Angehöriger auch bei eingeschränkter Selbstständigkeit eine kontinuierliche und koordinierte Bereitstellung relevanter medizinischer Informationen, insbesondere in der multidisziplinären Versorgung.

Ein Blick nach Europa zeigt, dass zahlreiche Mitgliedstaaten beim digitalen Zugang zu Gesundheitsdaten rapide Fortschritte erzielen und bereits interoperable Lösungen aufgebaut haben. Mit dem European Health Data Space entsteht zudem ein einheitlicher europäischer Rahmen, der den grenzüberschreitenden Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten erheblich erleichtern wird. Deutschland steht damit nicht isoliert, sondern eingebettet in eine europäische Entwicklung, die klare Impulse für die nationale Ausgestaltung liefert.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zeigen das Potenzial patientennaher, alltagsintegrierter Interventionen, stoßen jedoch insbesondere im Kontext von Demenz an Grenzen der Evidenz. Die sehr niedrige Evidenz für computerbasiertes kognitives Training bei Menschen mit Demenz (DGPPN & DGN 2025) erklärt, warum sich entsprechende Anwendungen bislang vor allem auf leichte kognitive Beeinträchtigungen konzentrieren und das verfügbare Angebot überschaubar bleibt. Digitale Pflegeanwendungen (DiPAs) hingegen sind als eigenständige, nicht-medizinische Leistungsform noch im Aufbau begriffen, besitzen jedoch ein erhebliches Potenzial, Autonomie zu fördern, pflegende Zu- und Angehörige zu entlasten und ein längeres Verbleiben in der häuslichen Umgebung zu unterstützen.

Das im Titel verwendete „Grenzenlos“ ist in diesem Zusammenhang nicht als grenzenloser Technologieeinsatz zu verstehen, sondern beschreibt die Entwicklung hin zu einem über nationalen Grenzen hinweg gedachten, einheitlichen, sicheren und interoperablen Gesundheitsdatenraum. Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen unterliegen dabei zu Recht hohen Anforderungen an Evidenz, Nutzen und Qualität, die eine verantwortungsvolle und zielgruppengerechte Weiterentwicklung ermöglichen. Entscheidend wird künftig sein, digitale Innovationen konsequent evidenzbasiert, nutzerorientiert und im Zusammenspiel mit be-

stehenden Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln, um ihr Potenzial – insbesondere für Menschen mit Demenz – nachhaltig und verantwortungsvoll auszuschöpfen. Dabei sollte stets der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen und Lebensrealitäten im Mittelpunkt aller digitalen Entwicklungen stehen.

Renate Berner

Literatur

BÄK (o. D.-a): Digitale Anwendungen. Bundesärztekammer. www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

BÄK (o. D.-b): Elektronische Patientenakte: Zentrale Anwendung der Telematikinfrastruktur Bundesärztekammer. www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur/epa (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

BÄK (o. D.-c): Kommunikation im Medizinwesen: Sicherer digitaler Übertragungsweg für medizinische Daten Bundesärztekammer. www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur/kim (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

BfArM (o. D.-a): DiGA und DiPA: Digitale Gesundheitsanwendungen und Digitale Pflegeanwendungen. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Portale/DiGA-DiPA_node.html (zuletzt geprüft am 26.06.2026).

BfArM (o. D.-b): Für DiGA-Nutzende. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. <https://diga.bfarm.de/de/diga-nutzende> (zuletzt geprüft am 21.01.2026).

BfArM (o. D.-c): memodio. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/02866> (zuletzt geprüft am 21.01.2026).

BfArM (o. D.-d): NeuroNation MED. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01113> (zuletzt geprüft am 21.01.2026).

BfArM (o. D.-e): Wissenswertes zu DiPA. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiPA/Wissenswertes/_node.html (zuletzt geprüft am 26.01.2026).

BMG (o. D.-a): Die elektronische Patientenakte (ePA) für alle Bundesministerium für Gesundheit. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte/epa-fuer-alle.html (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

BMG (o. D.-b): Digitale Pflegeanwendungen (DiPA). Bundes-

ministerium für Gesundheit. <https://gesund.bund.de/digitale-pflegeanwendungen#qualitaet> (zuletzt geprüft am 26.01.2026).

BMG (2025): Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen. Bundesministerium für Gesundheit. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick/digitale-pflegeanwendungen.html (zuletzt geprüft am 26.01.2026).

BWKG (o. D.): Telematikinfrastruktur in der Reha. Baden-Württembergische Krankenhaus Gesellschaft e. V. www.bwkg.de/aufgaben-services/telematikinfrastruktur-in-der-reha (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

DGPPN; DGN (2025): S3-Leitlinie Demenz: Living Guideline – Langfassung. Version 5.0, 28.02.2025. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V./Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013> (zuletzt geprüft am 28.03.2025).

DRKS (2024): Studie zur Evaluation einer mobilen Anwendung zum selbstständigen kognitiven Training – Effekte auf die kognitiven Fähigkeiten und die Lebensqualität von PatientInnen mit leichten kognitiven Störungen: NeuroNationMES Effektivitätsstudie (NeNaE). DRKS – Deutsches Register Klinischer Studien. <https://drks.de/search/de/trial/drks00025133/details> (zuletzt geprüft am 21.01.2026).

Europäische Kommission (o. D.): Verordnung über den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS). https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_de (zuletzt geprüft am 21.01.2026).

European Commission (o. D.): Digital Decade 2025: eHealth Indicator Study. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/digital-decade-2025-ehealth-indicator-study> (zuletzt geprüft am 21.01.2026).

Gematik (o. D.-a): ePA für alle: Pflege. Gematik GmbH. www.gematik.de/anwendungen/epa-fuer-alle/pflege (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

Gematik (o. D.-b): KIM: Schnell und sicher kommunizieren. Gematik GmbH. www.gematik.de/anwendungen/kim (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

Gematik Fachportal (o. D.): Anwendungen der Telematikinfrastruktur. Gematik GmbH. <https://fachportal.gematik.de/anwendungen> (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

KBV (o. D.-a): Telematikinfrastruktur: Die Datenautobahn des Gesundheitswesens. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. www.kbv.de/praxis/digitalisierung/telematikinfrastruktur (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

KBV (o. D.-b): Tutorial: Was ist kv.dox? – Der KIM-Dienst der KBV. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. www.kbv.de/video/5616 (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

Pflege Digital@BW (2024): TI-Wegweiser. Stuttgart: Landeskompetenzzentrum Pflege & Digitalisierung Baden-Württemberg: www.pflege-digital-bw.de/ti-wegweiser (zuletzt geprüft am 20.01.2026).

Simons, D. J.; Boot, W. R.; Charness, N.; Gathercole, S. E.; Chabris, C. F.; Hambrick, D. Z.; Stine-Morrow, E. A. L. (2016): Do „Brain-Training“ Programs Work? Psychological Science in the Public Interest 17(3): 103-186.

Sippli, K.; Deckert, S.; Schmitt, J.; Scheibe, M. (2025): Healthcare effects and evidence robustness of reimbursable digital health applications in Germany: a systematic review. NPJ Digital Medicine 8(1): 495.

Svingel, L. S.; Jensen, C. E.; Kjeldsen, G. F.; Pedersen, M. H.; Kalra, D.; Christiansen, C. F.; Vad, K. H. (2025): Shaping the future EHDS: recommendations for implementation of Health Data Access Bodies in the HealthData@EU infrastructure for secondary use of electronic health data. European Journal of Public Health 35(Supplement_3): iii32-iii38.

Über die Distanz verbunden

Mit Videobotschaften herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz meistern

Eine Mixed-Methods-Studie

Abstract

Hintergrund: Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz erschwert die Pflege, belastet Mitarbeitende sowie Zu- und Angehörige und hat negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Menschen mit Demenz. Zu- und Angehörige kennen die Biografie und die emotional bedeutsamen Themen aus dem Leben ihrer Nächsten und können in simulierter Präsenz durch Videobotschaften unterstützen.

Methode: In einer Mixed-Methods-Studie (26 Monate) wurden in zwei Pflegeheimen in Deutschland individuelle und biografisch bedeutsame Videobotschaften (n=134) für Menschen mit Demenz (n=15) entwickelt. Die Entwicklung erfolgte partizipativ unter Einbeziehung der Zu- und Angehörigen (n=18) und Mitarbeitenden (n= 4). Die Datenerhebung umfasste 12 Interviews, 966 Assessments und 4 teilnehmende Beobachtungen.

Ergebnisse: Individuelle Videobotschaften (Grußbotschaften und Handlungsaufforderungen) mit biografisch bedeutsamen Momenten („Herzensöffnern“) lassen Menschen mit Demenz teilhaben, erfreuen, animieren oder beruhigen und stärken die Identität. Zu- und Angehörige erleben sich selbstwirksam, fühlen sich entlastet und über die (räumliche) Distanz in simulierter Präsenz verbunden. Mitarbeitende können durch Videobotschaften positiv auf herausforderndes Verhalten einwirken, ihre Fachkompetenz erweitern und Selbstwirksamkeit erfahren. Die Implementierung erfordert eine effektive Aufgabenverteilung, Zeitressourcen und Unterstützung für weniger technikaffine Mitarbeitende. Videobotschaften sollten kurz, authentisch und einfach gestaltet sein. Eine person-zentrierte Begleitung ist wichtig.

Schlussfolgerung: Videobotschaften sind eine person-zentrierte Möglichkeit, um die Pflegenden im Umgang mit herausforderndem Verhalten zu unterstützen und Menschen mit Demenz in ihrer Identität zu stärken. Videobotschaften entlasten Zu- und Angehörige und ermöglichen eine Verbundenheit aus der Distanz.

Einleitung

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lebten im Jahr 2019 weltweit etwa 55,2 Millionen Menschen mit Demenz (WHO 2021) und in Deutschland (Stand 2023) rund 1,8 Mil-

Keywords

Demenz
Simulierte Präsenz
Video
Biografie
Lebensqualität
Pflegeheim
emotionale Bedeutsamkeit
person-zentrierte Pflege
Stresserfahrung/Disstress

lionen Menschen mit Demenz (Blotenberg & Thyrian 2024). Bis zu 69 % der Menschen, die in deutschen Pflegeheimen leben, sind demenzerkrankt (Schäufele et al. 2013, Schwinger, Tsiasioti & Klauber 2017). 75 % der Pflegenden erleben täglich herausforderndes Verhalten (Schwinger, Tsiasioti & Klauber 2017). Zu diesen zählen agitierte Verhaltensweisen wie zum Beispiel verbale oder körperliche Aggression oder apathisches, zurückgezogenes Verhalten. Herausforderndes Verhalten hat negative Auswirkungen auf die Lebensqualität (Gerlach & Kales 2018, Cloak, Schoo & Al Khalili 2024) und auf das körperliche und emotionale Wohlbefinden (Turton 2015) der Menschen mit Demenz. Nicht selten treten Angst und Stress in Pflegesituationen auf und Menschen mit Demenz reagieren in Form von Pflegeverweigerung (O'Connor et al. 2011). Herausfordernde Verhaltensweisen beeinträchtigen bei bis zu 50 % aller Menschen mit Demenz, die in Pflegeeinrichtungen leben, die tägliche Pflege (Prince et al. 2013). Das Auftreten herausfordernden Verhaltens belastet und erschöpft die Mitarbeitenden (Appleton & Pereira 2019) und kann zu Stress führen, der wiederum gesundheitliche Auswirkungen haben kann.

Bezugspersonen bieten Menschen mit Demenz Stabilität. Häufige Familienbesuche reduzieren Unruhe und steigern die Lebensqualität (Woods & Ashley 1995). Mit Fortschreiten der Demenz können sich die Menschen das eigene gelebte Leben nicht mehr ohne weiteres vergegenwärtigen – das eigene Selbst wird zunehmend fragiler (Radzey, Kreuzner & Berner 2019). Positive Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis sind daher eine wichtige Ressource (Camberg et al. 1999). Die Simulierte Präsenz stellt eine Intervention dar, bei der Menschen mit Demenz Video- oder Tonaufnahmen von Angehörigen präsentiert werden (Zetteler 2008, Abraha et al. 2020). Bush (2021) erweiterte den Begriff um die Simulierte Präsenz in Echtzeit. Ziel der ersten Studie zur Simulierten Präsenz von Woods & Ashley (1995) aus Massachusetts (USA) war eine Verringerung des herausfordernden Verhaltens. Andere Studien richten den Forschungsschwerpunkt auf die Simulierte Präsenz als eine Möglichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen mit Demenz (Cheston et al. 2007). In der Studie von Woods und Ashley (1995) zeigte sich – wie auch in weiteren Studien – eine Verringerung der herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz (Woods & Ashley 1995, Cohen-Mansfield & Werner 1997, Garland et al. 2007, O'Connor et al. 2011). Mit Hilfe von Technik (damals noch mit Tonaufnahmen, heute mit Videobotschaften oder in Echtzeit) wird die Anwesenheit der Zu- und Angehörigen simuliert und zum Beispiel durch Erinnerungen eine beruhigende Wirkung erzielt (Woods & Ashley 1995). Die Simulierte Präsenz kann den Widerstand gegen Pflegenden reduzieren und bei apathischem Verhalten die Eigenaktivität steigern (O'Connor et al. 2011). Durch gelingende Interaktionen wird die Pflege entlastet.

Methode

Ziel

Ziel der Studie ist es zu untersuchen, wie Videobotschaften das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz und damit die Lebensqualität beeinflussen und welche Reaktionen auf die unterschiedlichen Arten von Videobotschaften (Grußbotschaften und Handlungsaufforderungen) erfolgen. Weitere Schwerpunkte richten sich auf das Erleben der Zu- und Angehörigen und der Mitarbeitenden. Der Implementierungsprozess wird daraufhin evaluiert, welche Aspekte sich als förderlich und welche sich als hemmend herausstellen.

Vorgehen

Das besondere Kennzeichen des Projektes ist das partizipative Vorgehen. In der Mixed-Methods-Studie (Dauer 26 Monate, Erhebungsphase 8 Monate) wurden gemeinsam mit Zu- und Angehörigen sowie Mitarbeitenden 134 Videobotschaften erarbeitet. In Workshops (n=8) identifizieren Angehörige und Mitarbeitende herausfordernde Verhaltensweisen. Darauf aufbauend werden gemeinsam Ideen für individuelle Videobotschaften erarbeitet, die Beobachtungen aus dem Pflegealltag und biografisches Hintergrundwissen berücksichtigen. Mitarbeitende zeigen Videobotschaften in Situationen, in denen herausforderndes Verhalten zu erwarten ist.

Teilnehmende

Projektbeteiligt sind zwei beschützte Wohnbereiche aus Altenhilfeeinrichtungen in Deutschland. Insgesamt haben sich 47 Proband:innen freiwillig zur Studienteilnahme bereit erklärt. Die an der Studie mitwirkenden Menschen mit Demenz (n=15) sind im Mittelwert 80,9 Jahre alt (siehe Tabelle 1).

Studiendesign

Es wird eine Mixed-Methods-Studie durchgeführt. Im Rahmen der Qualitativen Datenerfassung werden zwölf Interviews mit einer Gesamtdauer von 10:11 h durchgeführt (siehe Tabelle 2). Die Interviews werden nach den Prinzipien des problemzentrierten Interviews (PZI) (Witzel 2000) durchgeführt und mit einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz & Rädiker (2022) ausgewertet. Die computergestützte inhaltsanalytische Auswertung erfolgt mit der Software MAXQDA.

Die Reaktionen von Menschen mit Demenz vor, während und nach einer Videobotschaften-Interaktion werden durch vier teilnehmende Beobachtungen mit einer Gesamtdauer von 19,5 Stunden erfasst. Nach jeder Intervention (n=606) werden die Reaktionen der Menschen mit Demenz in einem (selbstformulierten) Fragebogen festgehalten (siehe Tabelle 6). Zusätzlich

Tabelle 1: Übersicht der Proband:innen (*Stand 01.12.2022)

Bewohner:innen (n=15)	Zu- und Angehörige (Ang.) (n=18)	Mitarbeitende (n=14)
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen (n=11), Männer (n=4) • Alter*: 66-94 Jahre, MW: 80,9 Jahre • Alzheimer-Demenz (n=7) • Frontotemporale Demenz (n=1) • Korsakow-Syndrom (n=1) • Mischform (n=1) • Demenz – nicht näher bezeichnet (n=5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kind (n=13) • Partner:in (n=4) • Gesetzlicher Betreuer (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Altenpfleger:innen (n=7) • Altenpflegehelfer:innen (n=2) • Alltagsbegleiter:innen (n=2) • Leitungskräfte (n=3)

werden quantitative Assessments eingesetzt, die Messungen von herausfordernden Verhaltensweisen sowie des Schmerzerlebens umfassten (siehe Tabelle 2).

Projektphasen

Der Studienzeitraum erstreckt sich über den Zeitraum von 2022 bis 2024 und gliedert sich in eine Projektplanungs- und Vorbereitungsphase (5 Monate), eine Sondierungs- und Informationsphase (5 Monate), eine Implementierungs- und Evaluationsphase (8 Monate) sowie eine Auswertungs- und Abschlussphase (8 Monate). Um Studienteilnehmende zu gewinnen und die Videobotschaften zu veranschaulichen, wurden zwei Informationsfilme mit Handlungsaufforderungen erstellt. Die beteiligten Einrichtungen des Projekts wurden mit Tablets, Schutzhüllen, Projektoren und Lautsprechern ausgestattet. Um eine datenschutzkonforme Übermittlung der Videobotschaften zu gewährleisten, wurde die Kommunikations-App myo (<https://myo.de>) verwendet, die dem Forschungsteam Zugriff auf alle Videos ermöglichte.

Ergebnisse

Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf Grundlage der quantitativen und qualitativen Datenanalyse.

Videobotschaften

Es werden zwei Arten von Videobotschaften entwickelt: Grußbotschaften und Handlungsaufforderungen. Die Videobotschaften hatten eine durchschnittliche Dauer von 0:57 Minuten (Median 0:44 Minuten, Spannweite: 0:05–2:57 Minuten).

Tabelle 2: Übersicht quantitative und qualitative Datenerfassung

Kategorie/Intention	Assessment/Daten	Datengrundlage	Erfassungshäufigkeit
Physischer Gesundheitsstatus	Medizinischer Gesundheitsstatus	Akte der n=15 Bewohner:innen	1 x Studienbeginn
	Analyse der Medikation	Akte der n=15 Bewohner:innen	1 x Studienbeginn
	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) (Basler et al. 2006)	n=102 Assessments	1 x monatlich (Ruhe und Bewegung)
Kognitiver Gesundheitsstatus	Mini Mental Status Test (Folstein 1998)	n=13 Assessments (bei 2 BW nicht durchführbar)	1 x Beginn Dez/Jan
Herausfordernde Verhaltensweisen	Cohen-Mansfield-Skala (CMAI) (Cohen-Mansfield 1996)	n=154 Assessments	Erfassung 2 x monatlich
	Neuropsychiatrisches Inventar (NPI) (Cummings et al. 1994)	n=91 Assessments	Erfassung monatlich
Intervention Videobotschaften	Beobachtungsbogen (eigener Entwurf)	n=606 Assessments	nach Intervention (Abspielen der Videobotschaft)
Interviews	Fokusgruppen- und Einzelinterviews	12 Interviews (Gesamtdauer 10:11 h) 7 Fokusgruppen mit Mitarbeitenden und Leitungspersonen, 2 Einzelinterviews via Teams und 1 Telefoninterview	
Teilnehmende Beobachtung	Vier teilnehmende Beobachtungen mit einer Gesamtdauer von 19,5 Stunden		

Grußbotschaften
enthalten
Herzensöffner
mit emotional
bedeutsamen Inhalten.

Grußbotschaften

Grußbotschaften enthalten idealerweise sogenannte „Herzensöffner“. Damit sind Erlebnisse, Fähigkeiten und Eigenschaften gemeint, die das Leben eines Menschen reich und bedeutsam gemacht haben und immer noch machen (Radzey, Kreuzner & Berner 2019). Sie werden häufig in Situationen eingesetzt, in welchen die demenzerkrankten Menschen ein passives Verhalten zeigen, wirken jedoch auch beruhigend bei agitiertem Verhalten. In Workshops wird eine wertschätzende Kommunikation geübt, zum Beispiel „Sie lieben die Berge.“ Entstanden sind 107 Grußbotschaften, die in Tabelle 3 thematisch erfasst sind. Einige Botschaften behandeln mehrere Themen, weshalb die Anzahl der Themen (n=121) die der Grußbotschaften (n=107) übersteigt.

Tabelle 3: Themen der Grußbotschaften

Themen der Grußbotschaften	Anzahl (n=121)	Prozent (n=121)
Musik	n=49	40%
Familie und Freunde	n=41	34%
Landschaft und Natur	n=21	17%
Tiere	n=6	5%
Beruf und Handarbeiten	n=2	2%
Haushalt	n=2	2%

Beispielhaft wird eine Grußbotschaft zum Thema „Landschaft und Natur“ vorgestellt:

Ein Bewohner war Zeit seines Lebens gerne in den Bergen wandern und Ski fahren. Berge stellen einen Herzensöffner für ihn dar, wie seine Ehefrau berichtet. Der Sohn sendete eine kreative Grußbotschaft aus dem Skiurlaub, in der er nach der nachfolgenden kurzen Ansprache mit einer Aktionskamera an seinem Helm die Piste herunterfährt:

„Hi Dad, ich schicke dir heute einmal mehr Grüße aus Österreich. Ich bin (...) beim Skifahren und (...) dachte, ich schick dir ein kleines Video, wo ich dich einfach mitnehme auf die Piste. Weil wenn etwas deine große Leidenschaft ist, dann ist es das Skifahren. Viel Spaß.“

Handlungsaufforderungen können Menschen mit Demenz bei pflegeablehnendem Verhalten dazu motivieren, Pflegehandlungen zuzulassen.

Handlungsaufforderungen

In den Workshops berichten die Mitarbeitenden von ihren Erfahrungen mit den demenzerkrankten Menschen. Gemeinsam mit den Zu- und Angehörigen entstehen Ideen für Handlungsaufforderungen mit dem Ziel, die Bewohner:innen zu motivieren Handlungen durchzuführen, oder sich pflegen zu lassen. Insgesamt n=27 Videobotschaften werden schwerpunktmäßig den Handlungsaufforderungen zugeordnet. Einige Videobotschaften enthalten mehrere Handlungsaufforderungen, so dass es in Summe n=39 sind. Tabelle 4 zeigt eine Übersicht über Themen und Häufigkeiten.

Ein Beispiel aus der Kategorie „Essen und Trinken“ ist eine Trinkmotivation. Mitarbeitende berichten, dass eine Dame nur ungerne und wenig trinkt. Daraufhin nimmt die Tochter ein Video auf, in dem sie am Tisch sitzt, Schluck für Schluck Wasser trinkt und ihre Mutter mit kurzen Sätzen ermutigt, gemeinsam mit ihr zu trinken:

„Hallo Mutter, hast du heute schon genug getrunken? Du weißt, trinken ist sehr wichtig. Komm, wir trinken zusammen ein Glas. Zum Wohl. Und noch einen Schluck. Noch einen Schluck. Und schon ist das Glas leer. Bis bald. Tschüss.“

Tabelle 4: Themen der Handlungsaufforderungen

Themen der Handlungsaufforderungen	Anzahl (n=39)	Prozent (n=39)
Hilfe bei der Körperpflege zulassen	n=11	28,2 %
Mitsingen	n=8	20,5 %
Essen und Trinken	n=7	17,9 %
Bewegen	n=5	12,8 %
Geduldig sein	n=1	2,6 %
Toilettengänge	n=1	2,6 %
Medikamenteneinnahme	n=1	2,6 %
Sich keine Sorgen machen	n=5	12,8 %

Menschen mit Demenz

Herausforderndes Verhalten und kognitiver Status

Die Erfassung des kognitiven Status der 15 Proband:innen mittels des Mini Mental Status Tests weist mit einem Mittelwert von 4,6 auf eine schwere Demenz hin. Es treten im Mittelwert 17,33 der 25 herausfordernden Verhaltensweisen (Min-Max: 13–24, Median 16,5) der CMAI-Skala auf. Fokussiert man die schwer ausgeprägten Verhaltensweisen (Stufe 4–7), das heißt ein Auftreten von mehrmals pro Woche bis mehrmals stündlich, zeigen sich im Mittelwert 13,42 schwer ausgeprägte Verhaltensweisen (Min–Max: 8–20, Median 13,5). Insbesondere kommen folgende Verhaltensweisen in schwer ausgeprägter Form vor: Eindringen in fremde Räume, Gefährdung durch Weglaufen und Anfassen anderer. Auch Schlagen ist eine Verhaltensweise, die relativ häufig auftritt, jedoch weniger in schwer ausgeprägter Form.

Die Analyse der NPI-Daten zeigt, dass die nicht-kognitiven Symptome wie Depression, Angst, und agitiertes Verhalten wie Aggression/Erregung und Reizbarkeit dominante Symptome sind. Im Durchschnitt treten 5,5 (Median 7) der 12 nicht-kognitiven Symptome auf. Detailliert betrachtet, werden Angst und Depression als stark und hochgradig belastend empfunden. Wird der Fokus auf die Belastung der Pflegenden (Stufe 3–5) gerichtet, ist erkennbar, dass als mäßig bis schwer belastend insbesondere Angst, Depression, Enthemmung, Reizbarkeit/Labilität sowie Appetit- und Essstörungen bewertet werden. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Studienteilnehmer:innen vielfältig herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, die zu Belastung auf Seiten der Betroffenen als auch der Pflegenden führen.

Verringerung von Apathie und Agitation

Die Wirkungen von Videobotschaften zeigen sich in verbalen und nonverbalen Reaktionen. Während und nach dem Abspielen der Videos wird eine Verhaltensänderung sichtbar, die sich von der vorherigen Apathie oder Agitation unterscheidet. Das Aufmerksamkeitsniveau steigt (siehe Tabelle 5, Auszug 1). Sie nehmen eine aufrechte Körperhaltung ein und betrachten (in 66 %, n=401, siehe Tabelle 6) den Bildschirm während der Videobotschaft aufmerksam. Personen, die ihre Augen üblicherweise geschlossen haben, öffnen ihre Augen. Sie zeigen verbale und nonverbale Reaktionen der Freude und Emotionen, wie Lächeln, Lachen (58 %, n=349, siehe Tabelle 6 and Tabelle 5, Auszug 5). Sie summen oder singen mit. In 68 % (n=409) zeigen die Menschen mit Demenz Zeichen des Wohlbefindens, wie eine entspannte Körperhaltung (siehe Tabelle 6). Nach dem Betrachten der Videobotschaften wirken die Menschen mit Demenz meist noch einige Minuten lang freudig und angeregt (siehe Tabelle 5, Auszug 8). Nur in 2 % (n=14, siehe Tabelle 6) der gezeigten

Videobotschaften scheinen sie sich unwohl zu fühlen. In 94 % (n=567, siehe Tabelle 6) zeigen sie keine Anzeichen von Ablehnung wie Wegdrehen oder Unruhe. Ablehnung äußern sie verbal oder nonverbal, etwa durch Schließen der Augen, Wegdrehen oder Wegschieben des Tablets (siehe Tabelle 5, Auszug 10). In solchen Fällen zeigen die Mitarbeitenden die Videobotschaft nicht oder brechen die Intervention ab. Diese Ablehnung ist jedoch stets punktuell, da die Betroffenen später wieder Interesse zeigen (siehe Tabelle 5, Auszug 9). Oft interagieren sie indirekt mit den Bezugspersonen aus den Videos, indem sie den Bildschirm streicheln oder mit ihnen kommunizieren (siehe Tabelle 5, Auszug 7). In 43 % der Fälle (n=263, siehe Tabelle 6) werden die Angehörigen erkannt.

Schmerzen und Schmerzmedikation

Da unentdeckte Schmerzen die Hauptursache für das herausfordernde Verhalten demenziell erkrankter Menschen sind (Achterberg et al. 2013), werden die Schmerzen der Menschen mit Demenz mittels der BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz), die auf der Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) (Warden et al., 2003) basiert, erfasst sowie die Schmerzmedikation ausgewertet. Deutlich erhöhte Schmerzwerte zeigten sich insbesondere bei Bewegung. Der mittlere BESD-Wert (n = 102 Einschätzungen, 0–10 Punkte) während der Bewegung lag bei 1,63 (Min.–Max.: 1,0–2,43), der Median bei 1,0. Der niedrigste dokumentierte Wert betrug 1, der höchste Wert 7. Eine Analyse der individuellen Verläufe zeigte, dass 10 von 15 Teilnehmenden Schmerzwerte aufwiesen, die eine Behandlung erforderlich machten. Diese Ergebnisse werden den Mitarbeitenden in den Workshops zurückgemeldet und im Hinblick auf die Schmerzmedikation besprochen, um zeitnahe und geeignete Interventionen zu ermöglichen.

Reaktion auf Grußbotschaften

Grußbotschaften werden vor allem bei zurückgezogenem und apathischem Verhalten von Menschen mit Demenz eingesetzt. Individuell gestaltete, emotional bedeutende Botschaften können sie aktivieren und in soziale Interaktionen einbinden. Dadurch wird ihre soziale und kulturelle Teilhabe gefördert (siehe Tabelle 5, Auszug 2). Besonders musikalische Grußbotschaften animieren Mitbewohner:innen, wodurch kleine Gemeinschaftsangebote entstehen. Sie haben zudem das Potenzial, beruhigend zu wirken (siehe Tabelle 5, Auszug 3).

Reaktion auf Handlungsaufforderungen

Durch individuell gestaltete Handlungsaufforderungen schlagen Angehörige eine Brücke zu den Menschen mit Demenz und erleichtern oder ermöglichen damit vorher oft schwer durchzuführende Pflegehandlungen, da sie die Menschen animieren und motivieren, Pflegehandlungen (wie Duschen oder Rasieren)

durchführen zu lassen (siehe Tabelle 5, Auszug 4). In unserer achtmonatigen Erhebungsphase zeigt sich, dass Handlungsaufforderungen mit Fortschreiten der Demenz weniger adäquat durchgeführt werden können.

Tabelle 5: Daten zur Untermauerung der Ergebnisse (* Mitarbeitende, *Zu- und Angehörige)
 (*SSI: semistructured interview/Halbstrukturiertes Interview)
 (Die Namen der Teilnehmenden wurden durch Pseudonyme ersetzt.)

Aus-zug Nr.	Thema	Daten-quelle	Teil-neh-men-de	Auszug
1	Gesteigertes Aufmerksamkeits-niveau	SSI*	MA*	„Er hat die Geduld gehabt, sich mit mir das Video fast bis zum Ende durchzugucken, ohne mich wegzuschubsen oder ständig zu versuchen aufzustehen ..“ (I 2)
2	Teilhabe lassen (Grußbotschaften)	SSI	MA	„Zu sehen, wie jemand still, in sich gekehrt dasitzt und auf einmal kommt sein Lieblingslied und dieser Bewohner kann sich verbal nicht mehr äußern. Aber auf einmal summt er mit und er strahlt, er klatscht mit (...) oder bewegt sich dann im Takt der Musik.“ (I 3)
3	Beruhigen	SSI	MA	„Sie ist unruhig geworden und dann fängt sie an, alles wegzuschieben in der Küche. Oder sie läuft umher. (...) Dann hat sie ihr das Video gezeigt und dann blieb sie wirklich sitzen, schaut sich das an und beruhigt sich.“ (I 7)
4	Motivieren	SSI	MA	„Ich zeige ihm vorher das Video und anschließend rasiere ich ihn und ohne Probleme: Er bleibt sitzen, er macht keine schnelle Bewegung, dass ich ihn verletze oder so. (...). Ich kann ihn einschäumen, ich kann ihn nass rasieren.“ (I 11)
5	Freuen und wohlfühlen	SSI	MA	„Er hat da einfach geschmunzelt, richtig geschmunzelt (...) Das war schön, dass er überhaupt reagiert, darauf. Das habe ich noch nie gesehen.“ (I 2)

Auszug Nr.	Thema	Datenquelle	Teilnehmende	Auszug
6	Emotional sein	Teilnehmende Beobachtung	MA	„Herr Bogner sitzt ruhig, in sich gekehrt am Tisch. Als das Bild seiner Tochter erscheint lacht er und sagt stolz ‚die Pauline, die Pauli‘.“
7	Interagieren	SSI	MA	„Sie hat am Schluss von dem Video ihren Sohn quasi gestreichelt auf dem Tablet.“ (I 2)
8	Videobotschaft wirkt nach	Teilnehmende Beobachtung	MA	„Herr Schmidt sitzt still und in sich versunken am Gemeinschaftstisch. Er bekommt eine gesungene Videobotschaft seiner Ehefrau gezeigt. Er summt mit und wippt mit dem Oberkörper. Danach wirkt er einige Minuten wacher, freudig erregt und lächelt.“
9	Punktuelles Desinteresse	SSI	MA	„Ja, (wenn jemand die Botschaft nicht sehen wollte, Anm. d. Vfs.) dann war das auch okay, dann hat man das auch akzeptiert (...) ‚Okay, gut (...) ‚, probieren wir es morgen nochmal.“ (I 7)
10	Nonverbale Zeichen der Ablehnung	SSI	MA	„Wenn sie zu müde war, macht sie die Augen zu und schläft auch. Oder es ist ihr einfach auch zu viel. Dann schaut sie auch weg.“ (I 9)
11	Bindung	SSI	MA	„Ich glaube bei der Frau Blume, ist die Bindung zwischen Tochter und Mutter sehr stark. Und ich glaube bei Frau Seeger und ihrem Mann auch.“ (I 4)
12	Betreuung	SSI	Ang.*	“Wenn ich was dazu beitragen kann, dass es leichter wird mit dem Umgang, bin ich schon sehr glücklich.“ (I 11)
13	Neue Wege gehen	SSI	Ang.	„Weil ich es gut finde, dass es einfach digitalisiert wird und man auch neue Medien nutzt und so auch in Kontakt treten kann.“ (I 11)
14	Entlastet sein	SSI	Ang.	„Ich kann jetzt jederzeit wieder ohne schlechtes Gewissen auch mal länger in Urlaub fahren, weil ich weiß, die Mitarbeiterinnen (...) zeigen meine Videobotschaften der Mutti.“ (per Myo)

Auszug Nr.	Thema	Datenquelle	Teilnehmende	Auszug
15	Verbunden sein über die Distanz	SSI	Ang.	„Weil ich so selten hier sein kann, da ich weiter weg wohne. Und so habe ich die Möglichkeit, dann vielleicht doch noch ein bisschen präsenter zu sein.“ (I 11)
16	Selbstwirksam sein	SSI	Ang.	„Es ist eine Win-win-Situation. Es ist für die Betreuten gut, für die Betreuenden gut (...) und für die Angehörigen gut, dann Botschaften schicken zu können, wenn man nicht da ist und zu wissen, ich bin in der Form immer noch verfügbar, wenn irgendwas schwierig wird.“ (I 12)
17	Sich in die Biografie vertiefen	SSI	Ang.	„Ich fand es auch interessant (...) nachzuempfinden. Was hat sie denn beruflich gemacht? Was hat sie ausgemacht? Ihre Ausbildung und was sie gerne gemacht hat.“ (I 12)
18	Vertrauter miteinander umgehen	SSI	Ang.	„Und das Schöne ist, dass es dadurch für mich leichter war, dass ich mich dann getraut habe (die Mitarbeitenden, Anm. d.Vfs.) noch paar Sätze so zu fragen.“ (I 11)
19	Vertiefte Einblicke in die Biografie gewinnen	SSI	MA	„Wir haben ja leider gar nicht die Zeit, um uns mal intensiv mit jedem Einzelnen zu beschäftigen. Und das kann dann noch so ein bisschen einen kleinen Einblick geben. Das ist das, was jeden ausmacht.“ (I 9)
20	Person-zentrierte Einzelkontakte initiieren	SSI	MA	„Dass man sich halt auch die Zeit nimmt, wirklich. Nicht, dass man in einer Gruppe sitzt, sondern wirklich nur mit einer Person dasitzt.“ (I 1)
21	Sich selbstwirksam erleben	SSI	MA	„Wenn ein Bewohner darauf positiv reagiert, ist es auch für mich ein gutes Gefühl, etwas erreicht zu haben. (...). Also es hat einen Sinn.“ (I 1)
22	Herausforderndes Verhalten bewältigen	SSI	MA	„Bevor wir die (Handlungsaufforderungen gezeigt haben, Anm. d. Vfs.), hatte ich immer Respekt vor ihm, ein bisschen Angst sogar, weil er auch so groß ist und man war immer ein bisschen vorsichtiger, aber jetzt ist er sehr umgänglich.“ (I 4)

Auszug Nr.	Thema	Datenquelle	Teilnehmende	Auszug
23	Wertschätzung erfahren und empfinden	SSI	MA	„Ich sehe auch ihn mit ganz anderen Augen. Er sieht auch mich, denn das Interesse ist ja auch auf meiner Seite um das Wohlergehen seiner Mutter.“ (I 7)
24	Verteilen der Aufgaben auf mehrere Beteiligte	SSI	MA	„Ich kenne ja die Reaktionen. Ich finde die ja toll. Aber ich kriege es nicht an alle Mitarbeiter.“ (I 11)
25	Zeitressourcen finden	SSI	MA	„Ich denke, das lässt sich nur ganz schwer planen, weil gerade, wenn einer ausfällt. Ist es das Erste, was flachfällt.“ (I 10)
26	Technische Hürden bewältigen	SSI	MA	„Bei den Älteren da hat man es dann 2/3/4-mal gezeigt. Ich glaube, einige wollten sich vielleicht nicht ganz drauf oder konnten sich nicht ganz drauf einlassen.“ (I 6)

Tabelle 6: Unmittelbare Reaktionen auf die Videobotschaften (Fragebogen)

	ja	gleichbleibend	nein
Die Bezugsperson auf dem Video wurde erkannt (n=606)	43 %	31 %	26 %
Die Videobotschaft wurde aufmerksam betrachtet (n=606)	66 %	17 %	17 %
Die Person mit Demenz fühlte sich beim Anschauen des Videos wohl (n=605)	68 %	30 %	2 %
Die Stimmung hat sich durch die Videobotschaft verbessert (n=606)	35 %	57 %	8 %
Die Person mit Demenz zeigte Anzeichen von Freude, zum Beispiel Lächeln, Lachen, freudige Reaktionen oder Zustimmung (n=606)	58 %	35 %	7 %
Die Person mit Demenz zeigte Anzeichen von Ablehnung, zum Beispiel Wegdrehen, negative Lautäußerungen oder Unruhe (n=605)	3 %	3 %	94 %

Zu- und Angehörige

Eine starke emotionale Bindung (siehe Tabelle 5, Auszug 11) zu den Menschen mit Demenz motiviert die Zu- und Angehörigen zur Studienteilnahme und stellt gleichzeitig eine Voraussetzung zur Studienteilnahme dar. Angehörige erleben sich als selbstwirksam (siehe Tabelle 5, Auszug 16) und sind motiviert, da ihre Grußbotschaften Menschen mit Demenz erfreuen und durch emotionale Inhalte deren Identität stärken. Sie sehen zunehmend, dass die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz erfüllt werden können. Offen für neue Wege, schätzen sie den innovativen, digitalen Charakter des Projekts (siehe Tabelle 5, Auszug 13). Zu- und Angehörige sind sich aufgrund eigener Pflegeerfahrungen der Herausforderungen bewusst, sind dankbar für die Unterstützung und möchten die Betreuung unterstützen (siehe Tabelle 5, Auszug 12). Im Verlauf fühlen sie sich zunehmend entlastet (siehe Tabelle 5, Auszug 14). Die Zusammenarbeit im Projekt stärkt das Vertrauen untereinander.

Videobotschaften fördern die Verbundenheit über Distanz, besonders bei geografischer Trennung (siehe Tabelle 5, Auszug 15) und wirken sich positiv auf das emotionale Erleben und das Gewissen der Angehörigen aus (siehe Tabelle 5, Auszug 14). Sie erhoffen sich, durch Videobotschaften länger in Erinnerung zu bleiben. Die intensive Beschäftigung mit den Biografien (siehe Tabelle 5, Auszug 17) der Menschen mit Demenz wird bereichernd erlebt. Angehörige, deren Familienmitglieder im Verlauf der Studie versterben, erfahren das Eintauchen in die Biografie als eine unterstützende Maßnahme im Prozess der Trauerbewältigung. Durch den engen Austausch im Rahmen der Workshops ist ein vertrauter Umgang (siehe Tabelle 5, Auszug 18) zwischen den Mitarbeitenden und den Zu- und Angehörigen entstanden. Zu- und Angehörige profitieren direkt vom partizipativen Austausch in den Workshops, besonders vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie. Nach langer Isolation schätzen sie die Möglichkeit, sich mit anderen in ähnlichen Situationen auszutauschen. Oft wird der Vergleich zu einer Selbsthilfegruppe gezogen.

Mitarbeitende

Der partizipative Austausch mit Zu- und Angehörigen und die Erstellung der Videobotschaften ermöglichen den Mitarbeitenden neue, tiefe Einblicke in die Biografien (siehe Tabelle 5, Auszug 19) und der emotional bedeutsamen Themen (Herzensöffner). Diese bereichernde Erfahrung sensibilisiert sie und fördert eine ganzheitliche Wahrnehmung der Menschen mit Demenz. Mitarbeitende initiieren person-zentrierte Einzelkontakte (siehe Tabelle 5, Auszug 20). Sie erleben sich als selbstwirksam (siehe Tabelle 5, Auszug 21), da sie die Lebensqualität von Menschen mit Demenz durch kurze Interventionen verbessern können. Ins-

besondere dann, wenn der/die Bewohner:in sonst nur sehr wenige Reaktionen zeigt, wird dies als Erfolg interpretiert, der der eigenen Tätigkeit eine Sinnhaftigkeit verleiht. Videobotschaften erleichtern den Umgang mit herausforderndem Verhalten (siehe Tabelle 5, Auszug 22) und erweitern das Handlungsspektrum zur Bewältigung des herausfordernden Verhaltens: Bei Apathie oder Traurigkeit aktivieren Videobotschaften Menschen mit Demenz, bei Agitation beruhigen sie. Der partizipative Austausch fördert Wertschätzung und Dankbarkeit von Zu- und Angehörigen (siehe Tabelle 5, Auszug 23), was die Kommunikation und den Umgang zwischen allen Beteiligten verbessert. Die Integration der Videobotschaften in den Pflegealltag ist herausfordernd. Meist zeigen projektbeteiligte Mitarbeitende die Videos, die darin einen persönlichen Mehrwert sehen. Andere Akteur:innen einzu-beziehen (siehe Tabelle 5, Auszug 24) ist herausfordernd. Als Gründe werden fehlende Zeitressourcen (siehe Tabelle 5, Auszug 25) genannt. Besonders bei Personalausfällen werden die Botschaften selten gezeigt. Technische Hürden wie eine geringe Medienaffinität und ein instabiles WLAN erschweren den Implementierungsprozess zusätzlich.

Die wichtigste Lernerfahrung bei der Gestaltung der Videobotschaften lässt sich mit „keep it simple“ zusammenfassen. Die Dauer der Videobotschaften von im Mittelwert 00:57 Minuten (Median: 00:44, Min–Max: 00:05–02:57 Minuten) bewährt sich. Handlungsaufforderungen, zum Beispiel eine Trinkmotivation, werden bei Bedarf mehrmals hintereinander gezeigt. Es sollte langsam und in kurzen Sätzen gesprochen werden und der Fokus auf einem Herzensöffner oder einer klaren Handlungsaufforderung liegen. Auf filmische Gestaltungsmittel wie Hintergrundmusik und (schnelle) Schnitte sollte verzichtet werden.

Diskussion

Die nachfolgende Diskussion erfolgt auf Grundlage der empirisch ermittelten, qualitativen und quantitativen Daten und wird punktuell (wo vorhanden) mit internationalen Studienerkenntnissen abgeglichen.

Ergebnisse: Menschen mit Demenz

Die Auswirkungen der Videobotschaften auf die Menschen mit Demenz werden durch eine Veränderung des Verhaltens sichtbar (während und nach der Videobotschaft) im Vergleich zur vorherigen Situation, in welcher sich apathische oder agitierte Verhaltensweisen gezeigt haben. Selbst kleinste Verhaltensänderungen wie ein Lächeln oder eine erhöhte Aufmerksamkeit (66 %, n=401) werden bei Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz als Erfolg gewertet. Bei 68 % (n=409) treten Zeichen des Wohlbefindens wie eine entspannte Körperhaltung auf, in

43 % der Beobachtungen (n=263) werden die An- und Zugehörigen erkannt. Nach dem Ansehen wirken die Bewohner:innen noch einige Minuten lang freudig und angeregt. Auch Garland et al. (2007) machten die Beobachtung, dass die Wirkung der Simulierten Präsenz noch 15 Minuten nach der Intervention bei 39 % der Teilnehmer:innen vorhanden ist. (Sie bezogen die Beobachtung darauf, dass das körperlich agitierte Verhalten signifikant reduziert werden kann.) Abraha (2020) konstatieren, dass Agitation in den drei analysierten Studien (n=144 Proband:innen) durch simulierte Präsenz reduziert werden konnte. Bei der Analyse der Auswirkungen der Simulierten Präsenz auf Depression, „zurückgezogene Verhaltensweisen“, Desinteresse oder traurige Stimmung, zeigen sich widersprüchliche Ergebnisse, die wohl auch durch unterschiedliche Messmethoden bedingt sind (Abraha 2020).

Grußbotschaften werden meist bei zurückgezogenem und apathischem Verhalten von Menschen mit Demenz eingesetzt. Die Betroffenen singen, summen, bewegen sich oder kommunizieren und interagieren mit der Bezugsperson, die die Videobotschaft spricht. Dies fördert ihre soziale und kulturelle Teilhabe. Besonders musikalische Grußbotschaften animieren auch andere Bewohner:innen und schaffen ein Gemeinschaftsangebot. Zudem haben Grußbotschaften das Potential, Unruhe zu mindern und für Abwechslung sorgen.

Individuelle Handlungsaufforderungen, von engen Bezugspersonen gesprochen, animieren und motivieren Menschen mit Demenz Pflegehandlungen durchführen zu lassen. Pflegeverweigerndes Verhalten, zum Beispiel bei der Rasur oder beim Duschen, wird deutlich reduziert. Auch in der Studie von O'Connor et al. (2011) zeigt sich eine (signifikante) Reduzierung pflegeverweigernder, aggressiver Verhaltensweisen, zum Beispiel bei der Nahrungsaufnahme und bei der Medikamenteneinnahme. Tendenziell zeigt sich, dass Handlungsaufforderungen im Verlauf der Erkrankung weniger umgesetzt werden können, zum Beispiel weil Handlungsabläufe nicht mehr adäquat umgesetzt werden können. Menschen mit Demenz lehnen Videobotschaften gelegentlich verbal oder nonverbal ab, worauf die Intervention abgebrochen wird.

In den Workshops wird wertschätzende Kommunikation geübt, um die Identität von Menschen mit Demenz zu stärken, indem emotionale Inhalte der Videobotschaften kurz aufgegriffen werden. Mitarbeitende validieren besonders bei emotionalen Reaktionen der Betroffenen. Die Fähigkeit, wiederholt gezeigte Videobotschaften zu erkennen, korreliert stark mit dem Ausmaß der kognitiven Einschränkung der Menschen mit Demenz. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Ergebnissen von Cheston et al. (2007), die feststellen, dass die Effektivität der Simulier-

ten Präsenz im Laufe der Sitzungen abzunehmen scheint, möglicherweise weil die Proband:innen mit dem Inhalt des Videos immer vertrauter werden. Unsere Analyse zeigt, dass Menschen mit fortgeschrittener Demenz wiederholt Freude an denselben Videobotschaften haben, ohne sie wiederzuerkennen.

Erleben der Zu- und Angehörigen

Es besteht eine starke emotionale Bindung zwischen den Angehörigen und den Menschen mit Demenz. Die Bindung ist ein zentraler Antrieb für das Engagement der Angehörigen. Peak & Cheston (2002) konstatieren, dass die Wirkung der Simulierten Präsenz bei Teilnehmenden mit festen Bindungen am stärksten war. In einer späteren Studie von Cheston et al. (2007) können diese Ergebnisse nicht bestätigt werden. Unsere Studienergebnisse belegen positive Effekte bei starken Bindungen, während wir keine Aussagen über weniger positive Effekte bei schwächeren emotionalen Bindungen machen können.

Zu- und Angehörige engagieren sich, weil sie die Mitarbeitenden unterstützen möchten und weil sie offen für innovative neue Formen des Umgangs sind. Sie erleben sich als selbstwirksam und über die (räumliche) Distanz verbunden und fühlen sich durch die Möglichkeit, Videobotschaften senden zu können, entlastet. Angehörige fühlen sich persönlich bereichert durch die intensive Beschäftigung mit der Biografie und den Herzensöffnern ihrer Nächsten. Durch die partizipative Entwicklung der Videobotschaften profitieren sie durch einen vertrauteren Umgang mit den Mitarbeitenden. Viele Zu- und Angehörige haben herausfordernde Pflegeerfahrungen gemacht, was zu Dankbarkeit und dem Wunsch führt, Mitarbeitende zu unterstützen. Die partizipative Zusammenarbeit stärkt das Vertrauen sowie die direkte Kommunikation. Videobotschaften helfen dabei, auch über Distanz eine emotionale Verbindung zu den erkrankten Familienmitgliedern aufrechtzuerhalten. Das wirkt entlastend.

Erleben der Mitarbeitenden

Die Mitarbeitenden gestalten person-zentrierte Einzelkontakte und können mithilfe von Videobotschaften positiv auf herausforderndes Verhalten einwirken. Sie erweitern ihr Handlungsspektrum im Umgang mit herausforderndem Verhalten und stärken das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Durch das intensive, partizipative Erarbeiten von Videobotschaften mit den Angehörigen rückt der demenzerkrankte Mensch mit seiner Biografie, seinen Herzensöffnern und seiner Lebensleistung in den Vordergrund. Die Mitarbeitenden gewinnen dadurch ein besseres Verständnis für die Angehörigen, was zu einer Atmosphäre gegenseitiger Wertschätzung führt. Gleichzeitig stehen sie vor der Herausforderung einer effektiven Verteilung multiprofessioneller Aufgaben und benötigten Zeitressourcen für deren Umsetzung, während

weniger technikaffine Mitarbeitende mit technologischen Herausforderungen konfrontiert sind. Durch die intensive Auseinandersetzung mit der Biografie der Menschen mit Demenz, der Kommunikation, dem Schmerzassessment und dem personenzentrierten Ansatz erweitern sie ihre Fachkompetenz.

Videobotschaften

In 40 % (n=49) der Grußbotschaften dominiert Musik, meist in Form von gesungenen Liedern, aufgenommen von Partner:innen, Kindern, Freunden und Enkeln. Die Themen „Familie und Freunde“ dominieren in 34 % (n=41) der Grußbotschaften, „Landschaft und Natur“ in 17 % (n=21). Das Thema „Tiere“ ist Inhalt von 5 % (n=6) der Grußbotschaften. Das Thema „Beruf und Handarbeiten“ und das Thema „Haushalt“ inspirierte zu je 2 % (n=2) der Grußbotschaften.

In den Workshops berichteten die Mitarbeitenden von ihren Erfahrungen mit den demenzerkrankten Menschen. Gemeinsam mit den Zu- und Angehörigen entstehen Ideen für Handlungsaufforderungen mit dem Ziel, die Menschen mit Demenz zu motivieren, Handlungen durchzuführen oder sich pflegen zu lassen. Einige Handlungsaufforderungen enthalten ebenfalls Herzensöffner. Die Handlungsaufforderungen werden von den Mitarbeitenden in Situationen gezeigt, in denen das herausfordernde Verhalten, zum Beispiel pflegeverweigerndes Verhalten, welches in der Handlungsaufforderung angesprochen wird, zu erwarten ist.

Der Großteil der Handlungsaufforderungen thematisiert mit 28,2 % (n=11) „Hilfe bei der Körperpflege zulassen“, gefolgt von Aufforderungen (20,5 %, n=8), in denen die Menschen mit Demenz zum Mitsingen animiert werden. Das Thema „Essen und Trinken“ behandeln 17,9 % (n=7) der Handlungsaufforderungen. Handlungsaufforderungen zum Thema „Bewegen“ und „sich keine Sorgen zu machen“, umfassen je 12,8 % (n=5) der Handlungsaufforderungen. Handlungsaufforderungen mit der Aufforderung geduldig zu sein, die Medikamente einzunehmen und auf die Toilette zu gehen, gibt es je eine (2,6 %, n=1).

Grußbotschaften (manchmal auch Handlungsaufforderungen) enthalten optimalerweise sogenannte „Herzensöffner“, das heißt individuell bedeutsame Erinnerungen, die sich unter anderem durch ihre hohe emotionale Relevanz auszeichnen. Herzensöffner haben das Ziel, zu erfreuen und zu beruhigen sowie die Identität zu stärken. Grußbotschaften werden aktivierend zum Beispiel bei apathischem Verhalten eingesetzt, wirken jedoch auch beruhigend bei agitiertem Verhalten. Unsere Studie zeigt, dass die Kombination von Herzensöffner und Bezugspersonen mit einer emotionalen Bindung die Chance einer gelingenden Intervention erhöhen. Auch in der systematischen Übersichtsarbeit und Meta-Analyse von Zettler (2008) und der systematischen Übersichtsarbeit von Abraha et al. (2020) enthalten die Interven-

tionen der Simulierten Präsenz positive Erinnerungen aus dem Leben, Erfahrungen und Erinnerungen mit Familie und Freunden (Zetteler 2008, Abraha et al. 2020) und Liebesbekundungen (Zetteler 2008).

In der achtmonatigen Implementierungsphase werden 606 Videobotschaften in Situationen gezeigt, in denen herausforderndes Verhalten zu erwarten war. Die Literatur zeigt, dass die Durchführungshäufigkeiten der Interventionen in den Studien stark differieren. In der Studie von Woods und Ashley (1995) beispielsweise werden zweimal Interventionen der Simulierten Präsenz durchgeführt, wenn herausforderndes Verhalten zu erwarten war, während in der Studie von Miller et al. (2001) Interventionen nur durchgeführt werden, wenn eine Episode von agitiertem Verhalten festgestellt wird (Zetteler 2008).

Wichtige Erkenntnisse der Implementierung

Einfach gestaltete Videos können von Menschen mit Demenz besser verstanden werden. Kurze, langsam gesprochene, ein- bis dreiminütige Videos entsprechen häufig dem Aufmerksamkeitsniveau der Menschen mit Demenz. Der Fokus sollte auf einem Herzensöffner oder einer klaren Handlungsaufforderung liegen, ohne filmische Gestaltungsmittel wie Hintergrundmusik oder schnelle Schnitte. Handlungsaufforderungen wie Trinkmotivation werden bei Bedarf wiederholt. Videobotschaften sollten wahrhaftig und zeitaktuell gestaltet sein. Handlungsaufforderungen zur morgendlichen Pflege sollten nur morgens gezeigt werden. Ein weiterer aus der person-zentrierten Sichtweise bedeutender Punkt ist die Notwendigkeit der Wahrheit. Wenn beispielsweise Besuche versprochen werden, sollten diese auch erfolgen.

Es ist wichtig, dass sich die Mitarbeitenden die Zeit nehmen, um die Videobotschaften ohne Unterbrechung auf Augenhöhe (sitzend) zu zeigen. In den Workshops wird eine validierende und wertschätzende Kommunikation geübt. Ziel ist es, die Identität der Bewohner:innen zu stärken, indem emotional bedeutsame Inhalte aus den Videobotschaften in kurzen Sätzen angesprochen werden, zum Beispiel: „Sie lieben die Berge“. In Workshops entwickeln Mitarbeitende und Angehörige partizipativ mit Forscherinnen Ideen für Videobotschaften. Zu- und Angehörige profitieren direkt vom partizipativen Austausch, besonders vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie. Der in Workshops entstandene unterstützende Reflexionsraum wird häufig mit einer Selbsthilfegruppe verglichen. Mit einer datenschutzkonformen App können die Videobotschaften sicher und personenbezogen versendet werden. Die Forschenden sind ebenfalls Teil der Kommunikationsgemeinschaft, die aus Mitarbeitenden, Zu- und Angehörigen und Personen mit Demenz besteht.

Ein zentrales Element der Projektsteuerung ist die Benennung engagierter Mitarbeitender als Multiplikator:innen. Herausforderungen ergeben sich durch Krankheit und schwankendes Engagement. Im Verlauf der Evaluation wurde das Projekt auf eine breitere Basis gestellt und weitere Mitarbeitende einbezogen. Das Thema Medienaffinität zeigt, dass es schwieriger ist, ältere Angehörige zu gewinnen als jüngere. Videobotschaften zu erstellen, zu versenden und zu empfangen ist ein Prozess, den nicht jeder beherrscht. Die Mehrheit der Studienteilnehmer (72 % Kinder, 22 % Partner) sucht häufig technischen Support, oft bei den eigenen Kindern. Auch bei Mitarbeitenden zeigt sich der Generationenunterschied: Jüngere, wie Auszubildende, nutzen Technik intuitiv, Ältere brauchen teils Unterstützung.

Verhalten von Menschen mit Demenz, die Schmerzen nicht angemessen ausdrücken können, wird häufig als herausforderndes Verhalten fehlinterpretiert. Ein systematisches Schmerzmanagement mit validierten Instrumenten ist erforderlich, weswegen die Schmerzmedikation sowie das Schmerzerleben mit dem Fremdeinschätzungsinstrument BESD zu Studienbeginn erfasst und rückgemeldet wurde. So konnte ein adäquates Schmerzmanagement erfolgen. Eine Poweranalyse ergibt, dass eine Stichprobengröße von $n=24$ erforderlich wäre, um eine Studie mit einer adäquaten Power zu erhalten – was darauf hindeutet, dass viele bisherige Studien möglicherweise zu wenig Power haben (Zettler 2008). Im Rahmen der vorliegenden Studie können insgesamt $n=47$ Studienteilnehmer:innen gewonnen werden (davon $n=15$ Menschen mit Demenz). In zukünftigen Studien ist eine umfangreichere Stichprobengröße anzustreben.

Schlussfolgerung

Individuelle, biografieorientierte Videobotschaften stellen einen person-zentrierten Ansatz dar, der die Identität von Menschen mit Demenz stärkt, ihnen Freude bereitet und sie motiviert. Zu- und Angehörige fühlen sich entlastet und bleiben auch über räumliche Distanzen hinweg verbunden. Sowohl Angehörige als auch Pflegekräfte erleben eine gesteigerte Selbstwirksamkeit und eine Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten.

Renate Berner, Anja Rutenkröger

Literatur

Abraha, I.; Rimland, J. M.; Lozano-Montoya, I.; Dell'Aquila, G.; Velez-Diaz-Pallares, M.; Trotta, F. M.; Cruz-Jentoft, A. J.; Cherubini, A. (2020): Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4(CD011882): 1-40 DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011882.pub3>.

Achterberg, W. P.; Pieper, M. J.; van Dalen-Kok, A. H.; de Waal, M. W.; Husebo, B. S.; Lautenbacher, S.; Kunz, M.; Scherder, E. J.; Corbett, A. (2013): Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging* 8: 1471-1482 DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>.

Appleton, K.; Pereira, A. (2019): Behavioural Changes in Dementia and their Impact on Professional Caregivers: A Grounded Theory Approach. *Dementia* 18(4): 1479-1491 DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301217714654>.

Basler, H.; Hüger, D.; Kunz, R.; Luckmann, J.; Lukas, A.; Nikolaus, T.; Schuler, M. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). *Der Schmerz* 20(6): 519-526 DOI: <https://doi.org/10.1007/s00482-006-0490-7>.

Blotenberg, I.; Thyrian, J. R. (2024): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen: Informationsblatt 1. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (Accessed on 05.09.2024).

Bush, E. (2021): Simulated Presence Use for Quality of Life Maintenance and Reduction of Symptoms of Distress in Persons Living with Dementia in Long-Term-Care. University of Arkansas for Medical Science.

Camberg, L.; Woods, P.; Ooi, W. L.; Hurley, A.; Volicer, L.; Ashley, J.; Odenheimer, G.; McIntyre, K. (1999): Evaluation of Simulated Presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 47(4): 446-452 DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07237.x>.

Cheston, R.; Thorne, K.; Whitby, P.; Peak, J. (2007): Simulated presence therapy, attachment and separation amongst people with dementia. *Dementia* 6(3): 442-449 DOI: <https://doi.org/10.1177/14713012070060030703>.

Cloak, N.; Schoo, C.; Al Khalili, Y. (2024): Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia. [Updated 2024 Feb 27]. Treasure Island: StatPearls Publishing. 2024 Jan: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/> (Accessed on 21.05.2024).

Cohen-Mansfield, J.; Marx, M. S.; Rosenthal, A. S. (1989): A Description of Agitation in a Nursing Home. *Journal of Gerontology* 44(3): M77-M84.

Cohen-Mansfield, J.; Werner, P. (1997): Management of Verbally Disruptive Behaviors in Nursing Home Residents. *The Journals of Gerontology: Series A* 52A(6): M369-M377 DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/52A.6.M369>.

Cummings, J. L.; Mega, M.; Gray, K.; Rosenberg-Thompson, S.; Carusi, D. A.; Gornbein, J. (1994): The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. *Neurology* 44(12): 2308-2314 DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>.

Folstein, M. F.; Folstein, S. E.; McHugh, P. R. (1975): „Mini-mental state“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12(3): 189-198 DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

Garland, K.; Beer, E.; Eppingstall, B.; O'Connor, D. W. (2007): A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 15(6): 514-521 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000249388.37080.b4>.

Gerlach, L. B.; Kales, H. C. (2018): Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Psychiatric Clinics of North America* 41(1): 127-139 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.010>.

Kuckartz, U.; Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.

Miller, S.; Vermeersch, P. E.; Bohan, K.; Renbarger, K.; Kruep, A.; Sacre, S. (2001): Audio presence intervention for decreasing agitation in people with dementia. *Geriatric Nursing* 22(2): 66-70 DOI: <https://doi.org/10.1067/mgn.2001.115200>.

O'Connor, C. M.; Smith, R.; Nott, M. T.; Lorang, C.; Mathews, R. M. (2011): Using Video Simulated Presence to reduce resistance to care and increase participation of adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 26(4): 317-325 DOI: <https://doi.org/10.1177/1533317511410558>.

Prince, M.; Bryce, R.; Albanese, E.; Wimo, A.; Ribeiro, W.; Ferri, C. P. (2013): The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia* 9(1): 63-75 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>.

Radzey, B.; Kreutzner, G.; Berner, R. (2019): InterMem – Technikgestützte Biografiearbeit und Erinnerungspflege. Abschlussbericht. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH.

Schäufele, M.; Köhler, L.; Hendlmeier, I.; Hoell, A.; Weyerer, S. (2013): Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psychiatrische Praxis* 40(04): 200-206 DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343141>.

Schwinger, A.; Tsiasioti, C.; Klauber, J. (2017): Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: (Hrsg.), Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer: 131-152.

Stadt Hamburg (1999): Gemeinsame Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg; Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales; Amt für Soziales und Rehabilitation, Referat Pflege.

Turton, R. W. (2015): Criterion-Related Validity of Challenging Behaviour Scales: A Review of Evidence in the Literature. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 28(2): 81-97 DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12098>.

Warden, V.; Hurley, A. C.; Volicer, L. (2003): Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. Journal of the American Medical Directors Association 4(1): 9-15 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum: Qualitative Sozialforschung 1(1): Art. 22.

Woods, P.; Ashley, J. (1995): Simulated Presence Therapy: Using Selected Memories To Manage Problem Behaviors in Alzheimer's Disease Patient. Geriatric Nursing 16(1): 9-14 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(05\)80072-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(05)80072-2).

Zettler, J. (2008): Effectiveness of simulated presence therapy for individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis. Aging & Mental Health 12(6): 779-785 DOI: <https://doi.org/10.1080/13607860802380631>.

Connected Across Distance

Using Video Messages to Manage Challenging Behavior in People with Dementia

A Mixed Methods Study

Abstract

Background: Challenging behavior in people with dementia complicates caregiving, burdens caregivers and family members, and negatively impacts the quality of life of people with dementia. Family members are familiar with the biography and emotionally significant issues from the lives of their loved ones and can provide support through video messages in simulated presence.

Methods: In a mixed-methods study conducted over 26 months, individual and biographically meaningful video messages (n=134) were developed for people with dementia (n=15) in two nursing homes in Germany. The creation process was participatory, involving family members (n=18) and professional caregivers (n=14). Data collection included 12 interviews, 966 assessments, and 4 participant observations.

Results: Individual video messages (greeting messages and calls to action) featuring biographically significant moments („heart openers“) or specific calls to action enabled participation, joy, encouragement, or calmness in people with dementia, strengthening their identity. The simulated presence fostered a sense of self-efficacy, relief, and connection among family members, despite the physical distance. Caregivers managed challenging behavior effectively, enhanced their professional skills, and experienced self-efficacy. Implementation required efficient task distribution, adequate time resources, and support for less tech-savvy caregivers. Video messages were designed to be short, authentic, and simple, with a focus on person-centered guidance.

Conclusions: Video messages are a person-centered approach to support caregivers in dealing with challenging behavior and to strengthen the identity of people with dementia. Video messages provide relief for family members and caregivers, allowing them to maintain a sense of connection despite physical distance.

Keywords

dementia
challenging behavior
simulated presence
video messages
biography
self-efficacy
emotional significance
person-centered care
distance-care

Introduction

According to estimates from the World Health Organization (WHO), approximately 55.2 million people worldwide are living with dementia (WHO 2021). In Germany alone, this number is

around 1.8 million (Blotenberg & Thyrian, 2024). Up to 69% of people living in German nursing homes have dementia (Schäufele et al., 2013; Schwinger et al., 2017). Seventy-five percent of caregivers experience challenging behavior daily (Schwinger et al., 2017). These behaviors include agitated actions such as verbal or physical aggression or apathetic, withdrawn behavior. Challenging behavior negatively impacts the quality of life (Gerlach & Kales, 2018; Cloak et al., 2024) and the physical and emotional well-being (Turton, 2015) of people with dementia. Fear and stress are often present in caregiving situations, and people with dementia may respond with care refusal (O'Connor et al., 2011). Challenging behaviors affect up to 50% of all people with dementia living in care facilities (Prince et al., 2013). The occurrence of challenging behavior burdens and exhausts caregivers (Appleton & Pereira, 2019) and can lead to stress, which may, in turn, have health consequences.

Caregivers provide stability for people with dementia. Frequent family visits reduce restlessness and increase life satisfaction (Woods & Ashley, 1995; Bush, 2021). As dementia progresses, individuals may no longer recall their own life experiences easily – their sense of self becomes increasingly fragile (Radzey et al., 2019). Positive memories from long-term memory thus become an important resource (Camberg et al., 1999). Simulated Presence is an intervention where video or audio recordings from family members are displayed to people with dementia (Zetteler, 2008; Abraha et al., 2020). Bush (2021) extended the concept to include real-time Simulated Presence. The goal of the first study on Simulated Presence by Woods & Ashley (1995) from Massachusetts (USA) was to reduce challenging behavior. Other studies focus on Simulated Presence to improve the quality of life for people with dementia (Cheston et al., 2007). In the study by Woods and Ashley (1995), as well as in other studies, a reduction in challenging behaviors was observed in people with dementia (Woods & Ashley, 1995; Cohen-Mansfield & Werner, 1997; Garland et al., 2007; O'Connor et al., 2011). With the help of technology (initially using audio recordings, now with video messages or in real-time), the presence of family members is simulated (Woods & Ashley, 1995). Simulated Presence can reduce care refusal behavior and increase self-activity in cases of apathetic behavior (O'Connor et al., 2011). Successful interactions help alleviate the caregiving burden.

Method

Objective

The study aimed to assess the impact of video messages on challenging behaviors in people with dementia, as well as their responses to greeting messages and calls to action. Additionally, it examined how family members and staff perceive and ex-

perience the use of video messages, their burdens and reliefs associated with the messages, and the participatory process of developing them. Another objective was to evaluate key considerations in the development, design, and presentation of video messages. Furthermore, the study aimed to identify facilitating and hindering factors for the implementation of video messages.

Approach

The distinctive feature of this project was its participatory approach. Over the course of the 26-month mixed-methods study (data collection phase: 8 months), a total of 134 video messages were developed collaboratively with significant others, close associates, and caregivers. In workshops (n=8), significant others and caregivers identified challenging behaviors. Based on this, ideas for personalized video messages were jointly developed, taking into account observations from daily care routines and biographical background information. Caregivers presented the video messages in situations where challenging behavior was anticipated.

Participants

Two special care units for people with dementia in Germany participated in the project. A total of 47 participants voluntarily agreed to take part in the study. The individuals with dementia who participated in the study (n=15) had an average age of 80.9 years (median 80, minimum 66, maximum 94) (see Table 1).

Table 1: Overview of participants (*as of 01/12/2022)

People with dementia (n=15)	Significant others (SO) (n=18)	Caregiver (n=14)
<ul style="list-style-type: none"> • Women (n=11), Men (n=4) • Age*: 66–94 years, mean age: 80.9 years • Alzheimer’s Dementia (n=7) • Frontotemporal Dementia (n=1) • Korsakoff Syndrome (n=1) • Mixed dementia (n=1) • Dementia – unspecified (n=5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Child (n=13) • Partner (n=4) • Legal guardian (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing staff n=7 • Nursing assistants: n=2 • Activity coordinators: n=2 • Care manager n=3

Study Design

A mixed-methods study was conducted. For qualitative data collection, twelve interviews with a total duration of 10 hours and 11 minutes were conducted (see Table 2). The interviews followed the principles of problem-centered interviews (PZI) (Witzel, 2000) and were analyzed using a content-structuring qualitative content analysis based on Kuckartz & Rädiker (2022). The computer-assisted content analysis was performed using the software MAXQDA.

The reactions of people with dementia before, during, and after a video message interaction were captured through four participant observations with a total duration of 19 hours and 30 minutes. After each intervention (n=606), the reactions of people with dementia were documented using a questionnaire (see Table 6). In addition, quantitative assessments were employed, which included measures of challenging behaviors and the experience of pain (see Table 2).

Project phases

The study period extended from 2022 to 2024 and was divided into a project planning and preparation phase (5 months), an exploration and information phase (5 months), an implementation and evaluation phase (8 months), and an assessment and conclusion phase (8 months). To recruit study participants and illustrate the video messages, two informational films with calls to action were created. The project facilities were equipped with tablets, protective cases, projectors, and speakers. To ensure data protection-compliant transmission of the video messages, the communication app myo (<https://myo.de>) was used, allowing the research team access to all videos.

Results

The following results were based on quantitative and qualitative data analysis.

Video Messages

Two types of video messages were developed: greeting messages and calls to action. The video messages had an average duration of 0:57 minutes (median 0:44 minutes, range: 0:05–2:57 minutes).

Greeting Messages

Greeting messages ideally contained so-called „heart openers.“ These referred to experiences, skills, and qualities that had enriched and continued to make a person’s life meaningful (Radzey, Kreutzner & Berner, 2019). They were often used in situations where individuals with dementia exhibited passive be-

Greeting messages contain „heart openers“ with emotionally meaningful content. They are primarily used for people with dementia who show withdrawn or apathetic behavior.

Table 2: Overview of quantitative and qualitative data collection

Category/Intention	Assessment/Data	Data Source	Frequency of Collection
Physical health status	Medical health status	File review n=15 residents	Once at the start of the study
	Medication analysis	File review n=15 residents	Once at the start of the study
	Assessment of Pain in Dementia (BESD) (Basler et al., 2006)	n=102 Assessments	Monthly (rest and movement)
Cognitive health status		n=13 Assessments (not feasible with 2 persons)	Once at the start of the study
Challenging behaviors	Mini Mental Status Test (Folstein et al., 1975)	n=154 Assessments	Recording twice a month
	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (mod. CMAI) (Cohen-Mansfield et al., 1989; Stadt Hamburg, 1999)	n=91 Assessments	Recording monthly
Video message intervention	Observation sheet	n=606 Assessments	After the intervention
Semi-structured interview (SSI)	Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994)	12 SSI (total duration: 10 hours and 11 minutes), including 10 interviews with staff and 2 interviews with significant others.	
Participant observations	Four participant observations with a total duration of 19 hours and 30 minutes.		

havior but were also effective in calming agitated behavior. Workshops focused on fostering person-centered communication. As a result, 107 topics of the greeting messages were identified and organized in Table 3. Since some messages addressed multiple themes, the total number (n=121) exceeded the number of greeting messages (n=107).

An exemplary greeting message on the theme of „Landscape and Nature“ is presented: A resident who had enjoyed hiking and skiing in the mountains throughout his life had always maintained a deep emotional connection to them. Mountains represented a heart-opener for him, as his wife reported. His son sent a creative greeting message from a ski vacation, delivering a brief speech before skiing down the slope with an action camera mounted on his helmet.

“Hi Dad, today I’m sending you greetings from Austria once again. I’m (...) skiing and (...) thought I’d send you a little video to take you along on the slopes. Because if there’s one thing that’s your great passion, it’s skiing. Enjoy!”

Table 3: Topics of the greeting messages

Topics of greeting messages	Number (n=121)	Percentage (n=121)
Music	n=49	40%
Family and friends	n=41	34%
Landscape and nature	n=21	17%
Animals	n=6	5%
Profession and handi-crafts	n=2	2%
Household	n=2	2%

Calls to Action

In the workshops, staff members reported on their experiences with people living with dementia. Together with significant others and close associates, ideas for calls to action were developed with the aim of motivating residents to engage in activities or to accept care. A total of n=27 video messages were primarily categorized as calls to action. Some video messages contained multiple calls to action, resulting in a total of n=39. Table 4 provides an overview of the themes and their frequencies.

Calls to action can motivate people with dementia, for example in cases of care-resistant behavior, to accept care interventions.

An example from the category „Eating and Drinking“ is a drinking motivation. Staff members reported that a woman was reluctant to drink and consumed very little. In response, her daughter recorded a video in which she sits at a table, drinks water sip by sip, and encouraged her mother with short sentences to drink along with her.

„Hello Mother, have you had enough to drink today? You know, drinking is very important. Come on, let’s drink a glass together. Cheers. And another sip. One more sip. And now the glass is empty. See you soon. Bye.“

Table 4: Topics of calls to action

Calls to action	Number (n=39)	Percentage (n=39)
Allow assistance with personal care	n=11	28.2%
Singing along	n=8	20.5%
Eating and drinking	n=7	17.9%
Moving	n=5	12.8%
Being patient	n=1	2.6%
Using the toilet	n=1	2.6%
Taking medication	n=1	2.6%
Not worrying	n=5	12.8%

People with Dementia

Challenging Behavior and Cognitive Status

The cognitive status was assessed using the Mini-Mental-Status Test (Folstein et al., 1975), revealing a mean score of 4.6 (min-max: 0-20, median 0), indicative of severe dementia. On average, 17.33 of the 25 challenging behaviors from the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (mod. CMAI, n=154 assessments) (Cohen-Mansfield et al., 1989; Stadt Hamburg, 1999) (min-max: 13–24, median 16.5) were observed. When focusing on severely pronounced behaviors (Levels 4–7), for example, behaviors occurring from several times a week to several times per hour, an average of 13.42 severely pronounced behaviors were recorded (min-max: 8–20, median 13.5). Specifically, behaviors such as entering other people’s rooms, paces, aimless wandering, and grabbing onto people were frequently observed at levels 4–7. Although hitting was also a common behavior, it was observed less frequently in its severe form.

The analysis of the Neuropsychiatric Inventory (NPI, n=91 assessments) data (Cummings et al., 1994) revealed that non-cognitive symptoms such as depression, anxiety, and agitated behaviors like agitation/aggression and irritability/lability were predominant in the symptomatology. On average, 5.5 non-cognitive symptoms (median 7) of the 12 assessed were observed. Detailed examination showed that anxiety and depression were perceived as severe and highly distressing. When focusing on the burden experienced by caregivers (Levels 3–5), it became apparent that anxiety, depression, disinhibition, irritability/lability, as well as appetite and eating changes were rated as moderately to severely distressing. In summary, the study participants demonstrated a range of challenging behaviors that caused significant distress for both the individuals themselves and their caregivers.

Reduction of Apathy and Agitation

The effects of video messages were observed through verbal and nonverbal responses. During and after the playback of the videos, a behavioral change became evident, differing from prior apathy or agitation. The level of attention increased (see Table 5, Excerpt 1). People with dementia adopted an upright posture and attentively watched the screen during the video message (in 66%, n=401, see Table 6). Individuals who typically kept their eyes closed opened them. They exhibited verbal and nonverbal expressions of joy and emotion, such as smiling and laughing (58%, n=349, see Table 6 and Table 5, Excerpt 5). They hummed or sang along. 68% (n=409) of individuals with dementia displayed signs of well-being, such as a relaxed posture (see Table 6). After watching the video messages, people with dementia generally appeared joyful and stimulated for several minutes (see Table 5, Excerpt 8). In only 2% (n=14, see Table 6) of the video messages shown, they appear to feel uncomfortable. In 94% (n=567, see Table 6), they showed no signs of rejection, such as turning away or displaying restlessness. Rejection was expressed verbally or nonverbally, such as by closing their eyes, turning away, or pushing the tablet aside (see Table 5, Excerpt 10). In such cases, staff members refrained from showing the video message or stopped the intervention (see Table 5, Excerpt 9). However, this rejection was always temporary, as the individuals regained interest later. People with dementia often interacted indirectly with their significant others in the videos by stroking the screen or communicating with them (see Table 5, Excerpt 7). In 43% of the cases (n=263, see Table 6), the significant others were recognized.

Pain and Pain Medication

Undetected pain is the primary cause of challenging behaviors in people with dementia (Achterberg et al., 2013). The pain levels of individuals with dementia were assessed using the BESD (Assessment of Pain in Dementia) (Basler et al., 2006), which is

based on the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) (Warden et al., 2003). Additionally, pain medication was evaluated. Significantly elevated pain scores were particularly evident during movement. The mean BESD score (n=102 assessments, 0–10 points) during movement was 1.63 (min-max: 1.0–2.43), with a median of 1.0. The minimum score recorded was 1, and the maximum was 7. An analysis of individual trajectories revealed that 10 out of 15 participants exhibited pain levels requiring treatment. These findings were communicated to staff during workshops and analyzed in connection with pain medication. This process enabled staff to implement timely and appropriate interventions.

Response to Greeting Messages

Individually designed, emotionally significant messages activated and engaged individuals in social interactions. They were primarily used in cases of withdrawn and apathetic behavior in people with dementia, thereby promoting their social and cultural participation (see Table 5, Excerpt 2). Musical greetings, in particular, encouraged interaction among fellow residents, creating small communal activities. These messages also demonstrated the potential to have a calming effect (see Table 5, Excerpt 3).

Response to Calls to Action

Individually designed calls to action from significant others served as a bridge to people with dementia, facilitating or enabling care activities that were previously difficult to perform. These calls to action encouraged and motivated individuals to engage in care routines, such as showering or shaving (see Table 5, Excerpt 4). During the eight months of data collection, it became evident that calls to action were carried out less effectively as dementia progressed.

Significant Others

A strong emotional attachment (see Table 5, Excerpt 11) to individuals with dementia motivated family members and caregivers to participate in the study. Significant others experienced self-efficacy (see Table 5, Excerpt 16) and were motivated because their greeting messages brought joy to the target group and strengthened their identity through emotional content. They increasingly recognized that the needs of individuals with dementia could be met. Open to taking new paths, they valued the innovative, digital nature of the project (see Table 5, Excerpt 13). Significant others who were aware of the challenges posed by their own caring experiences were grateful for the opportunity to support care (see Table 5, Excerpt 12). Over time, they felt increasingly relieved (see Table 5, Excerpt 14). Collaboration within the project strengthened trust among all those involved. Video messaging promoted connectedness across distance, particularly for

family members living far away (see Table 5, Excerpt 15), and eased the emotional burden on the significant others while positively affecting their sense of conscience (see Table 5, Excerpt 14). They hoped that the video messages would help them to be remembered for longer. Significant others experienced self-efficacy when they immersed themselves in the biographies (see Table 5, Excerpt 17) of individuals with dementia, which they found enriching. For significant others whose family members passed away during the study, this immersion, in retrospect, served as supportive care in their grieving process. Through the close exchange in the workshops, participants began to interact in a more familiar way (see Table 5, Excerpt 18). Family members and caregivers benefited directly from the participatory exchange in the workshops, particularly during the COVID-19 pandemic. After prolonged isolation, they felt relieved and appreciated the opportunity to connect with others in similar situations, often comparing the experience to a self-help group.

Table 5: Data substantiating the results (Participants' names have been replaced with pseudonyms)

Excerpt No.	Theme	Data source	Participants	Excerpt
1	Increased level of attention	semi-structured interview (SSI)	staff	"He had the patience to watch the video with me almost until the end, without pushing me away or constantly trying to get up." (I 2)
2	Enabling participation (greeting messages)	SSI	staff	"To see someone sitting quietly, withdrawn, and then all of a sudden their favorite song plays, and this resident, who can no longer express themselves verbally, suddenly hums along, beams, claps along (...) or moves in time with the music." (I 3)
3	Calming	SSI	staff	"She became restless and started pushing everything aside in the kitchen. Or she wandered around. (...) Then she was shown the video, and she actually stayed seated, watched it, and calmed down." (I 7)

Excerpt No.	Theme	Data source	Participants	Excerpt
4	Motivation	SSI	staff	“I show him the video beforehand, and then I shave him without any problems: he stays seated, he doesn't make any sudden movements that could cause me to hurt him or anything. (...). I can lather him up and give him a wet shave.” (I 11)
5	Joy and Well-Being	SSI	Care manager	“He simply smiled, really smiled (...) That was wonderful, that he reacted to it at all. I've never seen that before.” (I 2)
6	Being emotional	Participant Observation (PO)	staff	“Mr. Bogner sits quietly, withdrawn at the table. When the image of his daughter appears, he laughs and proudly says, ‘That's Pauline, that's Pauli.’”
7	Interaction	SSI	staff	“At the end of the video, she practically stroked her son on the tablet.” (I 2)
8	The video message has a lasting effect	PO	staff	“Mr. Smith sits quietly, lost in thought, at the communal table. He is shown a sung video message from his wife. He hums along and sways his upper body. Afterward, he appears more alert, joyfully excited, and smiles for a few minutes.”
9	Occasional disinterest	SSI	staff	“Yes, (if someone didn't want to watch the message, author's note) that was also okay, it was accepted as well (...) ‘Okay, fine (...) let's try again tomorrow.’” (I 7)
10	Nonverbal signs of rejection	SSI	staff	“When she was too tired, she closed her eyes and fell asleep. Or it was simply too much for her. Then she looked away.” (I 9)

Excerpt No.	Theme	Data source	Participants	Excerpt
11	Attachment	SSI	staff	"I believe the bond between Mrs. Blume and her daughter is very strong. And I think the same goes for Mrs. Seeger and her husband." (I 4)
12	Support care	SSI	SO	"If I can contribute to making it easier to deal with, I'm already very happy." (I 11)
13	To take new paths	SSI	SO	"Because I think it's great that it's being digitalized, and that new media are being used, allowing us to stay in touch this way." (I 11)
14	To be relieved	SSI	SO	"I can now go on vacation for a longer period of time without feeling guilty, because I know the staff (...) show my video messages to my mother." (I 11)
15	To be connected over distance	SSI	SO	"Because I can be here so rarely, as I live farther away. And this way, I have the opportunity to still be a bit more present." (I 11)
16	Experience self-efficacy	SSI	SO	"It's a win-win situation. It's good for the people being cared for, good for the caregivers (...) and good for the family members, being able to send messages when you're not there and knowing that I'm still available in this way if something becomes difficult." (I 12)
17	To immerse oneself in the biography	SSI	SO	"I also found it interesting (...) to try to feel what she did professionally, what made her who she is, her education, and what she enjoyed doing." (I 12)
18	To interact more familiarly with each other	SSI	SO	"And the nice thing is, that it made it easier for me, because I then dared to ask (the staff, author's note) a few more questions like that." (I 11)

Excerpt No.	Theme	Data source	Participants	Excerpt
19	Gain deeper insights into the biography	SSI	staff	“Unfortunately, we just don’t have the time to really engage deeply with each individual. And this can then provide at least a small glimpse. That’s what defines each person.” (I 9)
20	Initiate person-centered one-to-one interactions	SSI	staff	“That you really take the time, truly. Not sitting in a group but really sitting down with just one person.” (I 1)
21	Experience self-efficacy	SSI	staff	“When a resident responds positively, it’s a good feeling for me as well, knowing that I’ve achieved something. (...). So, it has meaning.” (I 1)
22	Manage challenging behavior	SSI	staff	“Before we showed the (calls to action, author’s note), I always had respect for him, even a bit of fear, because he’s so tall, and you were always a bit more cautious. But now he’s very easygoing.” (I 4)
23	Appreciation and gratitude	SSI	staff	“I also see him in a completely different light. He sees me too, because my interest in his mother’s well-being is mutual.” (I 7)
24	Distribute tasks among multiple participants	SSI	Care Manager	“I know the reactions. I think they’re great. But I can’t get it across to all the staff.”
25	Find time resources	SSI	staff	“I think it’s very difficult to plan because, especially when someone is absent, it’s the first thing to be dropped.” (I 10)
26	Overcome technical hurdles	SSI	staff	“With the older ones, we showed it 2-3-4 times. I think some might not have fully wanted to or been able to engage with it.” (I 6)

Table 6: Immediate reactions to the video messages (questionnaire)

	Yes	Constant	No
Related person on the video was recognised (n=606)	43%	31%	26%
Video message is viewed attentively (n=606)	66%	17%	17%
Person with dementia felt comfortable while watching the video (n=605)	68%	30%	2%
The mood has improved as a result of the video message (n=606)	35%	57%	8%
Person with dementia shows signs of joy e.g., smiling, laughing, joyful reaction, approval (n=606)	58%	35%	7%
Person with dementia shows signs of rejection e.g., turning away, negative vocalisation, restlessness (n=605)	3%	3%	94%

Professional Caregivers

The participatory exchange with significant others and the creation of video messages enabled caregivers to gain deeper insights into the biographies (see Table 5, Excerpt 19) and emotionally significant themes (heart openers) of individuals with dementia. This enriching experience sensitized them and promoted a holistic perception of individuals with dementia. Staff initiated person-centered one-to-one interactions (see Table 5, Excerpt 20). They experienced self-efficacy (see Table 5, Excerpt 21), as even a few minutes of intervention improved the quality of life for individuals with dementia. This was especially true when a resident otherwise displayed very few reactions, which was interpreted as a success that added meaning to their work. Video messages helped staff manage challenging behavior (see Table 5, Excerpt 22) and expanded the range of strategies for addressing it: while apathy or sadness could be countered by activating individuals with dementia, agitation could be calmed. The participatory exchange fostered appreciation and gratitude (see Table 5, Excerpt 23), which improved communication and interactions among all parties involved. Integrating video messages into daily care routines was a challenge. Most of the staff involved in the project were the ones showing the videos, as they saw a personal benefit in doing so. Efforts to share tasks among multiple participants (see Table 5, Excerpt 24) proved difficult. A lack of time resources (see Table 5, Excerpt 25) was cited as a key reason. Video messages were rarely shown, especially during staff shortages. Technical barriers, such as limited media affinity and unstable Wi-Fi, further complicated the implementation process.

The most important lesson learned in designing the video messages can be summed up as „keep it simple“. The average duration of the video messages was 00:57 minutes (median: 00:44; min–max: 00:05–02:57 minutes). This length proved effective. Action prompts, such as encouragement to drink, are shown several times in succession when needed. Speech should be slow and consist of short sentences, with the focus placed either on an emotionally engaging opener or on a clear action prompt. Cinematic elements such as background music and fast cuts should be avoided.

Discussion

The following discussion substantiates and questions the empirically determined qualitative and quantitative data, comparing them with findings from international studies.

Results for People with Dementia

The effects of video messages on people with dementia become evident through changes in behavior (during and after viewing) compared to the previous situation, which often involved apathetic or agitated behaviors. Even the smallest behavioral changes, such as a smile or an increase in attention (66%, n=401), are regarded as successes in individuals with advanced dementia. Signs of well-being, such as a relaxed body posture, are observed in 68% of cases (n=409), and in 43% of observations (n=263), significant others or close connections are recognized. After viewing the video, residents often appear joyful and stimulated for several minutes. Similarly, Garland et al. (2007) observed that the effects of Simulated Presence persist for up to 15 minutes after the intervention in 39% of participants. Their findings indicate that physically agitated behavior can be significantly reduced. Abraha (2020) state that agitation was reduced in the three analyzed studies (n=144 participants) through Simulated Presence. However, the analysis of the effects of Simulated Presence on depression, “withdrawn behaviors”, disinterest, or sadness reveals contradictory results, which are likely due to differing measurement methods (Abraha 2020).

Greeting messages are used in cases of withdrawn and apathetic behavior in people with dementia. The individuals affected may sing, hum, move, or communicate and interact with the person speaking in the video message. This promotes their social and cultural participation. Musical greeting messages, in particular, encourage other residents to join in, creating a shared community experience. Furthermore, greeting messages have the potential to reduce restlessness and provide variety in their daily routines.

Calls to action, spoken by close caregivers, encourage and motivate people with dementia to carry out care-related activities. Resistance to care, such as shaving or showering, is reduced. Similarly, the study by O'Connor et al. (2011) demonstrates a (significant) reduction in care-resistant and aggressive behaviors, such as during mealtime or medication intake. There is a general trend indicating that calls to action become less effective as the disease progresses, potentially because individuals are no longer able to adequately perform the required sequences of actions. Occasionally, people with dementia verbally or non-verbally reject video messages, leading to the intervention being discontinued. However, this rejection is always temporary, and interest typically returns later.

In the workshops, person-centered communication was practiced in order to strengthen the identity of people with dementia by briefly addressing the emotional content of the video messages. Staff members validate responses, particularly during emotional reactions from the individuals affected. The ability to recognize repeatedly shown video messages strongly correlates with the extent of cognitive impairment in people with dementia. This finding aligns with Cheston et al. (2007), who observed that the effectiveness of Simulated Presence seems to diminish over sessions, possibly because participants become increasingly familiar with the video content. Our analysis shows that people with advanced dementia repeatedly find joy in the same video messages without recognizing them as familiar.

Experience of Significant Others

There is a strong emotional bond between significant others and people with dementia. This bond is a central motivation for the engagement of family members. Peak & Cheston (2002) state that the effects of Simulated Presence were strongest in participants with strong attachments. However, these results could not be confirmed in a later study by Cheston et al. (2007). Our study findings demonstrate positive effects in cases of strong emotional bonds, while we are unable to draw conclusions about less positive effects in cases of weaker emotional attachments. Significant others engage because they wish to support staff and are receptive to innovative new approaches. They experience self-efficacy, a sense of connection across distance, and relief through the opportunity to send video messages. Significant others experience personal enrichment through the deep engagement with the biographies and heart openers of their loved ones. The participatory development of video messages fosters a closer relationship with staff, strengthening trust and direct communication. Many significant others have faced challenging caregiving experiences, which leads to gratitude and a desire to support the staff. Video messages help maintain an emotional connection with their affected family members across distances,

providing a sense of relief. Through this participatory collaboration, significant others take new paths, benefiting from a familiar and supportive relationship with staff.

Experience of Staff

Staff members engage in person-centered one-to-one interactions and utilize video messages to positively influence challenging behaviors. These video messages expand their repertoire of strategies for managing challenging behaviors and enhance their sense of self-efficacy. Through the intensive, participatory process of developing video messages with significant others, the person with dementia—along with their biography, heart openers, and life achievements—takes center stage. This process provides staff with a deeper understanding of the significant others' perspectives and promotes an atmosphere of mutual appreciation. At the same time, staff face the challenge of effectively distributing interdisciplinary tasks and require adequate time resources for implementation. Less technology-savvy staff may encounter technological challenges. By delving deeply into the biography of people with dementia, communication, pain assessment, and the person-centered approach, staff enhance their professional expertise.

Video Messages

In 40% (n=49) of the greeting messages, music is the dominant element, often in the form of songs performed by partners, children, friends, or grandchildren. The theme of "Family and Friends" is central in 34% (n=41) of the greeting messages, while "Landscape and Nature" features in 17% (n=21). The theme of "Animals" appears in 5% (n=6) of the messages. "Profession and Handcrafts" and "Household" each inspire 2% (n=2) of the greeting messages.

During workshops, staff shared their experiences with people living with dementia. Together with significant others and loved ones, ideas for calls to action were developed to motivate individuals with dementia to perform certain actions or accept care. Some calls to action also include heart openers. Staff use these calls to action in situations where challenging behaviors—such as care-resistant behavior addressed in the call to action—are anticipated.

The majority of calls to action focus on "allowing assistance with personal care", accounting for 28.2% (n=11), followed by calls to action (20.5%, n=8) encouraging people with dementia to sing along. The theme of "eating and drinking" is addressed in 17.9% (n=7) of the calls to action. Themes such as "movement" and "not worrying" each comprise 12.8% (n=5) of the calls to action. There is one call to action each (2.6%, n=1) for being patient, taking medication, and going to the toilet.

Greeting messages (sometimes also calls to action) ideally include so-called “heart openers”, which are individually meaningful memories characterized by their strong emotional relevance. Heart openers aim to bring joy and calm while also strengthening identity. Greeting messages are used to activate individuals, for example, in cases of apathetic behavior, but they also have a calming effect in situations of agitated behavior.

Our study shows that the combination of heart openers and emotionally engaged caregivers increases the likelihood of a successful intervention. Similarly, the systematic review and meta-analysis by Zetteler (2008) and the systematic review by Abraha et al. (2020) highlight that the interventions of Simulated Presence include positive memories from life, experiences and recollections involving family and friends (Zetteler, 2008; Abraha et al., 2020), as well as expressions of love (Zetteler 2008).

During the eight-month implementation phase, 606 video messages were shown in situations where challenging behavior is anticipated. The literature indicates significant variations in the frequency and context of interventions across studies. For example, in the study by Woods and Ashley (1995), interventions are conducted when challenging behavior is expected, whereas in the study by Miller et al. (2001), interventions are only implemented when an episode of agitated behavior is observed (Zetteler, 2008).

Key Insights on Implementation

Simply designed videos are easier for people with dementia to understand. Short, slowly spoken videos lasting one to three minutes often align with their attention span. The focus should be on a heart opener or a clear call to action, avoiding cinematic techniques such as background music or quick cuts. Calls to action, such as encouraging hydration, can be repeated as needed. Video messages should be authentic and timely. For instance, calls to action related to morning care should only be shown in the morning. Another significant point from a person-centered perspective is the importance of truthfulness. For example, if visits are promised in the video, these visits should indeed take place.

It is essential for staff to take the time to present the video messages without interruption, at eye level (while sitting). In workshops, validating and appreciative communication is practiced. The goal is to strengthen the identity of the residents by addressing emotionally meaningful content from the video messages in short sentences, such as: „You love the mountains.“ In these workshops, staff and significant others collaboratively develop ideas for video messages in a participatory process with researchers. Significant others also benefit directly from the participatory exchange through the video message development process, espe-

cially in the context of the COVID-19 pandemic. The supportive, reflective space created in the workshops is often compared to that of a self-help group. With a data protection-compliant app, video messages can be sent securely and tailored to individuals. The researchers are also part of the communication community, which includes staff, significant others, and people with dementia.

A central element of project management is the designation of dedicated staff members as multipliers. Challenges arise due to illness and varying levels of engagement. During the course of the evaluation, the project was expanded to a broader foundation and involved additional staff members. The topic of media affinity reveals that it is more challenging to engage older significant others compared to younger ones. Creating, sending, and receiving video messages is a process that not everyone is proficient in. The majority of study participants (72% children, 22% partners) frequently seek technical support, often from their own children. A generational difference is also evident among staff: younger individuals, such as trainees, use technology intuitively, while older staff members sometimes require assistance.

The behavior of people with dementia who are unable to adequately express pain is often misinterpreted as challenging behavior. A systematic pain management approach using validated instruments is therefore necessary. For this reason, pain medication and the experience of pain were assessed at the beginning of the study using the observational assessment tool BESD and subsequently reported back. This enabled the implementation of appropriate pain management. A power analysis indicates that a sample size of $n=24$ would be required to achieve adequate statistical power for a study, suggesting that many previous studies may have been underpowered (Zetteler 2008). In the present study, a total of $n=47$ participants could be recruited, including only 15 individuals with dementia. For future studies, a larger sample size should be aimed for.

Conclusion

Individually tailored, biographically oriented video messages represent a person-centered approach to strengthening the identity of people with dementia, bringing them joy, and motivating them. Family members feel relieved and connected across distances. Both family members and caregivers experience a sense of self-efficacy and an expansion of their options of action.

Renate Berner, Anja Rutenkröger

Literature

Abraha, I.; Rimland, J. M.; Lozano-Montoya, I.; Dell'Aquila, G.; Velez-Diaz-Pallares, M.; Trotta, F. M.; Cruz-Jentoft, A. J.; Cherubini, A. (2020): Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4(CD011882): 1-40 DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011882.pub3>.

Achterberg, W. P.; Pieper, M. J.; van Dalen-Kok, A. H.; de Waal, M. W.; Husebo, B. S.; Lautenbacher, S.; Kunz, M.; Scherder, E. J.; Corbett, A. (2013): Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging* 8: 1471-1482 DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>.

Appleton, K.; Pereira, A. (2019): Behavioural Changes in Dementia and their Impact on Professional Caregivers: A Grounded Theory Approach. *Dementia* 18(4): 1479-1491 DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301217714654>.

Basler, H.; Hüger, D.; Kunz, R.; Luckmann, J.; Lukas, A.; Nikolaus, T.; Schuler, M. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). *Der Schmerz* 20(6): 519-526 DOI: <https://doi.org/10.1007/s00482-006-0490-7>.

Blotenberg, I.; Thyrian, J. R. (2024): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen: Informationsblatt 1. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (Accessed on 05.09.2024).

Bush, E. (2021): Simulated Presence Use for Quality of Life Maintenance and Reduction of Symptoms of Distress in Persons Living with Dementia in Long-Term-Care. University of Arkansas for Medical Science.

Camberg, L.; Woods, P.; Ooi, W. L.; Hurley, A.; Volicer, L.; Ashley, J.; Odenheimer, G.; McIntyre, K. (1999): Evaluation of Simulated Presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 47(4): 446-452 DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07237.x>.

Cheston, R.; Thorne, K.; Whitby, P.; Peak, J. (2007): Simulated presence therapy, attachment and separation amongst people with dementia. *Dementia* 6(3): 442-449 DOI: <https://doi.org/10.1177/14713012070060030703>.

Cloak, N.; Schoo, C.; Al Khalili, Y. (2024): Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia. [Updated 2024 Feb 27]. Treasure Island: StatPearls Publishing. 2024 Jan: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/> (Accessed on 21.05.2024).

Cohen-Mansfield, J.; Marx, M. S.; Rosenthal, A. S. (1989): A Description of Agitation in a Nursing Home. *Journal of Gerontology* 44(3): M77-M84.

Cohen-Mansfield, J.; Werner, P. (1997): Management of Verbally Disruptive Behaviors in Nursing Home Residents. *The Journals of Gerontology: Series A* 52A(6): M369-M377 DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/52A.6.M369>.

Cummings, J. L.; Mega, M.; Gray, K.; Rosenberg-Thompson, S.; Carusi, D. A.; Gornbein, J. (1994): The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. *Neurology* 44(12): 2308-2314 DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>.

Folstein, M. F.; Folstein, S. E.; McHugh, P. R. (1975): „Mini-mental state“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12(3): 189-198 DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

Garland, K.; Beer, E.; Eppingstall, B.; O'Connor, D. W. (2007): A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 15(6): 514-521 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000249388.37080.b4>.

Gerlach, L. B.; Kales, H. C. (2018): Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Psychiatric Clinics of North America* 41(1): 127-139 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.010>.

Kuckartz, U.; Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.

Miller, S.; Vermeersch, P. E.; Bohan, K.; Renbarger, K.; Kruep, A.; Sacre, S. (2001): Audio presence intervention for decreasing agitation in people with dementia. *Geriatric Nursing* 22(2): 66-70 DOI: <https://doi.org/10.1067/mgn.2001.115200>.

O'Connor, C. M.; Smith, R.; Nott, M. T.; Lorang, C.; Mathews, R. M. (2011): Using Video Simulated Presence to reduce resistance to care and increase participation of adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 26(4): 317-325 DOI: <https://doi.org/10.1177/1533317511410558>.

Prince, M.; Bryce, R.; Albanese, E.; Wimo, A.; Ribeiro, W.; Ferri, C. P. (2013): The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia* 9(1): 63-75 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>.

Radzey, B.; Kreutzner, G.; Berner, R. (2019): InterMem – Technikgestützte Biografiearbeit und Erinnerungspflege. Abschlussbericht. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH.

Schäufele, M.; Köhler, L.; Hendlmeier, I.; Hoell, A.; Weyerer, S. (2013): Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psychiatrische*

Praxis 40(04): 200-206 DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343141>.

Schwinger, A.; Tsiasioti, C.; Klauber, J. (2017): Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: (Hrsg.), Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer: 131-152.

Stadt Hamburg (1999): Gemeinsame Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg; Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales; Amt für Soziales und Rehabilitation, Referat Pflege.

Turton, R. W. (2015): Criterion-Related Validity of Challenging Behaviour Scales: A Review of Evidence in the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 28(2): 81-97 DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12098>.

Warden, V.; Hurley, A. C.; Volicer, L. (2003): Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association* 4(1): 9-15 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. *Forum: Qualitative Sozialforschung* 1(1): Art. 22.

Woods, P.; Ashley, J. (1995): Simulated Presence Therapy: Using Selected Memories To Manage Problem Behaviors in Alzheimer's Disease Patient. *Geriatric Nursing* 16(1): 9-14 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(05\)80072-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(05)80072-2).

Zettler, J. (2008): Effectiveness of simulated presence therapy for individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health* 12(6): 779-785 DOI: <https://doi.org/10.1080/13607860802380631>.

Nachgefragt

Potenziale KI-gestützter Biografiearbeit für Menschen mit Demenz, Pflege und Gesellschaft

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Tobias Gantner

„Wir wollen es allen Menschen ermöglichen, über ihr Leben zu berichten.“

Unsere Erinnerung führt uns – wie das Wort selbst nahelegt – in unser Inneres und zurück in vergangene Zeiten. Eine Demenzerkrankung bringt es jedoch mit sich, dass dieses Erinnern nicht mehr verlässlich funktioniert. Wenn das eigene gelebte Leben nicht mehr ohne Weiteres vergegenwärtigt werden kann, schwindet auch das Wissen um die eigene Identität. Im Sinne einer person-zentrierten Pflege ist es Aufgabe von Pflegenden, Betreuenden sowie Zu- und Angehörigen, Menschen mit Demenz an sich selbst zu erinnern. Mit der Künstlichen Intelligenz (KI) hält nun eine Technologie Einzug, die Biografien erfassen kann. Die Biografie-App von Lebenswerk.ai führt strukturierte Gespräche mit Menschen, die ihre Lebensgeschichte erzählen möchten, bevor eine Demenz dazu führt, dass diese Erinnerungen verloren gehen. Die KI transkribiert die Erzählungen, validiert Inhalte und erstellt daraus ein Lebensbuch sowie sogenannte Lebenslandkarten. Welche Chancen ergeben sich daraus für ältere Menschen, Menschen mit Demenz, Pflegende und Betreuende sowie Zu- und Angehörige – und für unsere Gesellschaft insgesamt? Darüber spreche ich mit dem profilierten Vordenker der digitalen Transformation im Gesundheitswesen.

dess_orientiert: Herr Prof. Dr. med. Tobias Gantner, wie entstand die Idee, Biografien mithilfe von KI zu erfassen?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Im Rahmen eines Projekts in Pflegeheimen zum Thema Telemedizin habe ich erlebt, dass ältere Menschen, wenn ich mit ihnen am Tisch saß, oft begannen, ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Das erinnerte mich an meinen eigenen Großvater, der ebenfalls immer wieder seine Geschichten erzählt hat. Damals haben alle die Augen verdreht – ich war zu jung, um zu verstehen, wie wichtig diese Erinnerungen sind. Heute ist er tot, und seine Geschichten sind in unserer Familie nur noch fragmentarisch vorhanden – zu wenig, um wirklich einen Sinn daraus zu erschließen. Biografiearbeit ist sehr wichtig, weil Geschichten sonst verloren gehen können.

dess_orientiert: Ihr Ziel ist eine „Demokratisierung der Biografiearbeit“. Welche Intention steckt dahinter?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Früher musste man über erhebliche finanzielle Mittel verfügen, um jemanden zu beauftragen, der die eigene Lebensgeschichte als Biograf niederschreibt. Al-

ternativ musste man selbst dazu in der Lage sein – was einen bestimmten Bildungsstandard sowie Zeit und Ruhe voraussetzte. Virginia Woolf beschreibt in ihrem Essay „A Room of One's Own“, dass es unter anderem deshalb kein weibliches Pendant zu Shakespeare gebe, weil Frauen kein eigenes Zimmer hatten, um zu arbeiten und zu schreiben. Auch haben wir im Alltag andere Dinge zu tun, als uns intensiv mit unserer eigenen Biografie auseinanderzusetzen. Wir wollen es allen Menschen ermöglichen, über ihr Leben zu berichten, noch einmal Zeugnis darüber abzulegen, ihre Biografie in Form eines Lebensbuches zu erstellen und diese – falls gewünscht – anderen zugänglich zu machen oder mit einer eigenen ISBN-Nummer zu veröffentlichen. Das wirklich jede:r diese Möglichkeit hat, das nennen wir Demokratisierung der Biografiearbeit.

dess_orientiert: Warum ist es – auch aus gesellschaftlicher Perspektive – wichtig, die Lebensgeschichten „normaler“ Menschen festzuhalten?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Ich hätte zum Beispiel gerne mehr Berichte von normalen Menschen aus der Zeit der Weimarer Republik oder aus den Nachkriegsjahren gelesen. Ich hätte gerne eine Antwort auf die Fragen: Wie haben die Menschen damals gelebt? Was waren ihre Themen? Wie hat sich ihr Alltag angefühlt? Oft sind uns nur wenige Zeugnisse überliefert – und meist von Menschen, die geübte Autor:innen waren. Mich würde gerade interessieren, wie es sich für ganz normale Menschen angefühlt hat, etwa im Jahr 1933 zu leben. Darüber sprechen wir heute viel, aber wirklich nachempfinden kann man es nur, wenn solche persönlichen Geschichten überliefert sind.

dess_orientiert: Wie reagieren die Menschen (mit Demenz) auf die Lebensbücher?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Viele Menschen sind besonders stolz. Wir haben immer wieder erlebt, dass Menschen ihr Lebensbuch in die Hand genommen und gesagt haben: „Jetzt habe ich etwas hinterlassen.“ Dabei geht es nicht um ein narzisstisches Hinterlassen, eine Selbstüberhöhung, sondern um Erinnerungen, die vielleicht der eigenen Familie helfen können – im Sinne eines Erinnerungslückenschlusses zwischen den Generationen, auch im Hinblick auf Traumata. Durch die Lebensbücher werden die Menschen zum Erzählen angeregt. Sie halten ihre Erinnerungen fest, bevor sie eventuell durch eine demenzielle Erkrankung für immer verloren gehen. Die Reaktion auf die Lebensbücher ist unterschiedlich. Manche Menschen erzählen voll Begeisterung ihre Geschichten. Es entsteht ein buntes Panoptikum eines Lebens und wir sehen, dass hier Gedanken gedacht werden, die schon lange vergessen geglaubt wurden. Andere möchten über bestimmte Ereignisse nicht sprechen und überspringen diese Fragen. Uns scheint, dass Biographiearbeit mit

Lebenswerk.ai sinnvoll ist und Menschen aktiviert. Der Grad der individuellen Nutzung hängt jedoch stets auch von den verbleibenden kognitiven Fähigkeiten ab.

dess_orientiert: Neben den Lebensbüchern entstehen auch Lebenslandkarten und Pflegeexzerpte. Was verbirgt sich dahinter?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Lebenslandkarten stellen die Biografie grafisch als eine Art Landkarte dar und regen Menschen dazu an, über ihr Leben zu erzählen. Sie werden im DIN-A3-Format ausgedruckt und hängen an der Wand oder liegen im Zimmer. Die Karten arbeiten mit bunten Piktogrammen – etwa vom Kennenlernen der Partnerin. Sie machen prägende Stationen sichtbar und greifen zugleich die Frage auf: Wo stehe ich heute? Dabei geht es nicht um einen Abschluss – auch mit 95 Jahren hat man noch Pläne. Im Grunde sind sie eine visuelle Form des Lebenslaufs. Aus der Pflege haben wir hierzu positive Rückmeldungen erhalten, auch wenn bislang keine evidenzbasierten Studien vorliegen. Eine, vielleicht neue, Pflegekraft kann darauf Bezug nehmen und sagen: „Ach, Sie haben Klavier gespielt – erzählen Sie doch mal.“ So entstehen Gespräche jenseits der Patientenakte. Wir nennen das die „digitale Lehre“: Wer war dieser Mensch? Was hat ihn bewegt? Welche Werte und Geschichten prägen ihn?

Darüber hinaus generieren wir sogenannte Pflegeexzerpte – eine Art Executive Summary über das Leben der Menschen. Auf etwa einer halben Seite wird festgehalten: Wer bin ich? Was hat mich bewegt? Was mag ich, was mag ich nicht? Wie möchte ich angesprochen werden? Dieses Exzerpt wird vorne in der Pflegeakte abgelegt. So können Mitarbeitende schnell einen Eindruck von der Person gewinnen und erhalten Anknüpfungspunkte für Gespräche – ähnlich wie bei der Lebenslandkarte. Sie erfahren, wer dieser Mensch ist und wie sich ein Gespräch mit ihm beginnen lässt. Derzeit arbeiten wir daran, dass auch Heim- und Pflegedienstbetreiber diesen Nutzen stärker erkennen. Das braucht noch etwas Zeit, aber wir sind zuversichtlich.

dess_orientiert: Wie sieht die praktische Umsetzung aus: Wer unterstützt die Menschen bei der Nutzung der App?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Das hängt stark vom jeweiligen Kontext ab. In der ambulanten Pflege, wo Menschen häufig noch kognitiv fitter sind, besteht die Unterstützung oft darin, Angehörige und Klient:innen auf Angebote wie Lebenswerk.ai aufmerksam zu machen. Die App ist bewusst sehr einfach gestaltet: Mit einem Knopf startet der Prozess, sodass sich Nutzer:innen ganz auf die Biografiearbeit konzentrieren können. Ergänzend helfen Videosequenzen und eine Expertin für Biografiearbeit, die die Themen der einzelnen Kapitel erläutert. Ziel ist es, dass

die Biografiearbeit möglichst selbstständig erfolgen kann. In der Langzeitpflege hingegen sind viele ältere Menschen mit digitaler Technik weniger vertraut oder besitzen kein eigenes Smartphone. In solchen Fällen kann die App über ein Institutionsgerät genutzt werden, wobei Pflegekräfte unterstützend dabeisitzen und den Gesprächen folgen können. Dabei erfahren sie oft auch neue Aspekte aus der Lebensgeschichte der Bewohner:innen. In manchen Pflegeheimen unterstützen die Kinder von Pflegekräften im Rahmen eines Ferienjobs. Sie sitzen dann bei den älteren Menschen und bedienen die App – nicht, weil es besonders schwierig ist, sondern weil es wichtig ist, dass dabei auch ein Mensch gegenübersteht. Sie machen das gemeinsam. So entsteht ein schönes Projekt, das Alt und Jung zusammenbringt.

dess_orientiert: Gibt es Rückmeldungen aus der Praxis, die Sie besonders überrascht haben?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Spannend ist, dass Angehörige durch die Biografiearbeit oft Geschichten erfahren, die sie zuvor nicht kannten. Ein Demenzexperte erklärte mir, dass manche Menschen belastende Erlebnisse ihr Leben lang bewusst für sich behalten. Mit Beginn einer Demenz kann jedoch die Erinnerung daran verloren gehen, diese Geschichten nicht erzählen zu wollen – und sie werden doch geteilt. Für mich war das neu, da ich kein Demenzexperte bin. Wir haben auch nicht den Anspruch zu sagen, dass wir Demenz heilen, verbessern oder verlangsamen können. Unser Anliegen ist vielmehr, den Menschen eine Möglichkeit zu geben, ihre Geschichten zu erzählen. Mich hat außerdem überrascht, wie technologieaffin viele ältere Menschen sind, wie leicht sie mit der Anwendung umgehen und wie viel Freude sie daran haben.

dess_orientiert: Biografie – und Erinnerungsarbeit berührt Identität und damit auch sehr sensible Daten. Wie stellen Sie sicher, dass die KI verantwortungsvoll und datenschutzkonform eingesetzt wird?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Einen hundertprozentigen Datenschutz gibt es nicht – so wie Sie auch nicht sicherstellen können, dass ein Geheimnis, das Sie jemandem erzählen, niemals weitergegeben wird, es sei denn, man würde zu radikalen Maßnahmen greifen.

Wir tun daher alles, was in unserer Kraft steht. Wir nutzen professionelle Versionen von Large-Language-Modellen, die die eingegebenen Daten nicht weiterverwenden oder teilen. Die Daten gehen also nicht in die USA oder an andere Orte. Wir hosten unsere Daten auf europäischen Servern und setzen alles daran, die geltenden Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Selbstverständlich gilt: Sobald das Projekt beziehungsweise der Prozess abgeschlossen ist, werden die Daten gelöscht. Es sei denn,

die Menschen stimmen zu, dass ihre Daten für Versorgungsforschung genutzt werden dürfen. Unstrukturierte Narrativdaten bieten hier interessante Möglichkeiten. Die Daten werden anonymisiert, sodass wir beispielsweise untersuchen können, welche Auswirkungen Ereignisse wie der Mauerfall oder Stasi-Traumata auf die Betroffenen haben – etwa im Hinblick auf medizinische und insbesondere mentale Gesundheitsbedarfe. Daraus ergeben sich spannende Forschungsansätze.

dess_orientiert: Welches Modell (Large Language Models) verwenden Sie?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Wir können grundsätzlich mit verschiedenen Modellen arbeiten. Wenn Personen ein bestimmtes Modell wünschen, kann dieses angebunden werden. Standardmäßig wird derzeit die professionelle Version von ChatGPT verwendet, da sie in Usability-Tests aktuell (Stand März 2026) die besten Ergebnisse liefert. Perspektivisch soll jedoch, sobald möglich, auf europäische Modelle umgestellt werden. Die Entwicklungen werden kontinuierlich beobachtet, um sowohl die bestmögliche technische Qualität als auch hohe Datenschutzstandards zu gewährleisten.

dess_orientiert: Viele Menschen befürchten, dass KI menschliche Zuwendung ersetzt. Wo sehen Sie hier die Grenzen?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Also, ich glaube nicht, dass KI menschliche Zuwendung ersetzt. Menschen suchen weiterhin die menschliche Begegnung. Die Frage ist vielmehr, was geschieht, wenn diese Begegnung fehlt – etwa, weil es zu wenige Fachkräfte gibt oder sich Menschen nicht für diesen Beruf entscheiden. Zugleich geht es nicht darum, das menschliche Gegenüber zu ersetzen oder eine Beziehung zur KI aufzubauen.

dess_orientiert: Worin besteht der Mehrwert der Erfassung der Biografie und der Lebenslandkarten durch eine KI?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Ich weiß nicht, ob ein Mehrwert entsteht. Wir wollen niemanden ersetzen oder mehrwertig sein, sondern wir wollen den Menschen die Möglichkeit geben, Biografiearbeit so durchzuführen, wie es ihrer würdig ist. Wir nutzen die Technologie, als ein sehr stark erweitertes Diktiergerät, das Fragen stellt und die Texte auch weiterverarbeitet. Wir wissen alle, dass es zu wenig Pflegekräfte gibt und dass ihnen im Alltag oft die Zeit fehlt, sich intensiv mit den einzelnen Menschen zu beschäftigen. Biografiearbeit gehört zwar zu den grundlegenden Aufgaben der Pflege, kann jedoch aufgrund der vielen weiteren Anforderungen häufig nicht umgesetzt werden.

dess_orientiert: Wenn Sie in die Zukunft blicken – welche Rolle wird KI Ihrer Einschätzung nach in der Erfassung der Biografie spielen?

Prof. Dr. med. Tobias Gantner: Ich glaube, dass der Einsatz von KI künftig zum Standard wird. Sie sind zum Beispiel mit Ihrem Smartphone unterwegs, machen ein Foto, und dieses verbindet sich mit Ihrem Terminkalender. So entstehen situative Daten, und man sammelt gewissermaßen schon unterwegs Teile seiner Lebensgeschichte. Wir haben immer ein Smartphone dabei und machen Fotos. Diese sind geotaggt, das heißt, wir wissen, wo sie entstanden sind. Wenn ich dann in den Kalender schaue, sehe ich, wo wir waren – und daraus entstehen wieder Geschichten. Auch über das, was wir in Social Media festhalten, dokumentieren wir viel über unser Leben – auch das ist Biografiearbeit. Daraus entstehen dann neue Möglichkeiten wie Bücher. Deshalb denke ich, dass wir zukünftig individueller auf Menschen eingehen können. Sorgen, dass wir durch KI verdrängt werden, habe ich nicht. Wir sind kreativ und schaffen neue Dinge, neue Rahmen und neue Möglichkeiten.

Das Gespräch führte Renate Berner

Prof. Dr. med. Tobias Gantner ist Arzt, Professor für Digital Health & Innovation, CEO der Healthcare Futurists sowie Speaker und Moderator.

Autor:innenverzeichnis

BERNER, RENATE

Dipl. Pflegewirtin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Demenz Support Stuttgart gGmbH

RUTENKRÖGER, ANJA Dr.

Pflegewissenschaftlerin Dr. rer. medic. MScN, DCM-Trainerin, Pflegefachfrau, Geschäftsführerin der Demenz Support Stuttgart gGmbH

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Demenz Support Stuttgart gGmbH
Zentrum für Informationstransfer
Zeppelinstraße 41
73760 Ostfildern

REDAKTION

Christina Kuhn, Dr. Anja Rutenkröger, Ulrike Fischer

Tel: 0711 99 787 10

Fax: 0711 99 787 29

Mail: info@demenz-support.de

Web: www.demenz-support.de

ISSN 1863-6136

LAYOUT UND SATZ

Ulrike Fischer

© 2026 Demenz Support Stuttgart gGmbH,
Zentrum für Informationstransfer, Stuttgart.

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der herausgebenden Institution unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.