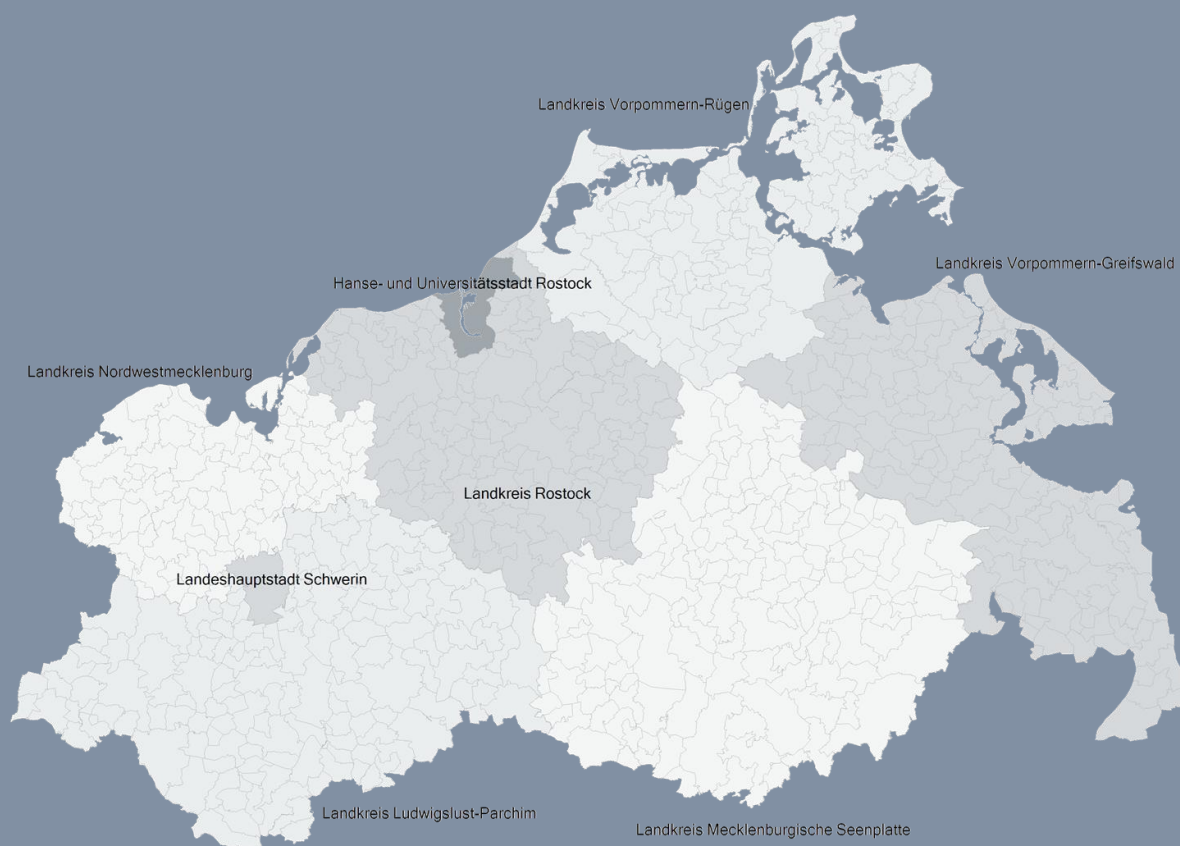


LANDESPLAN PFLEGE MECKLENBURG-VORPOMMERN



Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 124
19055 Schwerin

Inhaltsverzeichnis

Extrakt und zentrale Empfehlungen zum Landesplan Pflege.....	3
Der Landesplan Pflege - Einführung und Kontextualisierung.....	6
1 Bevölkerung und Pflege: Status Quo und zu erwartende Entwicklungen...	11
1.1 Demografische Entwicklung	11
1.2 Pflegebedürftigkeit und Entwicklung.....	24
1.3 Kreisprofile.....	37
1.4 Pflegebedürftigkeitsprognosen für Mecklenburg-Vorpommern.....	53
2 Infrastruktur der pflegerischen Versorgung	58
2.1 Ambulante Pflegedienste.....	58
2.2 Teil- und vollstationäre Pflege.....	62
2.3 Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote.....	71
2.4 Hospize.....	75
2.5 Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	76
3 Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten	80
3.1 Einleitung.....	80
3.2 Fachliche Kontextualisierungen, rechtliche Rahmenbedingungen, gesundheits- und pflegepolitische Perspektiven.....	81
3.3 Methodik	91
3.4 Ergebnisse der Dokumentenanalyse	92
3.5 Ergebnisse der Planungsworkshops.....	99
3.6 Diskussion.....	101
3.7 Empfehlungen	111
4 Demenz-Monitoring.....	128
4.1 Einführung.....	128
4.2 Epidemiologie	132
4.3 Beratungs- und Begleitstruktur und Demenzkompass.....	142
4.4 Schulungen im Kontext Demenz.....	148
4.5 Ehrenamt, Teilhabe und Teilgabe	149
4.6 Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit Demenz.....	153
4.7 Medizinische-pflegerische Versorgung.....	158
4.8 Strategischer Rahmen in Bund, Land und Kommunen	165
4.9 Reflexion des Demenz-Monitorings mit relevanten Stakeholdern.....	168
4.10 Perspektiven für den Aus- und Aufbau des Demenz-Monitorings	173
4.11 Empfehlungen	175
5 Monitoring Pflegepersonalbedarf	180
5.1 Beschäftigungs- und Arbeitsmarkt in der Pflege.....	180
5.2 Ausbildung und Qualifizierung in der Pflege.....	204

5.3	Absolventinnen und Absolventen allgemeinbildender Schulen.....	222
5.4	Empfehlungen	224
6	Ausblick und Überblick über die Empfehlungen im Landesplan Pflege Mecklenburg-Vorpommern.....	228
	Abbildungsverzeichnis.....	234
	Tabellenverzeichnis.....	236
	Literaturverzeichnis.....	236
	Impressum.....	248

Extrakt und zentrale Empfehlungen zum Landesplan Pflege

Im Folgenden wurden zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen des Landesplans Pflege in kompakter Form extrahiert und zusammengefasst. Sie werden dem Landesplan Pflege zur ersten Orientierung vorangestellt.

1. **Pflegesozialplanung**

- Mit der im Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern (LPflegeG M-V) verankerten kommunalen Pflegesozialplanung übernimmt das Land eine Pionierrolle in der aktuellen Diskussion auf Bundesebene um neue Steuerungskompetenzen der Kommunen in der Langzeitpflege.
- Es fehlen verlässliche, leicht zugängliche und aktuelle Datensätze für die kommunale Pflegeplanung. Bund, Länder und Kommunen müssen in der Bereitstellung und Aufbereitung der Daten neu zusammenwirken. Auf Bundesebene wurde ein entsprechender Prozess eingeleitet. Dessen Ergebnisse sind bei einer Novellierung des LPflegeG M-V einzubeziehen.
- Die Pflegesozialplanerinnen und -planer in den Landkreisen und kreisfreien Städten sollten die Ergebnisse und Datenaufbereitungen im Landesplan Pflege zunächst in moderierten Zukunftswerkstätten diskutieren und Modifikationen im Berichtsstand erörtern. Die Ergebnisse sind bei einer Novellierung des LPflegeG M-V zu berücksichtigen.
- Im Zuge der Weiterentwicklung des LPflegeG M-V gilt es zu prüfen, wie die Pflegestrukturplanung sektorenübergreifend weiterentwickelt werden kann.
- Eine Pflegestrukturplanung kann nicht ohne eine systematische und regional gegliederte Analyse des Personalbedarfs, des Personalbestandes und der Qualifikationsreserven in den maßgeblichen Pflegeberufen erstellt werden.
- Ohne Künstliche Intelligenz (KI) werden die Aufgaben der kommunalen Pflegesozialplanung langfristig nicht oder zumindest nicht effizient zu bewältigen sein. Mecklenburg-Vorpommern sollte sich an der Entwicklung von KI-basierten Planungstools beteiligen bzw. diese nutzen. Künftige Infrastrukturdefizite und aktuelle Formen der Unterversorgung lassen sich nur durch eine systematische Verschränkung von Empirie und örtlicher Expertise sowie der Auswertung der Erfahrungen in integrierten Care- und Case-Management-Strukturen identifizieren.
- Dafür bedarf es neben verlässlichen Daten auch regional und örtlich vereinheitlichter IT-gestützter Auswertungsroutinen von Beratungs-, Begleitungs- und Case-Management-Erfahrungen bzw. Fallkonstellationen. Die Frage der Umsetzung von KI-basierten Planungs-, Steuerungs- und Informationstools für Pflegeplanerinnen und -planer in Mecklenburg-Vorpommern wird in Abhängigkeit der hierzu geführten Diskussion auf Bundesebene und der zu schaffenden bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen zu beantworten sein.
- Die im Zukunftspakt Pflege diskutierte Einführung einer regional ausgerichteten fachlichen Begleitung und Unterstützung bietet eine maßgebliche Perspektive für den Aufbau abgestimmter, integrierter Beratungs-, Begleitungs- und Case-Management-Strukturen. Sobald im Rahmen einer Pflegereform hierfür der bundesgesetzliche Rahmen geschaffen ist, wird empfohlen, die Umsetzung dieser Vorgaben für neue Beratungs-, Begleitungs- und

Case-Management-Strukturen im Land Mecklenburg-Vorpommern, angepasst an die regionalen Gegebenheiten und unter Nutzung bestehender Strukturen, gemeinsam mit den Pflegekassen und Leistungserbringern umzusetzen.

Handlungsempfehlungen

1. Empirische Grundlagen qualifizieren und zugänglich machen
2. Expertise vor Ort nutzen und gemeinsam weiterentwickeln
3. Gezielte Förderung von partizipativen Ansätzen
4. Stärkere Fokussierung auf Maßnahmen in den Pflegesozialplänen

(siehe **Kapitel 3.7** für eine ausführliche Darstellung)

2. Demenzmonitoring

- Auch mit dem Demenzmonitoring übernimmt das Land Mecklenburg-Vorpommern eine Pionierrolle in Deutschland - insbesondere im Zusammenhang mit der Nationalen Demenzstrategie.
- Die im Landesplan Pflege aufbereiteten Daten bieten den Pflegesozialplanerinnen und -planern eine wichtige Grundlage und geben Hinweise auf den potenziellen Unterstützungsbedarf sowie das Vorhandensein von Menschen mit Demenz in den jeweiligen Altersgruppen und Ausprägungen der Erkrankung. Diese Erkenntnisse fließen in den zu erstellenden Demenzplan für Mecklenburg-Vorpommern ein.
- Der Demenzkompass schafft die Möglichkeit, die Angebotsstrukturen für Menschen mit Demenz übergreifend sichtbar zu machen. Wo es um örtliche Teilhabeangebote geht, ist es sinnvoll, diese nur örtlich im Rahmen von Dossiers oder der Pflege- und Sozialplanung vorzuhalten und bekannt zu machen.
- Der Demenzkompass sollte unbedingt verstetigt werden und bedarf Disseminierungs-, aber auch Strategien zu seiner Unterhaltung und Pflege einschließlich der dafür erforderlichen Ressourcen.
- Die im Landesplan Pflege formulierten Empfehlungen zur verbesserten Epidemiologie, Versorgungsstruktur, Versorgungsqualität und Teilhabe sind mit den relevanten Akteuren aus dem korporatistischen System (Leistungsträger, Leistungserbringer, Kommunen, Zivilgesellschaft und Wissenschaft) zu diskutieren und für den Demenzplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern nutzbar zu machen. Der wissenschaftliche Expertenbeirat Demenz bietet hierfür ein geeignetes Gremium.

Handlungsempfehlungen

1. Fortführung und Weiterentwicklung des Demenz-Monitorings
2. Strukturierte Aufnahme des Themas Demenz in den Pflegesozialplänen
3. Weiterentwicklung des Demenzkompasses
4. Medizinisch-pflegerische Versorgung für Menschen mit Demenz verbessern
5. Ausdifferenzierte Beratungsstrukturen aufeinander beziehen
6. Teilhabe sichern - lokal und mit besonderem Fokus auf benachteiligte Gruppen

(siehe **Kapitel 4.11** für eine ausführliche Darstellung)

3. *Monitoring Pflegepersonalbedarf*

- Das Monitoring Pflegepersonalbedarf liefert eine unverzichtbare Datenbasis für die sektorenübergreifende Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Es wird geprüft, ob die Einführung einer Registrierungsverpflichtung für beruflich Pflegende im Sinne einer integrierten Registrierung einen Beitrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung leisten kann und dabei auch das Monitoring des Pflegepersonalbedarfs vereinfachen und qualifizieren kann.
- Das Monitoring Pflegepersonalbedarf unterstreicht die Notwendigkeit der Sicherstellung regionaler Ausbildungsstrukturen für Pflegeassistenten, Pflegefachpersonen, akademische Ausbildungen sowie transnationale Pflegekräfte und ihre Integration.
- Das Monitoring Pflegepersonalbedarf ist für alle an der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung beteiligten Akteure von zentraler Bedeutung und sollte auf Landes- und regionaler Ebene für konzertierte Aktionen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung genutzt werden.
- Alternativlos ist der kompetenzorientierte Einsatz von Pflegefachpersonen. Dies sollte bei den Verhandlungen über die Umsetzung des Befugnisserweiterungs- und Entbürokratisierungsgesetzes sowie eines Advanced-Nursing-Practice-Gesetzes konsequent berücksichtigt werden – auch im Sinne der Verankerung einer pflegezentrierten neben einer bisher dominanten arztzentrierten Versorgung im Gesundheitsbereich.

Handlungsempfehlungen

1. Ausbildungsplätze in der Pflegefachpersonen/ Assistentenkräfte regional sicherstellen
2. Passgenauigkeit bei der Anwerbung von Ausbildungsinteressierten herstellen
3. Förderung von Durchlässigkeit und Aufstiegsperspektiven
4. Kompetenzorientierter Einsatz von Pflegefachpersonen
5. Integrierte Registrierung von Pflegefachpersonen und Pflegeassistentenkräften
6. Sektorenübergreifendes und regionalisiertes Personalmonitoring verstetigen

(siehe **Kapitel 5.4** für eine ausführliche Darstellung)

4. *Pflegerische Versorgung als Koproduktion*

- Sowohl der Landespflegeausschuss als auch die Pflegekonferenzen bzw. -ausschüsse auf regionaler Ebene stehen für konzertierte und abgestimmte Strategien zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Die zahlreichen Good-Practice-Beispiele aus Mecklenburg-Vorpommern, die Erfahrung aus Modellvorhaben und der Kompetenz-Hotspot zu Demenz bieten hervorragende Möglichkeiten, den demografischen Herausforderungen in der Langzeitpflege kooperativ und konzertiert zu begegnen.

Der Landesplan Pflege - Einführung und Kontextualisierung

Hintergrund und Zielsetzung

Die Sicherstellung der Versorgung älterer sowie hilfs- und pflegebedürftiger Menschen ist von zentraler politischer Bedeutung, sowohl für Kommunen und Träger als auch für die Landespolitik. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern hat für diesen Zweck gemäß § 5 Absatz 3 des Landespflegegesetzes (LPflegeG M-V) auf Grundlage der kommunalen Planungen und im Benehmen mit dem Landespflegeausschuss einen *Landesplan Pflege* mit Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen in Auftrag gegeben. Der hier vorgelegte Plan deckt in seiner Leistungsbeschreibung ein breites Themenspektrum ab. Neben der Zusammenfassung der Pflegesozialpläne, der damit verbundenen Darstellung der demografischen Entwicklung und der pflegerischen Infrastruktur sieht der Landesplan Pflege zudem die Erstellung eines Demenz-Monitorings und eines Monitorings zum Pflegepersonalbedarf vor.

In vielen Bundesländern existiert ein etabliertes Berichtswesen zur pflegerischen Versorgung. In dessen Rahmen werden weitestgehend regionalisierte Datengrundlagen zur pflegerischen Versorgungssituation und zu Versorgungsentwicklungen erhoben und analysiert (z. B. VdPB 2024; NDS MSGG 2021; MAGS NRW 2023a; Isfort und Klie 2023a; NDS MSGG 2024). Mit der zusätzlichen Erweiterung um den Themenschwerpunkt Demenz sticht der Bericht in Mecklenburg-Vorpommern in besonderer Weise hervor.

Insgesamt mangelt es in Deutschland an verfügbaren und systematisch verknüpften Datenbeständen in der Sozialplanung in den Themenfeldern Pflege, Demenz und Personal, die eine fundierte regionale Analyse ermöglichen. Einzelne Statistiken, wie z. B. die Pflegestatistik oder Krankenhausstatistik, liefern zwar grundlegende Informationen, sind jedoch sektoral begrenzt, sind erst mit großem zeitlichem Verzug verfügbar, bieten keine Interpretationsangebote und sind als isolierte Datenquellen schwierig zu diskutieren. Auf Basis solcher Einzeldaten lassen sich nur eingeschränkt oder keine tragfähigen Handlungsempfehlungen ableiten. Eine strukturierte Auseinandersetzung mit regionalen Entwicklungen, Besonderheiten und Planungsgrundlagen setzt jedoch eine belastbare Datenbasis voraus. Fehlt diese, beruhen Diskussionen ggf. auf subjektiven Einschätzungen und Einzelwahrnehmungen. In den Pflegesozialplänen der Landkreise und kreisfreien Städte ist dieser Herausforderung vom Land mit einem einheitlichen „Kompass“ für eine Integrierte Pflegesozialplanung begegnet worden. Der vorliegende Bericht soll den Status Quo sowie die zu erwartenden Entwicklungen in den Bereichen Pflege, Demenz und Personal in einem erweiterten Rahmen darlegen, analysieren und diskutieren. Ziel ist es, zentrale Entwicklungen der pflegerischen Versorgung, der Situation von Menschen mit Demenz im Land sowie der fachpflegerischen Ausbildung und Beschäftigung indikatorenbasiert und sektorenübergreifend darzustellen, zu kontextualisieren und ggf. Empfehlungen abzuleiten. Die aufbereiteten Ergebnisse dienen dem Land Mecklenburg-Vorpommern, aber auch den Landkreisen und kreisfreien Städten als datenbasierte Grundlage, um regionale Herausforderungen und Entwicklungstendenzen vor Ort fundiert diskutieren und adressieren zu können.

Auftrag und Konzeption des Berichts

Zu den im Rahmen der Erstellung des Landesplans Pflege zu erfüllenden Aufgaben gehört unter anderem eine Darstellung der aktuellen Pflegesituation. Hierzu sollten laut Auftrag die integrierten Pflegesozialpläne der acht Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern

zusammengeführt und ausgewertet werden. Darüber hinaus sollten auf der Gliederungsebene der Landkreise und kreisfreien Städte eigene Datenaufbereitungen und -erhebungen vorgenommen werden. Es wurden Datenzusammenstellungen von Indikatoren erwartet, die den Bedarf und das Angebot der pflegerischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern abbilden. Gegenstand des Auftrags war außerdem die Erstellung von Prognosen des künftigen Hilfs- und Pflegebedarfs und des für die Versorgung in Zukunft zur Verfügung stehenden Angebots für die Jahre 2030 und 2040 sowie ein Abgleich, eine Analyse und Bewertung des bestehenden und zukünftigen Bedarfs. Eine weitere Aufgabe war die Erarbeitung eines Demenz-Monitorings für Mecklenburg-Vorpommern inklusive der Recherche und Anwendung möglicher Datenquellen sowie die Durchführung der Ersterhebung festgelegter Indikatoren. Schließlich wurden Handlungsempfehlungen erbeten, die sich auf die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung sowie der Durchführung eines Pflegepersonalmonitorings beziehen. Ergänzend wurde die Prüfung zur Durchführung eines Demenz-Monitorings beauftragt.

Der Bericht präsentiert aktuelle Kennzahlen und Zeitreihenanalysen, die einen umfassenden Überblick zu den genannten Fragestellungen bieten. Die Ergebnisse werden nach Möglichkeit auf regionaler Ebene, d.h. für diesen Bericht a) auf Ebene des Landes Mecklenburg -Vorpommern sowie b) auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte, kartografisch aufbereitet, um eine räumliche Verortung zu ermöglichen und den Akteurinnen und Akteuren vor Ort eine datengestützte Grundlage für konkrete Diskussionen und die Ableitung geeigneter Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen oder die Fachkräftesicherung bereitzustellen.

Die Analysen und Auswertungen basieren auf der Berechnung und Interpretation vorhandener Sekundärdaten aus den Bereichen Bevölkerungsentwicklung, Versorgungs- und Angebotsstruktur, Ausbildungssituation in der Pflege sowie arbeitsmarktbezogener Entwicklungen. Neben öffentlich zugänglichen Datenquellen, z. B. vom Statistischen Bundesamt, fließen auch Sonderabfragen der Bundesagentur für Arbeit in die Analyse ein, um spezifische Kennzahlen gezielt regionalisiert zu erheben und auszuwerten. Daneben wurden auch Daten des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern mit in die Analyse einbezogen (z. B. Daten der pflegerischen Ausbildung).

Die Gutachter haben in Abstimmung mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern die beschriebenen Aufgaben neben diesem einleitenden Kapitel in fünf übergeordnete Kapitel strukturiert. In Kapitel 1 und 2 wurde zunächst der Status Quo in Punkte Bevölkerung, Pflege und Infrastruktur dargelegt. Die Darstellung der demografischen Situation inklusive Vorausberechnungen der auf Pflege angewiesenen Menschen in Prognoserechnungen für 2030 und 2040 sowie weiterer Kennziffern in Kreisprofilen (Kapitel 1) und die Darstellung der Infrastruktur der pflegerischen Versorgung (Kapitel 2) wurden gesondert erarbeitet und dargestellt. Ursprünglich war dies vom Auftrag her als Zusammenführung der integrierten Pflegesozialpläne der Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern vorgesehen. Aufgrund der Heterogenität der Pflegesozialpläne in der Datenaufbereitung wäre dies zu lückenhaft gewesen und konnte zudem auf aktuellerer Datenbasis erfolgen. Die Pflegesozialpläne wurden gesondert in Kapitel 3 ausgewertet und einer zusammenführenden Betrachtung unterzogen. Zudem wurden dort die Rückmeldungen der Stakeholder aus Workshops und Experteninterviews einbezogen.

In Kapitel 4 wird das Demenz-Monitoring dargestellt, wobei erstmals ein systematischer Überblick über die verschiedenen Aspekte des Themas erfolgt. Die Erstellung förderte in vielerlei Hin-

sicht nicht nur Desiderate für eine bessere Versorgung zutage, sondern auch für eine bessere Datenerhebung und Forschungsdesiderate. Kapitel 5 trägt die Überschrift „Monitoring Pflegepersonalbedarf“ und beinhaltet Kennziffern, Analysen und Karten zum Beschäftigungs- und Arbeitsmarkt in der Pflege, zur Ausbildung und Qualifizierung sowie zusammenfassende Analysen zur Versorgungssicherheit. Abschließend werden in Kapitel 6 die Empfehlungen aus den Kapiteln zur Pflegesozialplanung, zum Thema Demenz und zum Pflegepersonalbedarf überblicksartig zusammengefasst.

Im Sinne eines abgestimmten Vorgehens fanden im Rahmen der Erstellung des Landesplans Pflege nicht nur regelmäßige Jour Fixes mit dem Auftraggeber statt, um beispielsweise Hintergründe zu den Langzeitpflegeprofilen zu besprechen oder regionale Unterschiede innerhalb der Landkreise zu erläutern. Es wurden zusätzlich vier vertiefende Workshops und verschiedene Experteninterviews durchgeführt. Auf diese Weise wurde der Erstellungsprozess des Landesplans Pflege durch die Einbindung verschiedener Stakeholder (bspw. kommunale Planerinnen und Planer, Leitungen der Pflegestützpunkte, Seniorenvertretungen, Pflegeberufsgruppen, Pflegeanbieter und Engagierte, Akteure der Selbsthilfe, der Pflegekassen oder aus der Wissenschaft) bereichert (vgl. Kapitel 3.5 und 4.9). Die Ergebnisse dieser partizipativen Ansätze flossen in die jeweiligen Kapitel ein.

Pflege im Wandel: Herausforderungen und Chancen der pflegerischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Der Landesplan Pflege Mecklenburg-Vorpommern liefert ein umfangreiches Dossier über die aktuelle Lage und die Prognosen der pflegerischen Versorgung sowie der Entwicklung von Menschen mit Demenz und ihrer Versorgungs- und Lebenssituation. Gerade in Mecklenburg-Vorpommern zeigt sich, dass ein sehr spezifischer, regionaler Blick erforderlich ist, um die aktuelle und künftige Situation angemessen zu betrachten, zu analysieren und Schlussfolgerungen zu ziehen, ohne dabei apokalyptische Narrative zu bedienen. So zeigt sich etwa, dass in Mecklenburg-Vorpommern bereits seit Jahren Erfahrungen mit demografischen Dynamiken vorliegen, mit denen andere Länder und Regionen erst noch konfrontiert werden. Die demografischen Dynamiken hinsichtlich der Zahl der Pflegebedürftigen verlaufen in den meisten Regionen beziehungsweise Landkreisen und kreisfreien Städten moderater als noch vor einigen Jahren angenommen. Insofern werden sicher infrastrukturelle Anpassungen erfolgen müssen, jedoch nicht in dem Ausmaß, das in der Vergangenheit häufig befürchtet wurde. Die größere Herausforderung, auch und gerade für Mecklenburg-Vorpommern, aber auch für die gesamte Bundesrepublik, liegt in der Berufsdemografie. Deshalb kommt dem Thema Personalmonitoring im Landesplan Pflege eine zentrale Rolle zu. Indikatorengestützte Bedarfsberechnungen beziehen sich auf die Ressourcensituation auf der Ebene des Personals. Insofern sind in Deutschland verbreitete indikatorenbasierte Prognosen für den Bedarf an Versorgungseinrichtungen nicht zielführend. Es wird im Wesentlichen darauf ankommen, mit den verfügbaren Personalressourcen – die weiter ausgebaut, auf dem aktuellen Stand gehalten und qualifiziert werden müssen – die pflegerische Versorgung in der Zukunft sicherzustellen. Deutlich wird auch und gerade in Mecklenburg-Vorpommern: Pflege ist ein gesellschaftliches Topthema. In der Bevölkerung gibt es Formen der Solidarität im Nahbereich, die sich immer wieder aktualisieren und die als Voraussetzung für die pflegerische Versorgung angenommen werden können, aber auch zu fördern sind. Die Sicherstellung der Pflege ist im Wesentlichen eine Frage der Kultur, des sozialen Zusammenhalts und der Sorgebereitschaft der Bevölkerung. Sie wird sich nicht allein durch professionelle Strukturen – egal ob indikatorengestützt oder nicht – gewährleisten lassen. Vielmehr gilt es, die professionellen Ressourcen für die Stabilisierung und Förderung solidarischer Formen der Sorge in Familien, Nachbarschaften und anderen

Verantwortungs- und sorgenden Gemeinschaften zu erhalten. Sicherlich werden auch in Zukunft stationäre Versorgungsangebote benötigt. Richtwerte und Indikatoren haben allenfalls eine Orientierungsfunktion. In Deutschland finden sich aber keinerlei valide Anhaltspunkte für Indikatoren, die Aussagen über eine bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen machen. Zunächst ist zu prüfen, ob diejenigen angemessene Angebote des Wohnens und der Verpflegung finden, für die es in der eigenen Häuslichkeit keine Perspektive gibt, und zwar mit dem Bestand, insbesondere stationärer Versorgung. Insofern setzt der hiermit vorgelegte Landesplan Pflege auf eine moderne Pflegesozialplanung, wie sie im Kompass Pflegesozialplanung angelegt ist: Sektorenübergreifende und auf Partizipation setzende Planungsansätze sind in Zeiten des demografischen und gesellschaftlichen Wandels besonders gefragt.

Das Thema Demenz-Monitoring für das Land Mecklenburg-Vorpommern orientiert sich an den Ergebnissen der auf Bundesebene geltenden Nationalen Demenzstrategie. In dem Demenz-Monitoring für das Land Mecklenburg-Vorpommern werden vorhandene Datensätze herangezogen, bewertet, die Notwendigkeit einer verbesserten Datenlage formuliert und unter den Stichworten Epidemiologie, Versorgung und Teilhabe sowie Beratungs- und Unterstützungsstrukturen Bestandserhebungen durchgeführt. Ergänzend wird der von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Selbsthilfe Demenz (DALzG) entwickelte Demenz-Kompass einer näheren Betrachtung unterzogen und Empfehlungen für die Etablierung eines Monitorings Demenz formuliert.

Die Erstellung des Landesplans Pflege war eingebunden in einen stetigen Austauschprozess mit dem auftraggebenden Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern einerseits und in zahlreichen Gesprächen mit Expertinnen und aus Praxis und Wissenschaft in Mecklenburg-Vorpommern sowie in vier Workshops an zwei Tagen, die eine große Resonanz fanden und das Commitment aller Beteiligten aus Leistungserbringer, Leistungsträger und der Zivilgesellschaft sowie der Wissenschaft dokumentierten.

Sozial- und pflegepolitischer Kontext: Zwischen Landesstrategien und nationalen Reformprozessen

Das Land Mecklenburg-Vorpommern zeichnet sich durch eine kontinuierliche Pflegepolitik aus. Das Landespflegegesetz (LPflegeG M-V) übernimmt die den Ländern kompetenzrechtlich übertragenen Aufgaben und konkretisiert sie. Mecklenburg-Vorpommern ist im Bereich der Ausbildung von Pflegenden sowohl in der Assistenz als auch in der Pflegefachbildung und den akademischen Qualifikationen für Pflege aktiv. Als Teil der Nationalen Demenzstrategie wird auch dem Thema Demenz besondere politische Aufmerksamkeit geschenkt – im Zusammenwirken mit zivilgesellschaftlichen Akteuren sowie der in Mecklenburg-Vorpommern ansässigen Wissenschaft. Die Erstellung eines Landesplans Pflege steht in dieser Tradition und ist Ausdruck des besonderen politischen Anliegens, das derzeit auch auf Bundesebene intensiv diskutierte Thema der Zukunft der Pflegeversicherung einer intensiven Gesamtbetrachtung zu unterziehen.

Die Erarbeitung des Landesplans Pflege erfolgt vor dem Hintergrund gesundheits- und pflegepolitischer Dynamiken. Angesichts der Finanzierungsengpässe der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung sowie zunehmender Unter- und Fehlversorgung wurden auf Bundesebene eine Reihe von Reformen auf den Weg gebracht. Dies gilt beispielsweise für die Primärversorgung, für die in der letzten Legislaturperiode beschlossene, in der Umsetzung befindlichen Krankenhausreform sowie für die Stärkung der Rolle der Fachpflege in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Letztere wurde durch das Pflegekompetenzgesetz vorbereitet und ist

in der nunmehr paraphierten und verabschiedeten Form des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege zum 01.01.2026 in Kraft getreten. Im Sommer 2025 wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform unter dem Titel „Zukunftspakt Pflege“ eingesetzt. Die Diskussion führte Ende des Jahres zu konsentierten Eckpunkten, die eine Grundlage darstellen, einen Gesetzentwurf auf Bundesebene zu erarbeiten. Dabei wurden sowohl die Finanzierung einer demografiesicheren Pflegeversicherung als auch die Weiterentwicklung des Leistungsrechts und der Versorgungsstrukturen thematisiert. Diese Entwicklungen galt es bei der Erarbeitung des Landesplans Pflege zu berücksichtigen.

1 Bevölkerung und Pflege:

Status Quo und zu erwartende Entwicklungen

In diesem Kapitel erfolgt eine Bestandsaufnahme zentraler Kerndaten zur demografischen Entwicklung, zur Pflegebedürftigkeit sowie zu den erwarteten Entwicklungen und Prognosen für die kommenden Jahre. Die Betrachtung der Versorgungsstrukturen und Einrichtungen sowie der demografischen Entwicklungen bildet den Rahmen, vor dem die pflegepersonelle Ausstattung und Entwicklung der Versorgungseinrichtungen zu betrachten sind. Dies soll einen Überblick bieten und eine Grundlage schaffen, um die zu erwartenden Bedarfslagen einschätzen zu können.

Grundlage der Auswertung sind überwiegend Daten zur Fortschreibung des Bevölkerungsstands und der Bevölkerungsentwicklung des Statistischen Bundesamts bzw. der Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder,¹ die regionalisierten Daten der Bevölkerungsfortschreibung bis zum Stand 31.12.2024 beinhalten.

1.1 Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt, dass bundesweit die Bevölkerung aufgrund der geringen Geburtenrate und der steigenden Lebenserwartung einen überproportionalen Anteil älterer Menschen aufweist. Damit sind unterschiedliche Effekte und Herausforderungen verbunden. Dazu zählen beispielsweise eine Stagnation oder sogar Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung, eine Zunahme von Krankenhausbehandlungen sowie von Menschen mit Pflegebedürftigkeit.

Für den Bereich der pflegerischen Versorgung ist insbesondere die Entwicklung der älteren Bevölkerung von zentraler Bedeutung, da das Risiko einer verschlechterten funktionalen Gesundheit und dadurch bedingter Pflegebedürftigkeit sowie der damit verbundene Bedarf an fachpflegerischer Unterstützung vor allem in höheren Altersgruppen auftritt. In der nachfolgenden Analyse liegt der Schwerpunkt daher zunächst auf der Bevölkerungsentwicklung der über 75-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern.

Wie im Kapitel 1.2 zur Pflegebedürftigkeit eingehender analysiert und erörtert wird, waren im Jahr 2023 insgesamt 63,8 Prozent der Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern über 75 Jahre alt.² Insbesondere für die vollstationäre Dauerpflege ist diese Zielgruppe von wesentlicher Bedeutung, denn 76 Prozent der 18.832 Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege im Jahr 2023 waren über 75 Jahre.³

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich, so weit möglich, auf Ebene der Landkreise - und der kreisfreien Städte. Die Daten werden in kartografischer Form vorgestellt, um eine räumliche Orientierung zu ermöglichen.

1.1.1 Bevölkerungsstand und Entwicklung Personen 75 Jahre und älter

Für die regionale Analyse wurde der Zeitraum von 2017 bis 2024 gewählt, um die aktuelle Entwicklung miteinzubeziehen (Bevölkerungsstand 2024). Die Daten sind öffentlich zugänglich und

¹ <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>

² Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Statistische Berichte. Pflegeversicherung in Mecklenburg-Vorpommern. Stichtag: 15.12.2023. Bericht K VIII - 2j.Kennziffer K813 2023 01.

³ ebd.

können in der Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nachvollzogen werden. Im weiteren Verlauf werden die demografischen Entwicklungen an Erfassungszeiträume der Pflegestatistiken Mecklenburg-Vorpommern (2017 bis 2023⁴) gekoppelt, um Beziehungen zwischen diesen beiden Entwicklungslinien herstellen zu können.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle, dass ab dem Jahr 2022 in der Bevölkerungsfortschreibung die Daten des Zensus ab dem Berichtsmonat Mai 2022 ausgewiesen werden. Die Berichtsjahre 2011 bis 2021 basieren auf den Ergebnissen des Zensus aus dem Jahr 2011. Vor diesem Hintergrund können Abweichungen zwischen den ersten drei und den letzten ausgewiesenen Kennzahlen auch in der Systematik der Erfassung und Berechnung der Bevölkerungsfortschreibung des Bundes liegen (vgl. hierzu die Ausführungen zu Abb. 4).

Die Datengrundlagen für die nachfolgende Grafik werden in der Fußnote ausgeführt⁵. Im gewählten Beobachtungszeitraum lässt sich insgesamt ein moderater Rückgang der Zahl älterer Menschen ab 75 Jahren feststellen. Während diese Bevölkerungsgruppe im Jahr 2017 noch 209.593 Personen umfasste, sank ihre Zahl im Jahr 2024 auf 196.406. Das entspricht einem landesweiten Rückgang um 13.187 Personen beziehungsweise einem prozentualen Rückgang um 6,3 Prozent.

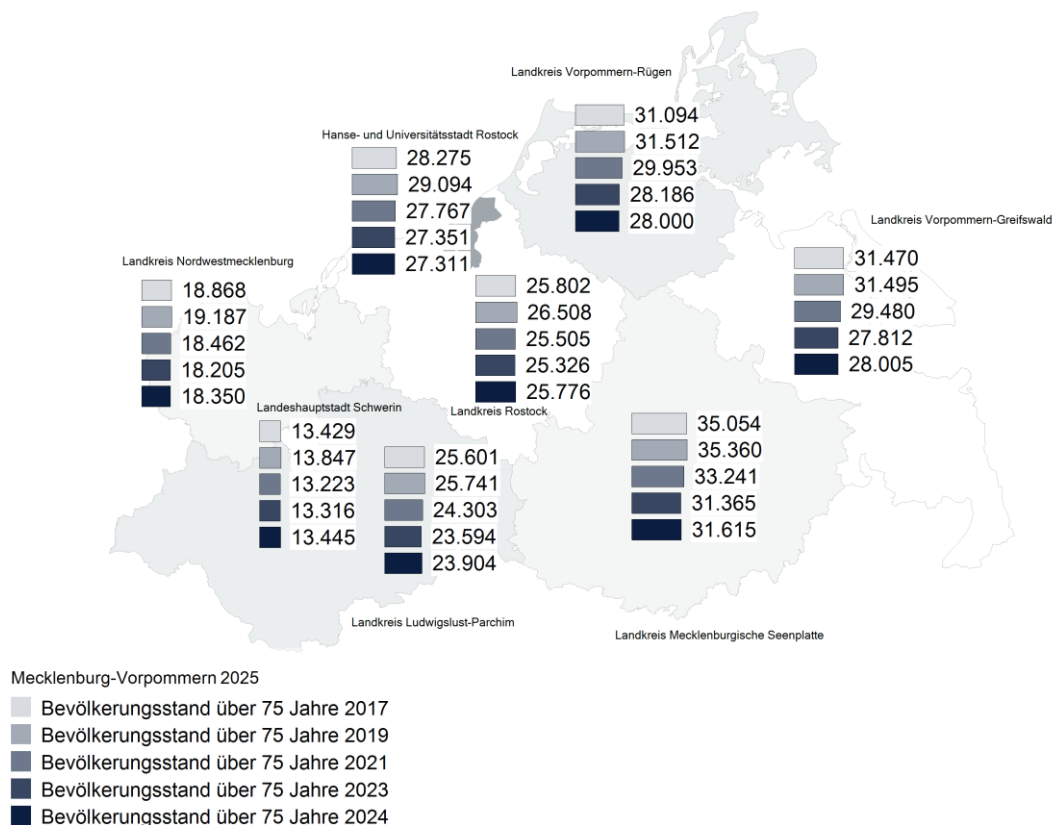


Abb. 1: Regionale Entwicklung Bevölkerungsstand über 75 Jahre 2017 bis 2024

Besonders in den Landkreisen Vorpommern-Greifswald (-11,0 Prozent), Vorpommern-Rügen (-10,0 Prozent), Mecklenburgische Seenplatte (-9,8 Prozent) und in Ludwigslust-Parchim (-6,6 Prozent) sind rückläufige Bevölkerungsentwicklungen der über 75-jährigen Personen in den Daten

⁴ <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Oeffentliche-Sozialleistungen/>

⁵ <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>. Tabelle 12411-04-02-4: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersjahren (79) – Stichtag 31.12. - (ab 2011) regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte. Verfügbarer Zeitraum: 31.12.2011 - 31.12.2024. Datum des Abrufs: 10.03.2026

ausgewiesen; wohingegen in der Landeshauptstadt Schwerin sowie im Landkreis Nordwestmecklenburg nur geringe Schwankungen zu verzeichnen sind.

Neben den Entwicklungen auf Landesebene bzw. regional auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte ist die Betrachtung des Status Quo auf der Ebene der Gemeinden Mecklenburg-Vorpommerns hilfreich⁶. Diese kleinräumige Datengrundlage ist insbesondere in größeren Flächenlandkreisen von Bedeutung, um die räumlichen Verteilungsunterschiede zu erfassen.

In der nachfolgenden Grafik werden die Gemeinden gemäß ihres Bevölkerungsstands an Personen über 75 Jahre (Stand 2024) dargestellt: Je dunkler der Blauton, desto mehr Personen befinden sich in dieser Altersgruppe in der jeweiligen Gemeinde. So umfasst beispielsweise der Bevölkerungsstand in der Landeshauptstadt Schwerin (13.445) und Hanse- und Universitätsstadt Rostock (27.311) eine große Personenanzahl in der betrachteten Alterskohorte und wird daher mit einem tiefen Blauton ausgewiesen.

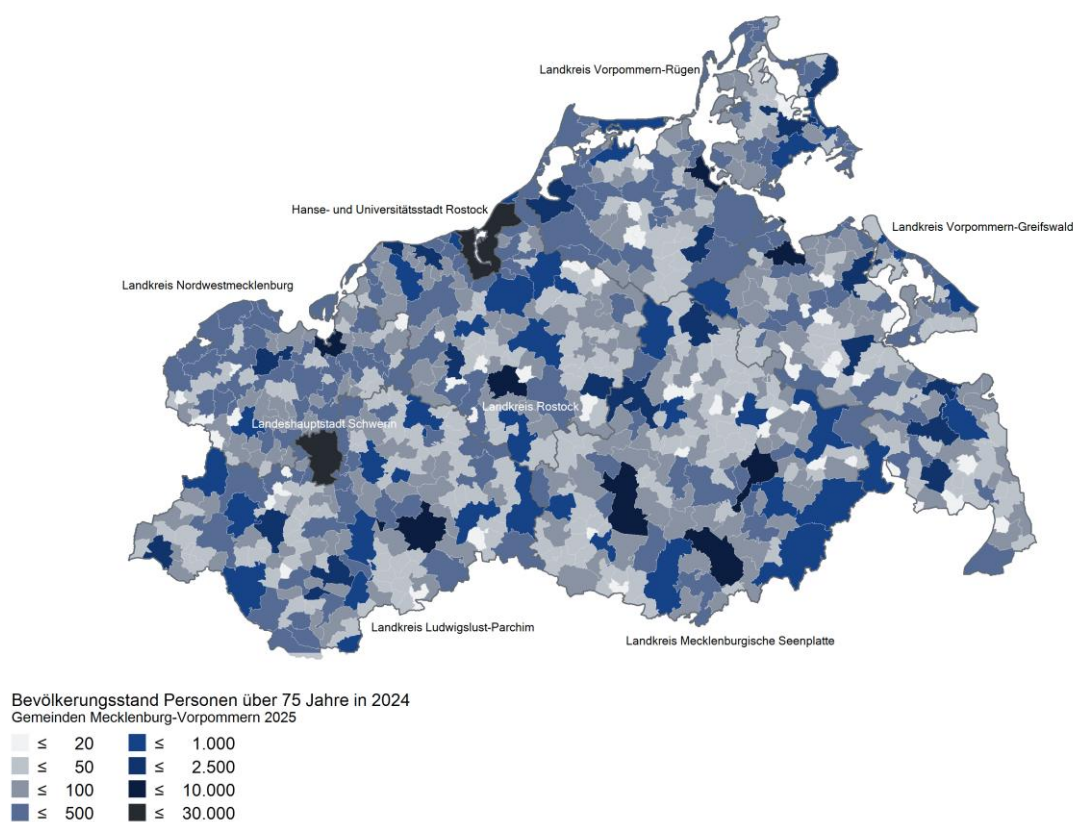


Abb. 2: Anzahl Bevölkerung über 75 Jahre (Gemeinden in 2024).

Die Grafik weist die sehr heterogene Anzahl der Personen in der Altersgruppe über 75 Jahre in den Gemeinden aus. Neben den Zentren sind auch einige kreiszugehörige Städte zu benennen, in denen höhere Kennzahlen der älteren Bevölkerungsgruppe zu beobachten sind. Diese werden in der abschließenden Tabelle der vorgenommenen Analyse ausgewiesen.

Die Anzahl der älteren Personen wird nachfolgend in Relation zur Gesamtbevölkerungszahl in den Gemeinden gesetzt. So kann visualisiert werden, in welchen Gemeinden die Anteile der älteren

⁶ <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>. Tabelle 12411-02-03-5: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (17) - Stichtag 31.12. - regionale Tiefe: Gemeinden. Verfügbarer Zeitraum: 31.12.2008 - 31.12.2024. Datum des Abrufs: 10.03.2026

Bevölkerung gegenüber der Gesamtanzahl der Bevölkerung besonders hoch sind.^{7 8} Im Landesdurchschnitt entfallen auf die Altersgruppe 12,5 Prozent der Bevölkerung im Jahr 2024.

Zur inhaltlichen Differenzierung wurden fünf Werteklassen in den Abständen von jeweils fünf Prozent eingeteilt. Der Wertebereich in Mecklenburg-Vorpommern reicht von unter 3 Prozent bis zu knapp 24 Prozent der Bevölkerung in einer Gemeinde, die, den Angaben der Bevölkerungsstatistik zufolge, in die beschriebene Altersgruppe entfallen. Die in der ersten Grafik identifizierten großen kreisfreien Städte sind nicht zwingend die Gemeinden/ Städte mit dem höchsten Anteil der älteren Bevölkerung.

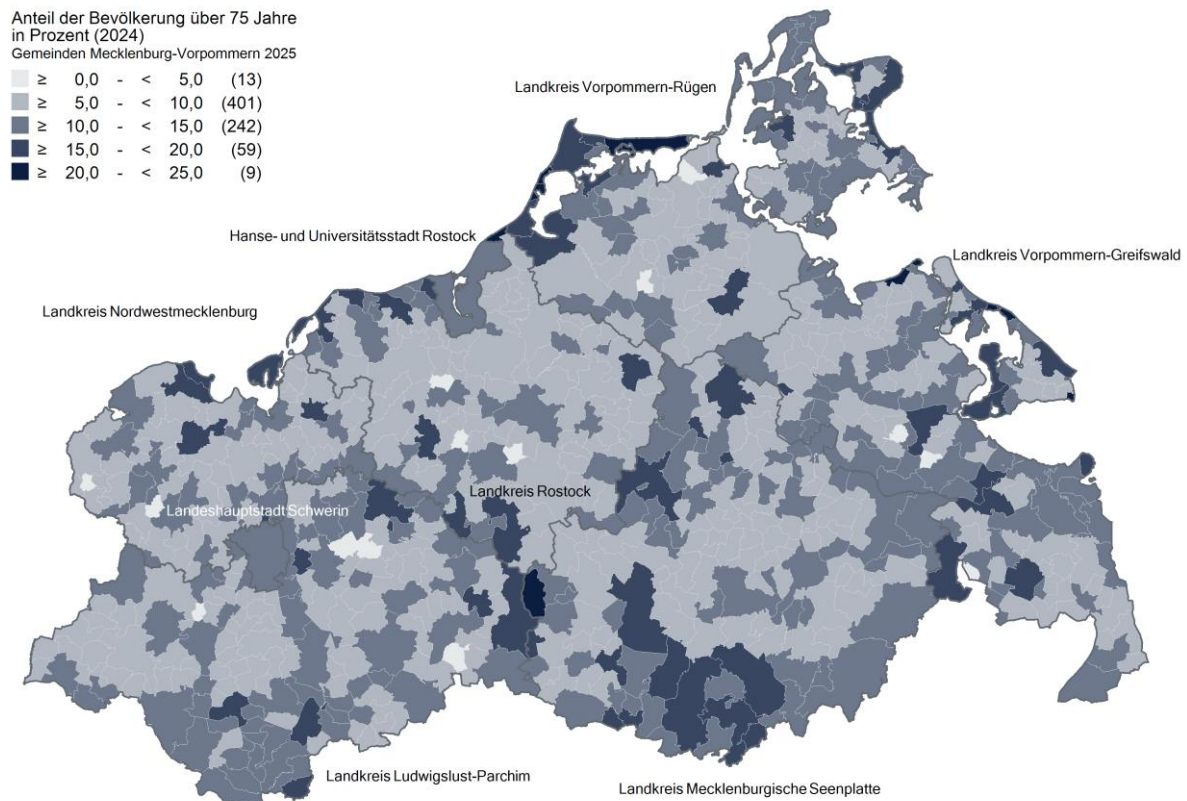


Abb. 3: Anteile der Bevölkerung über 75 Jahre an der Gesamtbevölkerung (Gemeinden 2024).
Gemeinden mit einem höheren Anteil sind in der Farbgebung dunkler markiert.

Abb. 3: ist zudem die Anzahl der Gemeinden jeder Werteklasse in Klammern angegeben.

In neun Gemeinden besteht ein gegenüber dem Landesdurchschnitt deutlich erhöhter Anteil an über 75-Jährigen von über 20 Prozent der Bevölkerung. In kleineren Gemeinden reichen jedoch bereits wenige Personen aus, um die prozentuale Verteilung stark zu verändern. Auf der anderen

⁷ Die Darlegung der Bevölkerungsanteile ist in Bezug auf die regionalen Versorgungsanforderungen relevant. In öffentlichen Darstellungen, wie dem Demografie-Radar (<https://www.bmi.bund.de/>), dem Wegweiser Kommune (<https://www.wegweiser-kommune.de/>) oder der INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumordnung (<https://www.inkar.de/>) wird vielfach der Altenquotient als Indikator genutzt. Der Altenquotient wird ermittelt, indem die Zahl der älteren Menschen (z.B. ab 65 Jahren) durch die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter (z.B. 20 bis 64/65 Jahre) geteilt wird. Dies ist jedoch keine pflegesensitive Kennzahl; sie berücksichtigt tendenziell stärker die ökonomischen Fragen, die mit Erwerbs- und Arbeitskontexten sowie mit Fragen der Rente in Verbindung gebracht werden.

⁸ <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>. Tabelle 12411-02-03-5: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (17) - Stichtag 31.12. - regionale Tiefe: Gemeinden. Verfügbarer Zeitraum: 31.12.2008 - 31.12.2024. Datum des Abrufs: 10.03.2026

Seite sind in 13 Gemeinden die prozentualen Anteile bei unter fünf Prozent zu verzeichnen und weichen substantiell nach unten ab.

Der numerisch größte Anteil (401 Gemeinden/ 55,4 Prozent) der Gemeinden liegt in einem Wertebereich zwischen über fünf und unter 10 Prozent.

Insgesamt lassen sich keine klar definierten regionalen Muster erkennen. In allen Landkreisen sind kleinere Gemeinden mit den ausgewiesenen Werteklassen zu beobachten, sodass sich kein spezifisches regionales Verteilungsbild ergibt.

In der nachfolgenden Tabelle werden die 15 Gemeinden/ Städte ausgewiesen, die die größte Anzahl an Personen in der Altersgruppe der über 75-Jährigen aufweisen. Ihnen werden die regionalen Anteile der Bevölkerung über 75 Jahre zugeordnet.

Gemeinde	Bevölkerungsstand Personen über 75 Jahre in 2024	Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre in Prozent (2024)
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	27.311	13,3
Landeshauptstadt Schwerin	13.445	13,7
Neubrandenburg	8.281	13,7
Stralsund	7.772	14,4
Greifswald	6.415	11,4
Wismar	6.184	14,3
Güstrow	4.217	14,6
Waren (Müritz)	3.274	16,2
Neustrelitz	3.019	15,0
Parchim	2.556	14,3
Ribnitz-Damgarten	2.380	15,5
Bad Doberan	1.973	15,1
Anklam	1.896	15,9
Bergen auf Rügen	1.687	12,5

Tab. 1: Rangliste der größten Städte mit der höchsten Anzahl an Personen über 75 Jahre in 2024.

1.1.2 Prognose Personen 67 Jahre und älter

Es existieren verschiedene Institutionen und Akteure, die aktualisierte Prognoseverfahren und Modelle publizieren, mit denen sich eine Bevölkerungsprognose erstellen lässt. Die durch das Regierungsportal der Landesregierung publizierte 5. Bevölkerungsprognose Mecklenburg-Vorpommern bis 2040 ist eine ältere Schätzung, die auf Basiswerten aus dem Jahr 2017 berechnet wurde.⁹ Bevölkerungsprognosen in Mecklenburg-Vorpommern werden auch in einzelnen kreisfreien Städten vorgenommen. So existiert beispielsweise für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock eine eigene aktualisierte Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2040.¹⁰

Für nachfolgende Analysen sollten nur Daten einbezogen werden, wenn eine einheitliche und vergleichbare Berechnungsgrundlage vorliegt, die die Kennzahlen aller kreisfreien Städte und Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern berücksichtigt.

⁹ <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/Raumordnung/Bevoelkerungsprognose/>

¹⁰ https://rathaus.rostock.de/de/rathaus/rostock_in_zahlen/veroeffentlichungen/bevoelkerungsprognose_der_hanse_und_universitaetsstadt_rostock/276436

Das Statistische Bundesamt stellt Daten auf Länderebene zur Verfügung,¹¹ d. h. es sind Daten in der landesweiten Aggregation verfügbar, die allerdings noch auf Basis des Zensus 2011 berechnet wurden.

Aktuell weist allerdings u. a. das Demografie-Portal der Länder eine zusammenfassende Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2045 aus.¹² Datengrundlagen auf dem Portal beziehen sich auf Analysen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumordnung (BBSR). Auf dem Portal des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumordnung werden regionale Datenanalysen vorgestellt¹³. Die Systematisierung dieser Bevölkerungsprognose erfolgt auf Basis der Zensusberechnungen von 2022, ist damit aktueller als die des Statistischen Bundesamtes und wird bis zum Jahr 2045 ausgewiesen.¹⁴ Die Klassifizierung der Altersgruppen ermöglicht eine Gruppierung von insgesamt 10 gewählten Altersklassen, die jedoch in den Klassengrenzen nicht in eine vollständige Übereinstimmung zu bringen sind mit den Daten der Bevölkerungsentwicklung, die für die Ermittlung der höheren Altersklassen (75+) verwendet wurden. Die Altersgruppierungen folgen daher einer unterschiedlichen Logik und Klassengrenze.

Für die höheren Altersklassen werden in der Bevölkerungsprognose des BBSR zwei Cluster zur Verfügung gestellt:

- Personen 67 Jahre bis unter 80 Jahre
- Personen über 80 Jahre

Trotz der weniger differenzierten Altersklassen wurde im Folgenden die Prognosen des BBSR verwandt¹⁵. Diese haben den Vorteil, dass sie auf aktuelleren Zahlen basieren (aktualisiert anhand der Ergebnisse des Zensus 2022) und – für die Zwecke der Vorausberechnung im Bereiche Pflege besonders bedeutsam – in einigen Landkreisen deutlich geringere Zahlen an Hochaltrigen ausweisen als in der Fortschreibung des Zensus 2011 (vgl. Abb. 4). Die Zahl der 90-Jährigen und älteren wurde in der Fortschreibung des Zensus 2011 in den Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte, Vorpommern-Rügen, Vorpommern-Greifswald und Ludwigslust-Parchim jeweils um etwa 25-30 Prozent zu hoch ausgewiesen. Für ganz Mecklenburg-Vorpommern summiert sich die Überschätzung der Hochaltrigen 90+ auf knapp 3.000 Personen (20.804 vs. 17.825); bezogen auf die Gesamtbevölkerung 75+ sind es knapp 4.650 Personen.

¹¹ <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12421/details>

¹² <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerungsentwicklung-regional-mecklenburg-vorpommern.html>

¹³ <https://tableau.bbsr.bund.de/t/bbr/views/Raumordnungsprognose2045/Titel>

¹⁴ <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/startseite/topmeldungen/bevoelkerungsprognose-2045.html>

¹⁵ Methodisch erfolgte die Berechnung wie folgt: ausgewählt wurde die prozentuale Berechnung der Bevölkerungsentwicklung ab dem Jahr 2022 für die unterschiedlichen Altersgruppen (10 Altersklassen) und Jahre (2025 bis 2040 in Fünfjahresschritten). Als Ausgangspunkt der Kalkulationsbasis wurden die Daten der Fortschreibung des Bevölkerungsstands des Jahres 2022 (nicht gerundet) der Regionalstatistik des Bundes zugrunde gelegt und die prozentualen Entwicklungen wurden für die Prognosejahre regional berechnet. Die Darstellung der Daten aus dem Jahr 2024 erfolgte auf Basis der Fortschreibung des Bevölkerungsstands der Regionalstatistik des Bundes. Die Ergebnisse der beiden Altersgruppen (67 bis 80 Jahre und 80 Jahre und älter) in der Bevölkerungsprognose des BBSR wurden summiert und in die nachfolgende Abbildung übernommen.

Bevölkerung 2023: Differenz der Fortschreibung des Zensus 2011 vs. Zensus 2022

Altersgruppen	Rostock	Schwerin	Mecklen- burgische Seenplatte	Landkreis Rostock	Vorpommern- Rügen	Nordwest- mecklenburg	Vorpommern- Greifswald	Ludwigslust- Parchim
unter 5	-23%	-17%	-10%	-10%	-18%	-6%	-20%	-7%
05 - 10	-8%	-6%	-5%	-3%	-10%	1%	-2%	-2%
10 - 15	-2%	-3%	-1%	1%	-7%	1%	-1%	0%
15 - 20	-5%	-6%	-2%	2%	-4%	4%	2%	6%
20 - 25	-7%	6%	-5%	-3%	-5%	-7%	0%	5%
25 - 30	0%	3%	0%	0%	-3%	3%	-7%	-2%
30 - 35	-4%	4%	-2%	2%	-4%	-4%	-10%	-5%
35 - 40	-8%	6%	0%	1%	-4%	-2%	-5%	-1%
40 - 45	-5%	6%	0%	3%	-5%	0%	-1%	1%
45 - 50	-5%	5%	-2%	4%	-3%	3%	0%	-2%
50 - 55	-1%	3%	-1%	3%	-1%	2%	-2%	-1%
55 - 60	0%	4%	-2%	1%	-2%	1%	-3%	0%
60 - 65	1%	3%	-2%	0%	-2%	1%	-2%	-1%
65 - 70	1%	4%	-2%	2%	-2%	0%	-2%	0%
70 - 75	1%	1%	-3%	1%	-5%	-1%	-5%	-1%
75 - 80	1%	1%	-4%	2%	-3%	-1%	-6%	-1%
80 - 85	4%	6%	-2%	2%	-3%	-1%	-3%	0%
85 - 90	6%	9%	-7%	0%	-6%	0%	-7%	-2%
90 und mehr	3%	6%	-23%	-12%	-32%	-11%	-28%	-24%
Diff. Insgesamt	-3%	2%	-3%	1%	-4%	0%	-4%	-1%

Abb. 4: Bevölkerung 2023: Differenz der Fortschreibung des Zensus 2011 vs. Zensus 2022.

Für die nachfolgende Darstellung der regionalen demografischen Entwicklung für das Land Mecklenburg-Vorpommern auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte wurden die beiden Altersgruppen ab 67 Jahren summiert.¹⁶

¹⁶ Betrachtet man die Anzahl der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen für das Jahr 2023, so entfallen insgesamt 79,8 Prozent aller Pflegebedürftigen in die Altersgruppe ab 65 Jahre. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass die zentrale Entwicklung der Personen ab 67 Jahre in der Prognose auch den Großteil der Personen einschließt, die in stärkerem Maße von einer Pflegebedürftigkeit betroffen sein können.

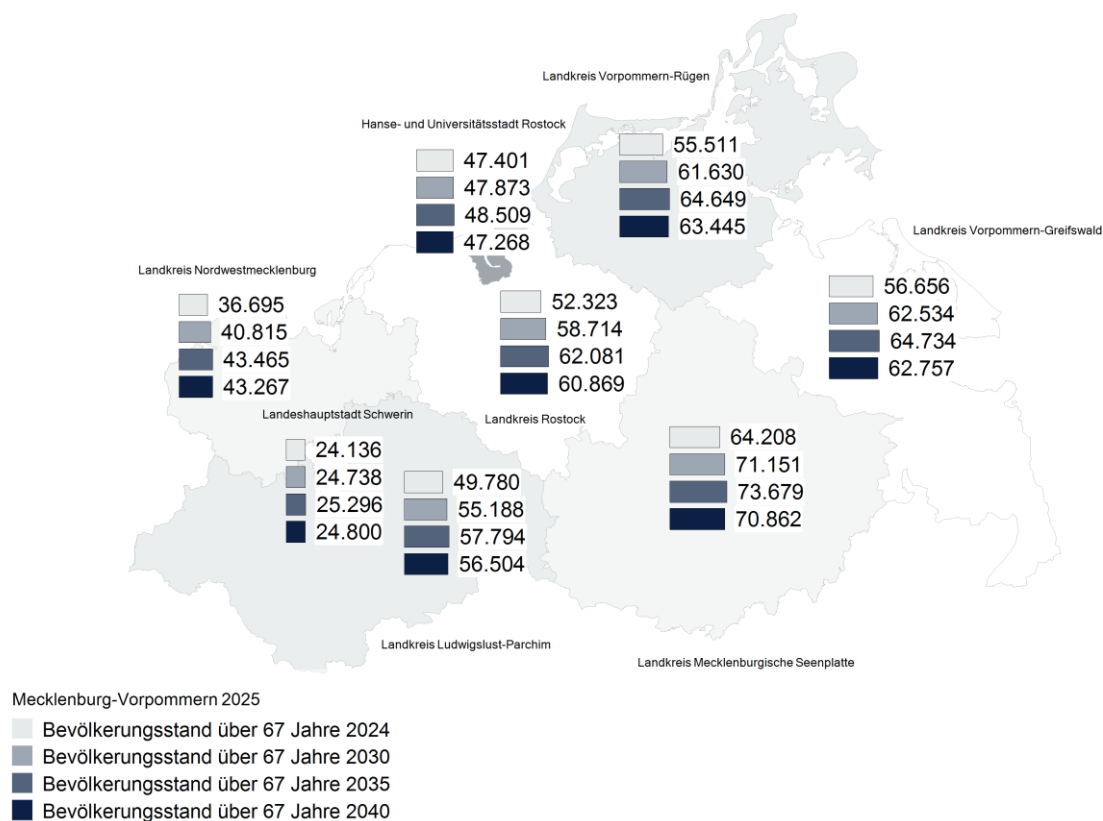


Abb. 5: Bevölkerungsstand und Prognose Personen 67+ bis 2040.

Die Grafik basiert auf den Daten der Bevölkerungsfortschreibung¹⁷ für das Jahr 2024 und übernimmt die Prognosedaten für die nachfolgenden Jahre, die in der Berechnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumordnung (basierend auf den Zensusdaten des Jahres 2022) für die nachfolgenden Jahre ausgewiesen wurden.

Die Daten verdeutlichen, dass für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock¹⁸ sowie für die Landeshauptstadt Schwerin kaum nennenswerte Veränderungen erwartet werden.

Die Anzahl der Personen in den Altersgruppen ab 67 Jahre werden nahezu konstant bleiben, auch wenn es zwischenzeitlich (im Jahr 2035) zu einem Anstieg kommt, der im nachfolgenden Zeitraum jedoch wieder durch rückläufige Kennzahlen gekennzeichnet sein wird.

Diesen moderaten Entwicklungen in den beiden Städten stehen deutliche Zunahmen in den Landkreisen gegenüber. Prozentual gesehen wird der höchste Zuwachs im Landkreis Nordwestmecklenburg erwartet (17,9 Prozent). In den übrigen Landkreisen werden prozentuale Steigerungen

¹⁷ <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>. Tabelle 12411-04-02-4: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersjahren (79) – Stichtag 31.12. – (ab 2011) regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte. Verfügbarer Zeitraum: 31.12.2011 - 31.12.2024. Datum des Abrufs: 10.03.2026

¹⁸ Ein Vergleich mit den Daten der Aktualisierung der Bevölkerungsprognose der Hanse- und Universitätsstadt Rostock bis 2040 weist eine hohe Ähnlichkeit der Daten bzw. der Prognoseergebnisse aus. In der regionalisierten Bevölkerungsprognose für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock wurden andere Altersgruppen ausgewiesen. Hier werden die 65-80-Jährigen sowie die über 80-Jährigen in der mittleren Variante der Prognose tabellarisch dargestellt (https://rathaus.rostock.de/de/rathaus/rostock_in_zahlen/veroeffentlichungen/bevoelkerungsprognose_der_hanse_und_universitaetsstadt_rostock/276436). In der Summierung der Altersklassen ergeben sich für 2030 Werte von 55.083, für 2035 von 55.435 und für 2040 von 54.532. Die Tendenzen der Entwicklungen und Annahmen sind daher vergleichbar mit der in diesem Bericht erstellten Bevölkerungsprognose.

von 10,4 Prozent (Landkreis Mecklenburgische Seenplatte) bis 16,3 Prozent (Landkreis Rostock) kalkuliert.

Dieser Befund ist von zentraler Bedeutung für die zukünftige Ausrichtung der pflegerischen Versorgung, die, basierend auf den Prognosen, regional unterschiedlich stark ausgeprägt sein wird.

1.1.3 Prognose Personen 80 Jahre und älter

In den regionalen Kreisprofilen (Kapitel 1.3) wird gesondert auf die Gruppe der Hochaltrigen eingegangen. Als hochaltrig gelten üblicherweise Personen ab dem 80. Lebensjahr. Für die Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2040 wurde für diese Gruppe eine zusätzliche Entwicklung basierend auf den Prognosen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumordnung berechnet.

Korrespondierend zur beschriebenen Methodik in der Verschränkung der Daten der Fortschreibung des Bevölkerungsstands (31.12.2024) und der Bevölkerungsprognose des BBRS (Veränderung 2022 bis 2040) wurden auch die Subgruppe der Personen ab 80 Jahre gesondert betrachtet und für die Prognose kalkuliert.

Bezogen auf die Perspektive der Pflegebedürftigkeit ist die selektive Betrachtung der Personengruppe der Hochaltrigen von Relevanz. In diesen Jahrgängen liegen sehr hohe Prävalenzen vor. Ab dem 80. Lebensjahr sind sogar mehr Personen pflegebedürftig als nicht pflegebedürftig. Im Jahr 2023 waren insgesamt 55 Prozent der Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern Hochaltrige. In dieser Altersgruppe waren 50,2 Prozent der 80- bis unter 90-Jährigen als pflegebedürftig eingestuft.

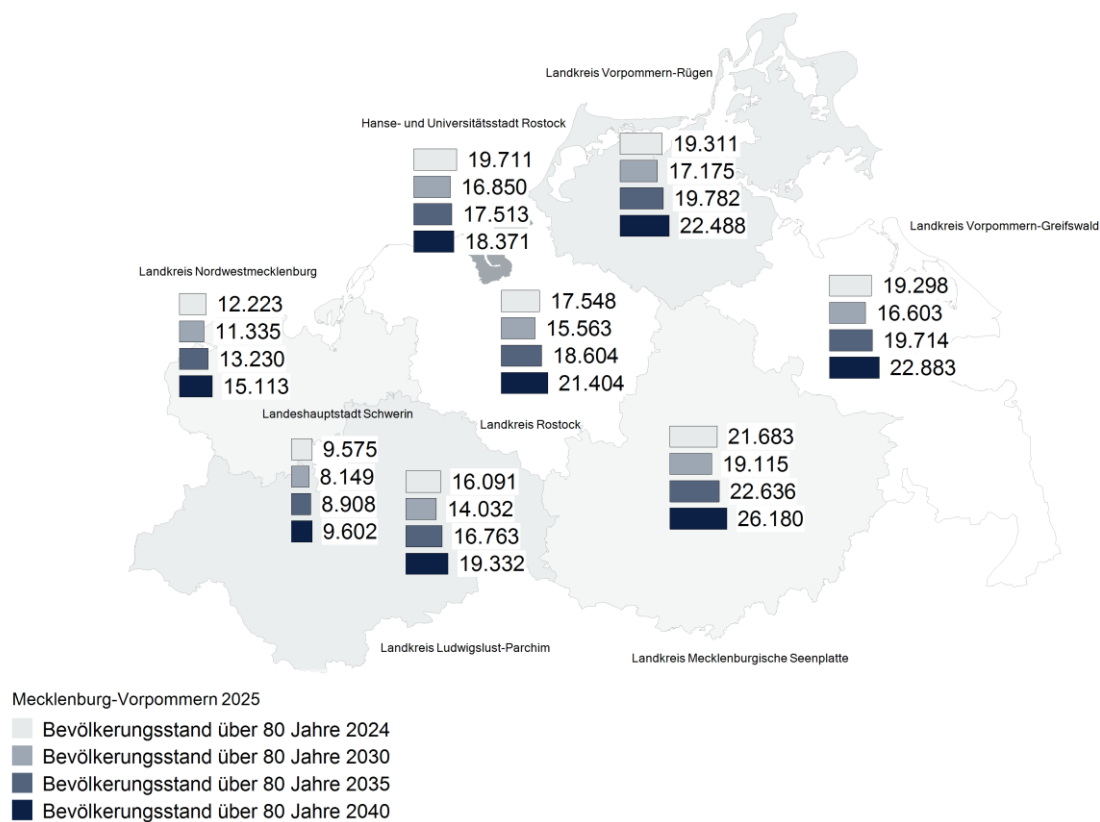


Abb. 6: Bevölkerungsstand und Prognose Menschen 80+ bis 2040.

Die Daten aus dem Jahr 2024 weisen den Bevölkerungsstand zum 31.12.2024 aus und basieren auf den Daten der Fortschreibung der Bevölkerungsstands der Regionalstatistik des Bundes. Die prognostischen Veränderungen beruhen auf den Grundlagen der prozentualen Veränderung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumordnung und weisen im Ergebnis bis zum Jahr 2030 eine tendenziell rückläufige Entwicklung auf. Erst ab 2035 sind hier Steigerungen zu beobachten, die jedoch überwiegend nur geringfügig ausfallen.

Die Ergebnisse der Prognosen unter Berücksichtigung der Aktualisierungen der Zensusdaten von 2022 rücken die Dringlichkeit einer Ausweitung pflegerischer Angebote in ein neues Licht. Wenn die Prognosen in dieser Entwicklung und Kalkulation eintreffen, bleibt ein Zeitraum von rund zehn Jahren, um sich auf dann erst eintretende relevante Veränderungen einzustellen und flankierende Maßnahmen zu ergreifen. Da die Pflegebedürftigkeit mit der Gruppe der Hochaltrigen gekoppelt ist, kann davon ausgegangen werden, dass auch die Zunahme der Pflegebedürftigen in dieser Form anders bewertet werden kann. Kapazitätsanpassungen in der Versorgung müssen nicht ad hoc und überall vorgenommen, sondern zielgerichtet und regional differenziert diskutiert werden. Es bestehen die Optionen, planerisch vorzugehen und dabei die entsprechenden Entwicklungen in den kommenden Jahren mit in den Blick zu nehmen.

1.1.4 Bevölkerungsstand und Entwicklung Personen 30 bis 69 Jahre

In der häuslichen Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen sind es überwiegend direkte Familienangehörige, die die Pflege und Betreuung stabilisieren. In den Regionalprofilen sowie in der Darstellung und Berechnung der informellen Pflegepotenziale wird insbesondere die Gruppe der 30- bis 69-Jährigen betrachtet, die als wesentliches Potenzial zur Stabilisierung der häuslichen und familialen Versorgung diskutiert wird.

Es gibt daneben auch eine Gruppe von jungen Angehörigen (so genannte „Young Carer“), sowie auch pflegende Kinder (z. B. bei psychisch erkrankten Elternteilen), die jedoch eine Besonderheit im familiären Versorgungskontext darstellen und damit nur einen geringen Anteil aller familiär Pflegenden ausmachen. Im Kontext des Landesplans Pflege Mecklenburg-Vorpommern wird der Fokus vor allem auf den Bezug zur Pflegebedürftigkeit hergestellt. In diesem Bereich der Versorgung sind jüngere Personengruppen unter 30 Jahre weniger häufig aktiv.

Konkrete Daten zu den primären Pflegepersonen und ihren Altersklassen liegen für Mecklenburg-Vorpommern nicht in öffentlich zugänglicher, systematisierter Form vor. Es besteht jedoch die begründete Annahme, dass der größere Teil Frauen sind, die neben einer eigenen Erwerbstätigkeit oder im Rahmen einer temporären Aufgabe der Erwerbstätigkeit die Pflege von Angehörigen unterstützen (Kuhlmey und Budnick 2023).

Wie bei der Darlegung der Daten zu den über 75-Jährigen, wird auch für diese Altersgruppe auf die unterschiedlichen Zensus-Daten verwiesen, die ggf. zwischen den Überblicksdaten 2017 bis 2021 und 2023 bis 2024 zu Reduzierungen führen, die in der Erfassung der Systematik bzw. in der Korrektur der Zensusdaten begründet liegen können. Die Berechnung der nachfolgenden Kennzahlen erfolgte auf Basis der Daten der Fortschreibung des Bevölkerungsstands der Regionalstatistik des Bundes.¹⁹ Die Bevölkerungsanzahl in den jeweiligen Altersklassen wurde dabei summiert zu der Altersklasse insgesamt.

¹⁹ ¹⁹ <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>. Tabelle 12411-04-02-4: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersjahren (79) – Stichtag 31.12. - (ab 2011) regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte. Verfügbarer Zeitraum: 31.12.2011 - 31.12.2024. Datum des Abrufs: 10.03.2026

Für das Jahr 2017 kann in dieser Altersgruppe (30 bis 69 Jahre) von 901.340 Personen ausgegangen werden. Zwischen 2017 und 2024 erfolgte dabei ein Rückgang auf 839.143 Personen. Das entspricht einem Rückgang um 62.197 Personen oder relativ betrachtet einem Rückgang um 6,9 Prozent.

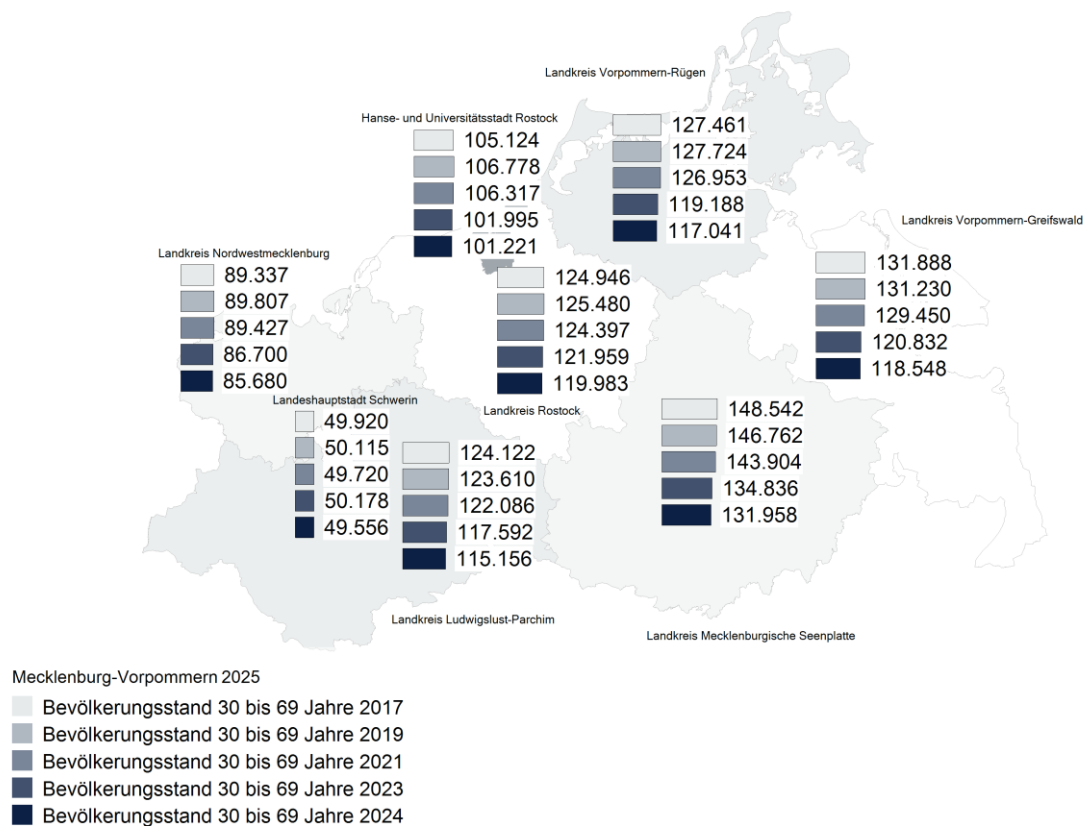


Abb. 7: Entwicklung der Altersklassen 30 bis 69 Jahre 2017 bis 2024.

In der Gesamtbetrachtung der pflegerischen Kapazitäten und Entwicklungen ist die Entwicklung der Anzahl der Personen relevant, die in den Landkreisen leben und ggf. als Angehörige oder auch als Zugehörige (zu Netzwerken der Hilfe/ Caring Communities) in die Versorgung eingebunden werden können.

In den Landkreisen und den beiden kreisfreien Städten kann zwischen 2017 und 2024 auch regional betrachtet eine Abnahme der Bevölkerung in der entsprechenden Altersklasse identifiziert werden.

Der Effekt dieses Bevölkerungsrückgangs auf die Versorgungssicherheit lässt sich mit den bestehenden Datengrundlagen nicht abschließend einschätzen. Bei der Betrachtung der prozentualen Veränderung relativiert sich dieser Effekt jedoch, sodass in dem Beobachtungszeitraum nicht mit gravierenden Änderungen gerechnet werden muss.

Aufgrund des parallelen Rückgangs der Bevölkerung in der vulnerablen Alterskohorte über 75 scheint der Rückgang der Bevölkerung im Alter von 30 bis 69 Jahren damit keinen gravierenden Einfluss auszuüben. Überwiegend sind die Entwicklungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten im kurzfristigen Beobachtungszeitraum eher gradueller Natur.

Eine Hypothese für den Rückgang der Bevölkerung im erwerbstätigen Alter ist neben der als bekannt vorausgesetzten demografischen Entwicklung der Fortzug der jüngeren Bevölkerung. Die

Regionaldatenbank des Bundesamts für Statistik bietet eine Datengrundlage bis auf die Landkreisebene und die der kreisfreien Städte des Landes, jedoch bis zu dem Jahr 2023.²⁰ Die nachfolgende Grafik zeigt die Zu- und Fortzüge in den jeweiligen Kreisen bzw. kreisfreien Städten der Bevölkerung im Beobachtungszeitraum von 2017 bis 2023.

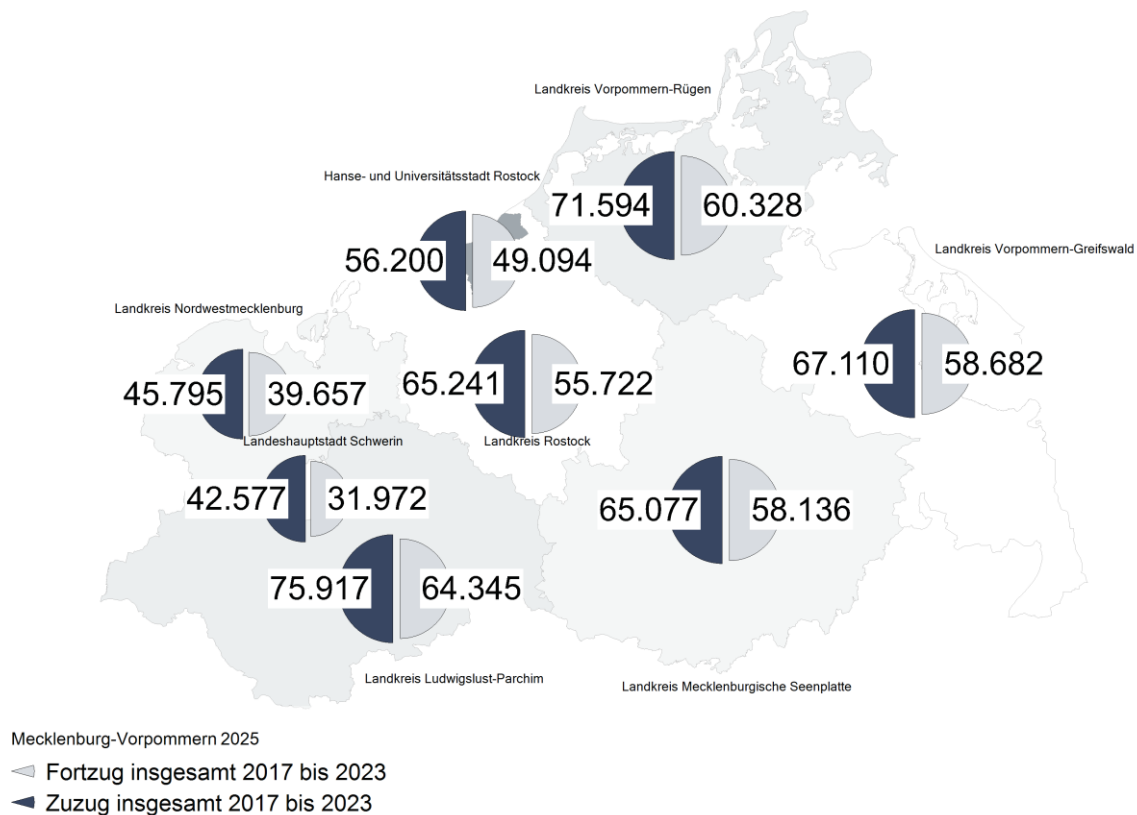


Abb. 8: Zuzüge und Fortzüge (Bevölkerungswanderung) 2023.

Anders als die Hypothese nahelegt, besteht in dem Beobachtungszeitraum von 2017 bis 2023 keine Abwanderung der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns. Im Gegenteil sind nach Abzug der Fortzüge in dem genannten Zeitraum insgesamt 71.575 Personen in das Land immigriert. Die drei Gebiete mit der höchsten Zuwanderung im Beobachtungszeitraum sind der Landkreis Ludwigslust-Parchim (+11.572), der Landkreis Vorpommern-Rügen (11.266) und die Landeshauptstadt Schwerin (+10.605).

1.1.5 Prognose Personen 35 bis unter 67 Jahre

Korrespondierend zur regionalen Bevölkerungsprognose der Personen in höheren Altersklassen (67+/ 80+) sollen an dieser Stelle Entwicklungen vorgestellt werden, die Anhaltspunkte darüber geben, wie sich das Potenzial von Personengruppen verändert, die als Pflegende Angehörige oder aber als engagierte Nachbarschaftsnetzwerke mit in die Betreuung und Versorgung in Form von Sorgearbeit einbezogen werden könnten.

Methodisch erfolgten die gleichen Schritte, wie sie bei der Prognose der Hochaltrigkeit und der älteren Bevölkerung benannt wurden. Aktuelle Kennzahlen der Regionalstatistik des Bundes

²⁰ <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>: Code: 12711. Wanderungsstatistik. Tabelle 12711-91-01-4: Zu- und Fortzüge (über Gemeindegrenzen) - Jahressumme -regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte

(Fortschreibung des Bevölkerungsstands) wurden mit den relativen Kennzahlen der Bevölkerungsprognose des BBSR verschränkt und kalkuliert.

Die Altersklassen in der Bevölkerungsprognose, wie sie für die älteren Personen verwendet wurden (67+ / 80+), lassen sich an dieser Stelle nicht vollständig auf die Gruppe der 30 bis 69-Jährigen übertragen, da z. B. die Gruppe der jüngeren Personen zusammenfassend von 20 bis unter 35 Jahre summiert wird und die älteren von 67 bis 80 Jahre.

Die an dieser Stelle verwendete Prognose basiert damit auf einer Teilmenge der beschriebenen Gruppe, basiert in der Prognose jedoch auf den gleichen Daten, wie die Entwicklungen der über 67-Jährigen und über 80-Jährigen. Subsumiert wurden in der Übersicht die Altersgruppen 35 bis unter 67 Jahre. Sie bilden die größte Schnittmenge der möglichen Daten und weisen auf zentrale Tendenzen hin. Ergänzt wurde die Bevölkerungsprognose um die Daten der Bevölkerungsfortschreibung mit dem Ausgangsjahr 2024, um zentrale erwartbare Entwicklungen in den Bezug zu den aktuellen Daten zu setzen.

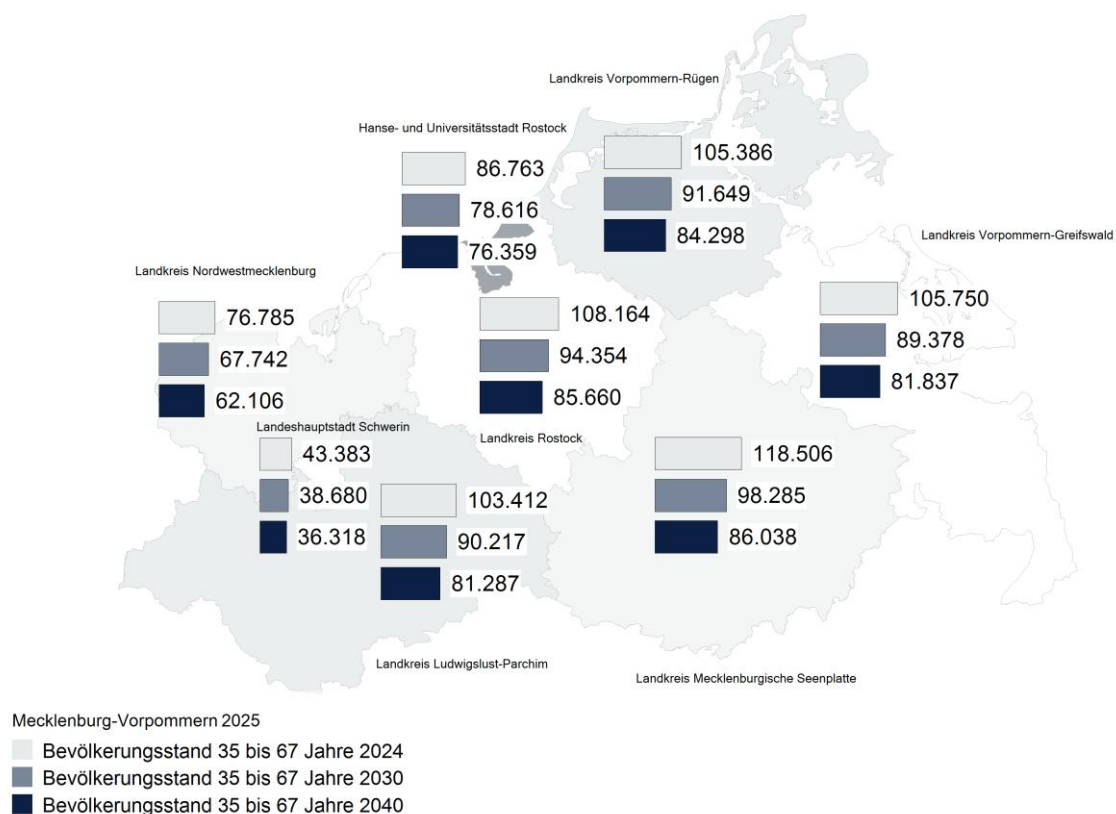


Abb. 9: Bevölkerungsstand und Prognose Menschen 35 bis 67 Jahre bis 2040.

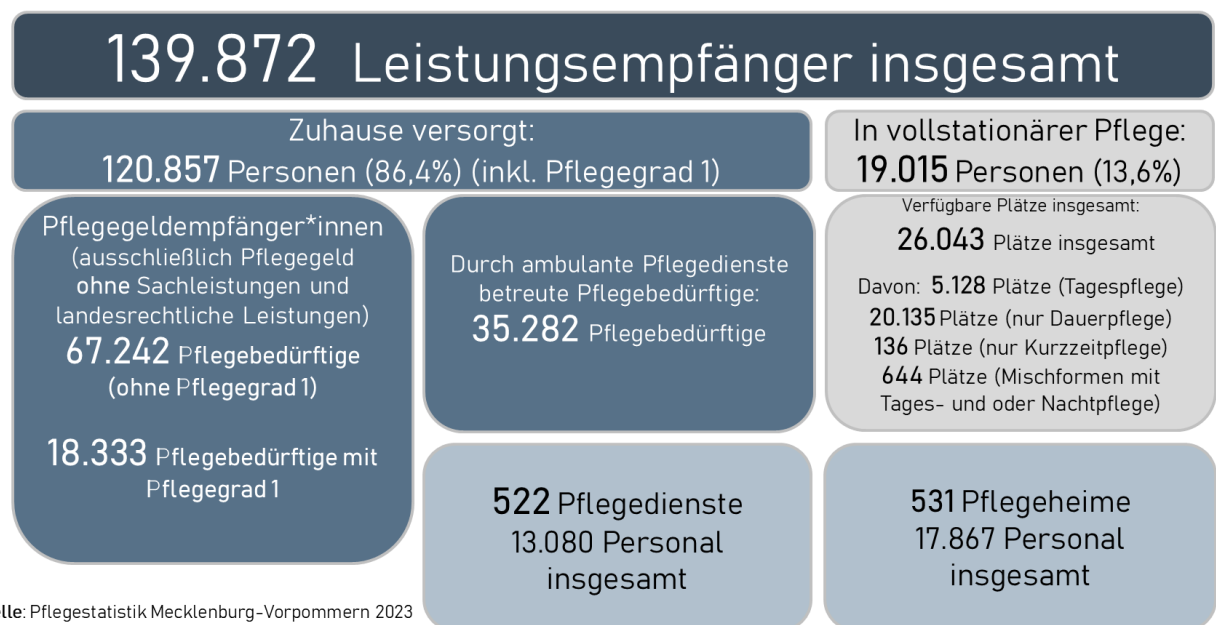
Ausgehend von den Daten aus dem Jahr 2024 werden in allen Landkreisen sowie in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock und der Landeshauptstadt Schwerin mit sinkenden Bevölkerungszahlen in der gewählten Altersgruppe gerechnet. Numerisch wird der größte Rückgang im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte erwartet (32.468). In der Landeshauptstadt Schwerin werden 7.065 weniger Personen in der Altersgruppe kalkuliert. Prozentual wird mit Rückgängen zwischen 12 Prozent (Hanse- und Universitätsstadt Rostock) und 27,4 Prozent (Landkreis Mecklenburgische Seenplatte) gerechnet. Damit weisen die Daten, auch wenn es sich lediglich um eine

Teilmenge der fokussierten Gruppe potenziell in die Versorgung einzubeziehenden Personen handelt, auf erwartbare Rückgänge hin, die ggf. auch Einfluss auf die Versorgungskapazität haben können.

1.2 Pflegebedürftigkeit und Entwicklung

Der folgende Abschnitt stellt zentrale Kennzahlen zur Pflegebedürftigkeit und deren Entwicklung dar. Grundlage der Analyse sind die Pflegestatistiken aus Bund und Land.²¹ Aktuell stehen die Daten der Pflegestatistik 2023 zur Verfügung, die im Frühjahr 2025 veröffentlicht wurden. Diese erfassen die Zahl der Pflegebedürftigen sowie weitere relevante Merkmale zum Stichtag 31.12.2023. Da die Pflegestatistik im zweijährigen Turnus erhoben wird, liegen keine fortlaufend aktualisierten und auswertbaren Kennzahlen vor; damit wurde der aktuelle Datenstand für die Analysen herangezogen.

Die nachfolgende Grafik weist die Kennzahlen der Pflegestatistik aus und differenziert sie nach der Art der Pflegeleistung, die von bzw. für die Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.



Quelle: Pflegestatistik Mecklenburg-Vorpommern 2023

Abb. 10: Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern 2023.

Im Berichtsjahr 2023 wurden in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 139.872 Menschen als pflegebedürftig erfasst. Der Großteil dieser Personen, nämlich 86,4 Prozent, wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt; mit oder ohne Unterstützung durch professionelle Pflegedienste. Der Anteil an Personen, die zuhause durch An- und Zugehörige versorgt werden und zusätzlich Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen, beträgt an der Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen 25,2 Prozent. Hierfür standen im Jahr 2023 insgesamt 522 Dienste im Land zur Verfügung, die 13.080 Personen beschäftigen.

²¹ <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Oeffentliche-Sozialleistungen/>

Der stationäre Sektor²² umfasste im Jahr 2023 insgesamt 531 Einrichtungen, mit einem Platzangebot von 20.135 Versorgungsplätzen für die vollstationäre Dauerpflege und weiteren 5.128 Plätzen im Bereich der Tagespflege. Hinzu kommen 136 Plätze der solitären Kurzzeitpflege, sowie 503 Plätze, die für Dauer- oder Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen sowie 18 Plätze für alleinige Tages- und Nachtpflege. Ebenso weist die Pflegestatistik Mischformen aus: Nur Dauer- und Kurzzeitpflege 503 Plätze, nur Dauerpflege und Tages und/oder Nachtpflege 123 Plätze sowie nur Tages- und Nachtpflege von 18 Plätzen. In der Summe ergeben sich somit 26.043 verfügbare Plätze.

1.2.1 Pflegebedürftigkeit nach Leistungsart

Die folgende Grafik (Abb. 11) veranschaulicht die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, differenziert nach Leistungsarten, auf Basis der Pflegestatistik im Zeitraum von 2017 bis 2023. Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II im Jahr 2017 wurde der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Daher gelten seit 2017 neue Zugangsregelungen zum Leistungsrecht. Ein Vergleich mit Daten aus früheren Jahren ist daher nur eingeschränkt möglich.

Im Jahr 2023 liegt ein neuer Höhepunkt mit 121.539 pflegebedürftigen Personen²³ in den betrachteten Hauptgruppen der Leistungsempfängerinnen und -empfänger vor, die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI) beziehen.

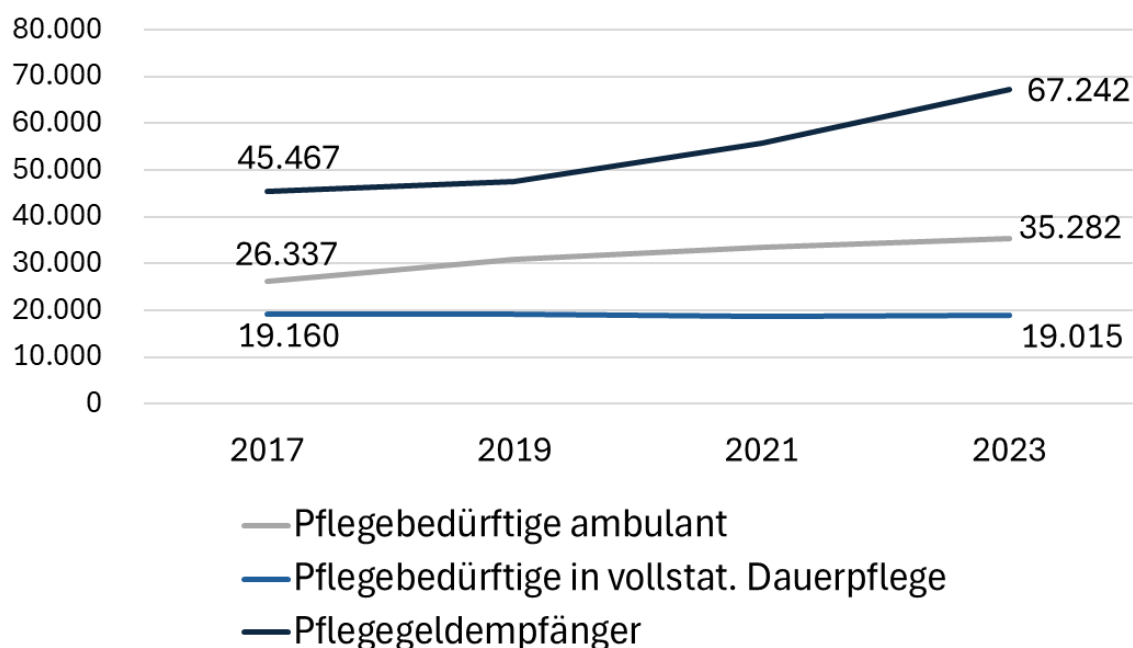


Abb. 11: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger nach Leistungsart 2017 bis 2023.²⁴

²² Die Gesamtheit der stationären Einrichtungen umfasst die stationäre Kurz- und Langzeitpflege sowie teilstationäre und tagespflegerische Angebote.

²³ Nicht enthalten sind hier Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen mit Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen (18.280 Personen) und 53 Personen mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege. Betrachtet wurden die Hauptgruppen, die mit einer pflegerischen Versorgung in Verbindung gebracht werden können, die über hauswirtschaftliche Leistungen oder Eigenleistungen hinausgehen.

²⁴ Nicht enthalten sind hier Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen mit Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen (18.280 Personen) und 53 Personen mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege. Betrachtet wurden die Hauptgruppen, die mit einer pflegerischen Versorgung in Verbindung gebracht werden können, die über hauswirtschaftliche Leistungen oder Eigenleistungen hinausgehen.

Im betrachteten Zeitraum zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Gesamtzahl Pflegebedürftiger. Allerdings muss dies nach Leistungsrecht differenziert betrachtet werden: Die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger erhöhte sich von 45.467 im Jahr 2017 auf 67.242 im Jahr 2023; dementsprechend kamen 21.775 Personen dazu. Das prozentuale Wachstum in diesem Bereich liegt bei 47,9 Prozent und zeigt eine deutlich dynamischere Entwicklung als die anderen Leistungsbereiche. Daneben stieg die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen von 26.337 (2017) auf 35.282 (2023) an; relativ gesehen beträgt damit der Zuwachs 34,0 Prozent. Im Kontrast dazu sind die Zahlen der vollstationär versorgten Menschen im Land stabil und zeigen keine nennenswerte Schwankungsbreite. Im Zeitraum von 2017 bis 2023 nahm die Anzahl der Personen in Dauerpflege um 145 Pflegebedürftige ab.

Die Entwicklungen der Leistungs- bzw. Versorgungsbereiche weisen darauf hin, dass gerade die ortsnahe Versorgung durch An- und Zugehörige im eigenen zuhause unter Zuhilfenahme von ambulanten Pflegediensten gegenüber der stationären Versorgung bevorzugt wird. Diese Präferenz ist durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren bedingt. Neben dem Wunsch, zu Hause weiterleben zu können, werden jedoch auch die finanziellen Hürden der stationären Versorgung einen maßgeblichen Einfluss ausüben.

In der nachfolgenden Grafik (Abb. 12) wurden die Leistungsbezieherinnen und -bezieher aus dem Jahr 2023 nach Leistungsart und Pflegegrad differenziert.

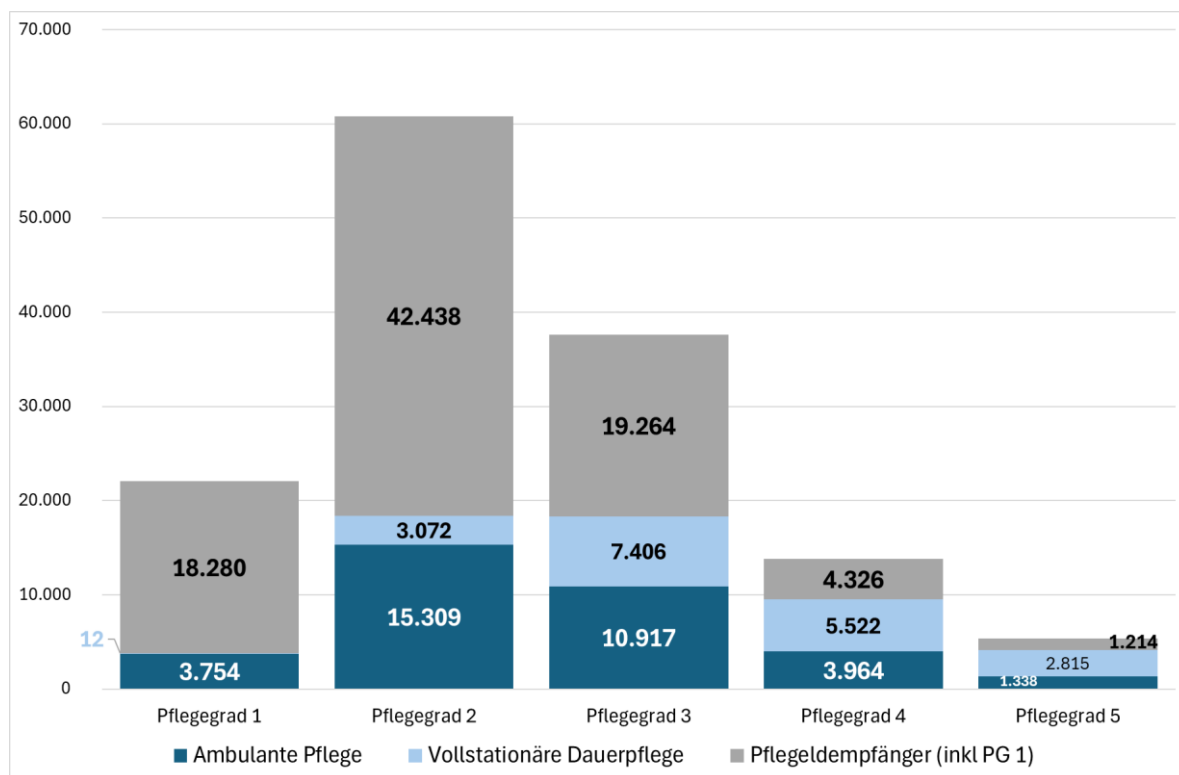


Abb. 12: Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach Leistungsart und Pflegegrad 2023.

Der hohe Anteil an Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 sticht in der Abbildung heraus. Insgesamt werden 60.819 Personen in dieser Gruppe erfasst, was 43,6 Prozent aller Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern entspricht. Im Pflegegrad 3 befinden sich mit 37.587 Personen 26,9 Prozent der Betroffenen. Pflegebedürftigkeit mit höherem Unterstützungsbedarf, also in den Graden 4 und 5, betreffen 13,7 der Personen.

Diese Verteilung korrespondiert auch mit der Verteilung der von den Pflegebedürftigen in Anspruch genommenen Leistungen, da ein großer Teil der Personen mit höheren Pflegegraden in stationären Einrichtungen betreut wird.

Dies wurde auch durch Aussagen in dem Workshop „Personalmonitoring“²⁵ gestützt. Dort wurde darauf hingewiesen, dass Pflegebedürftige, die in die stationäre Versorgung kommen, häufig sehr hohe Versorgungsbedarfe aufweisen. Diese können in der heimischen Umgebung oftmals nicht geleistet werden, sodass eine prekäre Versorgungssituation häufig auch länger ausgehalten wurde, als für die Pflegebedürftigen sowie deren An- und Zugehörige hilfreich erschien.

Mit dieser Einschätzung korrespondiert auch die verstärkte Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in allen Pflegegraden jedoch insbesondere in den Graden 2 und 3. Auch diese Daten stützen die These, dass den Pflegebedürftigen wie auch deren An- und Zugehörigen eine Versorgung im eigenen Wohnumfeld zentral erscheint, sodass lieber Hilfe in der Häuslichkeit in Anspruch genommen wird, als dass ein Wechsel in eine vollstationäre Betreuung vorgenommen wird.

1.2.2 Pflegebedürftigkeit nach Altersklassen

Wie im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung erläutert (Kapitel 1.1), tritt Pflegebedürftigkeit vorrangig in höheren Altersgruppen auf; hier steigt die Prävalenz gegenüber jüngeren Altersklassen deutlich an. Die Pflegestatistik aus dem Jahr 2023 erfasst hierzu differenzierte Altersgruppen, um die Altersverteilung der Pflegebedürftigen genauer abbilden zu können.

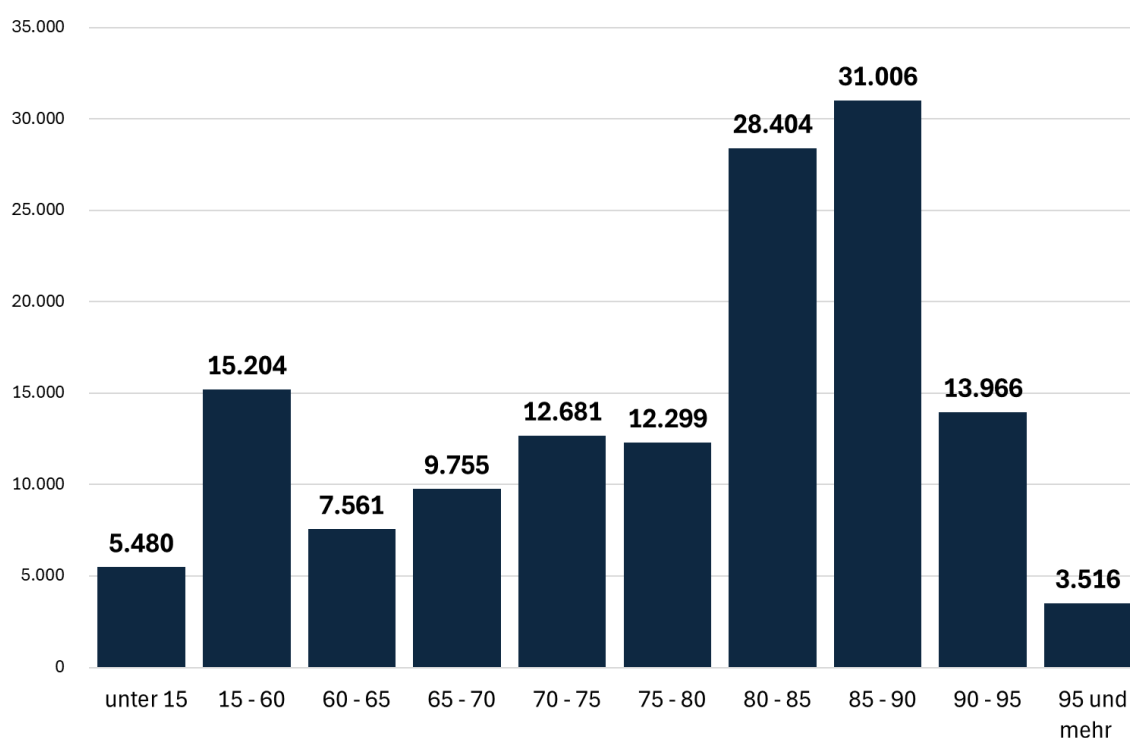


Abb. 13: Altersverteilung Pflegebedürftige 2023

Jedoch kann Pflegebedürftigkeit in allen Altersgruppen auftreten. Auch Kinder können betroffen sein und benötigen besondere Formen der Unterstützung und häuslichen Versorgung. Ebenso

²⁵ Der Workshop „Personalmonitoring“ fand am 17. Oktober 2025 mit unterschiedlichen Stakeholdern im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern in der Landeshauptstadt Schwerin mit unterschiedlichen Akteuren der pflegerischen Versorgung statt.

kann bei Menschen im mittleren Lebensalter infolge von Erkrankungen oder Unfällen ein Pflegebedarf entstehen. In Mecklenburg-Vorpommern ist die Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen unter 60 Jahren mit 14,8 Prozent im Vergleich zu den älteren Gruppen in geringerem Umfang vertreten. 72,8 Prozent, also rund sieben von zehn Pflegebedürftigen waren in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2023 in der Altersgruppe 70 Jahre oder älter. Insgesamt sind dies 101.872 Pflegebedürftige. Große Anteile entfallen hier auf die Altersgruppen 80 bis 85 Jahre (20,3 Prozent) und 85 bis 90 Jahre (22,2 Prozent).

Zur Einschätzung der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern ist neben der Betrachtung der Verteilung der Altersgruppen der Leistungsempfängerinnen und -empfänger auch die Betrachtung der Veränderung der Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in den jeweiligen Altersgruppen von Bedeutung. Die Pflegeprävalenz bildet den Anteil der Pflegebedürftigen in einer Altersgruppe bezogen auf die Gesamtbevölkerung in der Altersgruppe ab.

Das nachfolgende Diagramm zeichnet in der Gegenüberstellung die Jahre 2017 und 2023 nach. Inkludiert sind in dieser Betrachtung alle Personen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI festgestellt wurde. Dies schließt auch die Personengruppen mit ein, die im Pflegegrad 1 Leistungen der niedrigschwelligen Betreuungsunterstützungen abrufen können und die keinen Zugang zu weiteren Leistungsbereichen der Pflegeversicherung haben.

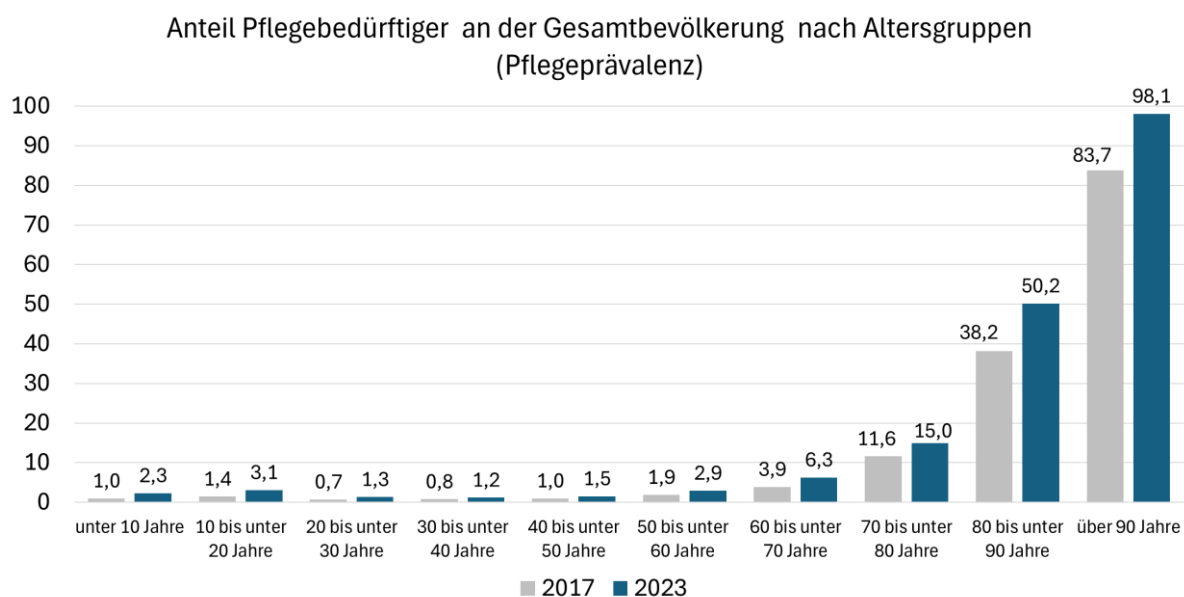


Abb. 14: Entwicklung der Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Altersgruppen 2017 bis 2023

Festgestellt werden kann, dass in allen Altersgruppen die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ansteigt. Auch in den jungen Altersklassen (unter 10 Jahre) ist eine Zunahme zu verzeichnen. Im Jahr 2017 war ein Prozent der Kinder in der Alterskohorte pflegebedürftig eingestuft; in 2023 sind es bereits 2,3 Prozent. Auch in der nachfolgenden Gruppe der jungen Personen (10 bis unter 20 Jahre) liegt eine Entwicklung vor, die mehr als einer Verdopplung der Prävalenz entspricht. Die genauen Gründe für diese Entwicklungen können ohne zusätzliche Kennzahlen (z. B. aus Gutachten der Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder bezogen auf Analysen zu medizinischen Diagnosen) nicht benannt werden.

Deutlich wird, dass die Pflegeprävalenz in den hohen Altersgruppen sehr stark gestiegen ist und dass im Jahr 2023 erstmalig der Anteil der Personen in der Altersgruppe 80 bis 90 Jahre, die als pflegebedürftig eingestuft sind, höher ist als der Anteil der Personen, die nicht als pflegebedürftig

klassifiziert werden. Bei den über 90-Jährigen ist das Vorhandensein von Pflegebedürftigkeit die Normalität.

Veränderungen zeigen sich dabei aber auch in den Gruppen der Pflegebedürftigen bis 20 Jahre. Durch die Begutachtung nach § 15 SGB XI werden seit 2017 Einschränkungen im Bereich von Kognition und Kommunikation sowie Problemlagen psychischer Natur berücksichtigt, welche auch bei verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen gegeben sein können. Es kann sich bei diesem Effekt aber auch um ein statistisches Artefakt handeln, welches auf Leistungsverchiebungen hinweist, die zwischen Kostenträgern der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe entstehen können, wenn Leistungen und die Übernahme von Versorgung, Behandlung und Eingliederung zwischen einzelnen Kostenträgern vereinbart werden und die Beantragung zur Einstufung von Pflegebedürftigkeit Anwendung findet, um Leistungen weiterhin abrufen zu können.

Die Entwicklungen der Prävalenz zwischen den statistischen Erfassungszeiten im Zweijahreszeitraum in den Alterskohorten werden in der nachfolgenden Tabelle deutlich. Sie markieren die prozentualen Zuwächse in der Pflegeprävalenz.

Entwicklung der Pflegeprävalenz in den Altersgruppen 2017 bis 2023										
	< 10 Jahre	10 bis < 20 Jahre	20 bis < 30 Jahre	30 bis < 40 Jahre	40 bis < 50 Jahre	50 bis < 60 Jahre	60 bis < 70 Jahre	70 bis < 80 Jahre	80 bis < 90 Jahre	> 90 Jahre
2017 bis 2019	0,5	0,5	0,2	0,1	0,2	0,3	0,6	0,9	0,8	1,1
2019 bis 2021	0,4	0,6	0,2	0,1	0,2	0,4	1,1	1,2	4,6	5,9
2021 bis 2023	0,5	0,6	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7	1,3	6,6	7,4

Tab. 2: Entwicklung der prozentualen Zunahme der Pflegeprävalenz in Altersgruppen 2017 bis 2023

Die Entwicklungen verweisen auf eine überproportionale Zunahme in den höheren Altersgruppen. Insbesondere gilt dies für die Altersgruppen ab 80 Jahre. Hier sind ab dem Jahr 2019 sehr starke prozentuale Zuwächse zu verzeichnen. Waren im Jahr 2017 noch 38,2 Prozent der 80- bis unter 90-Jährigen als Pflegebedürftig klassifiziert, so stieg der Anteil bis zum Jahr 2023 auf 50,2 Prozent an. Die hohen Werte und insbesondere die Steigerungen weisen darauf hin, dass ein großer Anteil der Zunahme der Pflegebedürftigkeit damit erklärt werden kann, dass innerhalb der hohen Altersgruppen die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger stark angestiegen ist. Damit liegt ein verändertes Verhalten bezogen auf die Beantragung und die Inanspruchnahme vor.

1.2.3 Pflegebedürftigkeit nach regionaler Ausprägung

Im Folgenden wird die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten in regionaler Differenzierung dargestellt. Die Analyse berücksichtigt die Landkreise Mecklenburg-Vorpommerns sowie die zwei kreisfreien Städte, die Landeshauptstadt Schwerin und die Hansestadt Rostock. Der betrachtete Zeitraum umfasst die Jahre 2017 bis 2023, da die Daten auf dem gleichen rechtlichen Hintergrund bezüglich der Definition von Pflegebedürftigkeit und deren Feststellung beruhen.

Wie zuvor dargestellt, zeigt sich in der Gesamtentwicklung ein deutlicher Anstieg der Zahl an Pflegebedürftigen. Zwischen 2017 und 2023 erhöhte sich die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von 91.029 auf 139.872 Personen, d. h. es liegt ein Anstieg um 48.843 Personen bzw. 53,7 Prozent vor. Die nachfolgende Grafik (Abb. 15) schlüsselt auf, wie sich dieser Zuwachs über die genannten Regionen hinweg verteilt.

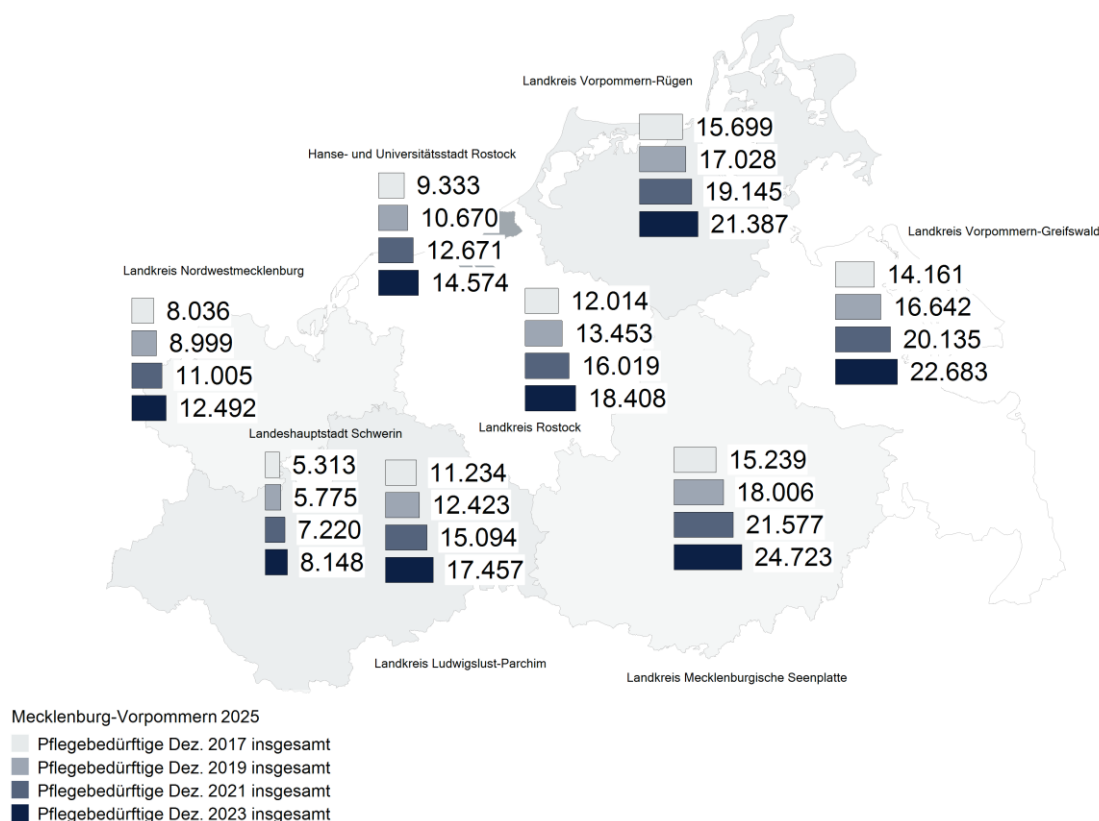


Abb. 15: Entwicklung Anzahl Pflegebedürftige insgesamt 2013 bis 2023

Insgesamt kann in allen Landkreisen und den beiden kreisfreien Städten eine Zunahme beobachtet werden. In der regionalen Betrachtung zeigen sich jedoch Unterschiede in der Ausprägung des Anstiegs im Beobachtungszeitraum (2017 bis 2023). So betragen die Zunahmen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte 62,2 Prozent und im Landkreis Vorpommern-Greifswald 60,2 Prozent, wohingegen im Landkreis Vorpommern-Rügen ein geringerer Anstieg (36,2 Prozent) festzustellen ist. In allen anderen Landkreisen und kreisfreien Städten beträgt der Zuwachs über 50 Prozent.

1.2.4 Pflegebedürftigkeit nach Leistungsarten

In den folgenden Analysen stehen die regionalen Entwicklungen innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche im Mittelpunkt. Ausgewiesen werden die Gesamtentwicklungen der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der ambulanten Versorgung, der stationären Versorgung sowie der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld. Darüber hinaus sind die jeweiligen prozentualen Anteile der Leistungsempfängerinnen und -empfänger, gemessen an der Anzahl der Gesamt-Pflegebedürftigen von Bedeutung.

In diesem Zusammenhang ist die Gesamtsumme der Pflegebedürftigen um die Pflegebedürftigen ohne Leistungsbezug im Pflegegrad 1 mit ausschließlich landesrechtlichen Leistungen zu reduzieren, da sie nicht Gegenstand der Betrachtung sind, wenn z. B. eine Heimversorgungsquote ermittelt werden soll. Sie wirken sich, bezogen auf den Fokus des Landespflegeberichts und der Personalkalkulation nicht direkt auf das professionelle Pflegesystem aus. In den Pflegestatistiken des Landes werden die Pflegebedürftigen ohne Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung ab dem

Berichtsjahr 2019 ausgewiesen.^{26 27} Die vorgestellten Berechnungen sind Gegenstand der Kreisprofile (Kapitel 1.3) und werden dort umfassender in der Bedeutung diskutiert.

Die nachfolgende Tabelle weist die Kennzahlen aus, die als Grundgesamtheit für die Berechnung der jeweiligen Anteile der Pflegebedürftigen mit Leistungsbezug aus dem SGB XI in den Jahren ab 2019 verwendet wurden.

Pflegebedürftige insgesamt ohne Leistungsbezieherinnen im Pflegegrad 1 (ausschließlich landesrechtliche Leistungen)			
	2019	2021	2023
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	10.139	11.159	12.672
Landeshauptstadt Schwerin	5.391	6.331	7.068
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	16.978	18.979	21.465
Landkreis Rostock	12.775	14.108	16.068
Landkreis Vorpommern-Rügen	16.283	16.969	18.606
Landkreis Nordwestmecklenburg	8.516	9.713	10.821
Landkreis Vorpommern-Greifswald	15.853	17.697	19.830
Landkreis Ludwigslust-Parchim	11.771	13.120	15.060

Tab. 3: Pflegebedürftige insgesamt ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1

In einem ersten Schritt erfolgt die Betrachtung der Anzahl pflegebedürftiger Personen, die durch ambulante Pflegedienste unterstützt und versorgt werden und die Veränderung der jeweiligen Anteile an der Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen mit direktem Leistungsbezug aus dem SGB XI.

²⁶ Die Anzahl der Pflegebedürftigen in ambulanter sowie stationärer Versorgung werden im Tabellenblatt 6.1 in den Excel-Tabellen zur Pflegestatistik ausgewiesen. (<https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Oeffentliche-Sozialleistungen/#Broschueren>)

²⁷ Ab dem Jahr 2019 erfolgte eine Umstellung der Pflegestatistik auf eine personenbezogene Erfassung mit einer Trennung der beiden Gruppen der Pflegebedürftigen mit SGB-XI-Leistungen und der Pflegebedürftigen ohne SGB-XI-Leistungen. Erst mit der Veröffentlichung der Pflegestatistik 2019 wurde eine bundeseinheitliche und valide Datengrundlage geschaffen, um „Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 mit ausschließlich landesrechtlichen Leistungen“ differenziert und einheitlich zu betrachten.

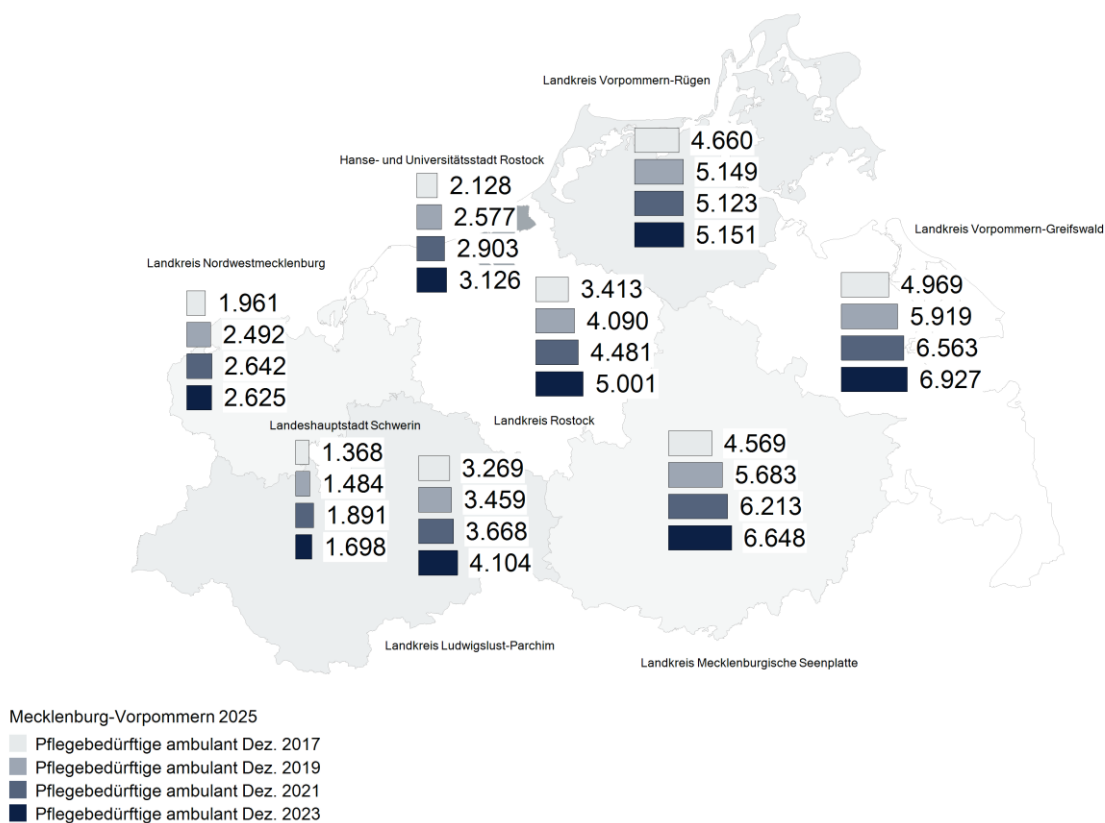


Abb. 16: Entwicklung Leistungsempfängerinnen und -empfänger ambulant 2017 bis 2023

Zwischen 2017 und 2023 stieg diese Zahl landesweit um insgesamt 8.943 Personen (von 26.337 auf 35.280). Im Durchschnitt bedeutet das einen prozentuale Steigerung um 34 Prozent.

Regional betrachtet lassen sich deutliche Unterschiede feststellen. So hat sich im Betrachtungszeitraum (2017 bis 2023) die Anzahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher von ambulanter Pflege besonders stark in den Landkreisen Rostock (46,5 Prozent) und im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (45,5 Prozent) sowie in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock (46,9 Prozent) erhöht. Dagegen lässt sich im Landkreis Vorpommern-Rügen eine Zunahme von lediglich 10,5 Prozent beobachten. In der Landeshauptstadt Schwerin beträgt die relative Steigerung 24,1 Prozent. Eine ähnliche Änderung lässt sich auch im Landkreis Ludwigslust-Parchim feststellen (25,5 Prozent). Im Landkreis Vorpommern-Greifswald (39,4 Prozent) sowie im Landkreis Nordwestmecklenburg (33,9 Prozent) sind Steigerungen von über 30 Prozent zu beobachten.

In Relation zur Anzahl der Pflegebedürftigen mit direktem Leistungsbezug aus dem SGB XI sind seit dem Jahr 2019 in allen Landkreisen und in den beiden kreisfreien Städten Rückgänge der Quoten der ambulant betreuten Pflegebedürftigen zu erkennen. Dieser Rückgang erklärt sich durch den überproportional starken Zuwachs im Bereich der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger und der damit relativen Verringerung in dem Sektor der ambulanten Versorgung.

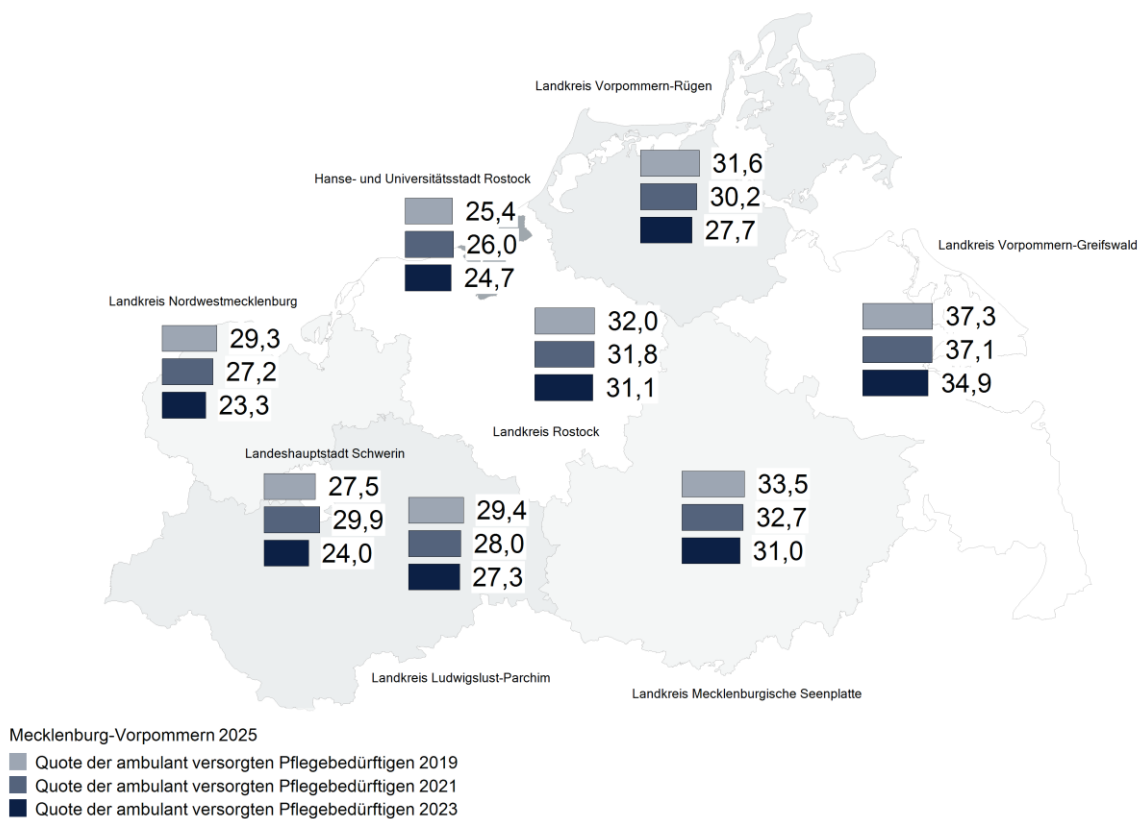


Abb. 17: Anteile der ambulant betreuten Pflegebedürftigen 2019 bis 2023

Für die stationär versorgten Pflegebedürftigen werden drei verschiedene Gruppen in der Pflegestatistik ausgewiesen: Die teilstationäre Pflege, Personen in vollstationärer Kurzzeitpflege und die Personen in vollstationärer Dauerpflege.

Für die Darlegung und Berechnung der Kennzahlen (u. a. der Heimversorgungsquote) wurden die Daten der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege zusammen als Grundlage genommen.

Bezogen auf Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege ist im landesweiten Durchschnitt ein Rückgang um ca. 0,8 Prozent zu verzeichnen, wobei auch hier erkennbare regionale Unterschiede vorliegen. So kann beispielsweise seit 2017 ein Rückgang in den Landkreisen Vorpommern-Greifswald (8,7 Prozent), Ludwigslust-Parchim (7,1 Prozent) sowie Vorpommern-Rügen (6,4 Prozent) festgestellt werden, wohingegen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (8,6 Prozent) und in der Landeshauptstadt Schwerin (15,7 Prozent) ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen ist. Eine geringe Zunahme zeigt sich auch in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock (2,3 Prozent). Im Landkreis Nordwestmecklenburg hat keine nennenswerte Veränderung stattgefunden.

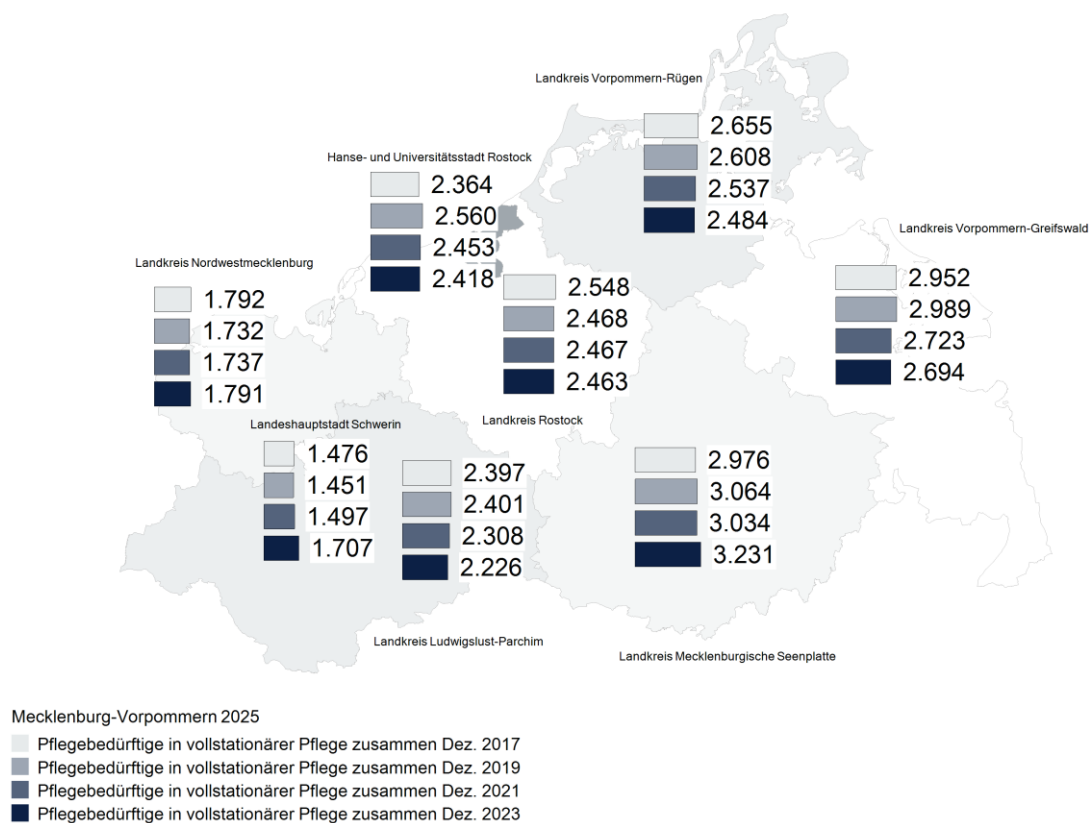


Abb. 18: Entwicklung Leistungsempfängerinnen und -empfänger vollstationär 2017 bis 2023

Wie bei der ambulanten Versorgung sinken auch bei der vollstationären Versorgung die Quoten der betreuten Pflegebedürftigen gemessen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen insgesamt (Heimversorgungsquote).

Ein Rückgang der Heimversorgungsquote ist hierbei auch in den drei Regionalräumen zu verzeichnen, in denen die Anzahl der in Pflegeheimen versorgten Menschen insgesamt anstieg (Landeshauptstadt Schwerin, Hanse- und Universitätsstadt Rostock, Landkreis Mecklenburgische Seenplatte).

Nachfolgend werden die Entwicklungen der Heimversorgungsquote in der regionalen Ausprägung für die Jahre 2019 bis 2023 ausgewiesen.

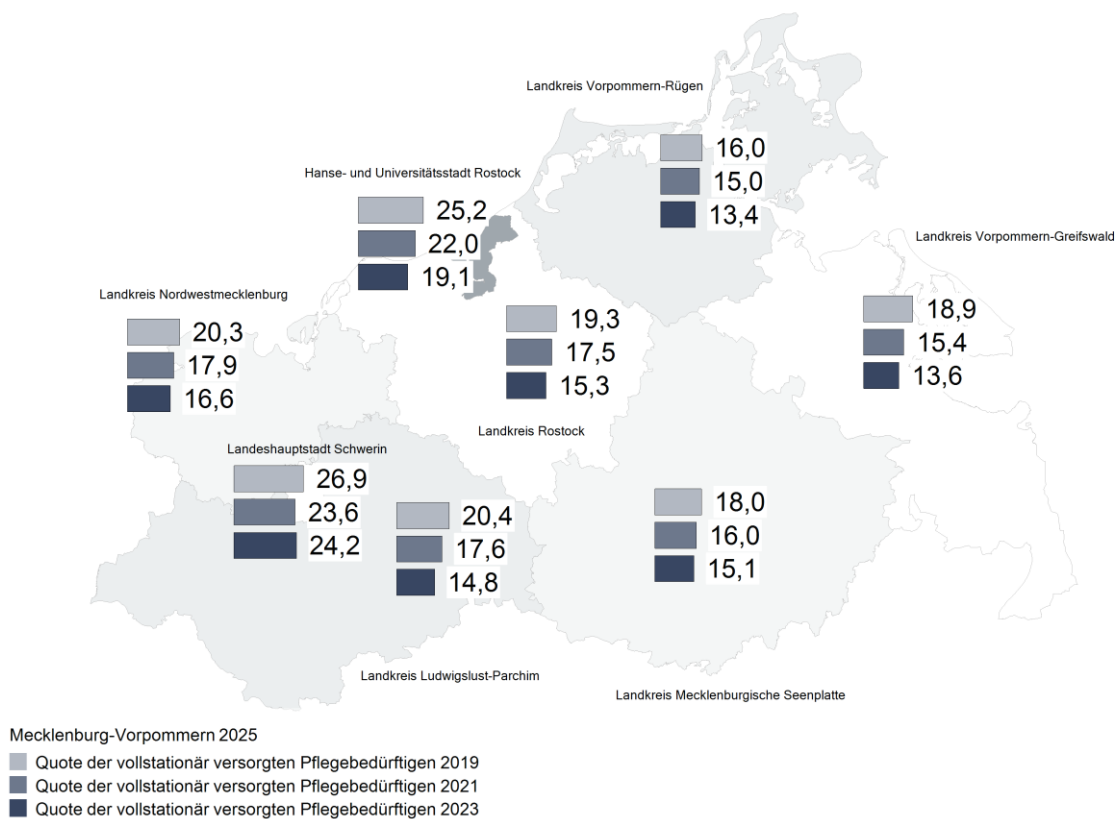


Abb. 19: Anteile der in vollstationärer Dauerpflege betreuten Pflegebedürftigen 2019 bis 2023

Wie Eingangs beschrieben ist die größte Entwicklungsdynamik bei den Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern zu verzeichnen: sowohl im landesweiten Durchschnitt wie auch regional ist eine deutliche Zunahme dieses Personenkreises gegeben.

So ist seit 2017 die Anzahl um 21.772 Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger gestiegen, was einer prozentualen Zunahme um 47,9 Prozent entspricht.

Regional betrachtet reicht die prozentuale Zunahme von 30,9 Prozent im Landkreis Vorpommern-Rügen bis zu 63,6 Prozent im Landkreis Vorpommern-Greifswald, in dem auch absolut die größte Zunahme von 3.967 Personen stattgefunden hat. In der Landeshauptstadt Schwerin und der Hanse- und Universitätsstadt Rostock wurde ein Zuwachs von 48,4 Prozent bzw. 47,1 Prozent verzeichnet.

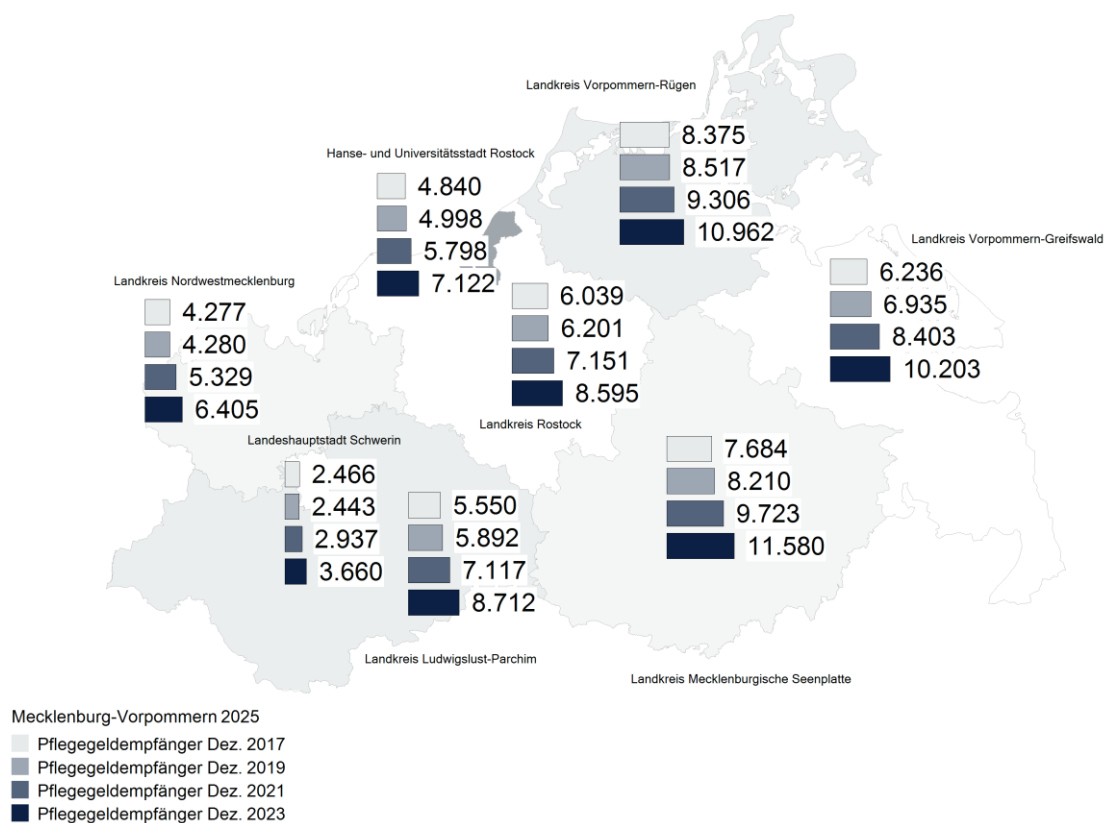


Abb. 20: Entwicklung Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger 2017 bis 2023

Diese bedeutsame Zunahme der Pflegebedürftigen spiegelt sich auch in den relativen Anteilen der Versorgung wider. Lagen in einzelnen Landkreisen und in den beiden kreisfreien Städten, der Landeshauptstadt Schwerin und der Hanse- und Universitätsstadt Rostock die Anteile der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger im Jahr 2019 noch unter 50 Prozent, so sind sie in den vergangenen Jahren überall die Hauptversorgungsform mit den größten relativen Anteilen geworden. In den Landkreisen Nordwestmecklenburg und Vorpommern-Rügen wurden in 2023 Anteile von fast 60 Prozent erreicht.

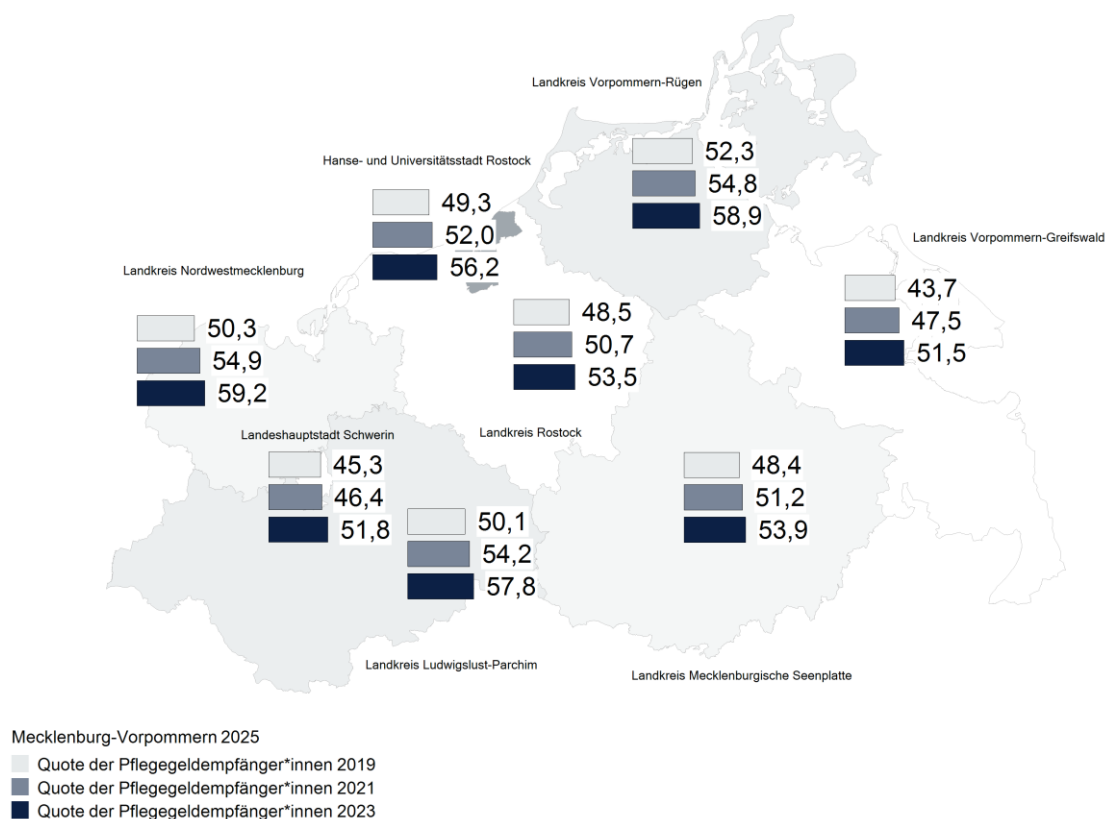


Abb. 21: Anteile der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger 2019 bis 2023

1.3 Kreisprofile

Der Personalbedarf in der Langzeitpflege verdient eine besondere Betrachtung. Die Aufgaben der Langzeitpflege werden in Deutschland nach wie vor als Aufgabe der Familie verstanden (Klie 2021b). Entsprechend dominant ist die überwiegend allein familiär übernommene Verantwortung für die Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Die Pflegestatistik 2023 für Mecklenburg-Vorpommern zeigt, dass 55 Prozent der pflegebedürftigen Personen, die den Pflegegrad 2 und höher erreichen und somit potenziell professionelle Pflege- und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen könnten, keine Inanspruchnahme solcher Leistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung aufweisen. Insbesondere die Inanspruchnahme vollstationärer Pflege und ambulanter Dienste variiert in Mecklenburg-Vorpommern zwischen den Regionen, wenngleich etwas weniger stark als in anderen Ländern. In jedem Fall lässt sich der Bedarf an Pflegepersonal in der Langzeitpflege auf regionaler Ebene nicht einheitlich bestimmen. Das gilt für die aktuelle Situation und wird auch in Zukunft so bleiben. Der zukünftige Pflegepersonalbedarf wird maßgeblich von der Verteilung der Pflegearrangements abhängen.

Zunächst werden im Folgenden vertiefte regionale Analysen zu relevanten Faktoren des Personalbedarfs in der Langzeitpflege in Mecklenburg-Vorpommern vorgestellt. Diese verweisen auf regionale Profile der Langzeitpflege, die für die kreisfreien Städte und Landkreise erstellt wurden und am Ende dieses Kapitels aufgeführt sind.

1.3.1 Regional aufbereitete für die kreisfreien Städte und Landkreise

Um möglichst präzise kleinräumige Strukturdaten für die Langzeitpflege aufzubereiten, wurden für die sechs Landkreise und zwei kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern gesonderte

Auswertungen erstellt. Diese Regionen werden im Folgenden auch als „Regionen“ bezeichnet. Diese Auswertungen wurden in entsprechende Kurzprofile pro Region überführt, die am Ende des Berichts aufgeführt sind. Es handelt sich dabei um Profile mit Kurzcharakteristika zu folgenden Themen:

- Basisdaten und vergleichende Kennziffern zur Langzeitpflege
- Die zukünftige demografische Entwicklung
- Daten zum beruflichen und informellen Pflegeaufwand

Die Profile bieten eine einheitliche grafische und auf vergleichbaren Kennziffern ausgerichtete Darstellung, damit die grundlegenden Charakteristika in der Langzeitpflege pro Region schnell erfassbar sind und mit anderen Regionen verglichen werden können. Für alle zentralen Kennziffern sind zudem die Vergleichswerte im landesweiten Schnitt im roten Kästchen neben dem Landeswappen angefügt:



Abb. 22: Erläuterung zur Darstellung des Landesschnitts in den Kreisprofilen

Die Daten basieren – soweit nicht anders angegeben – auf der Pflegestatistik 2023 und der amtlichen Statistik zu Jahresende 2023 (Bevölkerungsstand etc.). Im Folgenden werden die drei Bereiche der Kreisprofile inhaltlich erläutert und überblicksartig dargestellt.

1.3.2 Basisdaten zur Langzeitpflege in den Regionen

Zunächst wurden die Bevölkerungszahl, die Zahl der Pflegebedürftigen sowie die daraus errechnete Pflegequote in Prozent als grundlegende Basisdaten für das Jahr 2023 dargestellt. Zudem wird nachrichtlich ausgewiesen, wie hoch der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 in der jeweiligen Region ausfällt (Abb. 23). Dabei wurden die Angaben zur Bevölkerung auf 100er und die Anzahl der Pflegebedürftigen auf volle 10er gerundet. Damit soll verdeutlicht werden, dass es sich bei diesen Zahlen letztlich immer nur um Annäherungen an die Wirklichkeit handelt.

Durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Jahr 2017 stieg der Anteil der Anspruchsberechtigten von Leistungen der Pflegeversicherung deutlich an, da mit dem neu eingeführten Pflegegrad 1 auch Personen mit einer „geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ erstmals potenziell leistungsberechtigt wurden. In Mecklenburg-Vorpommern nahmen im Jahr 2023 etwa 13 Prozent der Personen im Pflegegrad 1 Leistungen der stationären oder ambulanten Pflege in Anspruch. Die Anteile variierten je nach Region nur geringfügig zwischen 12,6 Prozent im Landkreis Vorpommern-Greifswald und 13,8 Prozent im Landkreis Ludwigslust-Parchim. Es zeigt, dass ein Großteil der Personen im Pflegegrad 1 keine regelmäßigen, sondern allenfalls den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 € pro Monat oder punktuelle Leistungen, in Anspruch nimmt. Die wenigen Einzelfälle, in denen Personen mit Pflegegrad 1 Einrichtungen der Tagespflege nutzen (in Mecklenburg-Vorpommern: 53 Personen im Jahr 2023), sind statistisch zu vernachlässigen.

Wichtig: Vor diesem Hintergrund wurde die Gruppe derjenigen mit Pflegegrad 1 in den Kreisprofilen lediglich nachrichtlich ausgewiesen und findet Berücksichtigung in der Pflegequote. Alle weiteren Betrachtungen beziehen sich ausschließlich auf Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5. Damit weichen die folgenden Zahlen von vielen üblichen Darstellungen ab. Dieses Vorgehen erscheint den Gutachtern allerdings zur Darstellung des Leistungsgeschehens in der Pflege deutlich präziser, da Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in den dargestellten Bereichen nicht leistungsrelevant sind und die dargestellten Zahlen verzerren.

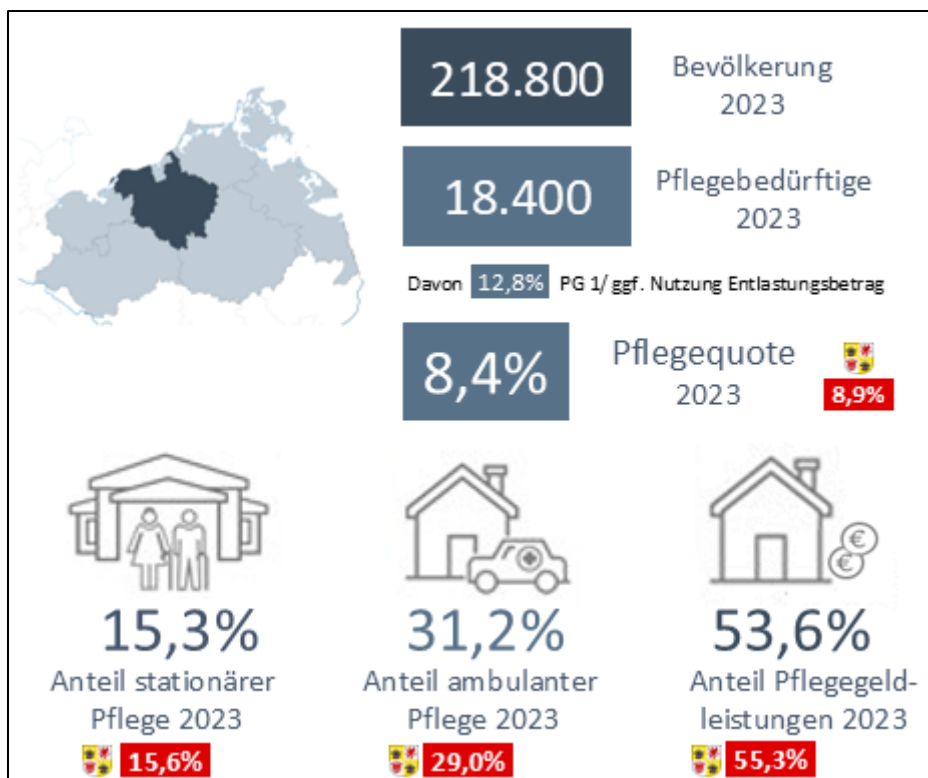


Abb. 23: Basisdaten – Teil 1. Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (Landkreis Rostock)
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023.

Im Jahr 2023 lag die Pflegequote in Mecklenburg-Vorpommern bei 8,9 Prozent der Bevölkerung – 2021 waren es noch 7,6 Prozent. Auch im Vergleich zu den Pflegestatistiken von 2017 bis 2021 ist ein deutlicher Anstieg der pflegebedürftigen Personen zu verzeichnen. Allerdings gibt es regionale Unterschiede. Unterdurchschnittliche Pflegequoten sind in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock mit 7,1 Prozent und im Landkreis Nordwestmecklenburg mit 8,0 Prozent zu finden. Besonders hohe Pflegequoten von rund 10 Prozent weisen die östlichen Landkreise Mecklenburgische Seenplatte, Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen auf. Im Landkreis Ludwigslust-Parchim (8,3 Prozent) und dem Landkreis Rostock (8,4 Prozent) sowie der Landeshauptstadt Schwerin (8,3 Prozent) liegen die Pflegequoten leicht unterdurchschnittlich. Diese unterschiedlichen Werte wirken sich auf den regionalen Bedarf an Pflegekräften aus, da dieser sich an der Pflegequote orientiert. Die folgende Tabelle zeigt die Werte der acht Regionen im Vergleich.

REGIONEN	PFLEGEQUOTE IN PROZENT
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	7,1%
Landkreis Nordwestmecklenburg	8,0%
Landeshauptstadt Schwerin	8,3%
Landkreis Ludwigslust-Parchim	8,3%
Landkreis Rostock	8,4%
Landkreis Vorpommern-Rügen	9,9%
Landkreis Vorpommern-Greifswald	10,0%
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	10,0%
Ø Mecklenburg-Vorpommern	8,9%

*Tab. 4: Pflegequoten der Regionen in Mecklenburg-Vorpommern bezogen auf die Gesamtbevölkerung
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023.*

Eine weitere relevante Kennzahl der regionalen Pflegestruktur ist der Anteil der jeweiligen Leistungsart. Unterteilt in die drei zentralen Leistungsbereiche:

- Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden
- Anteil der Pflegebedürftigen, die (u. a.) durch ambulante Pflegedienste versorgt werden
- Anteil der Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen und damit eigenständig die Versorgung organisieren

In der Darstellung der Kreisprofile ergeben die Anteile 100 Prozent, da Personen ohne „klassischen“ Leistungsbezug (d. h. Personen mit Pflegegrad 1) wie oben beschrieben nicht einbezogen wurden.

Die Anteile der professionellen Pflege variieren in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Der Unterschied zwischen der Region mit den höchsten und der Region mit den niedrigsten Anteilen beträgt jeweils etwa 11 Prozentpunkte. In Tab. 5 sind die kreisfreien Städte und Landkreise mit ihren Anteilen pro Leistungsbereich ausgewiesen – hervorgehoben wurden die zwei bis drei Regionen mit den höchsten und niedrigsten Ausprägungen je Versorgungsart.

REGIONEN	STATIONÄRE PFLEGE (%)	AMBULANTE PFLEGE (%)	PFLEGEGELD (%)
Landkreis Rostock	15,3%	31,2%	53,6%
Landkreis Ludwigslust-Parchim	14,8%	27,2%	57,9%
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	15,1%	31,0%	54,0%
Landkreis Nordwestmecklenburg	16,5%	24,3%	59,2%
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	19,1%	24,7%	56,2%
Landeshauptstadt Schwerin	24,2%	24,0%	51,8%
Landkreis Vorpommern-Greifswald	13,6%	35,0%	51,5%
Landkreis Vorpommern-Rügen	13,3%	27,7%	58,9%
Ø Mecklenburg-Vorpommern	15,6%	29,0%	55,3%

Tab. 5: Anteile der Versorgungsarten in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns (ohne PG 1)
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023.

Die höchsten Anteile an Personen in der stationären Pflege finden sich in den zwei kreisfreien Städten: In der Landeshauptstadt Schwerin mit 24,2 Prozent - deutlich vor der Hanse- und Universitätsstadt Rostock mit 19,1 Prozent. Es wird angenommen, dass die kreisfreien Städte auch stationäre Versorgungsfunktionen für das Umland mit übernehmen und sich damit der hohe stationäre Anteil teilweise erklären lässt. Der geringste Anteil an Personen in der stationären Versorgung liegt mit knapp über 13 Prozent der Pflegebedürftigen (ab Pflegegrad 2) im Landkreis Vorpommern-Greifswald und Landkreis Vorpommern-Rügen.

Auch im Bereich der ambulanten Pflege zeigen sich starke regionale Unterschiede. In den kreisfreien Städten und im Landkreis Nordwestmecklenburg wurden ca. 24 Prozent der Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste versorgt, während es im Landkreis Vorpommern-Greifswald 35 Prozent waren.

Einen so großen Unterschied gibt es nicht beim Pflegegeldbezug. Rund sieben Prozentpunkte liegen zwischen den Landkreisen Nordwestmecklenburg und Vorpommern Rügen (beide ca. 59%) und dem Landkreis Vorpommern-Greifswald und der Landeshauptstadt Schwerin (jeweils knapp unter 52%). Die Regionen mit hohem Pflegegeldbezug, weisen im Umkehrschluss die niedrigsten Versorgungsanteile durch professionelle Akteure auf – ein tendenziell „typisches“ Inanspruchnahmeverhalten in eher ländlich geprägten Regionen.

Drei weitere Kennziffern verdeutlichen die regionalen Unterschiede in den Pflegestrukturen: Die Nutzungsquote teilstationärer Angebote, die Pflegequote in der Altersgruppe 80+ sowie die Anteile von Menschen mit hohem Pflegegrad in den drei Versorgungsarten (Abb. 24).

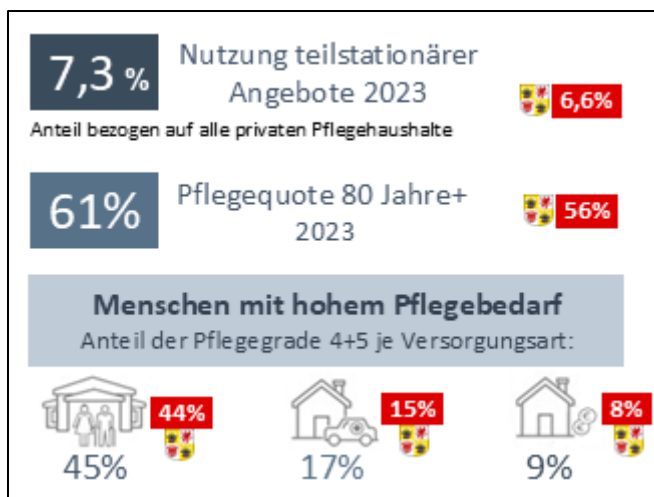


Abb. 24: Basisdaten – Teil 2. Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (Landkreis Mecklenburgische Seenplatte)
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023.

Für pflegende Angehörige sind teilstationäre Angebote eine wichtige Entlastungsmöglichkeit, um die Pflege zu Hause zu ermöglichen. Vor allem alleinlebende Pflegebedürftige, Menschen mit Demenz und hohem Pflegegrad werden durch das teilstationäre Angebot, das meist in Form von Tagespflege erfolgt, unterstützt und die häusliche Pflege stabilisiert. In Mecklenburg-Vorpommern nehmen durchschnittlich 6,6 Prozent der Pflegebedürftigen eine teilstationäre Versorgung in Anspruch. Eine hohe Nutzung (7 - 8 Prozent) findet sich in den Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte, Ludwigslust-Parchim und Rostock. Im Vergleich dazu nehmen im Landkreis Nordwestmecklenburg nur etwas mehr als die Hälfte der des Landesschnitts ein teilstationäres Angebot in Anspruch. Die folgende Tabelle listet die Quote der teilstationären Nutzung in den Regionen auf.

REGIONEN	NUTZUNG TEILSTATIONÄRER ANGEBOTE IN PROZENT
Landkreis Nordwestmecklenburg	3,8%
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	5,8%
Landkreis Vorpommern-Rügen	6,3%
Landeshauptstadt Schwerin	6,5%
Landkreis Vorpommern-Greifswald	6,5%
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	7,3%
Landkreis Rostock	7,8%
Landkreis Ludwigslust-Parchim	7,9%
Mecklenburg-Vorpommern	6,6%

Tab. 6: Anteile teilstationärer Pflege nach Regionen, bezogen auf alle privaten Pflegehaushalte
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023.

Die landesweiten Unterschiede bei den allgemeinen Pflegequoten können zu einem großen Teil auf die demografische Zusammensetzung der jeweiligen Regionen zurückgeführt werden. Auch

innerhalb vergleichbarer Gruppen zeigen sich in Mecklenburg-Vorpommern hohe Varianzen zwischen den Regionen. Die Pflegequote in der Altersgruppe 80+ weist beispielsweise je nach Region eine hohe Spannweite auf und liegt zwischen 42 und 64 Prozent. In den kreisfreien Städten liegen in dieser Altersgruppe eher niedrige Pflegequoten von 42 bis 50 Prozent vor. In den zwei Landkreisen im Osten, Mecklenburgische Seenplatte und Vorpommern-Greifswald liegt die Pflegequote 80+ hingegen über 60 Prozent. In diesen Regionen beziehen also fast zwei Drittel aller Hochaltrigen Leistungen der Pflegeversicherung. Dies korreliert mit der allgemein hohen Pflegequote der beiden Landkreise von 10 Prozent. Die folgende Tabelle listet die Pflegequoten 80+ in den Regionen auf.

REGIONEN	PFLEGEQUOTE IN DER ALTERSGRUPPE 80+ IN PROZENT
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	42%
Landeshauptstadt Schwerin	50%
Landkreis Nordwestmecklenburg	56%
Landkreis Rostock	58%
Landkreis Ludwigslust-Parchim	58%
Landkreis Vorpommern-Rügen	59%
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	61%
Landkreis Vorpommern-Greifswald	64%
Mecklenburg-Vorpommern	56%

Tab. 7: Pflegequoten Altersgruppe 80+ in den Regionen in M-V, bezogen auf die Bevölkerung 80+
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 (schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit) und Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung) stellen besondere Herausforderungen an das Versorgungssetting. Vor allem in der häuslichen Pflege bedarf es hier einen intensiven Einsatz der pflegenden Angehörigen und der involvierten ambulanten Dienste. Bei diesem hohen Pflegebedarf sind häufig auch osteuropäische Live-In-Kräfte Teil des häuslichen Versorgungssettings. Wenn die ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist, wechseln Menschen mit den Pflegegraden 4 und 5 oft in eine stationäre Einrichtung. Entsprechend hoch ist der Anteil Schwerstpfegebedürftiger in Pflegeheimen. Die regionalen Unterschiede stark Pflegebedürftiger pro Versorgungssetting sind nicht so stark, wie die der anderen Kennziffern. Dennoch bestehen Unterschiede, die Hinweise auf die Angebotslagen und Bedarfe geben können. Rund 8 Prozent der Pflegebedürftigen im Pflegegrad 4 und 5 bezogen im Jahr 2023 in Mecklenburg-Vorpommern Pflegegeld. In dieser Versorgungsart ist so gut wie keine Varianz zu beobachten. Die Quoten liegen alle maximal einen Prozentpunkt vom Landesdurchschnitt entfernt.

Etwa 15 Prozent der Pflegebedürftigen im hohen Pflegegrad befanden sich im häuslichen Setting. Regional variieren die Werte zwischen 10 Prozent in der Landeshauptstadt Schwerin und beispielsweise 18 Prozent im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Der hohe Wert könnte auch ein Hinweis auf fehlende stationäre Kapazitäten in der Region sein.

In der stationären Pflege sind es erwartbare 44 Prozent der Pflegebedürftigen Personen mit einem Pflegegrad 4 oder 5. Gering fällt der Anteil in der Landeshauptstadt Schwerin (36%) aus und im Landkreis Nordwestmecklenburg (40%). Im Landkreis Vorpommern-Rügen leben anteilig am meisten schwer Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen (49% alle stationär Versorgten).

Es fällt auf, dass Schwerin sowohl stationär als auch ambulant unterdurchschnittlich wenige Pflegebedürftige in den hohen Pflegegraden aufweist. Im Sinne einer zielgerichteten Versorgung empfiehlt es sich, die Gründe für diese Diskrepanz in professionellen Settings zu ermitteln.

Die folgende Tabelle weist die Daten für alle Regionen aus und hebt Extremwerte hervor.

REGIONEN	STATIONÄRE PFLEGE (%)	AMBULANTE PFLEGE (%)	PFLEGEGELD (%)
Hanses- und Universitätsstadt Rostock	45%	15%	8%
Landeshauptstadt Schwerin	36%	10%	7%
Landkreis Rostock	44%	12%	9%
Landkreis Ludwigslust-Parchim	42%	11%	8%
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	45%	17%	9%
Landkreis Nordwestmecklenburg	40%	12%	7%
Landkreis Vorpommern-Greifswald	46%	18%	8%
Landkreis Vorpommern-Rügen	49%	18%	8%
Ø Mecklenburg-Vorpommern	44%	15%	8%

Tab. 8: Anteil PG 4+5 je Versorgungsart in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023.

1.3.3 Formelle und informelle Pflege in den Regionen

Im Folgenden wird der regionale Versorgungsmix aus formeller und informeller Pflege vertieft. Er hat einen großen Einfluss darauf, wer vor Ort in welchem Umfang Sorge- und Pflegearbeit leistet. Für den Bereich der beruflich Pflegenden wurde auf Grundlage der Pflegestatistik 2023 der regionale Personalfaktor pro 100 pflegebedürftige Personen berechnet. Dieser umfasst das notwendige Personal in den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft (d. h. ohne Verwaltungspersonal etc.) und ist abhängig vom regionalen Versorgungsmix. Grundlage der Berechnung ist die Tatsache, dass in Mecklenburg-Vorpommern laut Pflegestatistik 2023 landesweit in der stationären Pflege pro pflegebedürftiger Person ein Personaleinsatz in Höhe von 0,61 Beschäftigten aus den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft erfolgte.²⁸ In der ambulanten Pflege beträgt dieser Faktor 0,32 pro zu versorgender Person.²⁹ Es gilt zu beachten, dass die genannten Anteile aufgrund unzureichender Daten in der Pflegestatistik nicht als Vollzeit-Äquivalente zur exakten Berechnung der Verteilung der tatsächlichen Stellenanteile der Beschäftigten geeignet sind, sondern sich auf alle beschäftigten Personen beziehen.

Je nach regionalem Anteil an ambulanter, stationärer Pflege und Pflegegeldbezug zeigen sich sehr unterschiedliche Personalfaktoren in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Der Personalfaktor in Mecklenburg-Vorpommern beträgt 20,1, d. h., dass pro 100 Pflegebedürftige 20,1 Personen

²⁸ Pflegestatistik 2023, eigene Berechnungen.

²⁹ Pflegestatistik 2023, eigene Berechnungen.

in der Pflege (15,0 Beschäftigte), Betreuung (1,6 Beschäftigte) und Hauswirtschaft (3,5 Beschäftigte) arbeiten. Die niedrigsten Personalfaktoren weisen die Landkreise Ludwigslust-Parchim, Vorpommern-Rügen und Rostock mit etwas über 17 Beschäftigten pro 100 Pflegebedürftigen auf. In der Mecklenburgischen Seenplatte (22,7) und in der Landeshauptstadt Schwerin (23,8) sind hingegen aufgrund der Verteilung der Pflegesettings rein rechnerisch die höchsten Personalbedarfe pro 100 Pflegebedürftige zu verzeichnen.

REGIONEN	GESAMT	DAVON: PFLEGE	DAVON: BE- TREUUNG	DAVON: HAUS- WIRTSCHAFT
Landkreis Ludwigslust-Parchim	17,6	13,1	1,4	3,0
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	22,7	17,2	1,7	3,8
Landkreis Nordwestmecklenburg	19,6	14,4	1,8	3,5
Landkreis Rostock	17,2	12,8	1,4	3,0
Landeshauptstadt Schwerin	23,8	17,3	2,3	4,3
Landkreis Vorpommern-Greifswald	21,1	16,2	1,5	3,5
Landkreis Vorpommern-Rügen	17,3	13,1	1,3	2,9
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	21,4	15,9	1,8	3,7
Ø Mecklenburg-Vorpommern	20,1	15,0	1,6	3,5

Tab. 9: Personalfaktoren 2023 in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns (Personal pro 100 Pflegebedürftige)
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023.

Auf Basis des regionalen Personalfaktors wurde zudem errechnet, wie hoch ungefähr die wöchentliche Arbeitszeit aller beruflich Pflegenden je Region ausfällt.³⁰ Gleiches wurde approximativ für die informell Pflegenden durchgeführt. Dazu wurden in einer einfachen Modellrechnung erhobene Werte aus entsprechenden Studien zur Sorge- und Pflegearbeit von Angehörigen verwendet.³¹ Die jeweils ermittelten Werte dienen lediglich einer groben Gegenüberstellung der wöchentlich geleisteten Pflege- und Sorgearbeit zwischen beruflich Pflegenden einerseits und pflegenden Angehörigen andererseits. Sie veranschaulichen das für die Betroffenen, aber auch für das Pflegesystem insgesamt bedeutsame und häufig wenig gewürdigte Engagement von Angehörigen, Nachbarinnen und Nachbarn oder Bekannten.

³⁰ Diese Berechnung stellt lediglich eine grobe Schätzung auf Basis der verfügbaren Daten der Pflegestatistik 2023 zum regionalen Versorgungsmix, zur Anzahl an Beschäftigten und verfügbaren Vollzeitäquivalenten in ambulanter und stationärer Pflege dar. Letztere können aufgrund ungenauer Angaben in der Pflegestatistik nur geschätzt werden. Abgezogen wurde zudem ein üblicher Overhead von 20% (Urlaub, Krankheit, Fortbildungen etc.), um eine realistische Nettoarbeitszeit zu erhalten. Nicht einbezogen werden konnten Überstunden o. ä.

³¹ Die Einstufung nach ländlichen und städtischen Regionen erfolgt entlang der Einstufung des BBSR in der Raumbearbeitung. Für die städtischen Regionen wurden 13 Stunden/ Woche, für ländliche Regionen 45 Stunden/ Woche angelegt. Vgl. hierzu z. B. Blinkert und Klie 2006, S. 205 oder aktueller: Räker et al. 2020, S. 80.

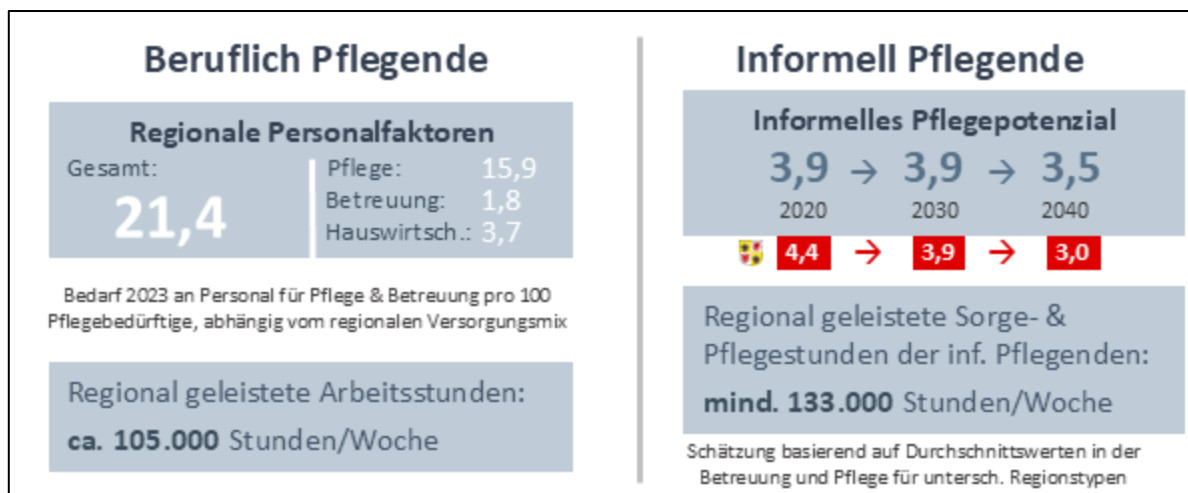


Abb. 25: Beruflich und informell Pflegende – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (Hanse- und Universitätsstadt Rostock)

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik 2023, der 5. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes M-V und Studien zum Zeitaufwand in der Pflege (vgl. Fußnote 31).

Das hohe Engagement pflegender Angehöriger im privaten Umfeld ist enorm: Immerhin sind sie maßgeblich an der Pflege und Betreuung von über 80 Prozent der Pflegebedürftigen beteiligt – in mehr als der Hälfte der Pflegehaushalte ohne jede professionelle Hilfe. Mit Sicherheit wird dieses Engagement in den kommenden Jahren immer mehr an seine Grenzen stoßen. Angesichts des demografischen und sozialen Wandels ist fraglich, ob Angehörige auch in Zukunft die Pflege in gleichem Umfang übernehmen werden. In diesem Zusammenhang stellt das sogenannte „informelle Pflegepotenzial“ einen Gradmesser für den Faktor Demografie dar. Es ist ein Wert, der das Potenzial familiärer Angehörigenpflege beschreibt und insbesondere als Kennziffer im Zeitverlauf von Bedeutung ist. Der Indikator drückt aus, wie viele Personen im Alter von 30 bis 69 Jahren potenziell einer Person im Alter von 75 Jahren oder älter gegenüberstehen, die potenziell pflegebedürftig ist.³² Entsprechend der ausgewerteten 5. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes in Mecklenburg-Vorpommern wird in allen Regionen in Mecklenburg-Vorpommerns das informelle Pflegepotenzial in den kommenden 20 Jahren zurückgehen, allerdings auf unterschiedlichem Niveau und in unterschiedlichem Ausmaß. In ganz Mecklenburg-Vorpommern sinkt das informelle Pflegepotenzial voraussichtlich von 4,4 Personen Ende 2020 auf 3,0 Personen im Jahr 2040 – ein Rückgang von über 30 Prozent. In Mecklenburg-Vorpommern werden also mittelfristig etwa 1,5 Personen weniger zur Verfügung stehen, um häusliche Pflege und Betreuung zu leisten.

In den beiden kreisfreien Städten Rostock und Schwerin sind die Rückgänge beim informellen Pflegepotenzial am geringsten: So lebten beispielsweise im Jahr 2020 in beiden Städten pro Person der Altersgruppe 75+ etwa 3,9 Personen der Altersgruppe 30–69. Dieses Verhältnis wird sich in beiden Regionen voraussichtlich auf 3,1:1 (Schwerin) bzw. 3,5:1 (Rostock) im Jahr 2040 reduzieren. Der Rückgang des informellen Pflegepotenzials fällt in Regionen, die derzeit noch eine sehr „günstige“ Altersverteilung aufweisen, stärker aus. So werden beispielsweise in den Landkreisen Ludwigslust-Parchim, Nordwestmecklenburg und Rostock jeweils knapp zwei Personen weniger in den Altersgruppen 30–69 für die informelle Pflege oder Organisation der Pflege ihrer Eltern zur

³² Selbstverständlich übernehmen auch Jüngere und Ältere Pflegeaufgaben. Aber schätzungsweise 80 Prozent der Pflegenden in Deutschland dürften zwischen 30 und 75 Jahren alt sein (vgl. Herrmann et al. 2022, S. 13).

Verfügung stehen als noch 2023. Für die Planung des zukünftigen regionalen Bedarfs an professionellen Pflegekräften sollte das informelle Pflegepotenzial daher stets in entsprechende Überlegungen einbezogen werden.

REGIONEN	2020	2030	2040
Landkreis Ludwigslust-Parchim	5,0	4,2	3,0
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	4,3	3,7	2,8
Landkreis Nordwestmecklenburg	4,9	4,1	3,0
Landkreis Rostock	4,9	4,1	2,9
Landeshauptstadt Schwerin	3,9	3,7	3,1
Landkreis Vorpommern-Greifswald	4,3	3,7	2,8
Landkreis Vorpommern-Rügen	4,2	3,7	2,8
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	3,9	3,9	3,5
Ø Mecklenburg-Vorpommern	4,4	3,9	3,0

Tab. 10: Informelles Pflegepotential in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der 5. reg. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes M-V.

1.3.4 Demografische Entwicklung in den Regionen

In der demografischen Entwicklung Mecklenburg-Vorpommerns zeichnen sich durch das Älterwerden der Babyboomer-Generation in den kommenden zehn bis zwanzig Jahren besonders deutliche Veränderungen ab. Die fünfte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Mecklenburg-Vorpommern zeigt bis 2040 deutliche Zunahmen insbesondere bei den Hochaltrigen von 75 Jahren und älter.³³ Bis 2040 wird ihr Anteil landesweit um über 100.000 Personen zunehmen. Da in der Altersgruppe 75+ der Anteil der Pflegebedürftigen besonders hoch ausfällt, ist analog mit einem deutlichen Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen.

³³ Verwendet wurden für alle Vorausberechnungen die Variante W2 (Relativ moderate Zuwanderung)

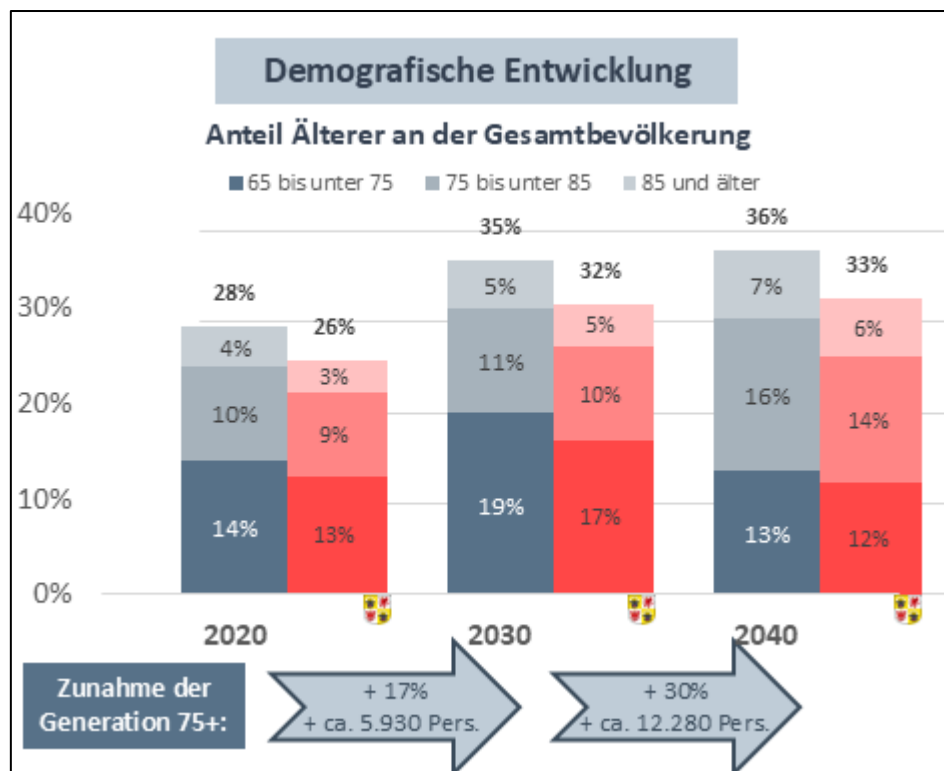
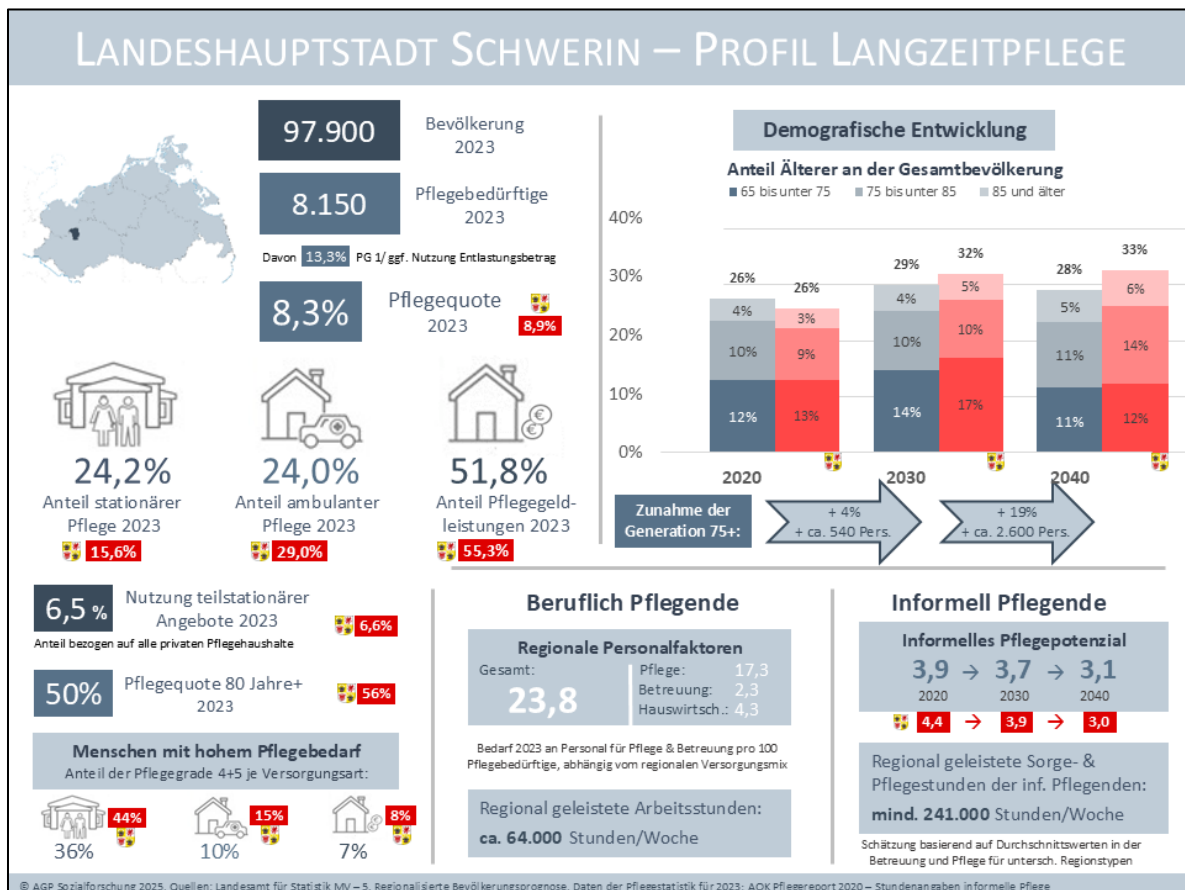
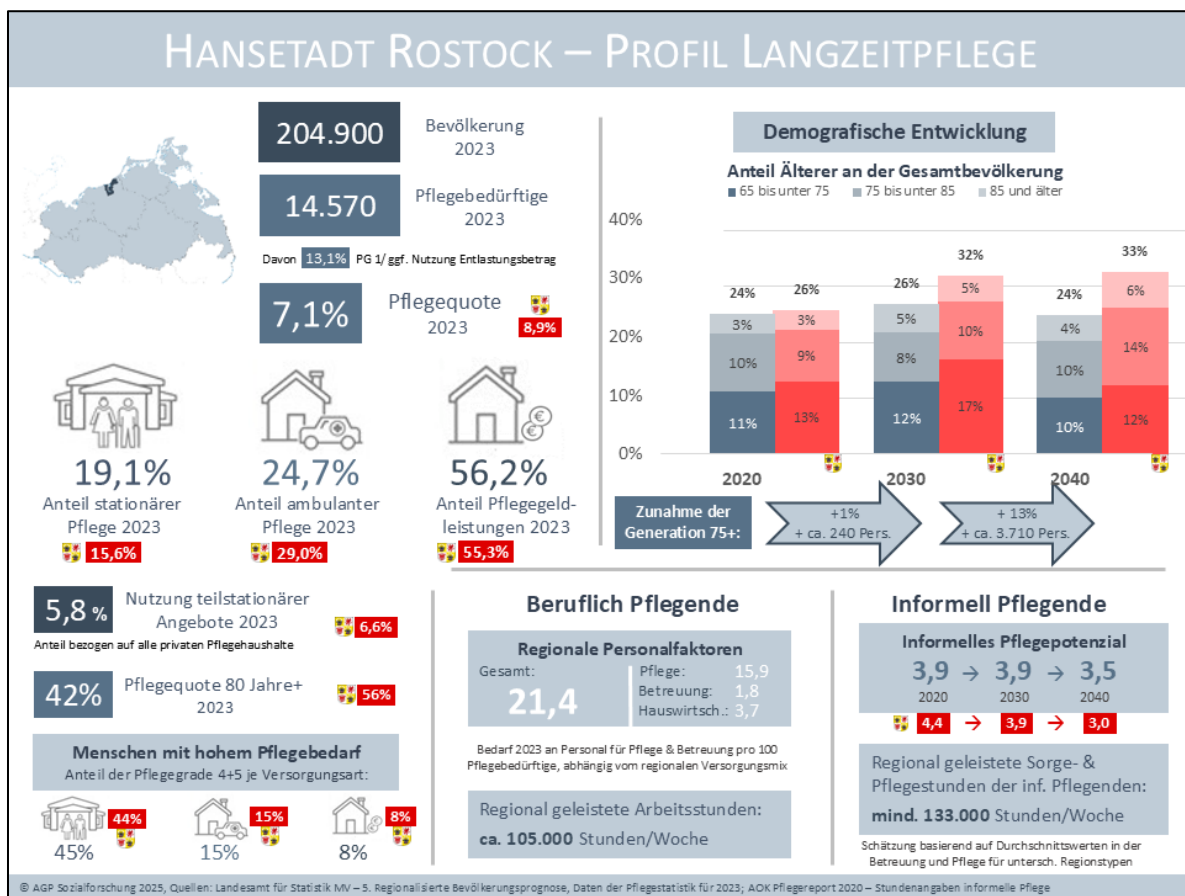


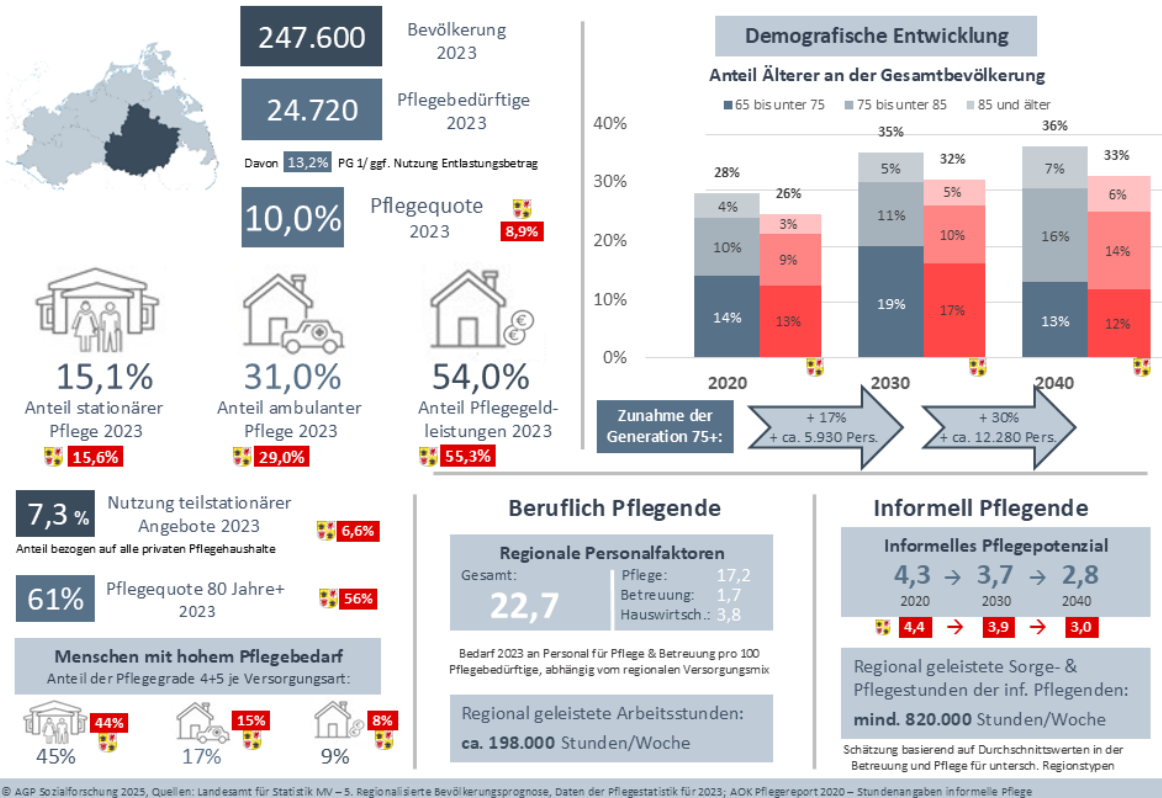
Abb. 26: Bevölkerungsvorausberechnung 2020-2040 – Beispiel Landkreis Mecklenburgische Seenplatte
 Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der 5. reg. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes M-V.

Abb. 26 zeigt beispielhaft das Regionalprofil des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte. Hier wird die demografische Entwicklung vom Jahr 2020 bis 2040 im Vergleich zum Land insgesamt aufgezeigt. Die relative Entwicklung, die sich aus dem demografischen Wandel ergibt, lässt sich aus den Daten gut ablesen. Von besonderem Interesse ist dabei die Entwicklung der Generation 75+ – ggf. im Vergleich zum landesweiten Schnitt. So lässt sich erkennen, inwieweit die demografische Entwicklung in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns in den kommenden Jahren zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führen wird. Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte liegt der Anteil der über 65-Jährigen rund zwei bis drei Prozentpunkte über dem Landeschnitt. Laut Vorausberechnung wird sich der Anteil der Hochaltrigen (75+) von rund 14 Prozent im Jahr 2020 auf 23 Prozent im Jahr 2040 erhöhen. Bis 2030 wird sich die Zahl der Hochaltrigen zunächst um 17 Prozent (ca. 5.930 Personen) und dann nochmals um 30 Prozent (ca. 12.280 Personen) erhöhen.

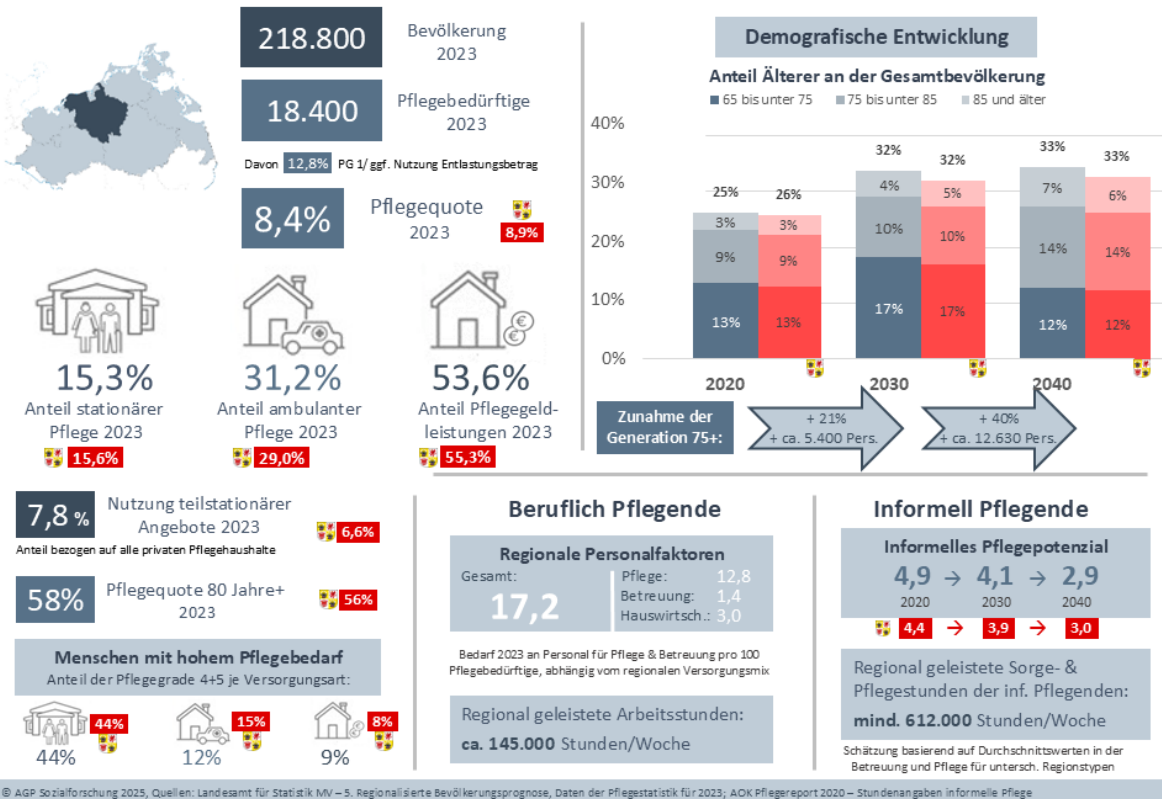
1.3.5 Die acht Kreisprofile



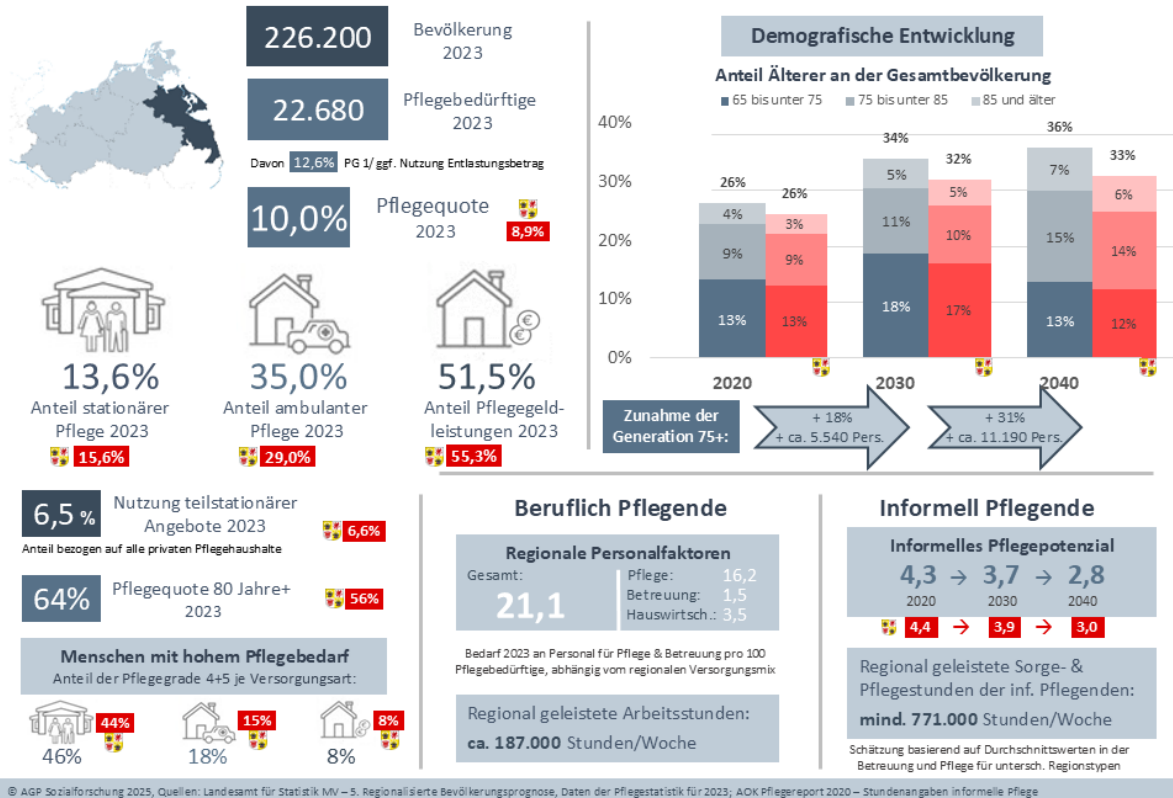
LKR. MECKLENBURGISCHE SEENPLATTE – PROFIL LANGZEITPFLEGE



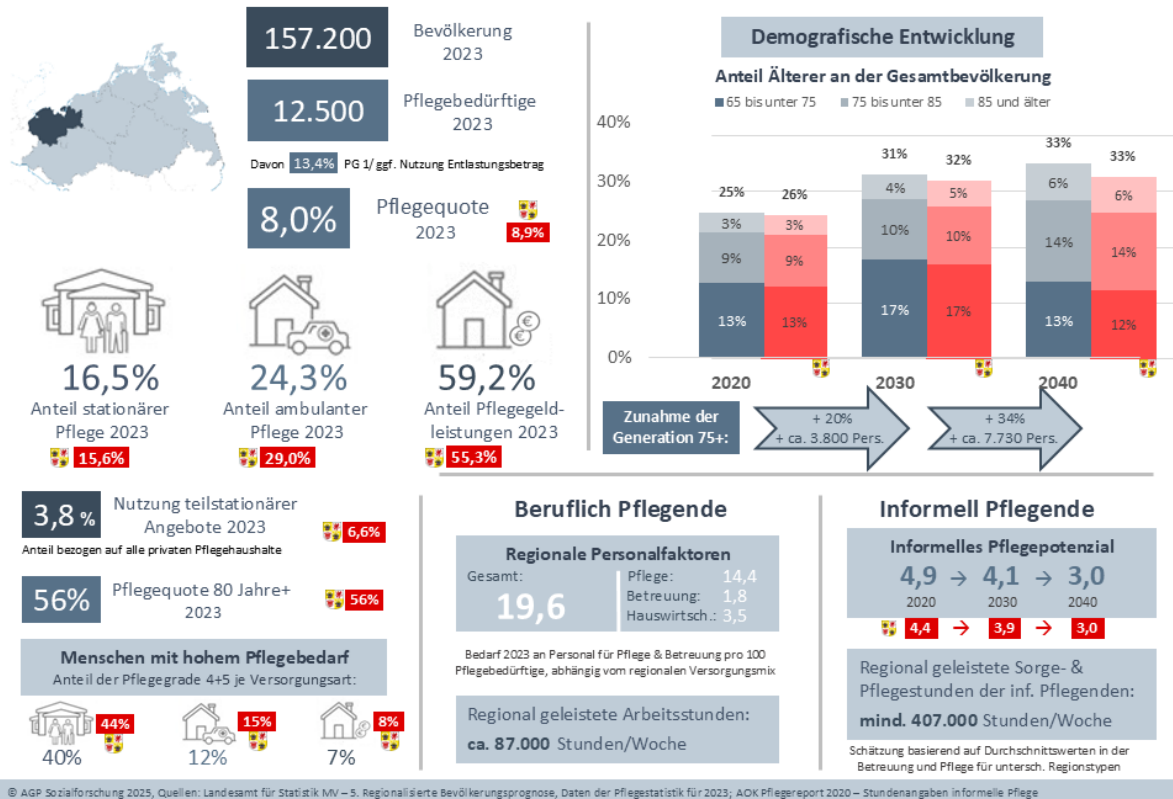
LKR. ROSTOCK – PROFIL LANGZEITPFLEGE



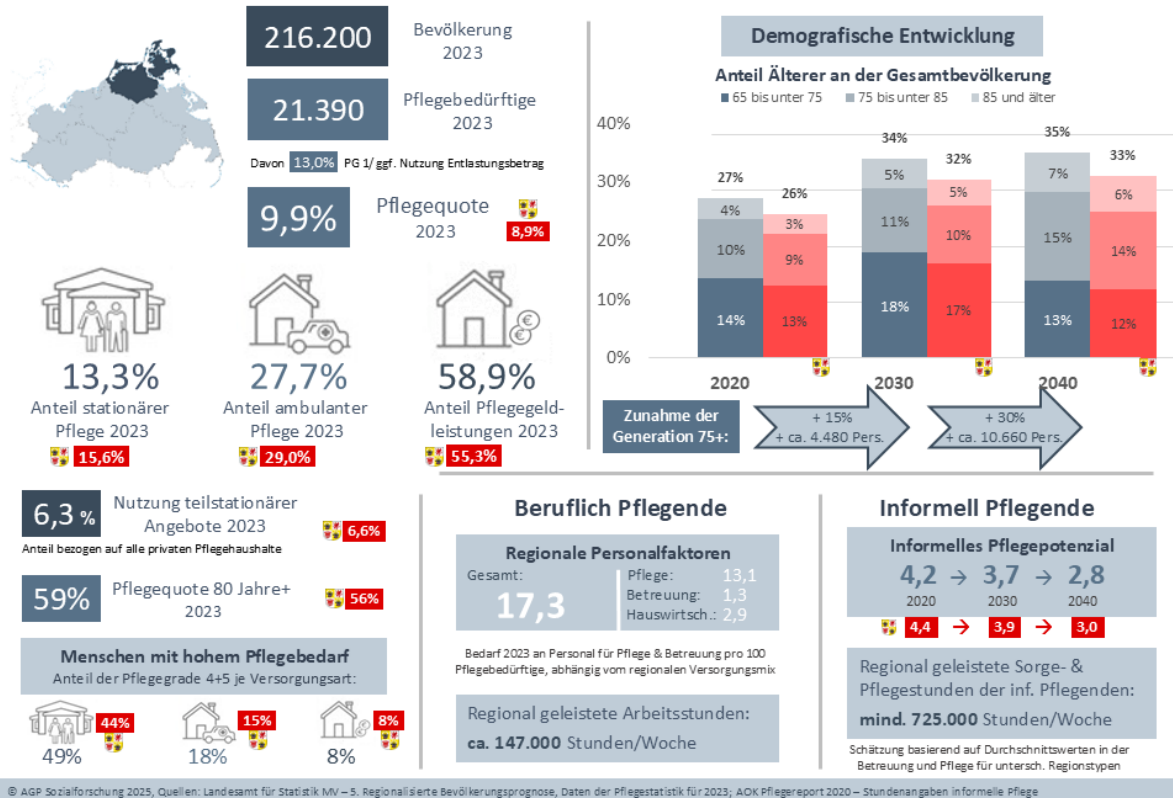
LKR. VORPOMMERN-GREIFSWALD – PROFIL LANGZEITPFLEGE



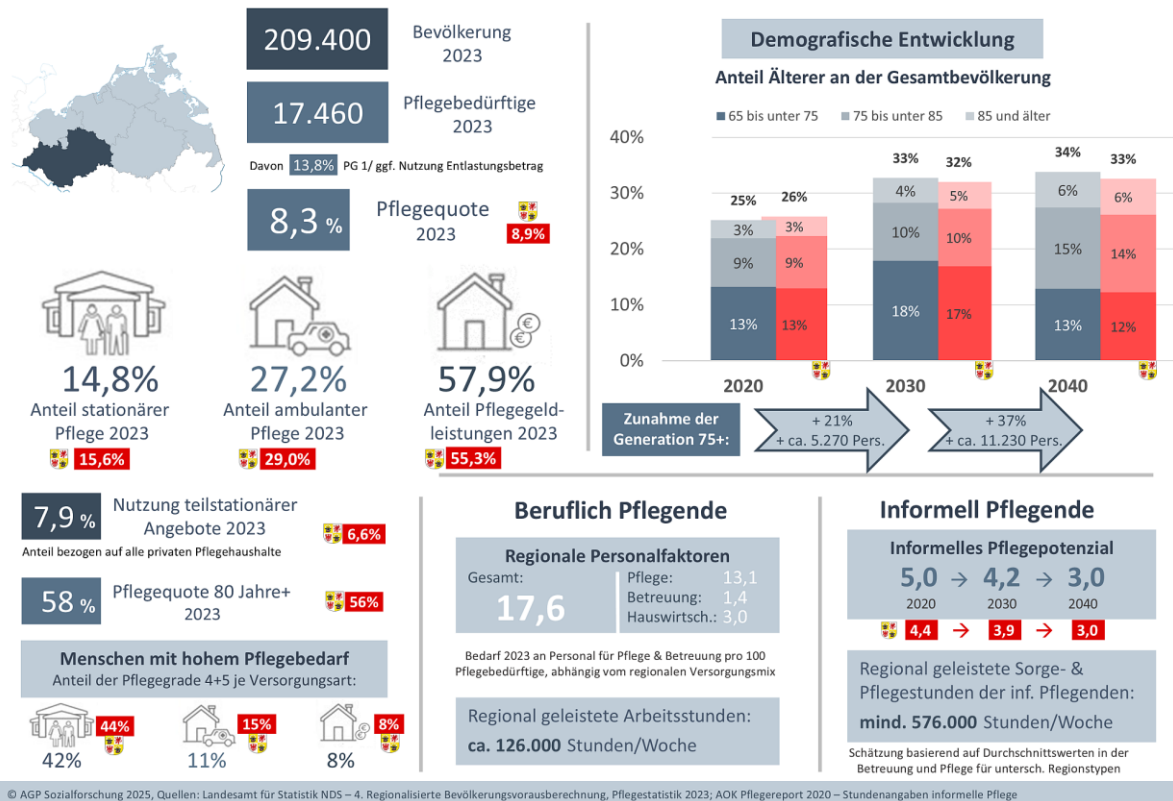
LKR. NORDWESTMECKLENBURG – PROFIL LANGZEITPFLEGE



LKR. VORPOMMERN-RÜGEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE



LKR. LUDWIGSLUST-PARCHIM – PROFIL LANGZEITPFLEGE



1.4 Pflegebedürftigkeitsprognosen für Mecklenburg-Vorpommern

Die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit stellt eine zentrale Grundlage für die Versorgungs- und Personalplanung in Mecklenburg-Vorpommern dar. Prognosen ermöglichen es, frühzeitig absehbare Bedarfe zu erkennen und die pflegerische Infrastruktur entsprechend auszurichten.

Zunächst werden die Prognosen zur Pflegebedürftigkeit vorgestellt, die auf bundesweiten Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes auf Basis der aktualisierten Bevölkerungsdaten des Zensus 2022 beruhen und bis zum Jahr 2040 reichen. Sie machen deutlich, dass in Mecklenburg-Vorpommern in den kommenden Jahren zwar von einem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen auszugehen ist, dieser Anstieg allerdings regional sehr unterschiedlich ausfällt und in der Summe weniger dramatisch ausfällt als noch in der 5. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Mecklenburg-Vorpommern prognostiziert, die noch auf den Daten des Zensus 2011 basierten.

Für die in diesem Bericht betrachteten Zeiträume werden die Entwicklungen bis 2040 dargestellt. Als grundsätzliche Annahme wurde in den hier berechneten Prognosen festgelegt, dass die Pflegequoten nach Altersgruppen und Geschlecht auf dem Niveau des Jahres 2023 fortgeschrieben wurden (regionale Pflegequoten auf Basis der Pflegestatistik 2023). Diese Annahme erscheint plausibel unter der Voraussetzung, dass sich die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Zulassungsverfahren, die Lebenserwartung sowie medizinische, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Entwicklungen sowie gesellschaftliche Anreizstrukturen und individuelle Entscheidungsprozesse nicht wesentlich verändern. Die folgenden Zahlen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen auf Basis der Bevölkerungsdaten des Zensus 2022 zeigen für Mecklenburg-Vorpommern zunächst eine geringfügige Abnahme der Pflegebedürftigen bis 2030. Erst zwischen 2030 und 2035 steigt die Zahl wieder über den Wert von 2023. In 2040 wäre demnach mit nahezu 10.000 Pflegebedürftigen mehr im Land zu rechnen als noch 2023 (Zunahme in Höhe von 7,6 Prozent i. V. zu 2023).

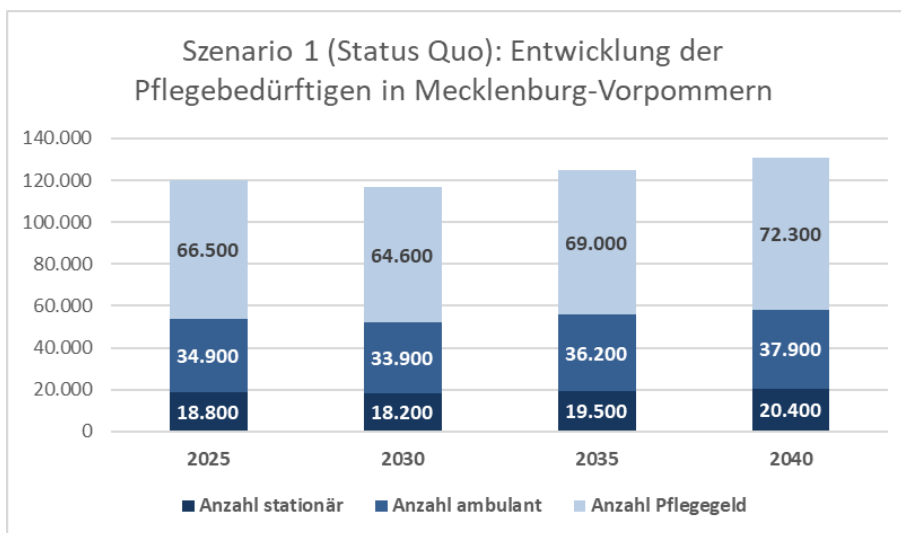
Jahr	Anzahl der Pflegebedürftigen in M-V	Prozentuale Veränderung zu 2023
2023	121.400	
2025	120.100	-1,1%
2030	116.700	-3,9%
2035	124.700	+2,7%
2040	130.700	+7,6%

Tab. 11: Veränderung der Pflegebedürftigen - Prognose auf Basis des Zensus 2022
Quelle: Eigene Berechnungen. Werte gerundet (100er).

Neben der Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen ist auch die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsformen der Pflegeversicherung für die Entwicklung der Pflegelandschaft vor Ort von entscheidender Bedeutung. Das berechnete **Status-Quo-Szenario** geht deshalb zunächst davon aus, dass sich die Verteilung der Versorgungsarten (stationäre Pflege, professionelle ambulante Pflege und Pflegegeldbezug) in allen Landkreisen und kreisfreien Städten auch in Zukunft nicht verändert. Ein zweites **Szenario mit konstanten stationären Kapazitäten**

geht davon aus, dass die genutzten Platzzahlen im stationären Bereich auf dem Niveau von 2023 bleiben. Es wird also vereinfacht davon ausgegangen, dass keine neuen Pflegeheime mehr gebaut werden bzw. nur als Ersatz für zuvor bereits existierende Kapazitäten. Diesem Szenario liegt die Annahme zugrunde, dass die fehlenden personellen Ressourcen in den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft eine weitere Expansion stationärer Einrichtungen für Investoren zu risikoreich und unattraktiv machen und diese somit nahezu unmöglich wird. Zudem kommt hinzu, dass die Begrenzung der besonders personalintensiven stationären Pflege auch im Rahmen einer möglicherweise stärker ausgeprägten kommunalen Steuerung geschieht und das Prinzip „ambulant vor stationär“ konsequenter umgesetzt wird. Das Verhältnis zwischen Pflegegeld und ambulanter Pflege wurde analog zum Status quo in allen Regionen wie in der Pflegestatistik 2023 beibehalten.

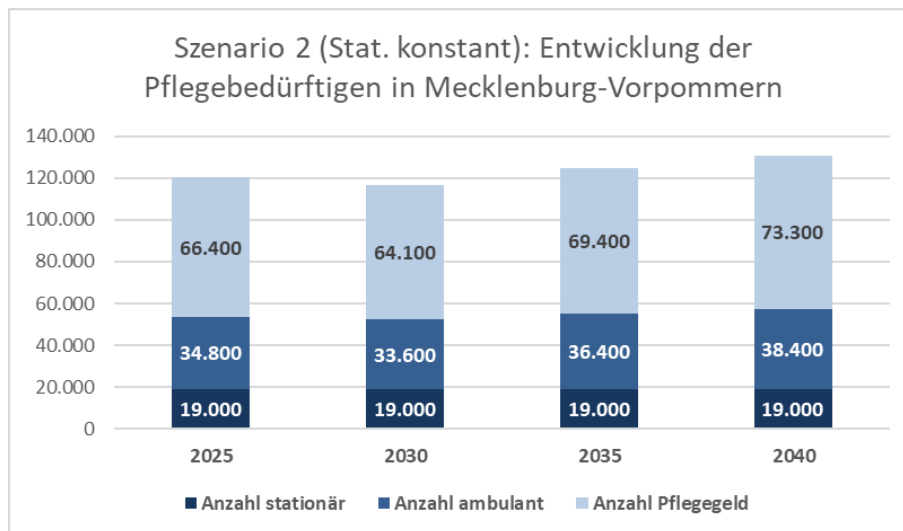
Nach dem Status-Quo-Szenario sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen in allen drei Sektoren zwischen 2025 und 2030. Erst danach wächst der Anteil der Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern wieder an. Die Zahl der stationär Versorgten wächst relativ moderat von knapp unter 19.000 Personen 2025 auf rund 20.400 Personen in 2040. Die Zahl der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen steigt um etwa 3.000 Personen auf 37.900 Personen und die Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger als größte Gruppe wächst der Prognose nach um fast 6.000 Personen auf 72.300.



*Abb. 27: Szenario 1 (Status Quo): Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten in M-V
Quelle: Eigene Berechnungen. Werte gerundet (100er). Basisjahr 2023*

Szenario 2 sieht vor, dass die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen konstant bei 19.000 Personen gehalten wird (Anzahl in der Pflegestatistik 2023). Da das Basisjahr für die Berechnungen das Jahr 2023 ist, existieren in beiden Szenarien für 2025 leicht abweichende Zahlen bei den stationären Plätzen (18.800 vs. 19.000).

Durch das „Einfrieren“ der Zahl an stationären Plätzen fallen in Szenario 2 die Zuwächse in den anderen beiden Versorgungsarten höher aus. Bis 2040 steigt so die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger auf 73.300 Personen und die Zahl der von ambulanten Diensten versorgten Personen auf 38.400.



*Abb. 28: Szenario 2 (Stationäre Pflege konstant): Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten in M-V
 Quelle: Eigene Berechnungen. Werte gerundet (100er). Basisjahr 2023*

Im Folgenden werden die beiden Szenarien auch für die sechs Landkreise und zwei kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern dargestellt.



Abb. 29: Szenario 1 (Status Quo): Regionale Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten.
Quelle: Eigene Berechnungen. Werte gerundet (10er). Basisjahr 2023



Abb. 30: Szenario 2 (Stationäre Pflege konstant): Regionale Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten
Quelle: Eigene Berechnungen. Werte gerundet (10er). Basisjahr 2023

2 Infrastruktur der pflegerischen Versorgung

Pflegebedürftigkeit und Hilfebedarfe können regional nur hinreichend beantwortet werden, wenn zugleich eine unterstützende Infrastruktur gegeben ist. Nachfolgende werden für unterschiedliche Sektoren die Anzahl sowie die räumlichen Verteilungen der Leistungsanbieterinnen und -anbieter ausgewiesen. Analytisch werden Erreichbarkeiten für die regionale Abdeckung ermittelt und diskutiert.

2.1 Ambulante Pflegedienste

In einem ersten Schritt werden zentrale Kennzahlen der Entwicklung sowie der räumlichen Verteilung der ambulanten Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern vorgestellt. Die räumliche Verteilung ambulanter Pflegedienste stellt einen zentralen Indikator für die strukturelle Versorgungssituation im Land dar. Für die Bewertung der Versorgungsinfrastruktur ist dabei nicht allein die Anzahl der zugelassenen Dienste relevant, sondern insbesondere deren regionale Dichte. Sie ermöglicht Rückschlüsse auf potenzielle Unter- oder Überversorgungen in einzelnen Regionen.

Aus einer hohen oder niedrigen Dichte lässt sich jedoch nicht unmittelbar auf die tatsächliche Versorgungskapazität schließen, also darauf, ob pflegerische Leistungen zeitnah und verlässlich im häuslichen Umfeld erbracht werden können. Auch in Gebieten mit zahlreichen Anbietern können lokale Versorgungslücken entstehen, wenn die Nachfrage das verfügbare Personal- und Leistungspotenzial der Dienste übersteigt. Solche Engpässe weisen weniger auf Defizite in der räumlichen Verteilung hin, sondern vielmehr auf begrenzte personelle oder organisatorische Ressourcen einzelner Einrichtungen. Insgesamt erlaubt eine räumliche Analyse somit die Einschätzung, ob derzeit gezielte Anreizmechanismen erforderlich sind, um zusätzliche regionale Versorgungsräume zu erschließen oder bestehende Lücken in der Flächenabdeckung zu schließen.

In der nachfolgenden Abbildung wird die Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste über die Landkreise und kreisfreien Städte hinweg in der Zeitreihe der vergangenen 10 Jahre vorgestellt. Die Grundlage für die Erfassung bilden die amtlichen Pflegestatistiken mit der Ausweisung der Anzahl der Dienste jeweils zum 31.12. eines Jahres. Die Daten in Tabellenform sowie als PDF-Berichte können in den jeweiligen Einzelberichten der statistischen Berichte zum Thema öffentliche Sozialleistungen auf den Seiten des Landesamtes für innere Verwaltung/ Statistisches Amt kostenfrei abgerufen werden.³⁴

³⁴ Landesamt für innere Verwaltung/ Statistisches Amt. Öffentliche Sozialleistungen. Statistische Berichte zum Thema öffentliche Sozialleistungen. Berichtssreihe K VIII-Pflege/K813-Pflegeversicherung.
<https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Oeffentliche-Sozialleistungen/Statistische-Berichte>

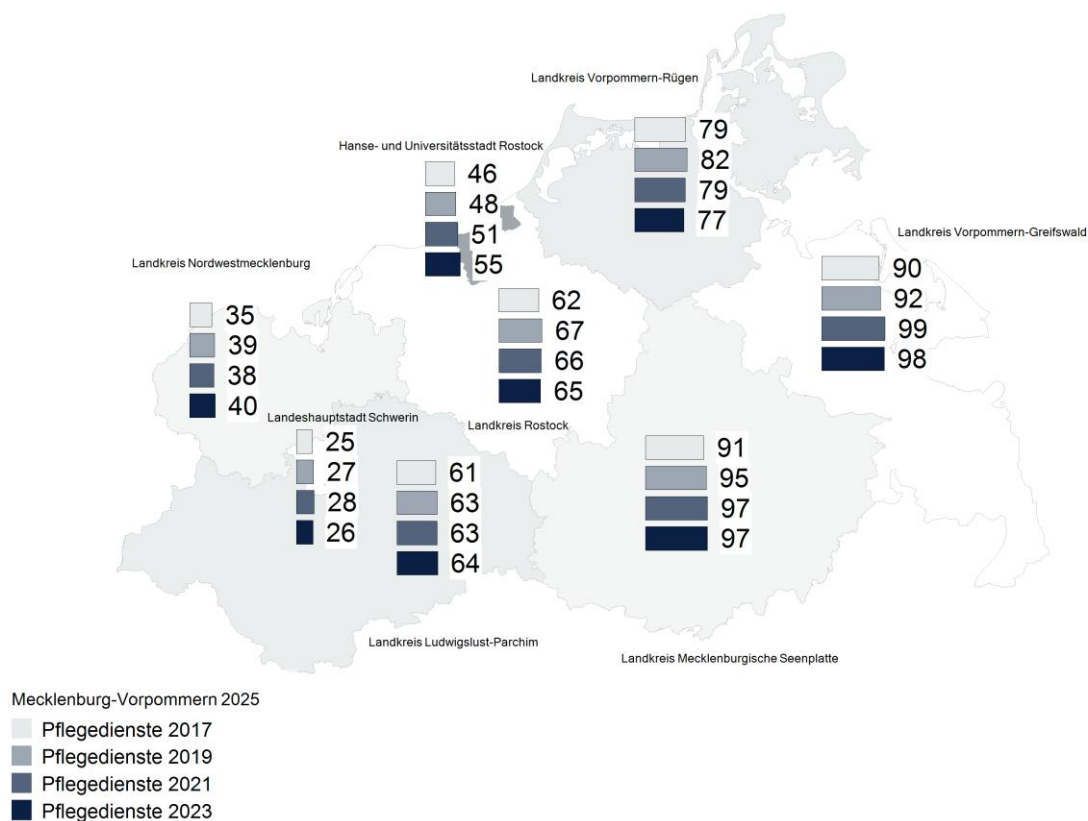


Abb. 31: Entwicklung Anzahl ambulanter Pflegedienste 2017 bis 2023

Über den Betrachtungszeitraum ist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste moderat gestiegen. Angaben der Pflegestatistik 2017 zufolge waren 489 ambulante Pflegedienste verzeichnet. Die Gesamtzahl stieg bis 2023 auf 522 an.

Es liegen keine Kennzahlen zur jeweiligen Größe der ambulanten Pflegedienste vor. Die Anzahl der ambulanten Dienste ist in Relation zur Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter pflegerischer Versorgung zu setzen, um die Versorgungsdeckung einschätzen zu können. Diese Daten werden für das Land Mecklenburg-Vorpommern auf der regionalen Differenzierung der Landkreise und kreisfreien Städte in der Pflegestatistik abgebildet³⁵.

Für das Jahr 2017 wurden 54 Pflegebedürftige pro ambulanten Pflegedienst ausgewiesen. Bis 2023 stieg diese Zahl auf 68 an. In der nachfolgenden regionalen Verteilung ist zu erkennen, dass in allen Landkreisen und in den beiden kreisfreien Städten eine Erhöhung der Versorgungsrelation stattgefunden hat.

³⁵ Tabellenblatt 6.1 in der Pflegestatistik

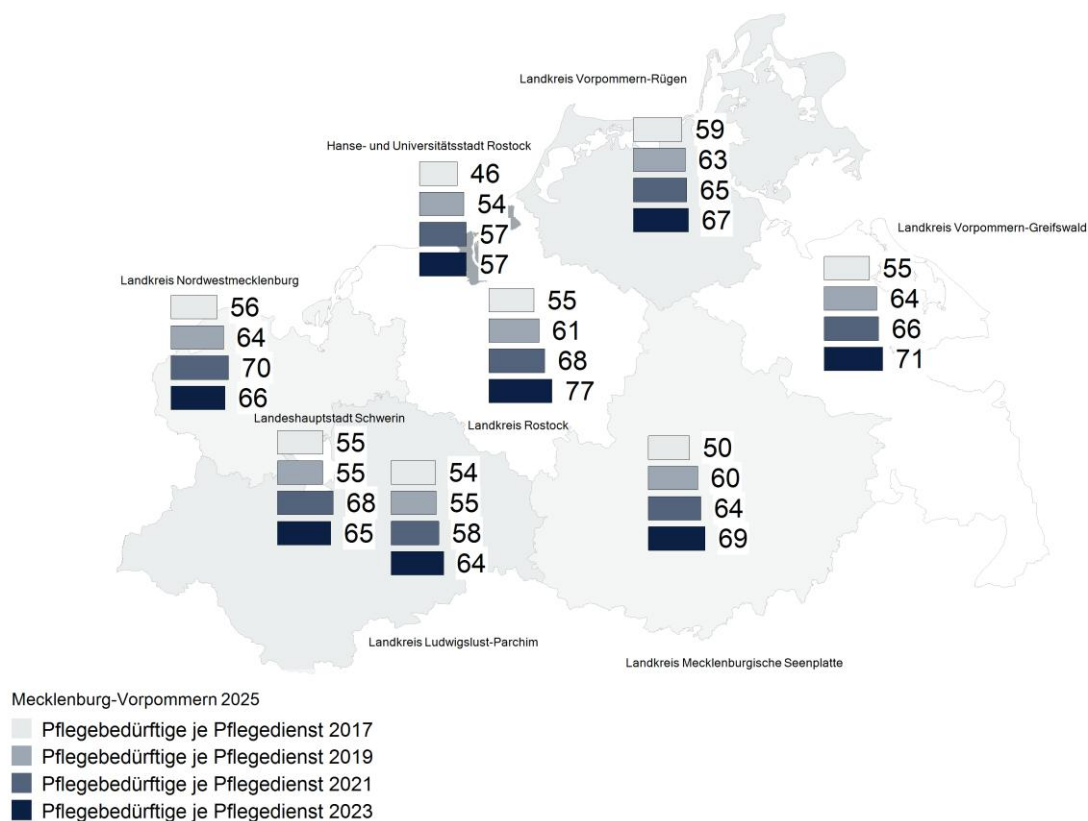


Abb. 32: Anzahl der pro Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen 2017 bis 2023

Von besonderer Bedeutung ist die kleinräumigere regionale Abdeckung ambulanter Versorgungsangebote, insbesondere bezogen auf die Frage, ob in Mecklenburg-Vorpommern Siedlungsgebiete existieren, in denen die Erreichbarkeit eingeschränkt ist und eine ambulante Versorgung nicht oder nur unzureichend realisiert werden kann. Zur Beurteilung dieser Fragestellung wurde eine Erreichbarkeitsanalyse auf Grundlage von Fahrtzeiten mit dem Pkw durchgeführt. Sie gibt Aufschluss darüber, ob es im Land Regionen ohne ausreichende Abdeckung mit ambulanten Pflegediensten.

Grundlage der Analyse sind die Standortdaten (Punkte) der ambulanten Pflegedienste aus dem AOK-Pflegenavigator mit Stand Januar 2025. Diese beinhalten die vertraglichen Partner in einem entsprechenden Versorgungssegment und weisen vollständige Adressdateien aus. Diese werden im Rahmen der Darlegung der Pflegestatistiken in den Bundesländern nicht ausgewiesen; hier besteht eine Aggregationstiefe bis auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Der AOK-Pflegenavigator wird in einem vierteljährlichen Tonus veröffentlicht³⁶.

Ergänzend zur räumlichen Verteilung der Standorte ambulanter Pflegedienste, die in der Karte durch rote Punkte markiert sind, wurden um diese Standorte Fahrtzeiträume gelegt. Die eingezeichneten Fahrtzeiträume zeigen, welche Bereiche innerhalb von bis zu 10 Minuten (rot), 20 Minuten (gelb) oder 30 Minuten (grau) mit dem PKW über das Straßennetz erreichbar sind. Überlappende Bereiche wurden zu zusammenhängenden Flächen zusammengeführt, um die regionale Abdeckung je nach Erreichbarkeitszone sichtbar zu machen. Daneben zeigen die feinen Punkte die Siedlungsgebiete in Mecklenburg-Vorpommern an und rein naturräumliche Flächen wurden

³⁶ Die verwendeten Adressdaten wurden geprüft, Abweichungen von Postleitzahlen wurden ermittelt und angepasst. Adressdubletten wurden entfernt.

in grün (Waldflächen) bzw. blau (Seen, Ostsee und Stettiner Haff) hervorgehoben. 530 Standorte³⁷ ambulanter Pflegedienste inkl. der Erreichbarkeit lassen sich wie folgt kartografisch darstellen.

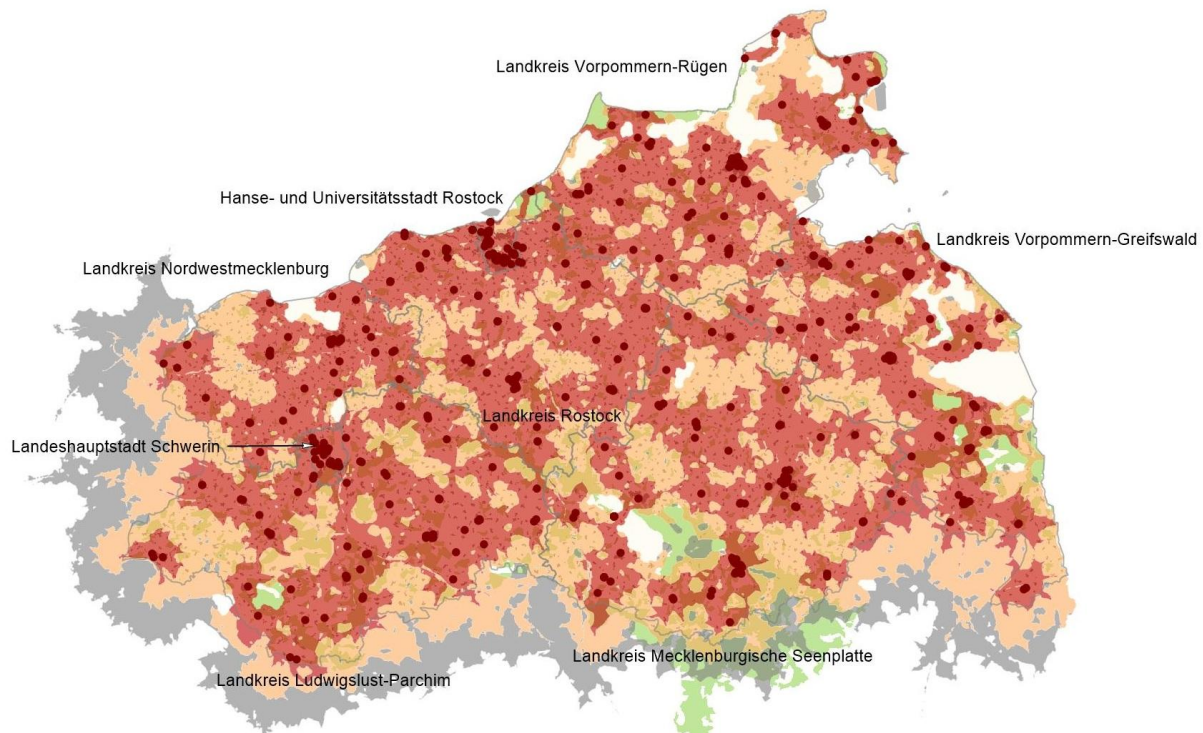
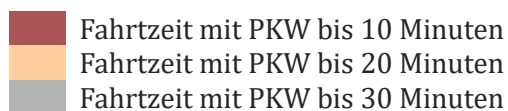


Abb. 33: Erreichbarkeit der ambulanten Pflegedienste 2025



Die Auswertung zeigt, dass in Mecklenburg-Vorpommern in vielen Regionen eine Erreichbarkeit der Siedlungsgebiete innerhalb von 10 Minuten Fahrtzeit mit dem Pkw möglich ist und damit große Teile der Siedlungsgebiete mit kurzen Fahrzeiten abgedeckt sind. Vor allem in Ballungsgebieten wie in den großen kreisfreien Städten, der Landeshauptstadt Schwerin und der Hanse- und Universitätsstadt Rostock kann eine Anbieterkonzentration festgestellt werden.

Auch in den ländlicheren Regionen ist eine Angebotsstruktur feststellbar, die eine weitestgehende Erreichbarkeit innerhalb von 20 Minuten sicherstellt. Unter Berücksichtigung der Siedlungsflächen des Landes lässt sich grundsätzlich für Mecklenburg-Vorpommern eine Angebotsstruktur erkennen, die als flächendeckend beschrieben werden kann.

Inwieweit die einzelnen Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste zu den aktuellen Bedarfen passend sind, lässt sich mit diesen Informationen allein nicht beantworten.

Relevant erscheint aus der Perspektive der Leistungsanbieter darüber hinaus, welcher Versorgungsradius durch ambulante Dienste realisierbar ist. Die Anfahrten der ambulanten Pflegedienste werden im Land einheitlich mittels einer Einsatzpauschale refinanziert. Aufgrund der Flächenversorgung im ländlichen Raum, die eine Fahrtzeit von 20 Minuten erwarten lassen, stellt sich

³⁷ Die Daten beinhalten die konkreten Standortadressen aus dem Januar 2025. Gegenüber den Kennzahlen der Pflegestatistik (mit Stand 31.12.2023) werden mehr Pflegedienste ausgewiesen, da der zugrunde liegende Datenbestand aktueller ist.

die Frage, ob eine einheitliche Pauschale den unterschiedlichen Wirkungsradien zwischen Stadt und Land gerecht werden kann.

2.2 Teil- und vollstationäre Pflege

Die teil- und vollstationäre Pflege bildet einen wesentlichen Bestandteil der pflegerischen Versorgung und stellt für viele Betroffene eine zentrale, oftmals auch einzige Versorgungsoption dar.

Insbesondere bei hohen Pflegegraden, erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz oder einer fortgeschrittenen Demenz ist eine umfassende Betreuung meist nur in stationären Einrichtungen sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund kommt der (Weiter-)Entwicklung dieser pflegerischen Infrastruktur bzw. der regionalen Verteilung eine zentrale Bedeutung zu. Hier spielen v. a. die verfügbaren Platzkapazitäten eine entscheidende Rolle, da sie die Grundlage für eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen bildet. Veränderungen in den Kapazitäten geben zugleich Aufschluss über die Angebotsentwicklung im stationären Bereich.

Die nachfolgenden Kennzahlen werden in den jeweiligen Pflegestatistiken des Landes ausgewiesen; sie liegen jedoch nicht in einer regionalisierten Form vor, sondern beziehen sich auf das Land Mecklenburg-Vorpommern insgesamt.

Kennzahlen der Pflegestatistiken 2017 bis 2023				
	2017	2019	2021	2023
Anzahl der Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) insgesamt	446	498	526	531
Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen (nur Dauerpflege)	244	257	259	259
Anzahl der teilstationären Pflegeeinrichtungen (nur Tagespflege)	187	230	249	257
Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen (nur Kurzzeitpflege)	6	9	12	8
Verfügbare Plätze (nur Dauerpflege)	19.129	20.259	20.279	20.135
Verfügbare Plätze Tagespflege	3.555	4.570	4.958	5.128
Verfügbare Plätze (nur Dauer und Kurzzeitpflege)	455	24	318	503
Verfügbare Plätze (nur Kurzzeitpflege)	104	144	208	136

Tab. 12: Entwicklungen der teil- und vollstationären Pflege 2017 bis 2023

Insgesamt ist über den Zeitraum 2017 bis 2023 die stationäre Infrastruktur weitergewachsen. Die ist nicht nur an der Anzahl der Einrichtungen insgesamt abzulesen, sondern auch an der Entwicklung der Anzahl einzelner Angebote. Insbesondere ist im Bereich der Tagespflege ein relevanter Zuwachs zu erkennen. Die zwischenzeitlich höhere Anzahl an solitären Kurzzeitpflegeplätzen (im Jahr 2021) ist im weiteren Verlauf bis 2023 wieder auf dem Niveau von 2019.

2.2.1 Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege

Die nachfolgende Grafik weist die regionalen Entwicklungen der verfügbaren Plätze in Pflegeheimen mit vollstationärer Dauerpflege aus.

In der Summe sieht man eher stabile Kennzahlen. Substanzielle Veränderungen sind in der Landeshauptstadt Schwerin zu erkennen; hier erfolgte ein deutlicher Aufbau um 34,5 Prozent. Auch

im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte ist ein Aufbau zwischen 2017 und 2023 zu erkennen. Hier erfolgte eine Steigerung um 10,3 Prozent gegenüber dem Ausgangsjahr 2017.

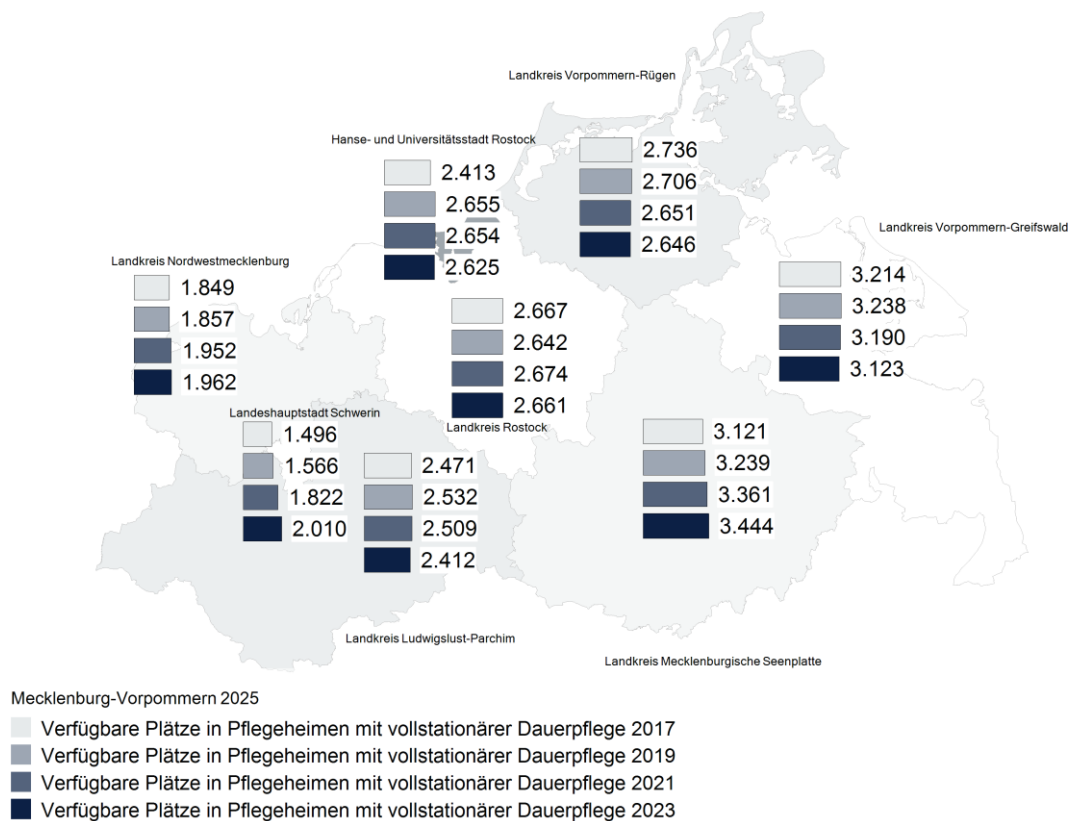


Abb. 34: Entwicklung der Plätze in Pflegeheimen mit vollstationärer Dauerpflege 2017 bis 2023

Zur Beurteilung der Versorgung ist nicht nur die Anzahl der Einrichtungen wichtig, sondern v. a. deren regionale Verteilung und Kapazitäten.

In der nachfolgenden kartografischen Darstellung sind die Standorte der stationären Pflegeeinrichtungen auf Basis des AOK Pflegenavigators (Stand Januar 2025) sowie die verfügbaren Plätze für vollstationäre Dauerpflege gemäß der aktuellen Pflegestatistik ausgewiesen, die von den Kennziffern der amtlichen Pflegestatistik 2023 aufgrund des aktuelleren Datensatzes geringfügig abweichen:

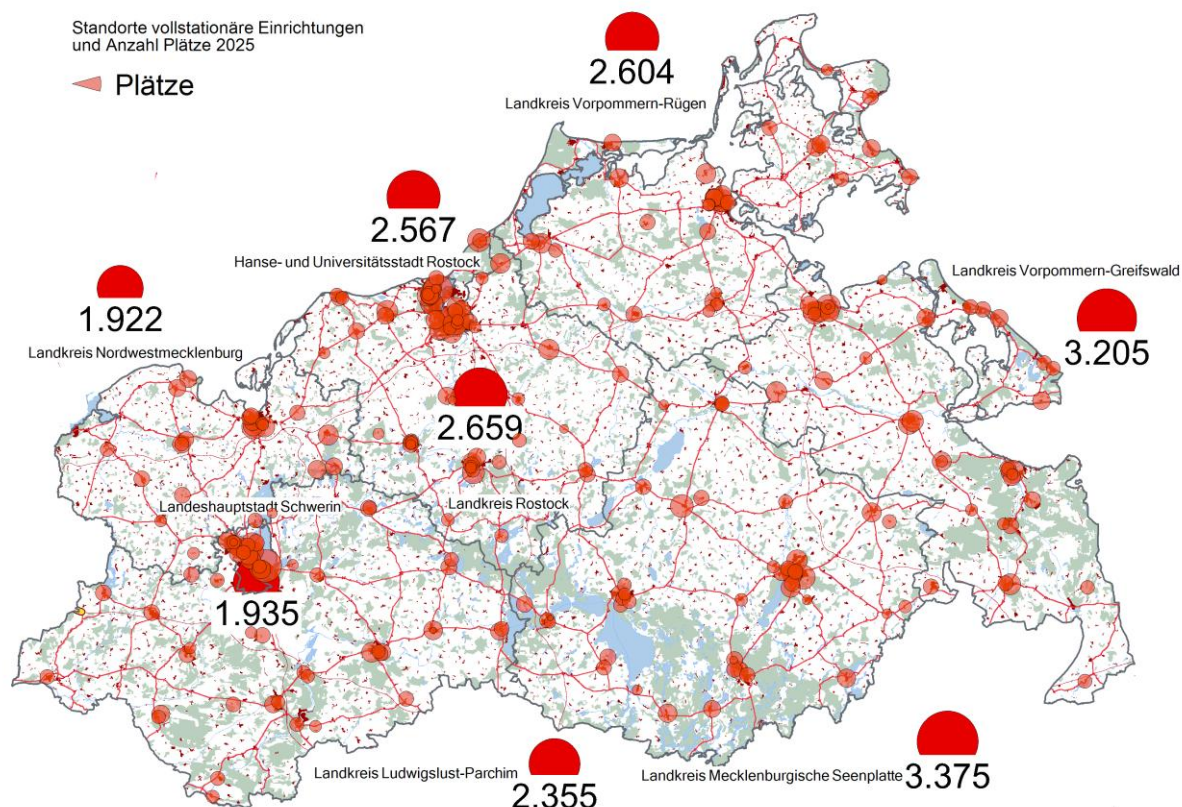


Abb. 35: Standorte und Plätze für Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege 2025

In Summe lassen sich landesweit laut Pflegenavigator im Januar 2025 insgesamt 256 vollstationäre Einrichtungen verorten, die 20.622 Plätze für die vollstationäre Dauerpflege führen.

In der Verknüpfung der Entwicklung der Anzahl der Pflegeplätze in Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege mit der demografischen Entwicklung in der Altersgruppe ab 75 Jahren, die insbesondere bei der vollstationären Versorgung betrachtet werden müssen³⁸, werden Veränderungen in der verfügbaren Infrastruktur deutlich. Die verfügbaren Plätze in Einrichtungen werden dabei an demografische Kennzahlen gekoppelt, da diese ein Außenkriterium mit einem klaren Bezug zur Nutzung darstellen.

Für die Analyse wurde die Zahl der verfügbaren Pflegeplätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren für die Jahre 2017, 2019, 2021 und 2023 berechnet.

Im Verhältnis zeigt sich das folgende Bild: Die oben beschriebenen Ausweitungen der Heimplätze in der Landeshauptstadt Schwerin (Zunahme um 514 Plätze in der Zeit von 2017 bis 2023) wirken sich sehr deutlich auf die relative Angebotsstruktur aus. In 2017 gab es 111,4 Heimplätze auf 1.000 Personen in der Altersgruppe. In 2023 sind es 150,9. In der Landeshauptstadt Schwerin besteht im Vergleich zu den anderen Landkreisen und der Hanse- und Universitätsstadt Rostock das höchste Angebot. Zu erkennen ist auch, dass die Zunahme der Plätze im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte zu einer deutlichen Veränderung geführt hat und gegenüber dem Jahr 2017 in 2023 ein höheres Platzangebot von 20,8 zusätzlichen Plätzen pro 1.000 Menschen in der Altersgruppe 75+ besteht. 10,6 zusätzliche Plätze pro 1.000 Personen über 75 Jahre werden in der

³⁸ In 2023 entfielen 76 Prozent der in vollstationärer Dauerpflege betreuten Personen auf die Altersgruppe ab 75 Jahre. Von 18.832 in vollstationärer Dauerpflege waren 14.271 dieser Altersgruppe zuzuordnen.

Hanse- und Universitätsstadt Rostock ermittelt und 10,2 zusätzliche Plätze im Landkreis Vorpommern-Greifswald. In den anderen Landkreisen sind die Entwicklungen im Beobachtungszeitraum im positiven einstelligen Bereich.

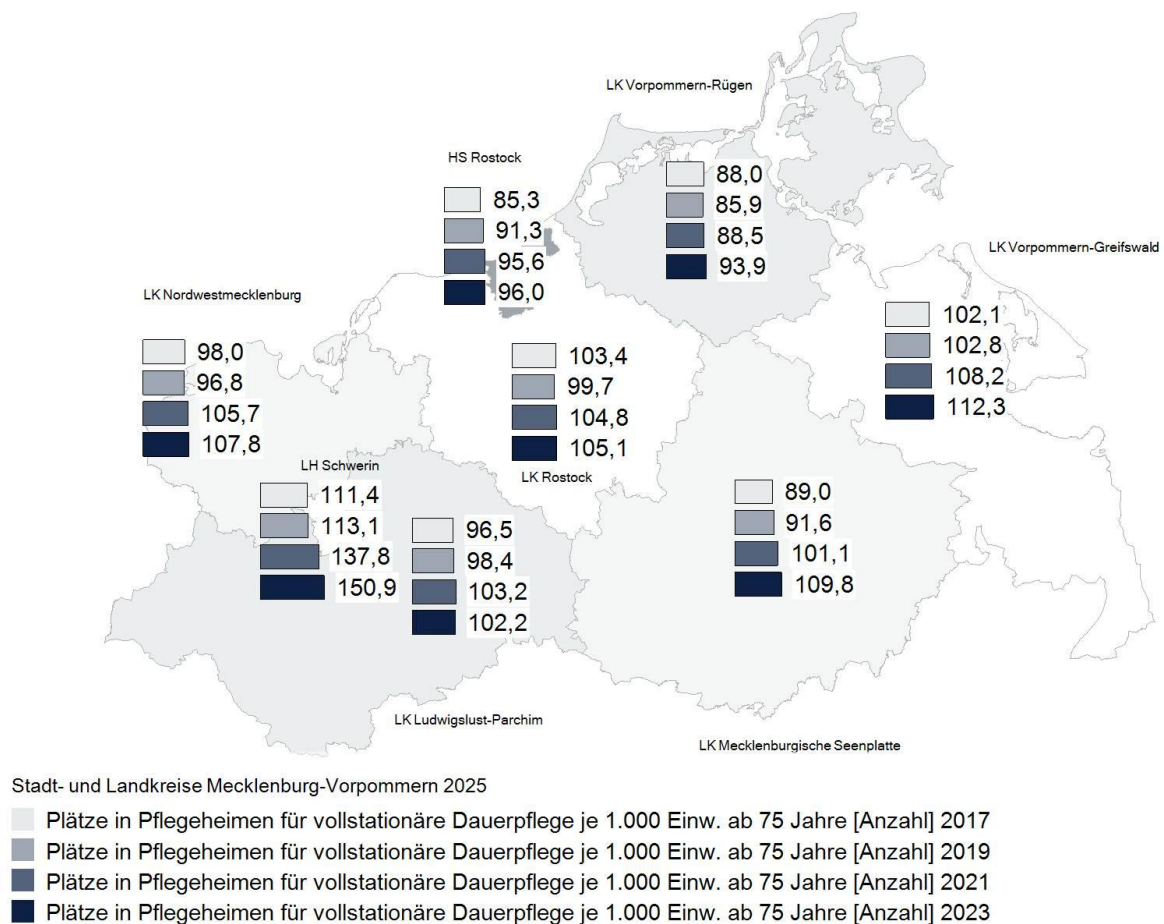


Abb. 36: Entwicklung der Plätze vollstationärer Dauerpflege je 1.000 Einwohner über 75 Jahre

Eine weitere Relation betrachtet den engeren Fokus der Personen mit einer bereits vorliegenden Pflegebedürftigkeit.

Hier kann ermittelt werden, wie viele Pflegebedürftige pro verfügbarem Platz in Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege vorhanden sind. Dabei werden alle Pflegebedürftigen insgesamt betrachtet, einschließlich derjenigen mit Pflegegrad 1 und landesrechtlichen Leistungen.

Die deutliche Erhöhung der Pflegebedürftigkeit in den vergangenen Jahren wirkt sich hier ebenso deutlich auf die Erhöhung der Relation aus. Das heißt, dass trotz der Erhöhung der Platzangebote in der Relation zur steigenden Anzahl der Pflegebedürftigen die Versorgungskapazität abgenommen hat. Die relationale Steigerung wird ggf. auch regional von Familien mit einem Heimversorgungsbedarf wahrgenommen.

Waren beispielsweise in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock in 2017 noch 3,9 Pflegebedürftige pro zur Verfügung stehendem Platz in einer Einrichtung mit vollstationärer Versorgung, so stieg die Zahl aufgrund der Zunahme der Pflegebedürftigen insgesamt auf 5,6 Pflegebedürftige pro zur Verfügung stehendem Platz. Auch hier wirkt sich der deutliche Anstieg in Schwerin entsprechend mildernd aus; die Kennzahl stieg hier nur moderat um 0,5 an, wohingegen sie sich im Landkreis Vorpommern-Greifswald um 2,9 erhöhte.

Pflegebedürftige je verfügbarem Heimplatz				
	2017	2019	2021	2023
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	3,9	4,0	4,8	5,6
Landeshauptstadt Schwerin	3,6	3,7	4,0	4,1
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	4,9	5,6	6,4	7,2
Landkreis Rostock	4,5	5,1	6,0	6,9
Landkreis Vorpommern-Rügen	5,7	6,3	7,2	8,1
Landkreis Nordwestmecklenburg	4,3	4,8	5,6	6,4
Landkreis Vorpommern-Greifswald	4,4	5,1	6,3	7,3
Landkreis Ludwigslust-Parchim	4,5	4,9	6,0	7,2

Tab. 13: Pflegebedürftige pro Heimversorgungsplatz in Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege

In Anlehnung an die Analyse der Erreichbarkeit und regionalen Abdeckung in der ambulanten Pflege wurde auch für die stationären Pflegeeinrichtungen eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt. Als Datengrundlage dienten die Angaben des AOK-Pflegenavigators mit Stand Januar 2025. In der Grundgesamtheit wurden 256 vollstationäre Einrichtungen in die Erreichbarkeitsanalyse einbezogen.

Grundlage für die Analyse und Bewertung waren wieder die gewählten Umkreise mit Fahrtzeiten von 10, 20 und 30 Minuten mit dem PKW.

Die Erreichbarkeitsanalyse der vollstationären Pflegeeinrichtungen zeigt für Mecklenburg-Vorpommern das folgende Bild:

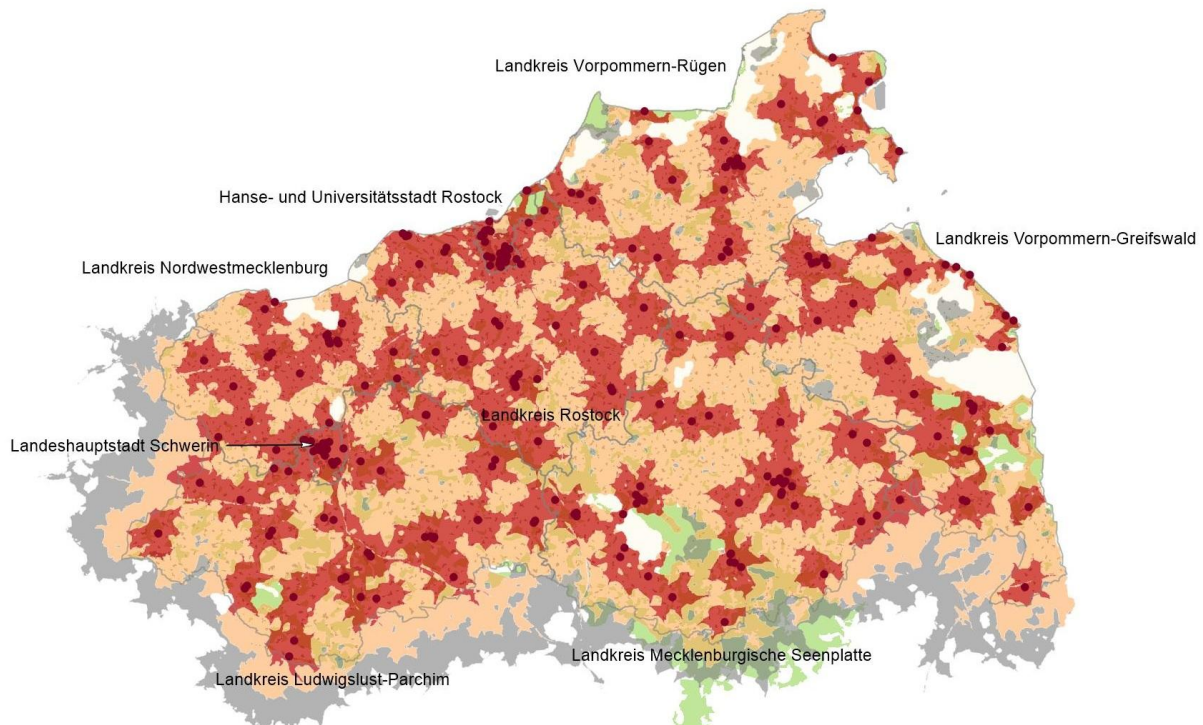
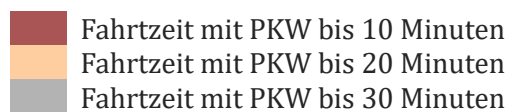


Abb. 37: Erreichbarkeit der vollstationären Pflegeeinrichtungen 2025



Ähnlich wie im Bereich der ambulanten Versorgung zeigt sich auch bei den vollstationären Einrichtungen eine weitgehende Abdeckung der Siedlungsgebiete. In vielen Gebieten lassen sich die Einrichtungen innerhalb eines Fahrtzeitradius von 10 Minuten erreichen. Wird der Radius auf 20 Minuten erweitert, ergibt sich aus Sicht der Bevölkerung eine nahezu flächendeckende Erreichbarkeit stationärer Pflegeangebote aus den Siedlungsgebieten heraus. Eine Fahrzeit von bis zu 30 Minuten lässt sich nur vereinzelt beobachten und betrifft dann v. a. naturraumgeprägte bzw. ländlichere Gebiete.

Auch im Bereich der stationären Einrichtungen ist zu beachten, dass die Analyse lediglich die geografische Erreichbarkeit abbildet. Aussagen zur tatsächlichen Versorgungssituation vor Ort oder zur wohnortnahen Realisierbarkeit einer stationären Versorgung lassen sich daraus nicht ableiten. Es liegen aktuell keine Daten vor, die Auskunft über Versorgungsanfragen oder über abgelehnte Aufnahmewünsche geben. Daher kann aus der räumlichen Abdeckung nicht auf eine gesicherte Versorgung geschlossen werden. Entsprechende Informationen müssten durch ergänzende Befragungen oder regionale Interviews mit Akteurinnen und Akteuren erhoben werden, um eine differenzierte Einordnung zu ermöglichen.

2.2.2 Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege

Ein gesonderter Versorgungsbereich stellt die Kurzzeitpflege dar. Sie kann sowohl als zeitlich begrenzte Überbrückung nach einem stationären Aufenthalt, etwa im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, genutzt werden, als auch zur zeitweisen Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Darüber hinaus kann sie Anwendung finden, wenn die Klärung der weiteren Versorgungsform und -intensität noch nicht abgeschlossen ist.

Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen stellen eine Besonderheit dar. Die Angebotsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern ist dabei rückläufig zwischen den Jahren 2021 und 2023. Von 12 Einrichtungen im Jahr 2021 reduzierte sich die Zahl auf acht in 2023. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die wirtschaftliche Führung und eine Tragfähigkeit in der Finanzierung zu gewährleisten, eine Herausforderung darstellt³⁹.

Auch für die solitäre Kurzzeitpflege wurde eine Karte mit der Visualisierung der Standorte erstellt. Im AOK-Pflegenavigator sind zum Januar 2025 in Summe 167 stationäre Einrichtungen mit einem Kurzzeitpflegeangebot gelistet. Das bedeutet, dass der überwiegende Teil der vollstationären Einrichtungen auch eingeschobene Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stellt.

Der Pflegestatistik Mecklenburg-Vorpommern 2023 zufolge wurden insgesamt 136 Plätze in der solitären Kurzzeitpflege erfasst. In der Statistik werden acht solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen geführt. Dies entspricht auch der Kennzahl, die in der Pflegestatistik 2023 angegeben wurde. Ein Aufbau an Strukturen hat demnach zwischen 2023 und 2025 nicht stattgefunden.

Die nachfolgende Darlegung der Standorte somit nicht alle zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze in Mecklenburg-Vorpommern, sondern weisen die Einrichtungen aus, die als solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen ausschließlich Angebote der Kurzzeitpflege unterbreiten.

Die vorliegenden Daten ermöglichen die geografische Aufschlüsselung der Verteilung der solitären Kurzzeitpflegeplätze auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte:

³⁹ Grundlage der vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung gestellten Informationen (Stand Juni 2025)

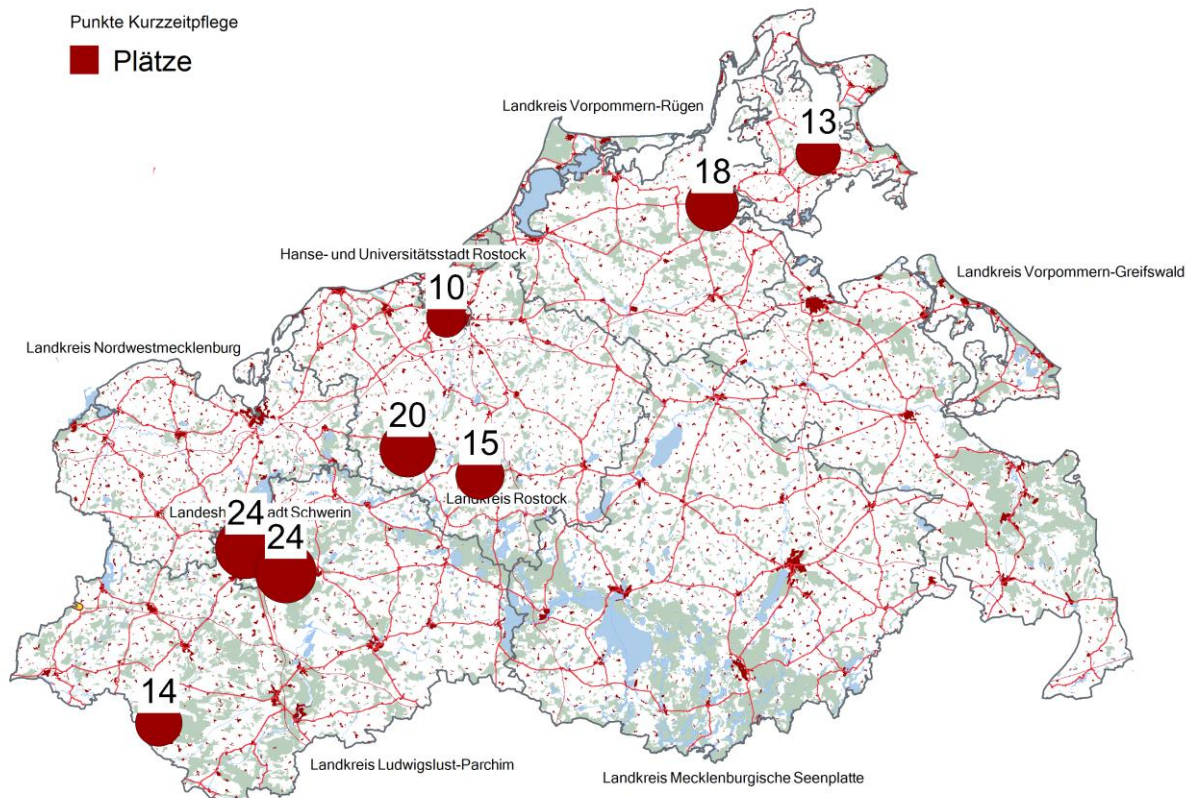


Abb. 38: Standorte und Plätze solitärer Kurzzeitpflege 2025
Quelle: Eigene Darstellung

Die Spannweite der Angebote reicht dabei von 10 Plätzen in der kreisfreien Stadt Rostock bis zu 24 Plätzen in der Landeshauptstadt Schwerin. Mit insgesamt 138 Plätzen für die solitäre Kurzzeitpflege erscheint die Angebotsstruktur überschaubar.

Die Abbildung zeigt deutlich, dass sich die Angebote überwiegend in der nördlichen Hälfte des Landes befinden. In den Landkreisen Mecklenburgische-Seenplatte sowie Vorpommern-Greifswald liegt kein identifiziertes Angebot einer solitären Kurzzeitpflegeplätze vor. In diesen Gebieten halten Einrichtungen der vollstationären Versorgung Kurzzeitpflegeplätze vor.

2.2.3 Einrichtungen der Tagespflege

Tagespflegeeinrichtungen leisten für die An- und Zugehörige von Menschen mit Demenz aber auch anderweitig Pflegebedürftige einen wichtigen, entlastenden Beitrag. Betrieben werden die Einrichtungen sowohl von ambulanten Pflegediensten als auch von stationären Trägern.

Damit ergänzt die Tagespflege die häusliche Versorgung durch eine fachliche Betreuung in entsprechenden Einrichtungen und erleichtert auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für An- und Zugehörige. Insgesamt bietet die Tagespflege eine wichtige Alternative zur vollstationären Versorgung und trägt dazu bei, dass Pflegebedürftige weiterhin in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben können.

Laut Pflegestatistik für das Land Mecklenburg-Vorpommern werden im Jahr 2023 insgesamt 5.128 reine Tagespflegeplätze ausgewiesen, wobei mehr Menschen von der Tagespflege profitieren, da vielfach die Tage der Betreuung auf mehrere Personen entfallen.

In der nachfolgenden Darstellung der aktuellen Daten aus dem Jahr 2025⁴⁰ weicht die Zahl der Tagespflegeplätze (5.092) lediglich um 36 gegenüber der Pflegestatistik aus dem Jahr 2023 ab. Angenommen werden kann, dass sich in den vergangenen zwei Jahren an den Strukturen keine relevanten Veränderungen ergeben haben, was die Summe der zur Verfügung stehenden Versorgungsangebote betrifft.

Insgesamt lassen sich auf Basis der vorliegenden Standortdaten 259 Tagespflegeeinrichtungen (gegenüber 257 Einrichtungen der Pflegestatistik 2023) identifizieren und in ihrer regionalen Verteilung bestimmen. Auch hier kann angenommen werden, dass die nur geringen abweichenden Kennzahlen auf eine Stabilität der Angebotsstruktur verweisen.

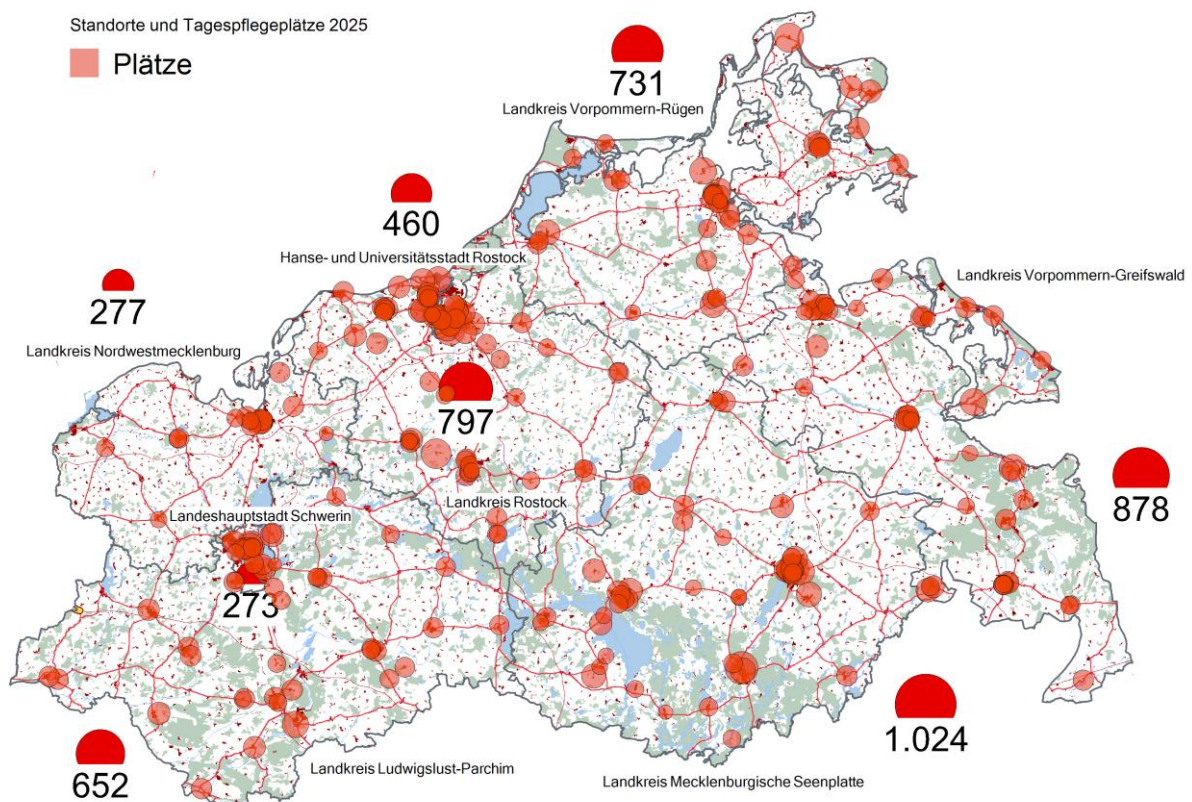


Abb. 39: Standorte und Plätze Tagespflegeeinrichtungen 2025

Die kartografische Abbildung verdeutlicht eine breite regionale Verteilung dieser Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere in den urbanen Ballungszentren wie den kreisfreien Städten Rostock und Schwerin. Die meisten Tagespflegeplätze werden in den Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte (1.024), Vorpommern-Greifswald (878 Plätze) und Rostock (797 Plätze) angeboten.

⁴⁰ auf Grundlage der vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung gestellten Informationen (Stand Juni 2025)

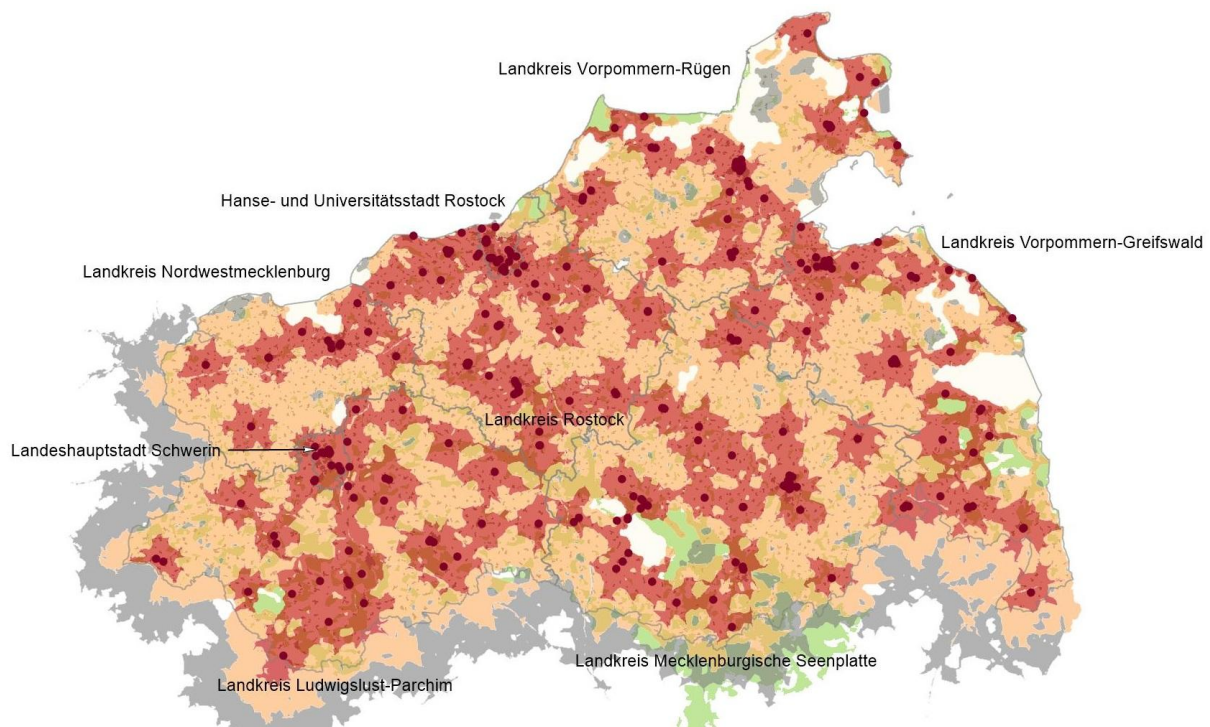
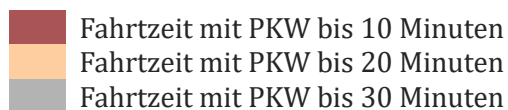


Abb. 40: Erreichbarkeit der Tagespflegeeinrichtungen 2025



Die Erreichbarkeitsanalyse zeigt, dass in vielen Siedlungsgebiete eine Erreichbarkeit innerhalb von 10 Minuten Fahrzeit sichergestellt ist. Ab einer Fahrzeit von 20 Minuten lassen sich so gut wie alle Tagespflegeeinrichtungen erreichen, d. h. es sind in diesem Umkreis entsprechende Angebote vorhanden. „Weiße Flecken“ lassen sich nicht feststellen und Fahrzeiten bis zu 30 Minuten sind auch bei diesem Versorgungsangebot die Ausnahme.

2.3 Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Neben den professionell dominierten Bereichen der Versorgung und der Unterstützung von Familien und Personen mit Hilfe- und/oder Pflegebedarf sind insbesondere im Rahmen der Leistungen für Personen mit dem Pflegegrad 1 ergänzende Hilfen entwickelt worden, die sich mittlerweile breit platziert haben.

Der Zugang und die Leistungen der Dienstleistenden werden in der Landesverordnung über niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen (Betreuungsangebotelandsverordnung - BetrAngLVO M-V) vom 16. Dezember 2010 geregelt. Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden im Sinne des § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt und geregelt.

Die Angebote sowie die Adressen der Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter werden öffentlich zur Verfügung gestellt und können bei Bedarf in Form einer Exceltabelle abgerufen wer-

den⁴¹. Insgesamt werden 1.168 Angebote der Anbieterinnen und Anbieter geführt, wobei an zahlreichen Standorten mehrere Leistungen angeboten werden. Auf Basis der aktuellen Liste der registrierten Anbieterinnen und Anbieter in Mecklenburg-Vorpommern (Stand September 2025) erfolgte eine räumliche Erfassung zur Übersicht der Verteilung der Anbieterinnen und Anbieter nach Standorten. Dabei wurden Dubletten der Adressen entfernt, um die Verteilung der Standorte zu visualisieren. Insgesamt konnten nach der Entfernung der Dubletten aus den Adressen 457 Standorte in Mecklenburg-Vorpommern identifiziert werden, die sich wie folgt verteilen:

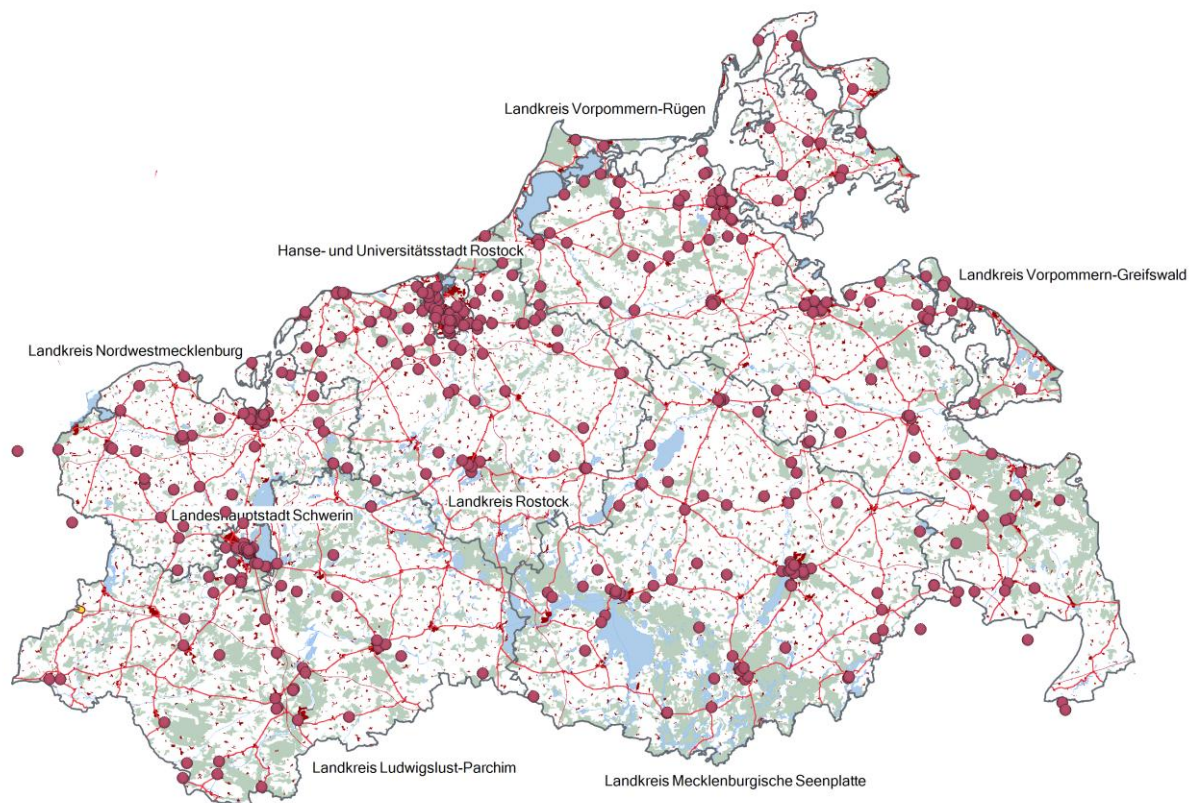


Abb. 41: Regionale Standorte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Die Standorte (Punkte) reichen über das Land hinaus, da auch Anbieterinnen und Anbieter mit Firmensitzen oder Vermittlungszentralen außerhalb des Landes tätig sind, die Leistungen selbst aber für Mecklenburg-Vorpommern anbieten.

Die Datentabelle der Leistungen von Unterstützungsangeboten wurden nachfolgend nicht nach Standorten der Leistungserbringung, sondern nach der Gesamtanzahl der Angebote hin analysiert; damit wird die Angebotshäufigkeit zu unterschiedlichen Leistungen im Bundesland betrachtet⁴².

Folgende niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen wurden in der Verteilung nach Angebotsinhalten erfasst:

⁴¹ Anbieter von Unterstützungsangeboten im Alltag (AzUiA) gem. § 45b SGB XI; Stand September 2025: <https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=1682951>

⁴² Als Ausgangspunkt der Zählung diene in der Tabelle die numerische Angabe der Leistungen in der Tabellenspalte: Art des Betreuungsangebots

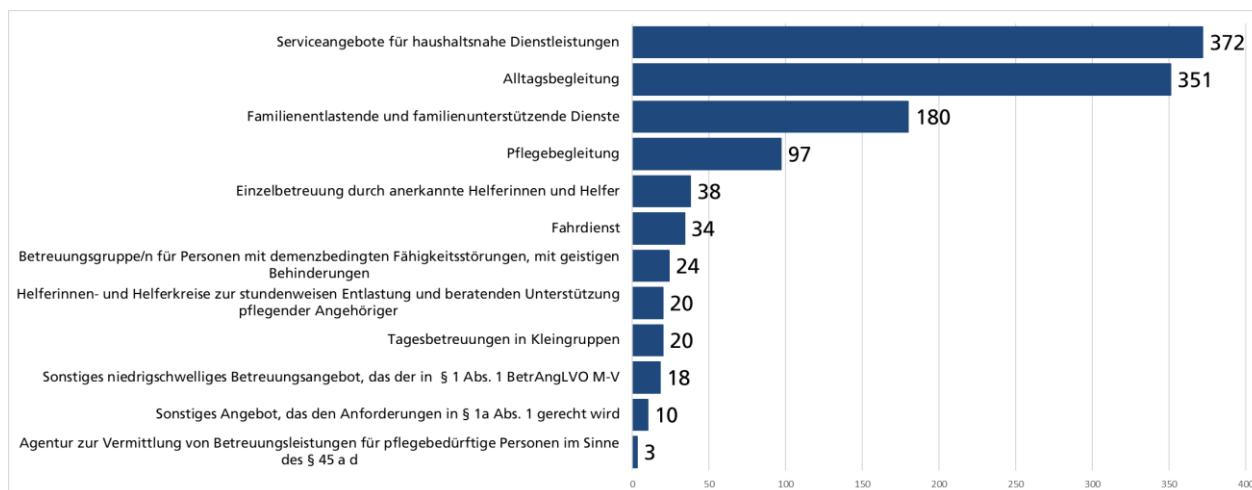


Abb. 42: Angebote niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Bezogen auf die Auswertung zu den Angeboten bzw. zur Häufigkeit der Angebote zeigt sich, dass besonders Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleitung, familienentlastende und -unterstützende Dienste sowie Pflegebegleitung oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer eine Rolle gewichtige Rolle spielen und das Leistungsangebot dominieren.

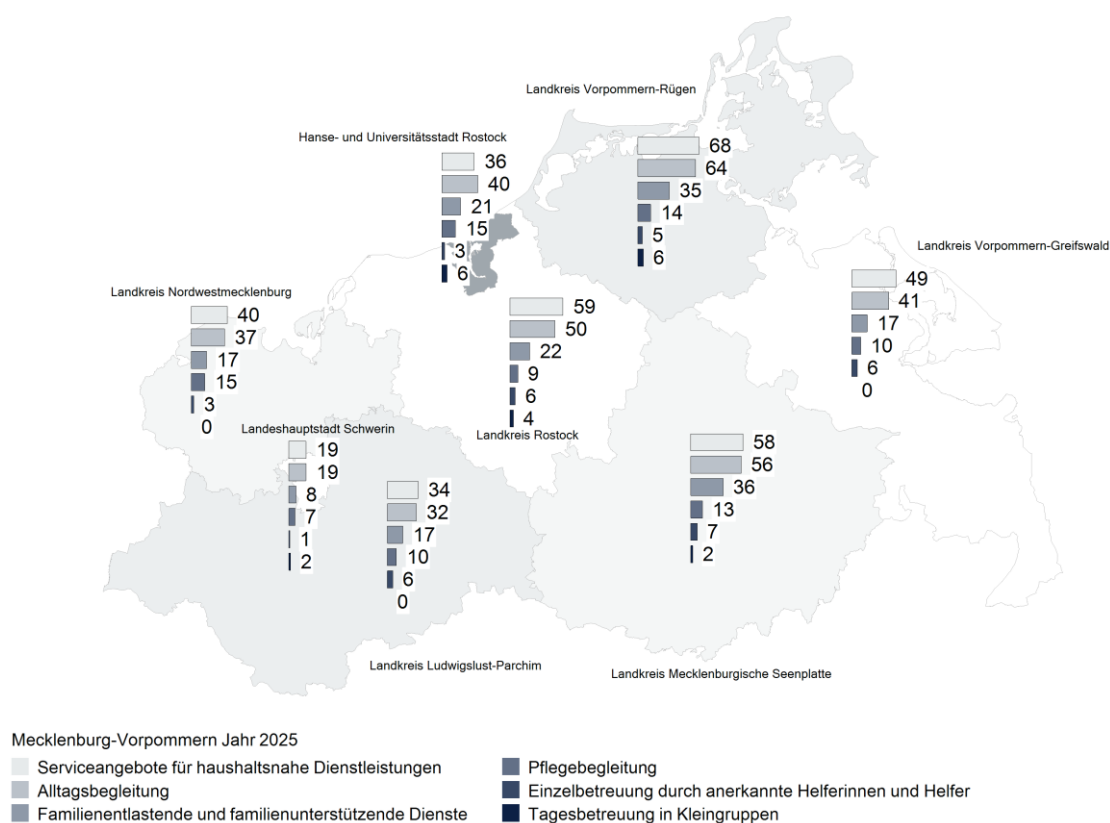


Abb. 43: Auswahl regionale Angebote niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

In der regionalen Ausprägung⁴³ wurden nicht alle Angebote dargelegt, da diese teilweise örtlich begrenzt sind und nicht in jedem Landkreis oder in jeder kreisfreien Stadt zur Verfügung stehen. Ausgewählt wurden sechs der Unterstützungsformen.

Die Verteilungen über die Häufigkeit der Angebote in Abhängigkeit des jeweiligen Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt decken sich weitgehend mit der Verteilung auf Landesebene. Die zwei am häufigsten angebotenen Betreuungs- und Entlastungsangebote sind die Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen und die Alltagsbegleitung.

Die Leistungsangebote sind primär vor dem Hintergrund der Anzahl an Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 zu betrachten, die ausschließlich landesrechtliche Leistungen erhalten und nicht Teil der professionellen pflegerischen Versorgung sind. Für die beiden größten

Pflegebedürftige mit ausschließlich landesrechtlichen bzw. keinen Leistungen und Leistungsangeboten			
Region	Pflegebedürftige Pflegegrad 1 2023	Pflegebedürftige pro Serviceangebote Haushalt	Pflegebedürftige pro Alltagsbegleitung
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	1.902	47,6	52,8
Landeshauptstadt Schwerin	1.080	56,8	56,8
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	3.258	58,2	56,2
Landkreis Rostock	2.340	46,8	39,7
Landkreis Vorpommern-Rügen	2.781	43,5	40,9
Landkreis Nordwestmecklenburg	1.671	45,2	41,8
Landkreis Vorpommern-Greifswald	2.853	69,6	58,2
Landkreis Ludwigslust-Parchim	2.397	74,9	70,5

Tab. 14: Relation der Pflegebedürftigen zu Serviceangeboten

In der Gesamtschau fällt auf, dass die Leistungsrelationen im Landkreis Rostock sowie in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock gegenüber den anderen Gebieten niedriger sind. Hier ist das größte Potenzial vorhanden, bzw. sind pro Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 die meisten Leistungsangebote in diesen beiden Hauptbereichen vorhanden. Im Landkreis Ludwigslust-Parchim ist eine hohe Relation zu beobachten. Hier liegen die Kennzahlen gegenüber der Hanse- und Universitätsstadt Rostock ungefähr doppelt so hoch. Die Leistungsdichte ist hier gemessen an der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 eingeschränkt.

⁴³ Der Abgleich der Zuordnung zu den Landkreisen und kreisfreien Städten erfolgte auf Basis der vorliegenden postalischen Adressen. Nicht für alle Adressen (z.B. die, die außerhalb des Bundeslandes liegen) konnten die Zuordnungen erfolgen. Daher bestehen geringfügige Abweichungen in der Summe der regionalen Angebote zu der Summe der Gesamtleistungen nach Leistungsart.

2.4 Hospize

Hospize bieten eine spezialisierte Betreuung für schwerstkranke und sterbende Menschen, die über die rein medizinische Versorgung hinausgeht und insbesondere palliativpflegerische-, psychosoziale sowie seelsorgerische Unterstützung umfasst.

Es ist von Bedeutung, dass die Standorte⁴⁴ und verfügbaren Plätze eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Versorgung bzw. Betreuung ermöglichen. Nicht zuletzt spielt hier die Erreichbarkeit eine wichtige Rolle. Die regionale Verteilung der Hospize entscheidet darüber, ob betroffene Menschen und ihre An- und Zugehörigen in der letzten Lebensphase auf ein solches Angebot zurückgreifen können, ohne durch lange Anfahrtswege zusätzlich belastet zu werden. Die Zahl der Einrichtungen und verfügbaren Plätze bilden die Versorgungsstruktur in diesem sensiblen Bereich. In Stralsund sind zwei Plätze als Tageshospizplätze vermerkte Angebote einzeln ausgewiesen, die Gesamtsumme liegt bei 10 Plätzen im Hospiz.

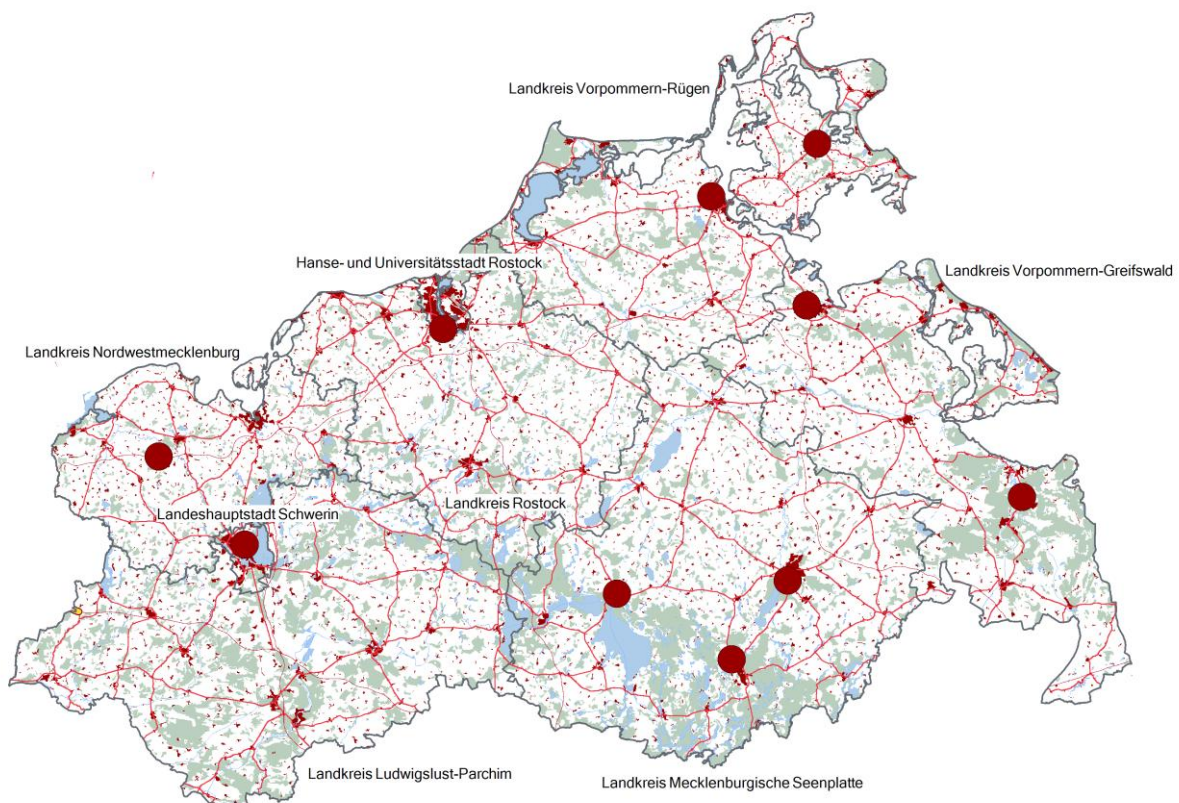


Abb. 44: Standorte Hospize 2025

Betrachtet man die Anzahl an Hospizplätzen so gibt es in Summe 100 Plätze in Mecklenburg-Vorpommern. Die größte Einrichtung befindet sich mit 16 Plätzen im Landkreis Nordwestmecklenburg. Insgesamt sind elf Hospize vorzufinden. In den Landkreisen Ludwigslust-Parchim und Rostock ließen sich keine Standorte identifizieren. Unter Zugrundelegung der Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa⁴⁵ wird geschätzt, dass der Bedarf für Palliativ- und Hospizbetten auf 80-100 benötigte Betten pro 1 Mio. Einwohner liegen sollte. Für Mecklenburg-Vorpommern käme man auf 126 Betten. Die Hospize decken bereits 100 Plätze ab.

⁴⁴ Die Darstellung der Standorte erfolgte auf Grundlage der vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung gestellten Informationen (Stand Juni 2025)

⁴⁵ <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0031-1276957#jump-to-8.1.2-bedarf>

Dazu kommen additive Einrichtungen und Plätze mit einem verwandten Charakter der Versorgung, wie z.B. Palliativstationen in Krankenhäusern. Aufgrund der geringen Dichte an Hospizen sind ausgehend von den Siedlungsgebieten Fahrzeiten von über 20 Minuten zu erwarten, wobei im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern längere Anfahrtswege unumgänglich sind.

2.5 Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Der Krankenhausbereich steht vor umfassenden Reformprozessen und strukturellen Herausforderungen, die auch in Mecklenburg-Vorpommern spürbare Veränderungen der Versorgungsinfrastruktur mit sich bringen werden.

Der Landesplan Pflege erhebt nicht den Anspruch, die Entwicklung der Krankenhausversorgung im Detail zu analysieren, da hierfür spezifische Fragestellungen zu beantworten und Auswertungen auf Basis von Behandlungsdaten erforderlich wären. Gleichwohl kommt den Krankenhäusern im Kontext dieses Berichts eine wichtige Bedeutung zu: Denn diese zählen zu den zentralen Arbeitgebern im Pflegebereich und übernehmen als Träger zugleich in erheblichem Umfang die praktische Ausbildung von Auszubildenden in der Pflege. Krankenhäuser nehmen in der pflegerischen Versorgung somit eine doppelte Rolle ein: Einerseits sind sie ein zentraler Bestandteil der akutmedizinischen Behandlung und Nachsorge, andererseits zählen sie zu den wichtigsten Arbeitgebern und Ausbildungsträgern für Pflegefachpersonen.

Die Analyse der Krankenhausstandorte und ihrer regionalen Verteilung ist daher nicht nur für die medizinische und pflegerische Versorgung, sondern auch für die Sicherstellung der Pflegeausbildung und die Nachwuchsgewinnung von großer Bedeutung. Während in städtischen Regionen mit hoher Versorgungsdichte andere Voraussetzungen bestehen, rückt in ländlichen Räumen insbesondere die Frage der Erreichbarkeit stärker in den Vordergrund.

In den nachfolgenden Darstellungen werden die somatischen und psychiatrischen Krankenhäuser mit Planbetten berücksichtigt, die im Landeskrankenhausplan ausgewiesen wurden.⁴⁶ Im Adressverzeichnis sind insgesamt 37 Einrichtungen an 72 Standorten mit insgesamt 9.338 Planbetten verzeichnet.

⁴⁶ Gegenüber den Kennzahlen der Krankenhausstatistik des Bundes ergeben sich an dieser Stelle Unterschiede in den Kennzahlen, da diese auch Krankenhäuser und aufgestellte Betten in Krankenhäusern berücksichtigt, die nicht Teil der Landeskrankenhausplanung sind. Ebenso weichen die Kennzahlen von den Angaben der Krankenhäuser ab, die auf der Internetseite der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. geführt werden.

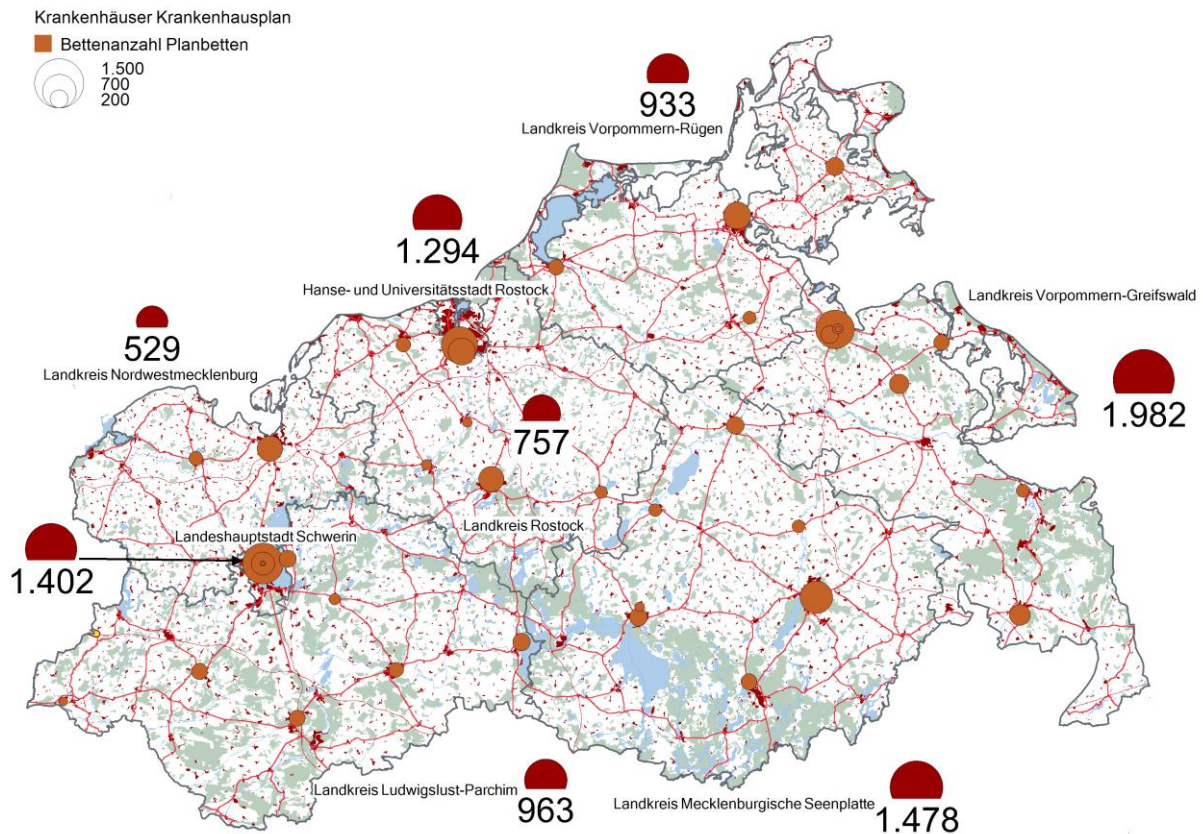


Abb. 45: Krankenhäuser und Planbetten 2024

Die höchste Anzahl Planbetten ist mit 1.982 Planbetten im Landkreis Vorpommern-Greifswald gegeben, wobei davon bereits 880 Planbetten auf die Universitätsmedizin Greifswald entfallen. Die geringste Anzahl an Planbetten lassen sich dagegen im Landkreis Nordwestmecklenburg (529) identifizieren. Daneben lässt sich in den kreisfreien Städten Schwerin (1.402) und Rostock (1.294) eine Kumulation an Einrichtungen feststellen.

Regionale Erreichbarkeitsanalysen werden an dieser Stelle nicht vorgenommen, da diese im Rahmen eigenständiger Planungsprozesse erfolgen müssen. Sie sind insbesondere für die Sicherstellung der Grundversorgung sowie der Erreichbarkeit bei spezifischen Krankheitsbildern und spezialisierten Eingriffen in der Akutversorgung erforderlich.

Im Hinblick auf Tageskliniken werden nachfolgend 46 Standorte aufgeführt, die im Landeskrankenhausplan als Einrichtungen verzeichnet sind, die tagesklinische Versorgung anbieten.

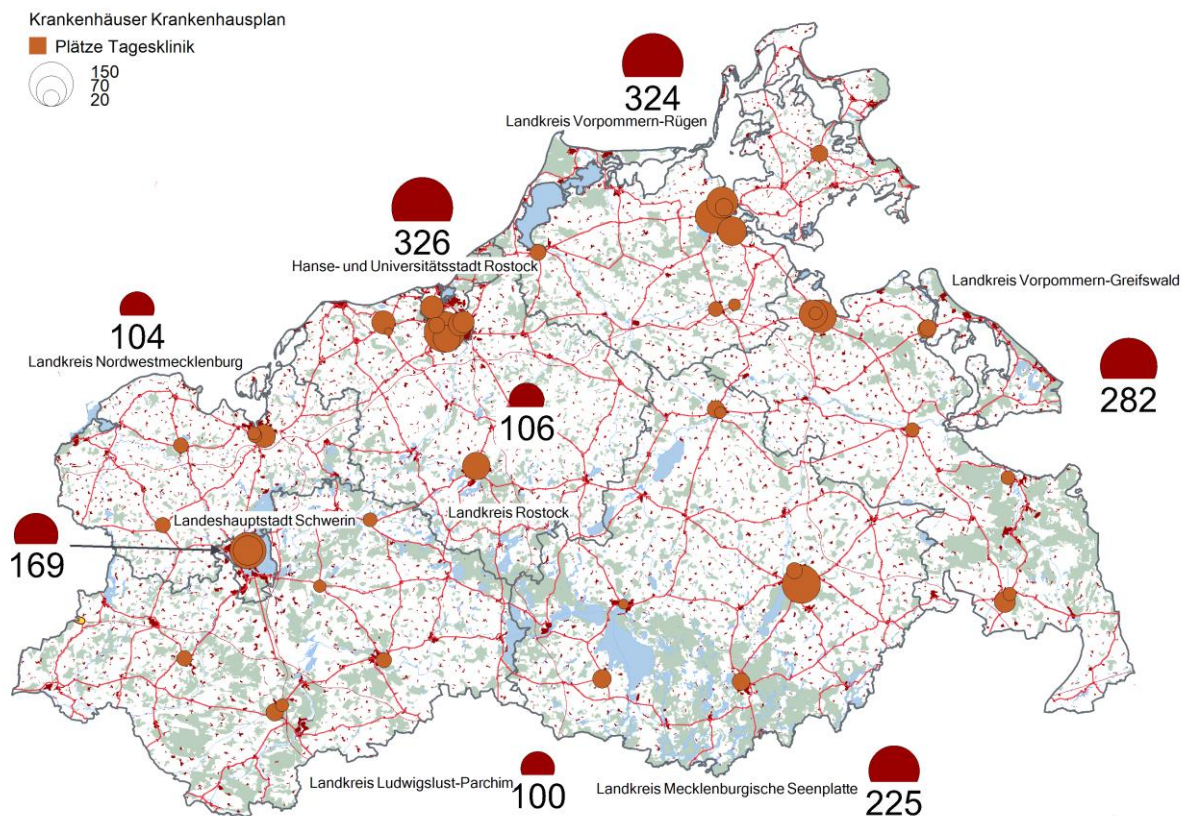


Abb. 46: Standorte und Angebote der tagesklinischen Betreuung

Insgesamt umfassen diese 1.636 Plätze. Dabei handelt es sich überwiegend um psychiatrisch ausgerichtete Angebote; es finden sich aber auch tagesklinische Betreuungen der Onkologie, der Endokrinologie, der Schmerzbehandlung und weiterer fachspezifischer medizinischer Versorgung.

Die Verteilung der Standorte sind vor dem Hintergrund der Einsatzplanung sowie der Bildung von praktischen Ausbildungskooperationen für Auszubildende in der generalistischen Pflegeausbildung von hervorgehobener Bedeutung. Im § 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung - PflAPrV) wird auf einen Pflichteinsatz in der allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung verwiesen. Im § 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG) wird dies ergänzt mit dem Hinweis, dass Pflichteinsätze in den speziellen Bereichen der pädiatrischen Versorgung und der allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung sowie weitere Einsätze auch in anderen, zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden können. Dies ergänzt die landesrechtlichen Möglichkeiten und Einsatzgebiete. Schwerpunktmäßig werden jedoch die Einsätze in den benannten Bereichen erfolgen.

Das Krankenhausadressverzeichnis ermöglicht die Identifikation von Standorten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Regionalstatistik des Bundes⁴⁷ führt ebenfalls Datensätze zu den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bis zum Jahr 2022⁴⁸. In der Regionalstatistik

⁴⁷ <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>.

⁴⁸ Tabelle: 23112-01-05-4-B: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilungen - Stichtag 31.12. - regionale Ebenen (ab 2018).

werden insgesamt 60 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern geführt, die in Summe 10.605 aufgestellte Betten führen.

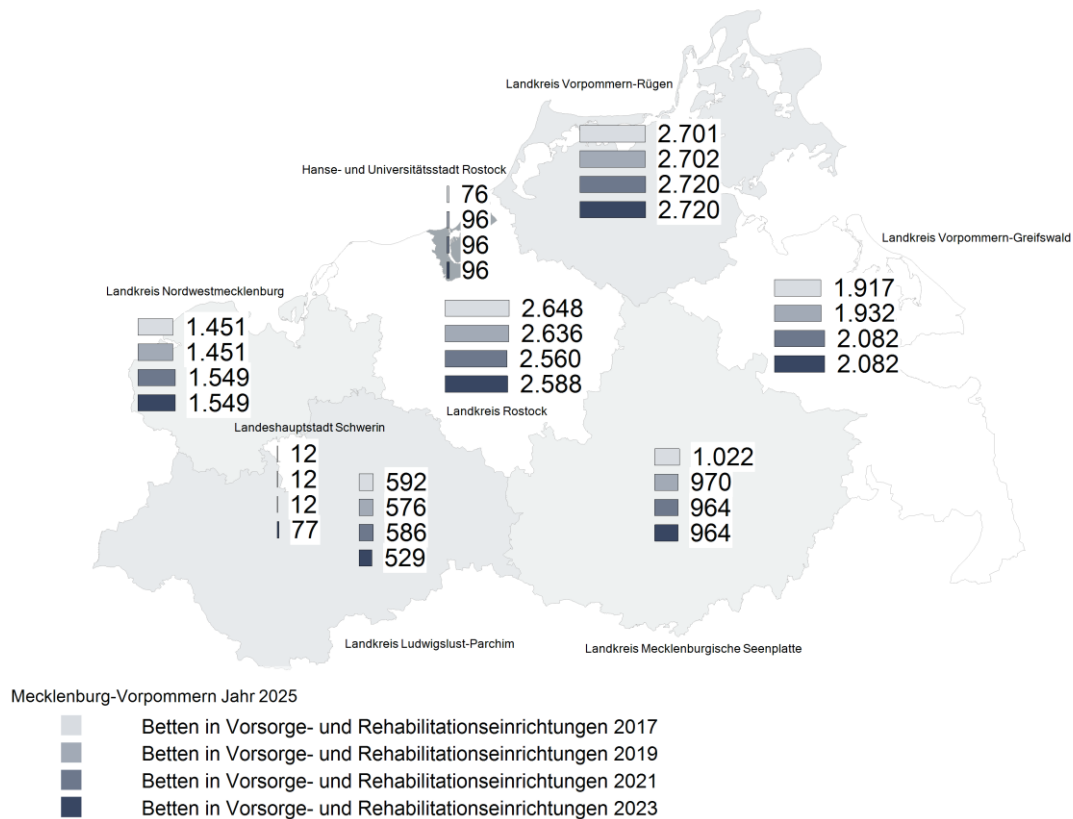


Abb. 47: Entwicklung Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2017 bis 2023

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nicht auf die regionale Versorgung ausgerichtet und verfügen in der Regel über keine Notfallversorgung. Aufgrund gezielter Einweisungen und planbarer Belegungen ist daher ein wohnortnahes Angebot nicht zwingend erforderlich, da Personen gezielt zu bestimmten Einrichtungen überwiesen werden können und die Behandlung in der Regel nicht am Wohnort erfolgen muss. Stationäre Aufnahmen erfolgen bei Bewilligung der Kostenübernahme durch die Versicherung (Krankenversicherung/ Rentenversicherung/ Unfallversicherung) auch über die Landesgrenzen hinaus. Reha- und Vorsorgeleistungen sind keine landesrechtlich begrenzten Leistungen, sondern bundesrechtlich geregelt. Grundsätzlich besteht ein Wahlrecht der Personen mit Rehabilitationsbedarf. Vor diesem Hintergrund sind Erreichbarkeitsanalysen der Einrichtungen nicht erforderlich.

3 Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten

3.1 Einleitung

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich, eine „leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgung“ sicherzustellen. Diese juristisch angesichts der fehlenden Bundeskompetenz für die Planung von Einrichtungen der Langzeitpflege (Klie 2024d, 2024c) eher programmatisch formulierte Aufgabe kann in jedem Fall nur mit einer entsprechend differenzierten Berichterstattung, Planung und gegebenenfalls Förderung erfüllt werden. Die Länder haben entsprechende Vorgaben zur Umsetzung der kommunalen Pflegeplanung in den jeweiligen Landesgesetzen formuliert – als Aufgabenbeschreibung oder Verpflichtung der Kommunen (vgl. Braeseke et al. 2025; Engels und Frie 2023). Die Vorgaben im Bereich der kommunalen Pflegestrukturplanung unterscheiden sich in den einzelnen Ländern stark voneinander, was sich auch auf der Ebene der Kommunen fortsetzt. Einen Überblick zu den unterschiedlichen landesrechtlichen Gegebenheiten und Ausbuchstabierungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten gaben zuletzt Braeseke et al. (2025) in ihrem Gutachten „Kommunale Pflegeplanung“ im Auftrag der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.

Das Ziel kommunaler Pflege- und Altenhilfeplanung ist es, auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte auf den Erhalt, bzw. die Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungsinfrastruktur im Vor- und Umfeld der Langzeitpflege hinzuwirken (Klie und Rischard 2025, S. 2). Auf regionaler Ebene zeigen sich große Unterschiede hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale der Bevölkerung sowie der Infrastruktur aber auch der Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich der Bewältigung der Pflegeaufgaben. Unterschiedliche regionale Gegebenheiten zeichnen auch die Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern aus (vgl. insbesondere Kapitel 1 und 2).

Auch, wenn die Erreichbarkeitsanalysen (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2) auf eine flächendeckende Absicherung mit ambulanten und stationären Versorgungsangeboten in Mecklenburg-Vorpommern, verweisen und auch die Ausbildung zur Pflegefachperson auf eine gute Resonanz stößt, wird sich die kommunale Pflegesozialplanung aktuell und zukünftig multiplen Herausforderungen stellen müssen: In ganz Deutschland zeigen sich bereits seit einiger Zeit Versorgungsengpässe und Anzeichen von Unterversorgung auf kommunaler Ebene. Beratungsangebote werden nicht überall ortsnah angeboten (Klie und Rischard 2025, S. 10). Es ist davon auszugehen, dass sich Versorgungsengpässe aufgrund zunehmenden Personalmangels in der Pflege weiter verschärfen werden (Isfort 2024). Zudem kämpfen insbesondere die vollstationären Einrichtungen zum einen mit der Kostenentwicklung der vergangenen Jahre, sei es durch steigende Löhne der Pflegefachkräfte, Ausgaben für Leiharbeit oder Inflation und zum anderen mit personalbedingten Unterauslastungen (Isfort 2024, S. 10f.), die die wirtschaftliche Stabilität der Einrichtungen gefährden können. Auch in Mecklenburg-Vorpommern werden diese Herausforderungen zukünftig (verstärkt) die pflegerische Versorgungssituation treffen und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor neue Herausforderungen stellen (vgl. z. B. Kapitel 5.2).

Als eines der wenigen Länder verfügt Mecklenburg-Vorpommern über eine im Landespflegegesetz mit Verbindlichkeit ausgestattete Pflegeplanung. § 5 Absatz 3 LPflegeG M-V legt fest, dass die Landkreise und kreisfreien Städte unter Zugrundelegung der jeweils aktuellen Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung zum Stichtag 31. Dezember eines jeden fünften Jahres, beginnend

mit dem Jahr 2018, Pflegepläne für ihr Gebiet auf und schreiben diese fort, zu erstellen haben. Die Planungen enthalten eine Bestandsaufnahme über die regionale Versorgungsstruktur, zeigen etwaige Defizite auf und beschreiben die bedarfsgerechte Entwicklung von geeigneten Betreuungs- und Pflegeangeboten. Für die Umsetzung der Pflegepläne wurde der sogenannte „Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns“ inkl. diverser Arbeitshilfen erarbeitet, der wichtige und hilfreiche Hinweise für eine moderne, integrierte Pflegesozialplanung gibt. Dabei bezieht er auch die Dimension der Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie der korporatistischen Systemakteure mit ein.

Ziel dieses Kapitels ist es, Ansätze zur Weiterentwicklung der kommunalen Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern zu erarbeiten, um diese angesichts komplexer Anforderungen zukunftsfähig zu gestalten. Zu beantworten ist demnach die folgende Forschungsfrage:

Welche Stärken und welche Defizite weist die integrierte Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern auf und welche Weiterentwicklungsbedarfe ergeben sich daraus?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde eine Dokumentenanalyse der Pflegesozialpläne der Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anschließend in einem Workshop mit den kommunalen Sozialplanerinnen und -planer am 17. Oktober 2025 diskutiert und weiterentwickelt. Das folgende Kapitel schildert zunächst die historischen Entwicklungen und rechtlichen Rahmenbedingungen der integrierten Pflegesozialplanung. Zudem wird der „Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns“ sowie die Überarbeitung des Berichtsstandards für eine Integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns (Stand Dezember 2023) vorgestellt. Es wird ein Resümee anhand der praktischen Umsetzung in den Pflegeplänen gezogen. Anschließend wird skizziert, welche Merkmale eine qualitativ hochwertige und moderne Pflegeplanung aufweisen sollte. Es folgt die Analyse der integrierten Pflegesozialpläne Mecklenburg-Vorpommerns. Das Kapitel schließt mit der Darstellung möglicher Ansätze zur Weiterentwicklung der integrierten Pflegesozialplanung. Dabei werden auch Bundes- und landesrechtliche Nachjustierungen der Verantwortungsrollen von Bund und Ländern sowie Kommunen diskutiert.

3.2 Fachliche Kontextualisierungen, rechtliche Rahmenbedingungen, gesundheits- und pflegepolitische Perspektiven

3.2.1 Gesetzlicher Rahmen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene

Der Bundesgesetzgeber hat bei Verabschiedung der Pflegeversicherung auf ein wettbewerbsneutrales und marktorientiertes Modell der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gesetzt. Damit wurden sowohl dem Bund als auch den Ländern sowie den Kommunen klassische Bedarfssteuerungsinstrumente – anders als im Bereich der Krankenhausplanung – entzogen (vgl. Klie 2024d, 2024c). Gleichwohl ordnen das Bundes- und Landesrecht den Kommunen Aufgaben im Bereich der Langzeitpflege zu. Neben den Regelungen des SGB XI sind im Rahmen der integrierten Pflegesozialplanung weitere Normen im Kontext der Langzeitpflege zu berücksichtigen (Abb. 48).

Aufgaben der Kommunen im SGB XI

Bundesrecht

Landesrecht

§ 8
gemeinsame
Verant-
wortung

§ 8a Arbeits-
gruppen der
Landespflege-
ausschüsse

§ 45c Förder-
maßnahmen

Als Sozialhilfe-
träger in
Pflege-
satzver-
handlungen

Modellvorha-
ben gem.
§ 123

Planungs-
verpflicht-
ungen/
-aufgaben der
Kommunen

Pflegestütz-
punkte

Pflege-
konferenzen/
regionale
Pflege-
ausschüsse

Verordnung
nach
§ 45a Abs. 3

Abb. 48: Aufgaben der Kommunen im SGB XI.
Quelle: AGP Sozialforschung

- Im Bundesrecht normiert § 8 SGB XI die gemeinsame Verantwortung für die pflegerische Versorgung und die Entwicklung neuer Kulturen der Hilfe, die auf die örtlichen Gegebenheiten und Ressourcen anzupassen sind. Hier werden die Kommunen explizit angesprochen - auch im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Daseinsfürsorge.
- § 8a Absatz 3 SGB XI ermöglicht nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften die Einrichtung regionaler Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten. Nach § 5 Absatz 4 LPflegeG M-V können die Landkreise und kreisfreien Städte zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung regionale Pflegeausschüsse einrichten, insbesondere zu Fragen der notwendigen kommunalen Pflege- und Unterstützungsinfrastruktur, der Schaffung von altengerechten Quartiersstrukturen insbesondere unter Einbeziehung neuer Wohn- und Pflegeformen, der kommunalen Beratungsstrukturen für an den Bedarfen orientierte Angebote sowie der Koordinierung von Leistungsangeboten. In Mecklenburg-Vorpommern wurden in allen Landkreisen und kreisfreien Städten entsprechende Formate, wie z. B. regionale Pflegeausschüsse und Pflegekonferenzen, eingerichtet.
- § 45c SGB XI sieht die Beteiligung der Kommunen bei den Fördermaßnahmen insbesondere für die Netzwerkbildung vor und berechtigt die Kommunen, entsprechende Leistungen der Pflegekassen in Anspruch zu nehmen. In Mecklenburg-Vorpommern bilden die Unterstützungsangebotelandesverordnung (UntAngLVO M-V) und die Betreuungsangeboteförderrichtlinie (BetrAngFöRI M-V) die Grundlagen für die Umsetzung dieser Aufgabe.
- Als Sozialhilfeträger wirken die kreisfreien Städte und Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern an den Pflegesatzverhandlungen mit, sofern das vorgesehene Quorum der sozialhilfeberechtigten Personen erreicht ist.
- Gemäß § 123 SGB XI werden regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier gefördert. Hierfür stellen die soziale Pflegeversicherung und die private Pflege-Pflichtversicherung für die Modellvorhaben bundesweit bis zu 30 Millionen Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung. Voraussetzung ist eine hälftige Kofinanzierung durch das jeweilige Land und/oder durch die jeweilige kommunale

nale Gebietskörperschaft als für die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur/ Daseinsvorsorge zuständige Beteiligte. Das Land Mecklenburg-Vorpommern stellt in diesem Kontext ein Volumen von 1,2 Millionen Euro jährlich bereit. Hierzu ist der Förderaufruf im August 2025 erfolgt. Über die eingereichten Förderanträge wird im Jahr 2026 entschieden. Gegenstand der Zuwendung ist die Förderung von Modellvorhaben für innovative Unterstützungsvorhaben und -strukturen vor Ort und im Quartier, wobei sich geförderte Projekte auch auf die Ausgestaltung einer bedarfsgerechten integrierten Sozialplanung fokussieren können. Damit haben die Kreise die Möglichkeit, im Rahmen einer Kofinanzierung von Land und Pflegekassen Strukturentwicklung für eine zukunftsfähige Pflegeinfrastruktur und -planung zu entwickeln.

- Landesrechtlich wurde im § 5 Absatz 3 LPflegeG M-V die bereits ausgeführte Planungsverpflichtung normiert.
- Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat 19 Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI in Kofinanzierung von Pflegekassen, Kommunen und Land eingerichtet, die rund um das Thema Pflege beraten.
- Auch wenn im LPflegeG M-V in § 5 Absatz 4 Pflegeausschüsse nicht verbindlich vorgesehen sind („Kann-Vorschrift“), sind dennoch entsprechende Formate, wie oben ausgeführt, beispielsweise regionale Pflegeausschüsse und Pflegekonferenzen, etabliert.
- Nach § 45a Abs. 3 SGB XI werden die Länder ermächtigt, durch Rechtsverordnung insbesondere das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im zu bestimmen. Mecklenburg-Vorpommern hat durch die UntAngLVO M-V hiervon Gebrauch gemacht.

Neben den Regelungen des SGB XI sind im Rahmen der integrierten Pflegesozialplanung weitere Normen im Kontext der Langzeitpflege zu berücksichtigen.



Abb. 49: Weitere kommunale Aufgaben im Kontext der Langzeitpflege.
Quelle: AGP Sozialforschung

Bundesgesetzliche Vorgaben aus dem Sozialhilferecht adressieren im Vorfeld der Pflege Leistungsverpflichtungen zur Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes so wie der Altenhilfe gemäß §§ 70, 71 SGB XII (vgl. Klie in: Hauck und Noftz 2021; Klie 2022; Engler et al. 2024). Dabei geht es bei

der Altenhilfe gem. § 71 SGB XII nicht allein um die Gewährung von Transferleistungen, sondern vielmehr um die Entwicklung von Infrastrukturen für ältere Menschen, die ihnen Teilhabe aber auch Mitwirkung an den öffentlichen Angelegenheiten ermöglichen (vgl. Engler et al. 2024), aber auch Beratungsstrukturen bis hin zur Fallverantwortung nach Kenntnis der Notlage bei Gefährdung des Altenwohls (vgl. Bienwald et al. 2011) gehören zu den Aufgaben der kommunalen Altenhilfe, die bei den seniorenpolitischen Gesamtkonzepten in Mecklenburg-Vorpommern mitreflektiert werden sollten. Nach § 5 Absatz 2 LPflegeG M-V unterstützt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern die für die Hilfe zur Pflege in Mecklenburg-Vorpommern zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII dabei, seniorenpolitische Gesamtkonzepte zu entwickeln und dabei die kommunalen Pflegeplanungen zu integrieren.

Regelungsebenen der Altenhilfe nach §71 SGB XII

Programmatik	• Abs. 1 • Sozialrechtlich und gerontologisch weiterentwickeln
Infrastruktur	• Begegnung • Engagement • Prävention • Beteiligung
Leistungen	• Abs. 2 – verschränkt mit Infrastruktur • Verzahnt mit anderen Sozialleistungen
Beratung	• Breites Beratungsspektrum • Nicht isoliert, vernetzt und koordiniert
Garantenstellung	• Mit §18: Hilfen ab Kenntnis der Notlage • Letzte Hilfebene • Erwachsenenschutz

Abb. 50: Altenhilfe gem. § 71 SGB XII.
Quelle: AGP Sozialforschung

Zuständig sind die Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern als Sozialhilfeträger weiterhin für die Gewährung der Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61ff. SGB XII, die weitgehend eine ergänzende Funktion haben für hilfebedürftige Personen, die die Kosten für bedarfsdeckende Leistungen der Hilfe zur Pflege – sei es im Heim, sei es in Wohngemeinschaften aber auch im ambulanten Bereich – nicht aus eigenen Mitteln tragen können. Neben diesen ergänzenden Leistungen kommt dem Sozialhilfeträger weiterhin die Aufgabe zu, für nicht pflegeversicherte Personen die Kosten der Hilfe zur Pflege zu übernehmen – dies auch wie generell auf der Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung gemäß § 63a SGB XII. Die Hilfe zur Pflege ist auch bedeutsam im Zusammenhang mit Phänomenen der Pflegearmut (vgl. Klie 2026b). Das Phänomen der Pflegearmut ist ein vielschichtiges. Insbesondere für Haushalte, die von Armut bedroht oder von ihr betroffen sind, kommen Hilfen zur Pflegeleistung außerhalb von Einrichtungen in Betracht bzw. entfalten hier ihre existenzsichernde Wirkung. Ähnlich wie bei der Grundsicherung im Alter sind hier Vollzugsdefizite und Dunkelziffern (auch für Mecklenburg-Vorpommern) zu vermuten (vgl. Klie 2026b).

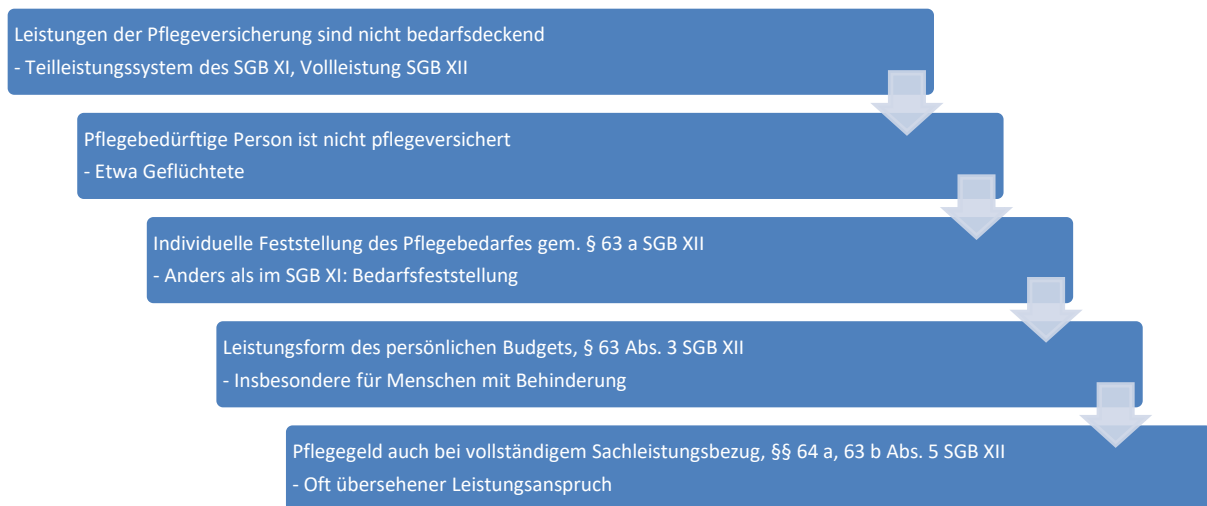


Abb. 51: Profil der Hilfe zur Pflege.
Quelle: AGP Sozialforschung

Im Rahmen der sozialhilferechtlichen Verpflichtung der Gewährung und Sicherstellung der pflegerischen Hilfen und Versorgung für sozialberechtigte Personen steht den Landkreisen und kreisfreien Städten ein breites Gestaltungs- und Verantwortungsspektrum zur Verfügung, die auch auf die Kompensation von Infrastrukturdefiziten in der Langzeitpflege gerichtet sein können oder müssen.

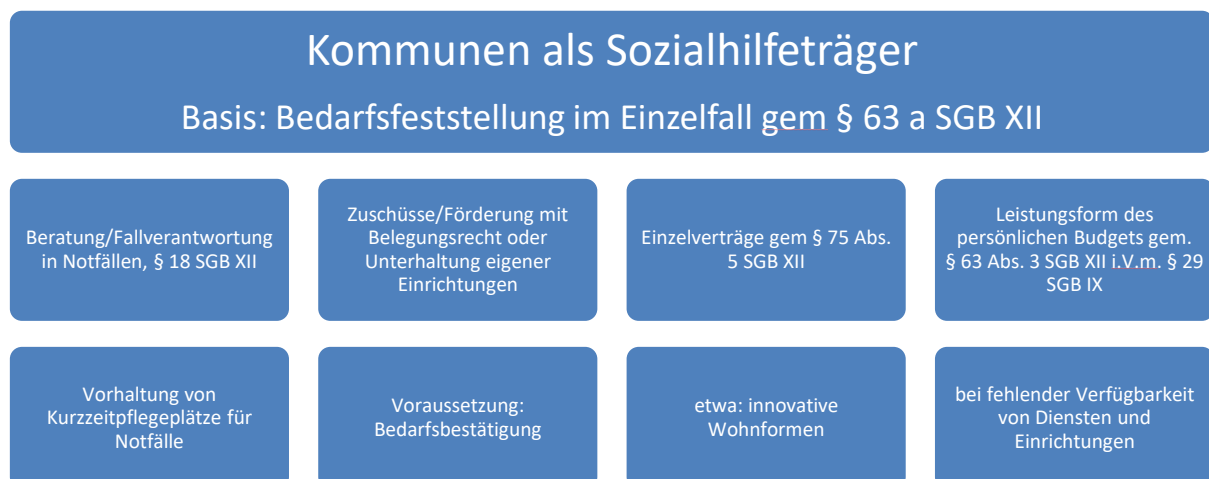


Abb. 52: Kompensation von Infrastrukturdefiziten im Rahmen fürsorgerechtlicher Verpflichtungen.
Quelle: AGP Sozialforschung

Schnittstellen zur Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege weisen die Regelungen zur Eingliederungshilfe nach dem SGB IX auf. Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf werden nach dem Lebenslagenmodell gemäß § 103 SGB IX vorrangig als Menschen mit Behinderungen angesehen, die von den in vielerlei Hinsicht günstigeren Voraussetzungen und Heranziehungsregelungen des SGB IX „profitieren“ können, wenn ihnen denn, was regelmäßig zu unterstellen ist, auch die Erreichung von Teilhabezielen bestätigt wird (vgl. Klie 2026a).

Auch Menschen mit Demenz im Erwerbsalter haben grundsätzlich als Menschen mit Behinderungen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX, sofern sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. In diesem Zusammenhang sind besondere Zielgruppen Pflegebedürftiger angesprochen, für die es infrastrukturell Versorgungsdefizite gibt – etwa Menschen mit einer frontotemporalen Demenz (FTD). Die Träger der Eingliederungshilfe sind gemäß § 95 SGB IX mit

einem (objektiven) Sicherstellungsauftrag ausgestattet und haben daher ihren Beitrag zur Infrastrukturentwicklung für diesen Personenkreis zu leisten oder aber flexiblere Leistungserbringungsformen zuzulassen, wie etwa die des persönlichen Budgets gem. § 29 SGB IX.

Zu den landesrechtlichen Aufgaben der Kommunen gehören die Umsetzung des Heimrechtes, die Aufgaben nach dem öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz, die Gewährung von Pflegewohngeld gem. § 9 LPflegeG M-V, soweit es noch leistungsberechtigte Personen gibt, sowie die Umsetzung des Landeskrankenhausgesetzes. Alle landesrechtlich vorgesehenen Aufgaben spielen auch für die Pflegesozialplanung eine Rolle – sowohl was die Verfügbarkeit von Daten als auch die Möglichkeiten von Prävention und geeigneten Maßnahmen anbelangt.

Schließlich steht den Kommunen über ein eigenes Satzungs- und Haushaltsrecht ein Gestaltungsspielraum im Rahmen der Daseinsvorsorge, der Übernahme von kommunalwirtschaftlichen Aufgaben in eigener Regie sowie der Förderung von Maßnahmen auf kommunaler Ebene zu.

Dieses breite Spektrum von Aufgaben und Zuständigkeiten, in das Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern eingebettet ist, steht in einem gewissen Spannungsverhältnis zu der nach Auffassung der Gutachter letztlich nicht gelösten Frage, wer die Infrastrukturverantwortung für Langzeitpflege trägt und wie der Sicherstellungsauftrag zu erfüllen ist (Klie 2024d, 2024c).

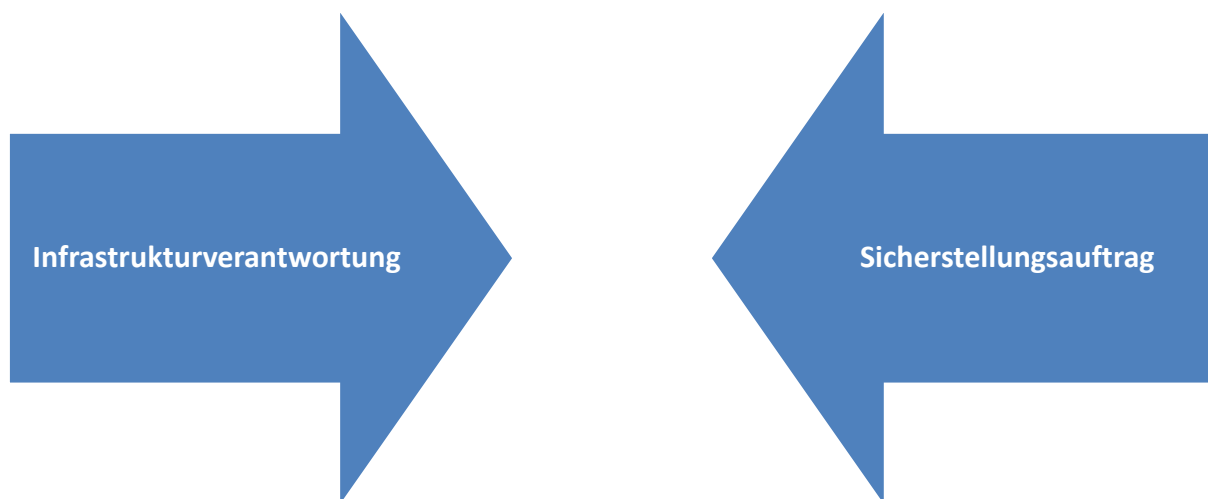


Abb. 53: „Verantwortungs- und Zuständigkeitsdiffusion“.
Quelle: AGP Sozialforschung

§ 9 SGB XI formuliert ähnlich infinitiv wie die Verpflichtung zur Aufstellung von Pflegesozialplänen auf landesrechtlicher Ebene, dass die Länder Verantwortung für eine bedarfsgerechte Infrastruktur tragen. Das Bundesrecht sieht anders als der Bereich der Krankenhausplanung keine Bundeskompetenz zur Regelung der Infrastrukturentwicklung in der Langzeitpflege vor (vgl. Klie 2024d, 2024c). Daneben obliegt den Pflegekassen gemäß § 12 SGB XI die Verantwortung, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Der Sicherstellungsauftrag ist allerdings bei Nichteinlösung anders als etwa im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, § 13 Abs. 3 SGB V, nicht sanktioniert. Seit langem wird kontrovers zwischen Bund und Ländern die sich aus § 9 SGB XI abzuleitenden Verpflichtungen diskutiert (vgl. Bund Länder Arbeitsgruppe 2024).

Mögliche Verpflichtungen der Länder, sich generell an den Unterkunfts- und Investitionskosten der laufenden Heimentgelte zu beteiligen, lösen ähnlich wie das in Mecklenburg-Vorpommern auf

Zeit vorgesehene Pflegewohngeld noch keine Infrastrukturverantwortung ein, da mit der Übernahme von Teilen der Investitionskosten keinerlei Steuerungswirkungen für die pflegerische Infrastruktur ausgelöst werden. Bekannt sind landesrechtliche Investitionen respektive Subventionierung von Einrichtungen in unterversorgten Regionen und für unterversorgte Klientengruppen. Der Sicherstellungsauftrag der Pflege wird, wie bereits dargestellt, dem Pflegemarkt überantwortet und dadurch erfüllt, dass die Pflegekassen mit den Anbietern von qualitätsgesicherten Leistungen der Langzeitpflege Verträge abschließen. Die Pflegekassen selbst können zwar theoretisch und rechtlich selbst Pflegekräfte anstellen, was sie aber sinnvollerweise nicht tun, da ihnen in der Regel die entsprechende Kompetenz im leistungserbringungsrechtlichen Sinne fehlt. Insofern bleibt der Sicherstellungsauftrag der Pflegeversicherung im luftleeren Raum. Man spricht da von einer Verantwortungs- und Zuständigkeitsdiffusion von Infrastrukturverantwortung und Sicherstellungsauftrag (vgl. Klie 2024d, 2024c). Genau mit diesem „rechtlichen Steuerungs dilemma“ ist die kommunale Pflegesozialplanung konfrontiert. Denkbar ist und diskutiert wird eine gestufte Aufgabenübertragung an die Länder und Kommunen im Rahmen einer Weiterentwicklung des Rechts der sozialen Pflegeversicherung, die von einer Spezifizierung der Infrastrukturverantwortung, ggf. auch für Beratungs- und Case Management-Strukturen über die Begrenzung der Belastung von Heimbewohnerinnen bis zu regionalen Budgetlösung in unterversorgten Regionen und für unterversorgte Zielgruppen reicht.

Diese Einordnung der kommunalen Pflegesozialplanung lässt die Möglichkeiten aber auch Limitationen von Planungsaktivitäten nach geltendem Recht erkennen. Im Sinne klassischer Bedarfs- und Infrastruktursteuerung bräuhete es bundesgesetzliche Korrekturen im SGB XI, ggf. auch in Artikel 74 Grundgesetz, um eine klassische Infrastruktursteuerung im Rahmen der kommunalen Planung möglich zu machen (vgl. Klie 2024d, 2024c). Ein solcher Ansatz würde sich allerdings in Widerspruch setzen zur Wettbewerbsneutralität der Pflegeversicherung und führt auch jetzt schon im Zusammenhang mit der Diskussion auf Bundesebene zur Planungsverpflichtung der Kommunen und der Berücksichtigung von Planungsaussagen beim Abschluss von Versorgungsverträgen, die sich möglicherweise als Einschränkung des Kontrahierungszwanges gemäß § 72 SGB XI darstellen, zu deutlichen Widerständen, die sich in der Beratung des Fachausschusses Altenhilfe und -pflege im Deutschen Verein (vgl. DV 2025b) ebenso niederschlagen wie in den Stellungnahmen zu den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Zukunftspakt Pflege.

3.2.2 Planungstypen und -verständnis

Betrachtet man kommunale Planung bundesweit lässt sich zwischen verschiedenen Typen von kommunaler Planung unterscheiden, wobei in der Praxis auch Mischformen auftreten (vgl. Abb. 54).

Planung: Typen und Nutzen			
Regelmäßige Bestandaufnahme mit oder ohne Empfehlungen • Probleme Datenzugang und -qualität, Aktualität, fehlender Sozialraumbezug • Nutzung: Sozialausschuss Debatten • Ggf. Fördermaßnahmen – je nach Landesrecht • Limitation: keine Kriterien, keine Planungskompetenz im wettbewerblichen Pflegemarkt	Bedarfsbestätigung für Landesförderung • z.B. Tagespflege • Fördermaßnahmen Quartiersentwicklung • Kurzzeitpflege-subventionierung Bedarfsbestätigung für Investoren/ Kreditgeber • Banken • Fonds • Ggf. verbunden mit Nachweis von Personalressourcen	Grundlage für kommunal-wirtschaftliches Engagement • Notfallversorgung • Kurzzeitpflege • Einrichtungen für „Systemsprenger“ • Eigene Einrichtungen / Dienste	„Didaktik“ für kreisangehörige Gemeinden • Awareness und Problembewusstsein stärken • Seniorenpolitische Gesamtprogramme • Aktivierung und Beteiligung der Bevölkerung

Abb. 54: Typen von kommunaler Pflegestrukturplanung.
Quelle: Eigene Darstellung

Ansätze dieser Planungstypen finden sich, wie darzustellen sein wird, auch in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns wieder.

Der Typ der „integrierten Sozialplanung“ zeichnet sich unter anderem durch ein modernes Planungsverständnis aus. Das erfordert, über den Kernbereich der pflegerischen Versorgung hinauszublicken und alle Lebensbereiche abzudecken, die sich auf das Leben und die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf auswirken. Hierzu zählen beispielsweise die Wohnsituation oder die Voraussetzungen für Mobilität im Nahraum. Ein modernes Planungsverständnis verknüpft Datenauswertungen mit fachlicher Expertise und stützt sich auf die Partizipation relevanter Akteure der Versorgung sowie der Betroffenen selbst. Die Empirie bildet die Grundlage einer fundierten Planung: Sekundärdaten werden ausgewertet und gegebenenfalls werden eigene Erhebungen durchgeführt. Durch die Gegenüberstellung von Bedarf und Angeboten kann die aktuelle Situation vor Ort eingeschätzt werden. Die fachliche Expertise fungiert hierbei als Bezugsrahmen. Planerinnen und -planer müssen in der Lage sein, die konkreten Gegebenheiten vor Ort mit gerontologischen, sozialwissenschaftlichen und rechtlichen Kenntnissen zu ergänzen sowie passende Good-Practice-Ansätze in der Region umzusetzen. Um die Expertise und Bedarfsanmeldungen von Menschen mit Pflegebedarf in die Planungsbestrebungen einzubeziehen, ist es angezeigt, diese im Rahmen von Partizipationsprozessen zu aktivieren und Beteiligung zu ermöglichen. Ebenso gilt es, relevante Personen oder Gruppierungen der Zivilgesellschaft, des Ehrenamts, der Leistungserbringer und der Regionalpolitik von Anfang an einzubinden (Klie und Rischard 2025, S. 13f.).

3.2.3 Rahmenbedingungen in Mecklenburg-Vorpommern

Historie der Pflegesozialplanung

Die Verpflichtung zur kommunalen Pflegeplanung wurde in Mecklenburg-Vorpommern seit der Einführung des Landespflegegesetzes (LPflegeG M-V) im Jahr 2003 gesetzlich verankert. Die aktuelle Form der „integrierten Pflegesozialplanung“ als konzeptuell vereinheitlichte und fachübergreifende Planungsmethodik in Mecklenburg-Vorpommern geht auf Entwicklungen in den frühen 2010er-Jahren zurück, wurde ab 2014 systematisch entwickelt und ist seit 2016 als strukturiertes Konzept etabliert. Grundlage hierfür waren unter anderem erste landesplanerische Empfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur, die 2013 vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern veröffentlicht wurden.

Im Jahr 2014 wurde eine Projektgruppe an der Hochschule Neubrandenburg mit der wissenschaftlichen Begleitung der Entwicklung eines Konzepts zur Pflegesozialplanung im Land beauftragt. Im Rahmen dieses Projekts wurde eine erste Fassung eines „Kompasses für die integrierte Pflegesozialplanung“ erarbeitet. Dieser sollte als Orientierung zur Erarbeitung und Umsetzung von vergleichbaren integrierten Pflegesozialplänen in den Kommunen Mecklenburg-Vorpommerns dienen. Die Implementierung dieses „Kompasses“ in den Landkreisen und kreisfreien Städten begann im Jahr 2016 (Kraehmer et al., 2016, Fol. 8). Trotz der partizipativen Erarbeitung des ursprünglichen „Kompasses“ zeigte sich in der praktischen Anwendung, dass Weiterentwicklungsbedarf bestand. Infolgedessen wurde im November 2023 ein Workshop zur Überarbeitung des Berichtsstandards durchgeführt. Insbesondere das Indikatorenset und die darauf aufbauende Gliederung wurden in Zusammenarbeit mit den Pflegesozialplanerinnen und -planern der Landkreise und kreisfreien Städte, Frau Prof. Kraehmer und Herrn Prof. Schmidt (verantwortlich für die ursprüngliche Version des „Kompasses“ für eine integrierte Pflegesozialplanung), Herrn Dr. Engels (Geschäftsführung ISG) sowie dem Fachreferat im Sozialministerium, überarbeitet. Zum Zeitpunkt des Workshops (2023) hatten mehrere Landkreise und kreisfreie Städte allerdings bereits mit den Erhebungen für die Fortschreibung der regionalen Pflegesozialplanung begonnen. Um zusätzliche Arbeit für die Landkreise und kreisfreien Städte zu vermeiden, wurde daher auf eine Vereinheitlichung der Erstellung der integrierten Pflegesozialpläne mit Stichtag 31. Dezember 2023 verzichtet.

Die in anderen Ländern zumeist *Pflegestrukturplanung* genannten kommunalen Pflegeplanungen werden in Mecklenburg-Vorpommern in Ansätze einer integrierten Sozialplanung eingebunden (§ 5 Absatz 2 LPflegeG M-V). Dies wird nicht nur an der Bezeichnung *Pflegesozialpläne* erkennbar, sondern auch in der komplementären Erstellung von seniorenpolitischen Gesamtkonzepten. Mit dieser Ausrichtung liegt Mecklenburg-Vorpommern ganz auf der Linie der aktuellen Fachdiskussion, die die Pflegeplanung als Teil einer integrierten Sozialplanung, speziell auch der Altenhilfeplanung versteht (DV 2025a).

Der Kompass integrierte Pflegesozialplanung

Die ursprüngliche Version des „Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns“ aus dem Jahr 2015 wurde im Rahmen ihres Implementierungsprozesses (2016–2018) auf ihre Praxistauglichkeit überprüft und weiterentwickelt (Kraehmer et al. 2018, S. 4f.). Die Ergebnisse des Implementierungsprozesses umfassten unter anderem (ebd., S. 7f.):

- eine Definition der integrierten Pflegesozialplanung, die in Kooperation mit den Pflegesozialplanerinnen und -planer entwickelt wurde

- eine Roadmap
- ein einheitlicher Berichtsstandard
- ein unterstützendes Instrument für die Pflegesozialplanung (UnIPs)

Im Jahr 2023 fand daraufhin zudem eine Weiterentwicklung des Berichtsstandards statt. Neue Methoden wurden im Rahmen der Überarbeitung des Berichtsstandards nicht eingeführt. Verwiesen wurde hierbei auf die Roadmap und den Werkzeugkasten im „Kompass“ (Kraehmer et al. 2018). Angepasst wurde die Mustergliederung und das Indikatorenset (siehe dazu 3.4.2 und 3.4.3).

Als übergeordnetes Ziel der integrierten Pflegesozialplanung wird die Umsetzung des Ansatzes „ambulant vor stationär“ benannt. Daraus abgeleitet wird die Erforderlichkeit der planerischen Gestaltung bedarfsgerechter Unterstützungsangebote und Lebensbedingungen für Hilfe- und Pflegebedürftige. Um dies zu erreichen, versteht sich die integrierte Pflegesozialplanung als ganzheitlicher Ansatz, der eine fachübergreifende Zusammenarbeit erfordert (ebd., S. 8). Zudem sollen sowohl professionelle als auch ehrenamtliche Akteurinnen und Akteure in den Planungsprozess einbezogen werden. Die integrierte Pflegesozialplanung beschränkt sich dabei nicht auf die Berichterstellung, sondern umfasst alle Planungsphasen: von der Planvorbereitung über die Planerarbeitung und -umsetzung bis hin zur Planevaluation und -fortschreibung (ebd., S. 9). Diese Planungsphasen folgen in jedem Planungszeitraum aufeinander, sodass sich ein fortlaufender Planungszyklus ergibt (siehe Abb. 55).

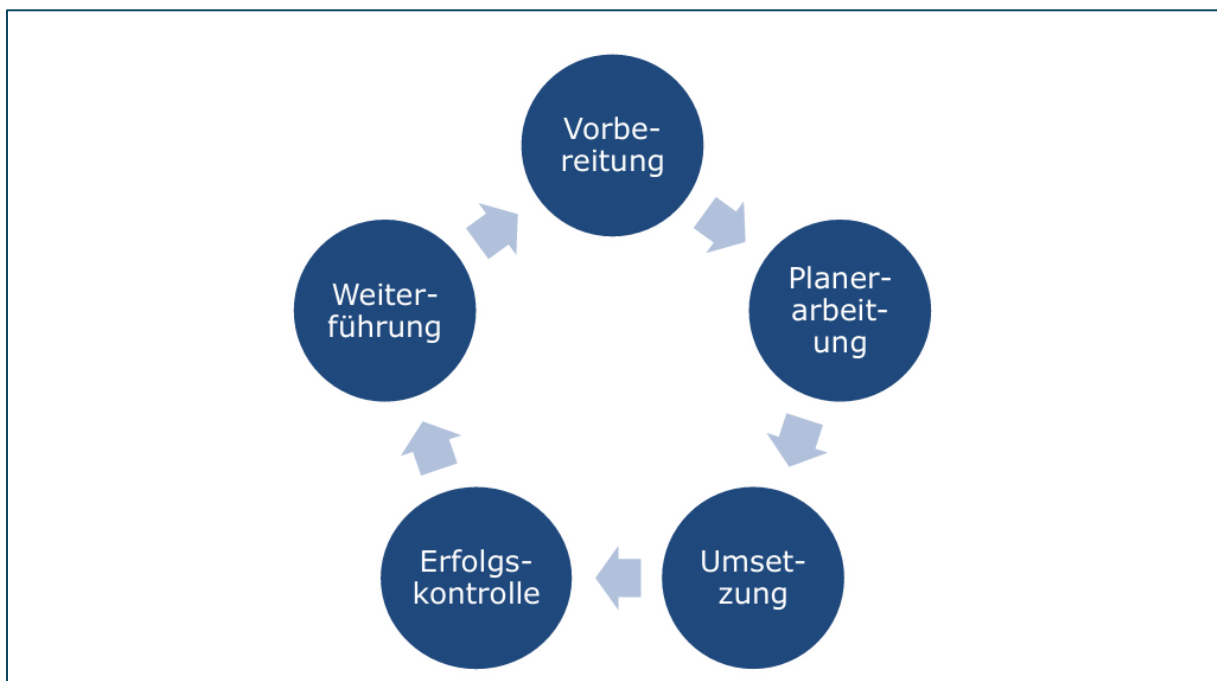


Abb. 55: Zyklus der integrierten Pflegesozialplanung
Quelle: Kraehmer, 2018, S. 26

Um die Pflegesozialplanerinnen und -planer bei der Organisation und Koordinierung des Planungsprozesses zu unterstützen, beinhaltet der Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung die Roadmap. Sie benennt Meilensteine, die im konkreten Planungsprozess inhaltlich ausgefüllt werden können und gibt Hinweise für den zeitlichen Umfang der einzelnen Planungsphasen (siehe Abb. 56).

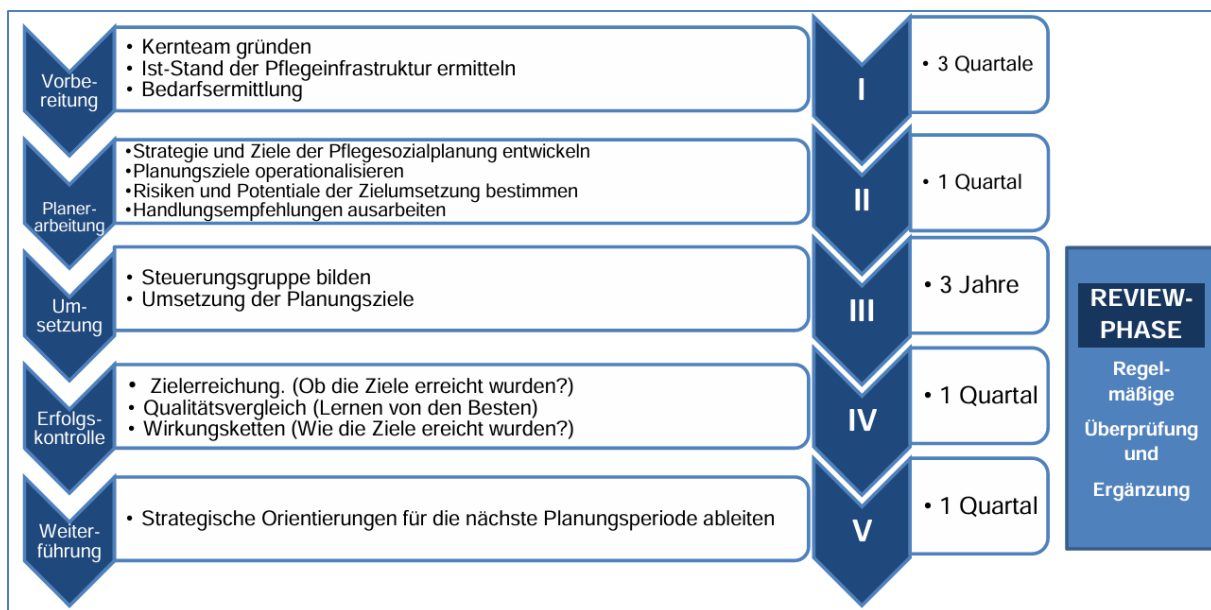


Abb. 56: Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung (Gesamter Planungsprozess)

Quell: Kraehmer, 2018, S. 25

Um bei der Berichterstellung ein einheitliches Vorgehen zu fördern und vergleichbare Ergebnisse zu gewährleisten, wurde der Berichtsstandard entworfen. Dieser gliedert die Pflegesozialpläne in sechs Kapitel: den Hintergrund (1), die Methoden (2), die Ergebnisdarstellung (3), die Darstellung möglicher Vertiefungsthemen (4), die Diskussion (5), die Ableitung pflegerischer Empfehlungen (6) und die Zusammenfassung der Schlüsselergebnisse (7).

3.3 Methodik

3.3.1 Dokumentenanalyse

Ein wichtiger Ankerpunkt des kommunalen Planungsprozesses stellt in den kreisfreien Städten und den Landkreisen die Erstellung des jeweiligen Pflegesozialplans in Form eines schriftlichen Berichtes dar. Dieser dient dazu, den Ist-Stand der regionalen Pflegeinfrastruktur darzustellen und zu analysieren. Er ermöglicht sowohl eine Rückschau als auch einen Blick in die Zukunft. So können der Erfolg vergangener Zielsetzungen überprüft und neue Handlungsempfehlungen für den nächsten Planungszyklus erarbeitet werden.

Die Pflegesozialpläne der sechs Landkreise und zwei kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern stellen demnach die zentralen schriftlichen Dokumente für die Planungsprozesse vor Ort dar. Sie wurden im Folgenden für den Landesplan Pflege Mecklenburg-Vorpommern summarisch ausgewertet und hinsichtlich Ihrer Umsetzung analysiert. Als Analyserahmen diente der Berichtsstandard in seiner aktuellsten Fassung aus dem Jahr 2023. Überprüft wurde der Umsetzungsstand des Berichtsstandards, sowie inwiefern aus den Berichten heraus Rückschlüsse darauf zu finden waren, inwiefern die Definition der integrierten Pflegesozialplanung in das kommunale Planungsverständnis übergegangen ist. In die Analyse einbezogen wurden die aktuellen Pflegesozialpläne aller Landkreise und kreisfreien Städte Mecklenburg-Vorpommerns aus den Jahren mit Stichtag 31.12.2023 mit Abgabetermin zum 31.12.2024.

3.3.2 Experteninterviews und Workshops mit den Pflegesozialplanerinnen und -planer Mecklenburg-Vorpommerns

Um die Erfahrung und Expertise der Planerinnen und Planer in Mecklenburg-Vorpommern einzubeziehen, wurden telefonische Expertinnen- und Experteninterviews mit ausgewählten Planerinnen und Planern geführt und Kontakt zu den Autorinnen und Autoren des „Kompasses Pflegesozialplanung“ aufgenommen, um ihre Einschätzung über die Wirksamkeit desselben einzuholen. In zwei miteinander verbundenen Workshops (zu den Themen Pflegeplanung und Pflegepersonalbedarf) am 17.10.2025 im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin wurden sodann die Möglichkeiten, Grenzen und künftigen Herausforderungen der Pflegesozialplanung unter breiter Beteiligung von Stakeholdern thematisiert. Auf diese Weise konnten neben der Dokumentenanalyse in dialogischen Formaten unter Einbeziehung von Leistungserbringerinnen und -erbringern sowie Leistungsträgerinnen und -trägern Fragen zur Zukunft der Pflegesozialplanung erörtert werden. Dies geschah mithilfe von Thesen, die aus den bisherigen Befunden zur Pflegesozialplanung entwickelt und formuliert wurden. Die Ergebnisse des Workshops wurden in Kapitel 3.5 zusammengefasst.

3.4 Ergebnisse der Dokumentenanalyse

3.4.1 Allgemeine Charakteristika der analysierten Dokumente

Die Mehrheit der Pflegeberichte wurde durch die in den Verwaltungen der kreisfreien Stadt, bzw. des Landkreises, zuständigen Personen verfasst. Die Pflegesozialplanerinnen und -planer waren in der Regel beim Sozialamt oder einer Stabstelle angesiedelt, welche dezidiert für Planung zuständig ist. Drei der acht Pflegesozialplanungsberichte wurden durch extern beauftragte Forschungs- und Beratungsinstitutionen verfasst. Im Durchschnitt umfassten die Pflegeberichte 151 Seiten, wobei der umfangreichste Bericht durch den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte vorgelegt wurde (466 Seiten) und der kompakteste Bericht durch die Hanse- und Universitätsstadt Rostock angefertigt wurde (63 Seiten).⁴⁹ Die zugrundeliegenden Datenquellen der Berichte sind, mit manchen Ausnahmen, weitgehend vergleichbar. Die gemeinsame Datenbasis stellt insbesondere die amtliche Pflegestatistik des Jahres 2023 dar. Bei den Daten zur Bevölkerung wurden in den Landkreisen in der Regel auf die Daten des Statistischen Landesamtes zurückgegriffen, allerdings nutzen beispielsweise die Hanse- und Universitätsstadt Rostock und die Landkreise Rostock und Vorpommern-Greifswald für eigene Planungen lediglich eigene Bevölkerungsdaten und -vorausberechnungen, um differenzierte und kleinräumige Daten in die Planung einbeziehen zu können.

Wie im Folgenden gezeigt wird, sind die Berichte für die ursprünglich geplante summarische Zusammenfassung im Landesplan Pflege Mecklenburg-Vorpommern nicht hinreichend geeignet. Auch wenn pro Landkreis betrachtet zum Teil nur in geringem Umfang vom Berichtsstandard abgewichen wurde, ergibt sich in der Summe keine hinreichend einheitliche Datenbasis für eine Zusammenführung der einzelnen Kennziffern. Hinzu kommt, dass beispielsweise die in den Berichten verwendete 5. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes auf Basis des Zensus 2011 mittlerweile als überholt gelten muss. Die Daten des Zensus 2022 zeigen für Mecklenburg-Vorpommern gerade in den Landkreisen, dass die Zahl der Hochaltrigen in

⁴⁹ Für die Berechnung des Umfangs der Berichte wurden auch Anhänge einbezogen, weil hier zum Teil für die Region relevante Übersichtstabellen enthalten sind.

der Fortschreibung des Zensus 2011 deutlich überschätzt wurden. Vor diesen Hintergründen wurde im Folgenden die Analyse der Pflegesozialpläne in eher übergeordneter Form durchgeführt. Die durch die Gutachter erfolgte Zusammenstellung des Status Quo und der Vorausberechnungen von Bevölkerung und Pflegebedürftigen sowie die Darstellung der Infrastruktur der pflegerischen Versorgung werden in den zwei darauffolgenden Kapiteln ausgeführt.

Bis auf den Landkreis Ludwigslust-Parchim und die Hanse- und Universitätsstadt Rostock haben die kreisfreien Städte und Landkreise im Planungsprozess eigene Erhebungen durchgeführt. In der Regel handelte es sich hierbei um ergänzende Befragungen der Leistungserbringer, um bspw. Daten zur Auslastung zu erhalten. Die Befragungen wurden in Papierform oder als Onlinebefragungen durchgeführt. Vier der acht kommunalen Gebietskörperschaften Mecklenburg-Vorpommerns führten im Laufe der Berichterstellung Veranstaltungen oder Projektgruppentreffen durch. Es ist nicht auszuschließen, dass auch in anderen Kommunen Beteiligungsverfahren durchgeführt wurden, diese jedoch nicht im Pflegesozialplan dokumentiert wurden.

	Verfasser	Jahr	Umfang (Seiten)	Stand Pflege- statistik	Eigene Erhebung	Veranstaltung
Landkreis Rostock	Verwaltung des Landkreises Rostock	2024	161	2023	x	Treffen im Rahmen des Planungsprozesses in einer Projekt- gruppe
Landkreis Ludwigslust-Parchim	Verwaltung des Landkreises Ludwigslust-Parchim	2025	91	2023		
Landkreis Mecklenburgische Seen- platte	Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH (ISBW gGmbH)	2024	466	2023	x	
Landkreis Nordwestmecklenburg	ISG Institut für Sozialfor- schung und Gesellschaftspoli- tik GmbH	2025	74	2023	x	Workshops mit Lei- stungserbringern, Kommune, Bera- tungsdiensten und Weiteren
Hanse- und Universitäts- stadt Rostock	Hanse- und Universitätsstadt Rostock Die Oberbürgermeisterin Amt für Finanzen und Pla- nung – Jugend und Soziales	2025	63	2023		
Landeshauptstadt Schwerin	ISG Institut für Sozialfor- schung und Gesellschaftspoli- tik GmbH	2025	111	2023	x	Workshops, Fachge- spräche mit in der Pflege tätigen Akteu- ren
Landkreis Vorpommern-Greifswald	Verwaltung des Landkreises Vorpommern-Greifswald	2024	84	2023	x	Beteiligungsverfahren insbesondere im Rah- men der Pflegekonfe- renz
Landkreis Vorpommern-Rügen	Verwaltung des Landkreises Vorpommern-Rügen	2024	154	2023	x	

Tab. 15: Charakteristika der kommunalen Pflegesozialpläne

3.4.2 Umsetzungsstand des Berichtsstandards

Der gemeinsam entwickelte Berichtsstandard soll für die Pflegesozialplanerinnen und -planer eine Unterstützung in der Erstellung der Berichte darstellen und ein einheitliches Vorgehen und vergleichbare Ergebnisse bei der Erarbeitung und Umsetzung der Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns gewährleisten. In der Regel orientierten sich die Pflegesozialpläne am Berichtsstandard, wesentliche Bestandteile wie die Darstellung der Situation vor Ort (Ergebnisdarstellung) sind in allen Berichten vorhanden. Dennoch wurde die vorgegebene Abfolge der sechs Kapitel (Hintergrund; Methoden; Ergebnisdarstellung; Diskussion; Ableitung pflegerischer Empfehlungen; Zusammenfassung der Schlüsselergebnisse) nicht in allen Berichten eingehalten. Ein Vergleich der Pflegesozialpläne wird darüber hinaus dadurch erschwert, dass sich die jeweiligen Inhalte in einigen Berichten in Kapiteln mit vom Berichtsstandard abweichenden Überschriften und in anderer Reihenfolge wiederfinden. Zudem wurden auch Inhalte aus einem Kapitel teilweise auf unterschiedliche Kapitel aufgeteilt, was die Vergleichbarkeit und summarische Auswertung zusätzlich erschwert. Zudem lässt sich festhalten, dass sich die Gliederungen der Pflegesozialpläne tendenziell eher an der ursprünglichen als an der überarbeiteten Version des Berichtsstandards orientieren.

In allen Berichten wurden die Hintergründe und rechtlichen Grundlagen der kommunalen Pflegesozialplanung erläutert. Auch die Ergebnisdarstellung wurde in allen Berichten durchgeführt, allerdings mit unterschiedlichem Umfang und Detaillierungsgrad. Dies schlägt sich auch in den großen Differenzen hinsichtlich des Umfangs der Berichte nieder. Ein abgegrenzter analytischer (Diskussion) und auch Prognosen fehlten teilweise.

In allen Berichten wurden pflegerische Empfehlungen formuliert, wobei diese teilweise eher allgemeiner Natur blieben und nicht regionsspezifisch ausformuliert wurden. So weisen die von extern beauftragten Instituten erstellten Berichte, zum Beispiel in Nordwestmecklenburg, zukünftig fehlende Kapazitäten im ambulanten und stationären Bereich (Personal und Plätze) aus und es werden Strategien zur Erreichung der formulierten Zielwerte vorgeschlagen. Diese beschränken sich allerdings auf, zwar wichtige, aber sehr allgemein formulierte Strategien wie „Fachkräftegewinnung und -bindung“. Diese Ziele werden nicht weiter konkretisiert oder mit Maßnahmen hinterlegt. Deutlich konkreter fallen die pflegerischen Empfehlungen der Hanse- und Universitätsstadt Rostock sowie des Landkreises Vorpommern-Greifswald aus. Die Stadt Rostock benennt einen übergeordneten Maßnahmenbereich, formuliert ein zugehöriges Ziel und beschreibt die Einzelmaßnahmen, mit welchen das Ziel erreicht werden soll. Zudem werden die Verantwortlichen benannt. Im Pflegesozialplan Vorpommern-Rügens werden zudem vorbildlich die pflegerischen Empfehlungen des Berichts des vergangenen Planungszeitraums aufgegriffen und evaluiert. Die Evaluation erfolgt mithilfe eines Ampelsystems (siehe Abb. 57).

Regelmäßige Sitzungen des Psychiatriebeirates	Landkreis V-G	Der Psychiatriebeirat als koordinierende Vernetzungsplattform des Landkreises V-G hat seine Arbeit 2023 wiederaufgenommen und will in regelmäßigen Abständen einen Fachaustausch mit Leistungsträgern der gemeindepsychiatrischen Versorgung, Leistungserbringern, Betroffenen und Interessierten anbieten. ¹¹⁵	😊
Schaffung neuer Pflegeheimplätze	Landkreis V-G	Zwischen 2017 und 2021 eröffneten zwei weitere Altenpflegeheime im Landkreis,	😞

Abb. 57: Ausschnitt aus der Evaluation der Handlungsempfehlungen des vergangenen Planungszeitraums
Quelle: Pflegesozialplan des Landkreises Vorpommern-Greifswalds. S. 65

Die Empfehlungen, die bisher nicht zufriedenstellend umgesetzt werden konnten, werden in den neuen pflegerischen Empfehlungen des Landkreises Vorpommern-Rügen zudem erneut aufgegriffen. Alle Maßnahmen werden nach Versorgungsform sortiert dargestellt. Es werden zudem konkrete Institutionen benannt, die für die Umsetzung zuständig sind, und es werden pflegerische Empfehlungen formuliert, die auf die Region bezogen sind. Die Hanse- und Universitätsstadt Rostock und der Landkreis Vorpommern-Rügen beschränken sich in ihren Pflegesozialplänen nicht allein auf „klassische“ Versorgungskapazitäten im stationären oder ambulanten Bereich, sondern befassen sich ganz im Sinne einer integrierten Sozialplanung beispielsweise mit Themen wie Prävention oder Beratung. Die pflegerischen Empfehlungen werden von der Hanse- und Universitätsstadt Rostock und dem Landkreis Vorpommern-Greifswald in tabellarischer Form präsentiert.

Eine Zusammenfassung der Schlüsselergebnisse erfolgte in keinem der Pflegesozialpläne als separates Kapitel am Schluss des Berichtes.

3.4.3 Indikatorenanalyse

Der Berichtsstandard umfasst 26 erforderliche und 30 perspektivisch erforderliche Indikatoren. Für jeden erforderlichen Indikator werden im Berichtsstandard Ausprägungen festgelegt. Bei keinem der Indikatoren haben alle Landkreise bzw. kreisfreien Städte alle Ausprägungen bearbeitet. Es gab jedoch auch keinen erforderlichen Indikator, zu dem nicht wenigstens ein Landkreis bzw. eine kreisfreie Stadt Angaben gemacht hat. Auch wenn keiner der Landkreise bzw. kreisfreien Städte zu allen erforderlichen Indikatoren Angaben machte, wurden doch von allen Landkreisen und kreisfreien Städten beinahe alle Indikatoren mit mindestens einer Ausprägung berichtet. Dennoch sind die Berichte nicht immer unmittelbar vergleichbar. Teilweise wurden lediglich absolute Zahlen anstelle der im Berichtsstandard vorgeschlagenen prozentualen Anteile berichtet. Auch Vergleiche der Altersgruppen zwischen den einzelnen Pflegesozialplänen sind nicht immer möglich, da unterschiedliche Alterskohorten gewählt wurden. Über alle Pflegesozialpläne und Indikatoren hinweg variieren die Ausprägungen, die durch die Landkreise und kreisfreien Städte aufgegriffen wurden.

An dieser Stelle soll exemplarisch auf den thematischen Komplex „demografische Daten“ eingegangen werden: Dieser besteht aus den Indikatoren „Bevölkerungsstand“, „Altenquotient“, „Menschen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit“ und „Bevölkerungsprognose“ und umfasst insgesamt 27 Ausprägungen. Durchschnittlich wurden von diesen 27 Ausprägungen neun von den Landkreisen und kreisfreien Städten in den Pflegesozialplänen dargestellt. Das bedeutet, dass die Landkreise und kreisfreien Städte im Durchschnitt 34 Prozent der Ausprägungen dieser vier Indikatoren berichteten (Abb. 58).

Indikatoren wie „Pflegebedürftige (Leistungsempfänger)“ oder auch „Pflegegeldempfänger“ wurden insgesamt vergleichsweise umfassend in den Pflegesozialplänen behandelt, während andere Indikatoren eher dünner erfasst wurden. Zu den Indikatoren, die eher weniger in den Berichten vorkamen, gehören beispielsweise die Indikatoren zu durchschnittlichen Vergütung in den verschiedenen Angeboten, zu den „Ausgaben der Hilfe zur Pflege“, zur „Art der Pflegeplätze“ oder zu den „Betten in Rehabilitationseinrichtungen“.

Inhaltlich wurden in allen Pflegesozialplänen Angaben zu den folgenden Aspekten gemacht:

- Bevölkerungsstand
- Bevölkerungsprognose
- Hilfe- und Pflegebedürftige nach Altersgruppen
- Hilfe- und Pflegebedürftige nach Art der Versorgung
- Prognose der Hilfe- und Pflegebedürftigen

Keiner der Pflegesozialpläne machte explizite Angaben zu *Hilfe- und Pflegebedürftigen, die innovative und unterstützende Angebote* (perspektivisch erforderlicher Indikatoren) nutzen. In anderen Berichtsteilen wurden zum Teil aber Zahlen zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften ausgewiesen.

Nr	Indikator	Ausprägungen	Landkreis Ludwigslust-Parchim	Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	Landkreis Nordwestmecklenburg	Landkreis Rostock	Landeshauptstadt Schwerin	Landkreis Vorpommern-Greifswald	Landkreis Vorpommern-Rügen	Hanse- und Universitätsstadt Rostock
1	Bevölkerungsstand	Anzahl Gesamtbevölkerung	214.161	253.568	180.206	223.127 Gesamtbevölkerung	93.280 Gesamtbevölkerung	235.451 Gesamtbevölkerung	228.171 Gesamtbevölkerung	211.632 Gesamtbevölkerung
		Anzahl (1) weibliche Gesamtbevölkerung		50,39	50	112.564	51.627	121.630	116.770 weiblich	
		Anzahl (2) männliche Gesamtbevölkerung		49,01%	50	110.562	47.651	115.725	111.401 männlich	
		Anzahl (2) Bevölkerung <20 Jahre		17,11%						
		Anzahl (2) Bevölkerung 20-64 Jahre		54,93%						
		Anzahl (2) Bevölkerung 65-79 Jahre		19,18%						
2	Altenquotient	Anzahl (2) Bevölkerung 80+ Jahre		8,77%						
		Gesamtbevölkerung	45,6	50,39%	46,1	42,5		48,20%	49,7	
		weibliche Bevölkerung		58,80%					56,7	
3	Menschen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit	männliche Bevölkerung		43,40%					42,3	
		Anzahl (2) weiblich		9400				8.860	7.060	
		Anzahl (2) männlich		780				9.965	7.600	
		Anzahl (2) 165-79 Jahre		0,23%					3,68%	
		Anzahl (2) 180+ Jahre								
		Anzahl (2) 180+ Jahre		Anzahl (2) 180+ Jahre						
4	Bevölkerungsprognose	Anzahl Gesamtbevölkerung im Jahr 2030		248.123		238.779		226.748	221.043	209.397
		Anzahl (2) weiblich 2030								
		Anzahl (2) männlich 2030								
		Anzahl (2) 165-79 Jahre 2030								
		Anzahl (2) 180+ Jahre 2030								
		Anzahl (2) weiblich 2040								
		Anzahl (2) männlich 2040								
		Anzahl (2) 165-79 Jahre 2040								
		Anzahl (2) 180+ Jahre 2040								
		Anzahl (2) 180+ Jahre 2040								

Abb. 58: Auszug aus der Indikatorenanalyse: Demografische Daten.
Quelle: AGP Sozialforschung. Rote Zellen = keine Angabe

3.5 Ergebnisse der Planungsworkshops

3.5.1 Berichtsstandard und Indikatoren

Der für die Kommunen als Orientierung dienende Kompass für die Pflegesozialplanung wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops grundsätzlich als positiv und hilfreich gewertet. Der Datenzugang sei gut oder befriedigend, wobei das Problem in der Tiefe der Verfügbarkeit von Datensätzen liege, sowohl hinsichtlich der Kleinräumigkeit als auch der Differenzierung nach Gruppen von Pflegebedürftigen (Alter, besondere Ausprägung von Pflegebedürftigkeit). Auch der im Kompass hinterlegte Prozess für die Pflegestrukturplanung wurde als zielführend und für die Erstellung von entsprechenden Plänen als unterstützend gewertet.

Problematisiert wurde die fehlende Aktualität der für die Pflegesozialplanung auszuwertenden und einzubeziehenden Daten, Probleme in der Kompatibilität unterschiedlicher Datensätze und die ohne sichergestellt Refinanzierung gesondert anzufordernden Datensätzen, die nur über Dienstleister verfügbar sind. Besonders aufgegriffen und kritisch kommentiert wurde das Thema der Bevölkerungsvorausberechnung. Diese sei zum einen unsicher und für die kreisfreien Städte und Landkreise mit zusätzlichen Kosten verbunden. Es wurde Skepsis gegenüber einer landesweiten Bevölkerungsvorausberechnung für alle Landkreise und kreisfreien Städte geäußert. Eine landesweite Bevölkerungsvorausberechnung würde die besonderen Bedarfe insbesondere der kreisfreien Städte nicht hinreichend berücksichtigen. Dazu gehört beispielsweise, dass Großstädte ihre Sozialplanung auf Stadtteilebene durchführen (müssen), hierfür aber keine passenden Daten von Statistischen Landesamt erhielten. So wird für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock mit über 200.000 Einwohnerinnen und Einwohner jeweils nur pauschale eine Zahl geliefert, genauso wie für die Mittelbereiche Teterow oder Grimmen mit knapp über 20.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zudem würden für die Planung relevante Daten wie etwa Haushaltsgrößen in den Prognosen nicht einbezogen.

3.5.2 Integrierte Pflegesozialplanung

Auch wenn alle Beteiligten grundsätzlich das landespolitische Anliegen, das mit Pflegesozialplanung verbunden wird, teilen – allerdings mit unterschiedlichen Akzentuierungen hinsichtlich der Steuerungsvorstellungen (kommunale Planung vs. Marktsteuerung) – wurden auch grundsätzliche Anfragen an das Konzept der Pflegesozialplanung gerichtet. Der Begriff der Pflege sei im deutschen Sprachgebrauch unscharf. So wurde die Frage aufgeworfen, was alles zur Pflege im Sinne der Pflegesozialplanung zählt? Dies sei eine offene Frage. Auch müssten sich die Planungsfoki auf unterschiedliche Gruppen von auf Pflege angewiesenen Menschen richten – junge Pflege, besondere Gruppen von Pflegebedürftigen wie Geflüchtete mit Pflegebedarf, Suchtkranke mit Pflegebedarf, Menschen mit Behinderungen im Erwerbsalter mit Pflegebedarf. Die Abgrenzungen zwischen Pflegebedürftigkeit und Behinderung sind fließend und nicht präzise zu ziehen. Insofern bleibe der Begriff der Pflege in der Pflegesozialplanung unscharf. Zudem wird durch die Ergänzung der „Pflege“ in der kommunalen Pflegeplanung durch den Zusatz „sozial“ der Fokus weiter gefasst als nur auf die klassische Langzeitpflege und des SGB XI. Dies wurde grundsätzlich begrüßt. So seien auch die Schnittstellen zur Altenhilfeplanung mit zu berücksichtigen, die auch und gerade unter präventiven Gesichtspunkten und im Vorfeld der Pflege bedeutsam seien.

3.5.3 Diskrepanz der Datenaufbereitung und Nutzung sowie fehlende Daten

Die Planerinnen und Planer, die die kommunale Sozialplanung – gegebenenfalls mit anderen Sozialplanungsaufgaben verbunden – erstellen, sind, wie ihre Kolleginnen und Kollegen in anderen

Ländern, in hohen Maße damit beschäftigt, Datensätze aufzubereiten, auszuwerten und in den Zusammenhang mit den regionalen Strukturen sowie entsprechenden Prognosen für die Entwicklung von Pflegeprävalenz und Personalsituation zu stellen. Diese Aufgaben würden nicht zuletzt aus Kapazitätsgründen häufig an externe Institute übertragen. Ergebnisse sind, wie im Rahmen der Dokumentenanalyse herausgearbeitet, fundierte, zum Teil sehr umfangreiche, die allerdings eine hohe Varianz hinsichtlich Analysetiefe und des Umfangs aufweisen.

Mit Blick auf die Zukunft wurde die auch in der Analyse der Pflegesozialpläne herausgearbeitete Diskrepanz zwischen Datenpräsentation und -aufbereitung sowie den sich daraus ergebenden Maßnahmen, Konsequenzen und konkreten Umsetzungsschritten thematisiert. Diese Diskrepanz hat rechtliche Hintergründe, da das SGB XI keine Steuerungsinstrumente für die Infrastrukturentwicklung seitens des Staates, der Kommunen und der Pflegekassen vorsieht. Planung ist allerdings in einem weiten Verständnis deutlich mehr als eine kennziffernbasierte Ausweisung von aktuellen und künftigen Bedarfen und Plätzen in Einrichtungen und Diensten der Langzeitpflege. Als Zukunftsperspektive wurde eine systematische, kleinräumige Aufbereitung empirischer Daten, die für die Pflegesozialplanung vor Ort relevant sind, als notwendig angesehen. Gerade in Mecklenburg-Vorpommern mit seinen großen Flächenlandkreisen lassen sich kaum angemessene Konzepte für kreisangehörige Gemeinden formulieren. Dies reflektiert etwa der umfangreiche Pflegesozialplan des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte. Aus Sicht der Planerinnen und -planer wurden insbesondere datenbasierte Dashboards als zukunftssträchtige Lösung formuliert. Es bedürfe einheitlicher Datenformate hinsichtlich der Kompatibilität und der für die Datenerhebung maßgeblichen Erhebungszeitpunkte. Die Zeiten von Excel-Tabellen und PDF-basierten Aufbereitungen müssten überwunden werden.

In dem Workshop wurde eine Vielzahl von Datensätzen und Datensorten benannt, die derzeit fehlen. Dazu gehören die GKV- und SPV-Routinedaten mit den pflegebegründenden Diagnosen, der Inanspruchnahme von GKV- und SPV-Leistungen und dies regionalisiert und kleinräumig.

Auch die Daten der Krankenhausstatistik sind bisher nicht verfügbar. Dies sei für eine sektorenübergreifende Betrachtung und Planung „hinderlich“. Zudem verfügen die Planerinnen und Planer nicht über Daten zur „Verfügbarkeit“ von pflegenden Angehörigen und deren Unterstützungsbedarf. Hier wurde eine Zusammenarbeit mit Wohnungsbaugenossenschaften und anderen Großsiedlungen als wünschenswert genannt. Auch Informationen über Nachbarschaftsstrukturen in Städten und Gemeinden, die auf kleinräumigen Analysen basieren, wurden mit Blick auf die subsidiäre Sicherung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen als wünschenswert erachtet. Derartige Daten lassen sich immer nur lokal und sublokal erheben, oftmals eher qualitativ, verbunden mit Orts- und Stadtentwicklung sowie Quartiers- und Dorfentwicklungsmaßnahmen, die in Mecklenburg-Vorpommern eine lange Tradition besitzen. Insbesondere im Sinne einer agilen und aktuellen Verfügbarkeit fehle es zudem an Daten über die Verfügbarkeit von Plätzen in Einrichtungen und die Kapazitäten von Diensten. Eine Meldepflicht für freie Plätze einerseits und abgelehnte Bewerberinnen und Bewerber andererseits wurde als mögliches Mittel angesehen, um Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie den beratenden Diensten Aufwand bei der Suche nach geeigneten Plätzen zu ersparen. Aus einer entsprechenden Meldeverpflichtung würden sich auch Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung ergeben. Problematisiert wurde der Datenschutz, der zum Teil als selbstreferenziell erlebt und bewertet wurde. Hier seien sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene die Datenschutzregelungen sowohl in ihrer rechtlichen Ausgestaltung als vor allen Dingen auch in ihrer praktischen Anwendung einer Revision zu unterziehen – mit dem

klaren Vorrang der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und des Patientenwohls, wie es auch im Deutschen Ethikrat beraten wurde. Als dringend erforderlich für die Zukunft angesehen wurde außerdem die konsequente Verbindung von Datenerhebung und Prognoserechnungen in einer für die Planung realistischen und handlungsleitenden Darstellung. Als weitere wichtige Entwicklungsperspektive wurde die konsequente Nutzung von GKV- und SPV-Routinedaten angesehen, ggf. auch der aus den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes zu gewinnenden Risikoeinschätzungen. Die Nutzung von KI für eine agile Pflegesozialplanung auf Kreis- und Gemeinde-/Stadtebene, wie sie aus der Konzeption Baden-Württembergs bekannt ist, wurde im Workshop ebenfalls als interessante Perspektive angesehen.

Als weiterführend wurde zudem die systematische Nutzung von Daten aus dem Care und Case Management über Unter- und Fehlversorgung aber auch Kooperations- und Schnittstellendefizite angesehen. Das Care und Case Management sei dazu da, aus den problematischen Fallkonstellationen auf der Systemebene Konsequenzen zu ziehen und sie im Sinne einer agilen Planung aufzugreifen. In diesem Zusammenhang wurde über Erfahrungen aus Rheinland-Pfalz berichtet. Dort nutzen die Pflegestützpunkte, in die die Pflegeberatung integriert ist, eine einheitliche Software. Mithilfe dieser Software sind kreis- und landesbezogene Auswertungen möglich, die wiederum für die Planung genutzt werden.

3.5.4 Umgang mit Ressourcenknappheit/ Triage

Auf dem Workshop wurde das Thema Ressourcenknappheit und Triage aufgegriffen. Auch in Mecklenburg-Vorpommern hat sich der von der Pflegeversicherung vorausgesetzte Nachfragemarkt zu einem Anbietermarkt entwickelt. Das heißt, Anbieter können sich in der Regel die Klientinnen und Klienten aussuchen, die Aufnahme in die Einrichtung finden oder in den Kreis der ambulant versorgten Haushalte aufgenommen werden. Ein systematisches Wissen über die Zurückweisung von bestimmten Klientengruppen existiert nicht; allerdings durchaus das Organisationswissen über interne Kriterien für Heimaufnahmen, die die Einrichtungen und die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht überfordern. So nehmen Träger von Einrichtungen und Diensten Selektionsfunktionen wahr, die nicht unbedingt etwas mit einer Bedarfsorientierung, sondern mit Einrichtungskalkülen zu tun haben. Dadurch wird der Auftrag der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung potenziell gefährdet. In der Diskussion im Workshop wurde unterschieden zwischen systemischen „Triage“-Dynamiken, die auch etwas mit Fragen der Finanzierung der Aufenthalte in Pflegeeinrichtungen respektive auch ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu tun haben können. Bei unsicherer Refinanzierung der erbrachten Unterstützungsleistungen erscheint die Aufnahme von Klientinnen und Klienten für die Träger nachvollziehbar uninteressant respektive mit Ausfallrisiken verbunden. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund langwieriger Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen der Hilfe zur Pflege. Insofern sind besonders einkommensschwache Personen potenziell von einer systemischen „Triage“ betroffen, so Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dem Planungsworkshop.

3.6 Diskussion

3.6.1 Berichtsstandard und Indikatoren

Der Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung ist ausgesprochen differenziert und bezieht maßgebliche Fragestellungen und Datensätze ein. Namentlich die im Monitoring Pflegepersonalbedarf intensiv untersuchte Fragen der Personalstruktur wird mit aufgegriffen – hier bestehen die

größten Herausforderungen angesichts der berufsdemografischen Entwicklungen, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der Fläche sicherzustellen. Die kommunalen Pflegesozialpläne werden sorgfältig erstellt, weisen allerdings ein trotz einheitlicher Vorgaben sehr vielfältiges Bild auf, greifen in unterschiedlicher Intensität und Differenziertheit die Kompassvorgaben auf und „leiden“ vor allen Dingen daran, nicht über vollständige und aktuelle sowie aufeinander bezogene Datensätze aufbauen zu können und daran, dass aus ihnen nur aus ausgesprochen begrenztem Umfang kommunalpolitisch unterstützte Maßnahmen und Strategien erwachsen. Dies wurde bei Expertinnen- und Experteninterviews im Rahmen der Erhebung zum Landesplan Pflege ebenso deutlich wie in den Workshops (siehe Seite 99 ff.).

Die Diskussionen im Rahmen des Planungsworkshops über die Vorgaben und Arbeitshilfen für die Pflegesozialplanung sind im hohen Maße vergleichbar und anschlussfähig mit der Diskussion in anderen Ländern, sei es in Niedersachsen (vgl. Isfort und Klie 2025) oder auch in Baden-Württemberg (vgl. Culmsee und Klie 2026 im Erscheinen). Um eine verlässliche Basis für auf Kreisebene aussagekräftige Pflegesozialpläne zu erhalten, die nach Möglichkeit auch gemeindescharf spezifiziert werden, ist die Datenlage nicht in einer Weise verlässlich und verfügbar. Die mit der Verpflichtung zur Pflegesozialplanung aus dem Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern verfolgten Ziele können auf der aktuell verfügbaren Datenbasis nicht vollständig erreicht werden. Die Erforderlichkeit von datengestützten, partizipativen und sozialraumorientierten kommunalen Pflegesozialplanungen lässt sich nicht (mehr) leugnen. Die in der nachfolgenden Abbildung dargestellte Problemskizze lässt die Hintergründe für die (neue) Erforderlichkeit und Unabweisbarkeit von kommunaler Pflegeplanung erkennen.

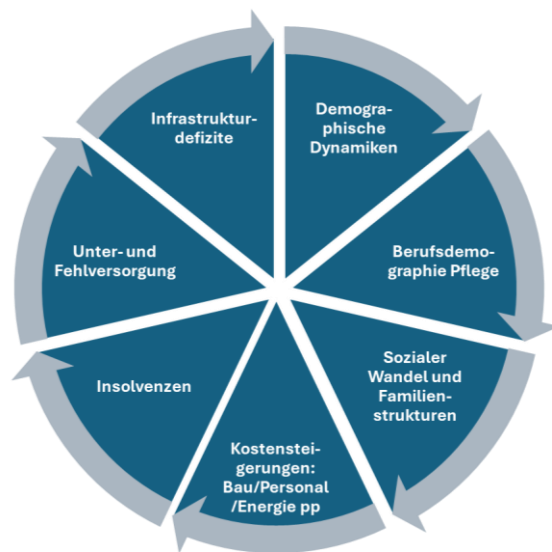


Abb. 59: Problemskizze kommunaler Pflegeplanung.
Quelle: AGP Sozialforschung

Zudem ist Mecklenburg-Vorpommern von demografischen Dynamiken betroffen, die in den kommenden 15 Jahren zwar nur eine moderat steigende Zahl auf Pflege angewiesener Menschen mit sich bringen, aber die Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung insgesamt einen Rückgang des informellen Pflegepotenzials (Kapitel 1.3.3) wie auch Herausforderungen in der Personalrekrutierung (siehe Kapitel 5) mit sich bringen wird.

In der Roadmap für die Pflegesozialplanung für Mecklenburg-Vorpommern angegebenen Schritte erscheinen in der mit dem Landesplan intendierten Weiterentwicklung aus fachlicher Perspektive angemessen und im Prinzip zielführend.



Abb. 60: Erforderlichkeit von datengestützter, partizipativer, sozialraumorientierter Pflegeplanung.
Quelle: AGP Sozialforschung

3.6.2 Integrierte Pflegesozialplanung

Pflegeplanung ist als Teil der integrierten Sozialplanung zu verstehen (vgl. Culmsee und Klie 2026 im Erscheinen). Diese Einschätzung wurde auch im Workshop geteilt. Sinnvollerweise werden im wohlfahrtspluralistischen Sinne in der Pflegesozialplanung auch die sogenannten niederschwelligen oder besser „leicht zugänglichen“ Hilfen aus dem informellen und bürgerschaftlichen Bereich einbezogen. Damit werden bei der Pflegesozialplanung nicht nur formelle Dienste und Einrichtungen berücksichtigt; es werden unter ein weites Verständnis von Daseinsvorsorge fallende Sorgestrukturen angesprochen, die sich aber schwer im klassischen Sinne „planen“ ließen. Aus Sicht der Gutachter ist der weite Ansatz einer Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern deswegen im hohen Maße angemessen. Sorgende Unterstützung für pflegebedürftige Personen sollte immer eingebunden sein in informelle, kommunale/gemeindliche und bürgerschaftliche Sorgestrukturen. Das Konzept der deutschen Pflegeversicherung basiert auf dem Grundsatz der Subsidiarität. Insofern ist die im Workshop gemachte Anmerkung nachvollziehbar, dass die Grenze zur Daseinsfürsorge in einem weiten Verständnis (vgl. Schmidt 2018) immer mit angesprochen sei. Formellen Diensten kommt im Sinne der Subsidiarität (vgl. Heinze et al. 2015) eine flankierende und unterstützende Funktion für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und Teilhabe zu. Die sich hieraus ergebenden Implikationen gilt es für die Weiterentwicklung des Konzeptes der Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern zu berücksichtigen. Dies kennt, gerade mit Blick auf die Planungsschritte, Implikationen, die einer empirischen Bestandsaufnahme und

Datenerhebung folgen bzw. mit ihr verschränkt sind. Dazu gehören die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, die kooperative Entwicklung von Maßnahmen, sowie die Governance kommunaler Pflegepolitik (vgl. Klie und Rischard 2025).

3.6.3 Richtwerte und indikatorengestützte Planung

Die Tradition der kommunalen Pflegesozialplanung kennt Indikatoren und Richtwerte insbesondere für die stationäre Versorgung mit Plätzen in Pflegeheimen (vgl. Culmsee und Klie 2026 im Erscheinen). Die Richtwerte beruhen meist auf der tatsächlichen Nutzung respektive Platzzahl von vollstationären Pflegeplätzen und ihrer Hochrechnung der demographischen Entwicklung und Prävalenz Pflegebedürftiger. Derartige indikatorengestützte Planungsgrundlagen lassen, wie die Zahlen von IGES (vgl. Albrecht et al. 2025) immer wieder zeigen, eklatante Diskrepanzen zwischen indikatorenbasierter Bedarfsausweisung und vorhandenen Kapazitäten erkennen, die insbesondere durch nicht verfügbares Personal begrenzt werden. So erscheinen vielfach auf indikatorengestützten Bedarfsfeststellungen beruhende Hochrechnungen von Platzzahlen vollständig unrealistisch. Gleichwohl wurde im Workshop darauf verwiesen, dass Richtwerte und Indikatoren für künftige Bedarfseinschätzungen eine Orientierungsfunktion zukäme und diese als Grundlage für Planaussagen herangezogen würden. Dabei gilt es allerdings die Richtwerte fachlich zu qualifizieren und regional anzupassen. Aus den im Planungsworkshop vorgestellten Landkreisprofilen ließ sich erkennen, dass es bei in Mecklenburg-Vorpommern vergleichsweise hoher Homogenität der Versorgungslandschaft gleichwohl große Unterschiede vor allem auf der Gemeindeebene hinsichtlich der Verteilung von Pflegearrangements gibt. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurde in der Konzeption des Landesplans eine Szenariotechnik vorgeschlagen, die zwar mit Richtwerten agiert, die allerdings unterschiedlich mögliche Zukünfte und Bedarfsdeckungen, sowie Ressourcensituationen miteinander verbindet. Das ursprünglich vorgesehene Szenariomodell, das regionalisierte Versorgungsoptionen ebenso vorsah wie neue Leistungsformen, wurde angesichts der sich herauskristallisierenden Eckpunkte einer Pflegereform im Rahmen des Zukunftspaktes Pflege zugunsten eines angepassten Szenario-Modells nicht weiterverfolgt – auch nachdem es in den Workshops im Rahmen der Erstellung des Landesplanes nicht auf seine Praxistauglichkeit diskutiert werden konnte. Bei einer richtwerteorientierten Planung sind nicht nur Einrichtungstypen und der Bedarf an Plätzen in ihnen zu berücksichtigen, sondern zielgruppenspezifische Angebotsstrukturen, sowie differenzierte und voneinander unterschiedene Versorgungsaufträge von Einrichtungen, die etwa in der Kurzzeitpflege eine besondere Rolle spielen (vgl. Monzer et al. 2025 im Erscheinen).

Auch wenn in den Workshops Richtwerte und Indikatoren als Orientierungshilfe verstanden wurden, ist eine allein auf ihnen beruhende, „klassische“ Infrastrukturplanung in der Langzeitpflege kein erfolversprechender Weg. Es existiert keinerlei evidenzbasierte quantitative Bedarfseinschätzung über den Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen oder ambulanten Versorgungsstrukturen. Die Nachfrage, aber auch die Bedarfskonfigurierung fallen regional höchst unterschiedlich aus – und zwar sowohl kultur- als auch ressourcenabhängig. Es gibt neben informellen Bewältigungsstrategien von Pflegebedürftigkeit auch Bewältigungsstrategien, die sich in grauen Märkten abspielen, wie etwa die Einbeziehung von häufig osteuropäischen „Live-In-Kräften“. Die Ist-Versorgung als normative Grundlage für Versorgungsbedarfe in der Zukunft zu nehmen, ist ähnlich wie bei der kassenärztlichen Versorgung in eine Art Zirkelschluss verstrickt. Ob es regional und zielgruppenspezifisch zu Unter- und Fehlversorgung kommt, ist vielmehr in regionalen und örtlichen kooperativen Monitoring-Ansätzen des Care und Case Managements zu ermitteln. In diesem

Zusammenhang bieten auch Befragungen von Akteuren im System, wie es in einigen Pflegestrukturplänen erfolgt, wichtige Anhaltspunkte für die qualitative Bewertung der Versorgungsstrukturen.

Dennoch werden spezifische Zielgruppen, wie Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten (bspw. FTD-Betroffene) oder auch junge Pflegebedürftige, für die es auch angemessener Versorgungssettings bedarf, aufgrund der geringen Fallzahlen häufig nicht hinreichend in den Blick genommen. Hier ist dann allerdings nicht nur die Pflegeversicherung, sondern ggf. auch die Eingliederungshilfe zu beteiligen. Eine zentrale Perspektive, auch dies wurde im Workshop als Zukunftsoption gesehen, liegt in der systematischen Nutzung von GKV- und SPV-Routinedaten, sowohl für die Prävention als auch für die Einschätzung der Versorgungswirklichkeit auf kleinräumiger Ebene. Auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat dem Thema Pflegeprävention besondere Bedeutung zugemessen. Um hier auf entsprechende Zielgruppen regionalisiert und wohnortnah zugehen zu können, sind GKV- und SPV-Routinedaten von größter Bedeutung. Mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurden erste Schritte in die Richtung der systematischen Nutzung eingeschlagen.

3.6.4 Umgang mit Ressourcenknappheit/ Triage

Der Pflegemarkt ist inzwischen zu einem Anbietermarkt geworden. Diese Einschätzung wurde auch auf dem Workshop geteilt. Anbieter können sich zunehmend ihre Kundinnen und Kunden aussuchen. Leidtragende sind insbesondere Personen, die besonders betreuungsintensiv sind oder abseits der Versorgungsrouten von Pflegediensten wohnen. Es gibt Anzeichen für faktische „Triage“-Praktiken. Neben den systemischen Triage-Phänomenen existieren auch personenbezogene Triage-Phänomene, die sich auf Personengruppen mit einem hohen Unterstützungsbedarf beziehen. Hierzu zählen beispielsweise Personen mit neurogenerativen Erkrankungen und einem hohen persönlichen Unterstützungsbedarf sowie Verhaltensweisen, die als herausfordernd „beschrieben“ werden, junge Menschen mit Pflegebedarf oder Personen mit Hinlauftendenzen, sofern diesen in den Institutionen nicht hinreichend konzeptionell und mit entsprechenden Unterstützungsangeboten begegnet werden kann. Der allgemeine Kontrahierungszwang, der sich auf § 72 SGB XI für Einrichtungen und Dienste, die sich an der Versorgung der Langzeitpflege beteiligen, bezieht, wird aus Sicht der Einrichtungen und Dienste zum Teil gut nachvollziehbar durch derartige, weder ethisch noch rechtlich reflektierte Triagen gefährdet.

3.6.5 Caring Community (Sorgende Gemeinschaft)

Wie im Bericht mehrfach aufgezeigt, wird der größte Teil von auf Pflege angewiesenen Menschen in Mecklenburg-Vorpommern durch An- und Zugehörige unterstützt. Daneben spielen Nachbarschaften, zivilgesellschaftliche Formationen sowie bürgerschaftliches und ehrenamtliches Engagement eine vergleichsweise große Rolle. Angesichts der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung, nicht zuletzt auch beobachtbarer Polarisierung in der örtlichen Gemeinschaft, wird es darauf ankommen – auch das wurde im Planungsworkshop deutlich – die vertrauensbasierte Unterstützungsbereitschaft vor Ort in den Quartieren, Stadtteilen und Dörfern zu erhalten, zu unterstützen und im Sinne neuer Vergesellschaftung von Sorgeaufgaben zu fördern und zu initiieren. In diesem Sinne lässt sich der Ansatz der Caring Communities verstehen (vgl. Klie 2025b). Der Ansatz der Caring Communities wird in Mecklenburg-Vorpommern, wie im Workshop deutlich wurde, in zum Teil sehr differenzierter Weise aufgegriffen und umgesetzt, zum Teil mit eigenen Kategorisierungen von Akteursgruppen und Vorgehensweisen. Zu den örtlich ergriffenen Maß-

nahmen gehören etwa Netzwerkbildungen und Runde Tische. Diese wurden von den Workshopteilnehmern überwiegend als hilfreich und zielführend eingeschätzt, sind aber keineswegs überall vorhanden. Gerade dort, wo die sorgenden Gemeinschaften noch nicht oder nicht mehr funktionieren – im Sinne gelebter alltäglicher Unterstützung und Kulturen anteilnehmender Aufmerksamkeit – bedarf es entsprechender Maßnahmen, vornehmlich auf lokaler und sublokaler Ebene. Wie auf dem Workshop diskutiert, könnte Planung durch eine systematische Partizipation, die im Kompass für die Pflegesozialplanung verankert ist, einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung und zum Aufbau von Caring Communities leisten. Für derartige Ansätze, insbesondere systematische gemeindebezogene Partizipation, fehlen jedoch häufig die Ressourcen. Ohne Partizipation gibt es keine gesellschaftliche und politische Akzeptanz für den Ansatz der Caring Community, der kein Konzept von oben sein darf, so die Diskussion.

3.6.6 Beratung, Begleitung und Case Management

Die Bedeutung zugänglicher und allgemein bekannter Beratungsstrukturen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wurde betont – ebenso wie die Rolle zivilgesellschaftlicher Strukturen bei der Unterstützung und Beratung. Trotz Pflegestützpunkten und Pflegeberatung durch die Krankenkassen sind die Beratungsstrukturen für die Bürgerinnen und Bürger, wie Befragungen des Instituts für Demoskopie Allensbach im DAK-Pflegerreport 2025 zeigen, häufig unbekannt (Klie 2025a). Die Beratungsangebote sollten besser zusammengefasst und ortsnahe angeboten werden. Dies ist wichtig, damit Bürgerinnen und Bürger die nachgewiesenermaßen wirksamen Beratungs- und Unterstützungsangebote wahrnehmen. Es braucht einen nachvollziehbaren Strukturvorschlag für Beratung, Begleitung und Case Management, der die örtlichen Ressourcen berücksichtigt.

3.6.7 Pflegefachliche Begleitung

Der auf dem Workshop ausführlich vorgestellte Ansatz der pflegefachlichen Begleitung (vgl. Klie und Büscher 2025) wurde auf dem Workshop diskutiert und grundsätzlich als ein weiterführender Weg angesehen.

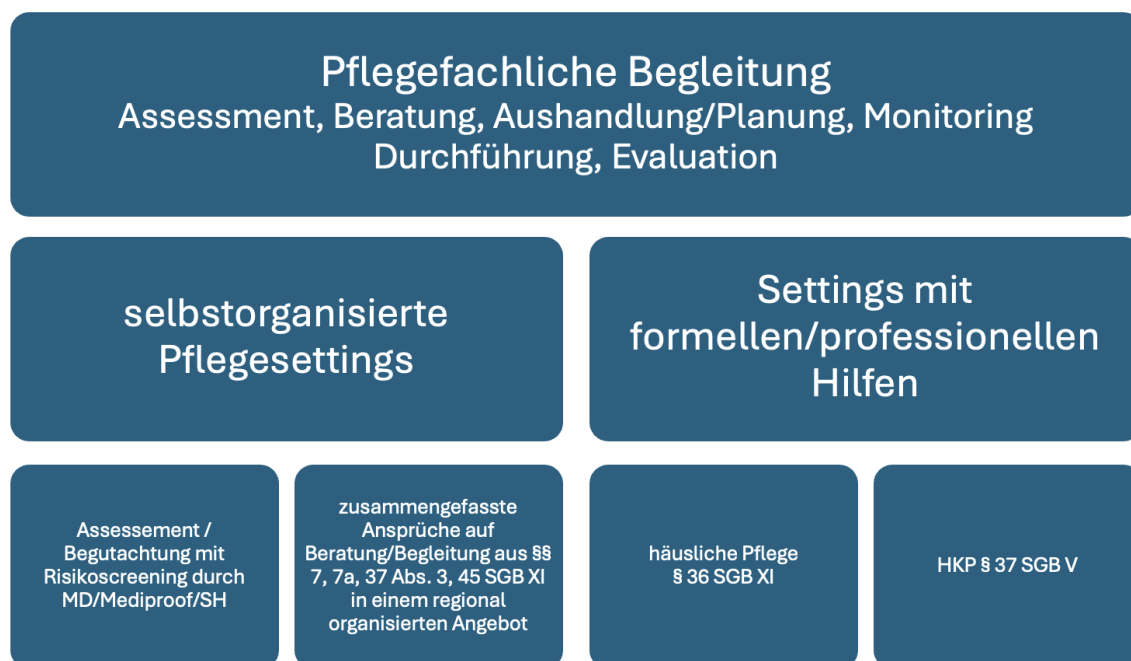


Abb. 61: Pflegefachliche Begleitung nach Settings.

Quelle: Büscher & Klie 2025.

Dabei wurde übereinstimmend betont, dass im Rahmen der pflegefachlichen Begleitung und Unterstützung keine neuen Strukturen entwickelt, sondern vielmehr bestehende und modellhaft entwickelte zusammengeführt werden sollten. Das gelte namentlich für die jüngst vom G-BA für die Regelversorgung empfohlene Struktur von Dementia Care Management. Die Zusammenführung unterschiedlicher Beratungsstrukturen, Lotsen-Ansätze in eine örtlich abgestimmte Struktur pflegefachlicher Begleitung wurde durchaus als eine Perspektive gesehen und könnte eine Antwort auf die häufig unabgestimmte Parallelität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sein. Das Verhältnis zur Community Health Nurse (CHN) als einem präventiv ausgerichteten mit der gesundheitlichen Primärversorgung verbundenen Ansatz wurde ebenso diskutiert und als Fernziel formuliert, wie Advanced Nursing Practice (ANP) Ansätze, die in dem Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege mit angelegt sind. Welche Bedeutung die pflegefachliche Begleitung für die bisherigen Pflegestützpunkte oder ihren Ausbau haben, wurde angesprochen und als wichtige Frage behandelt. Dabei stellt sich die Frage der Dezentralisierung von Pflegestützpunkten auch in Mecklenburg-Vorpommern.

Sollte im Zuge einer Reform der sozialen Pflegeversicherung die fachliche Begleitung und Unterstützung (pflegefachliche Begleitung) als Unterstützungsstruktur im SGB XI eingeführt werden, wäre zu überlegen, wie sich die bisherigen Angebote der Pflegeberatung, der Beratungseinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI und Schulungen gem. § 45 SGB XI weiter entwickeln und stärker aufeinander beziehen und integrieren lassen. Im Folgenden wurden in **Modellrechnungen** der Personalbedarf für eine pflegefachliche Begleitung für alle Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger in Mecklenburg-Vorpommern –in zwei Szenarien – beispielhaft ermittelt: Einmal mit dem Bedarf von einer Stunde im Monat und einmal mit dem Bedarf von einer Stunde im Quartal (Berechnung des AOK BV). Dabei wurden die notwendigen Ressourcen für die pflegefachliche Begleitung auf regionaler Ebene berechnet. Die Ausgestaltung wäre auf der regionalen und kommunalen Ebene mit den Akteuren im Rahmen in der Gesetzgebung auf Bundesebene vorgesehenen Standards unter Nutzung vorhandener Strukturen, Ressourcen und Kompetenzen vorzunehmen. Der Sicherstellungsauftrag würde bei den Pflegekassen verbleiben, der Auf- und Umbau entsprechender Strukturen auf kommunaler Ebene im Zusammenwirken der Beteiligten unter Einbeziehung der Pflegestützpunkte erfolgen bzw. könnte optional durch die Kommunen gesteuert werden (per Opt-In). Den zwei Modellrechnung auf Basis der Fallzahlen aus der Pflegestatistik 2023 für Mecklenburg-Vorpommern wurden dabei folgende Annahmen zugrunde gelegt (vgl. Tab. 16): Insgesamt stehen Arbeitnehmerinnen und -nehmer abzüglich Feiertagen, Urlaub und Krankheit etc. üblicherweise 80% ihrer Arbeitszeit netto zur Verfügung. Dies entspricht etwa 1.638 Stunden pro Jahr. Für jeden Beratungseinsatz im Umfang von einer Stunde wurde angenommen, dass sich der dazugehörige Overhead in Form von Vor- oder Nachbereitung, der Dokumentation oder anteiligen An- / und Abreisezeiten auf 30 Minuten summiert.

Annahmen Modellrechnung „pflegefachliche Begleitung“	
52,14	Wochen/Jahr
Abzgl. 20%	Urlaub, Feiertage, krank, FoBi
= ca. 42	Wochen/Jahr netto verfügbar
× 39	Stunden/Woche
= 1.638	Stunden netto pro Jahr für Beratung

Aufwand pro Beratung:	
1:00 h	Beratung pro Person pro Monat (V1) oder pro Quartal (V2)
0:30 h	Overhead pro Beratung (Vor-/Nachbereitung, Dokumentation, An-/Abreise)

Tab. 16: Annahmen Modellrechnung „pflegefachliche Begleitung“.

Quelle: Eigene Darstellung

Unter diesen Annahmen könnte eine pflegefachliche Begleitkraft in Vollzeit im Jahr etwa 1.092 Beratungen durchführen, das entspricht etwa 5,5 Beratungen pro tatsächlich verfügbarem Arbeitstag (also nach Abzug von Feier- Urlaubs- oder Krankheitstagen). Welche personellen Ressourcen wären hierfür notwendig, um die pflegefachliche Begleitung flächendeckend in Mecklenburg-Vorpommern umzusetzen?

Zunächst ist angedacht, dass die pflegefachliche Begleitung den Empfängerinnen und Empfängern von Pflegegeld zugutekommt. Das waren Ende 2023 laut Pflegestatistik 67.242 Personen in Mecklenburg-Vorpommern. Bei einem notwendigen Personaleinsatz von einer Stunde pro Monat und Pflegegeldempfängerin bzw. -empfänger würden insgesamt 1,2 Mio. Beratungsstunden pro Jahr entstehen. Dafür wären fast 740 Vollzeitstellen (VZÄ) im Land erforderlich. Tab. 17 weist die Aufwände pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt aus. In den kreisfreien Städten und dem kleinsten Landkreis Nordwestmecklenburg wären dies 40 bis 80 Vollzeitstellen (VZÄ: Vollzeitäquivalent), in den größeren Landkreisen um die 100 bis 130.

Region	Anzahl Pflegegeld- empfängerinnen bzw. -empfänger 2023	Beratungsauf- wand V1 in h/Jahr	Aufwand: VZÄ V1
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	7.122	128.196	78,3
Landeshauptstadt Schwerin	3.660	65.880	40,2
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	11.580	208.440	127,3
Landkreis Rostock	8.595	154.710	94,5
Landkreis Vorpommern-Rügen	10.962	197.316	120,5
Landkreis Nordwestmecklenburg	6.405	115.290	70,4
Landkreis Vorpommern-Greifswald	10.203	183.654	112,1
Landkreis Ludwigslust-Parchim	8.712	156.816	95,7
M-V Gesamt	67.242	1.210.356	738,9

Tab. 17: Rechnerischer Aufwand für die pflegfachliche Begleitung nach Regionen V1: 1h/Monat

Quelle: Eigene Berechnungen

Bei einer geringeren Intensität der Begleitung – die auch im in der BLAG diskutiert wurde, von einer Stunde Beratung pro Quartal, wie von Kassen anhand der bisherigen Ausgaben für die Leistungstatbestände, die für die neuen Versorgungsstrukturen genutzt werden sollen, geschätzt – würde sich der Aufwand entsprechend auf ein Drittel des Ressourcenbedarfs reduzieren, das heißt auf bis zu 250 Vollzeitstellen. In den einzelnen Regionen würden zwischen 13 Stellen (Landeshauptstadt Schwerin) und 42,4 Stellen (Mecklenburgische Seenplatte) entstehen (vgl. Tab. 18).

Region	Anzahl Pflegegeld- empfängerinnen bzw. -empfänger 2023	Beratungsauf- wand V2 in h/Jahr	Aufwand: VZÄ V2
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	7.122	42.732	26,1
Landeshauptstadt Schwerin	3.660	21.960	13,4
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	11.580	69.480	42,4
Landkreis Rostock	8.595	51.570	31,5
Landkreis Vorpommern-Rügen	10.962	65.772	40,2
Landkreis Nordwestmecklenburg	6.405	38.430	23,5
Landkreis Vorpommern-Greifswald	10.203	61.218	37,4
Landkreis Ludwigslust-Parchim	8.712	52.272	31,9
M-V Gesamt	67.242	403.452	246,3

Tab. 18: Rechnerischer Aufwand für die pflegfachliche Begleitung nach Regionen V2: 1h/Quartal

Quelle: Eigene Darstellung

Der errechnete Personalbedarf wirkt auf den ersten Blick hoch, muss aber in Beziehung gesetzt werden, zu den bislang für die Beratungsbesuche gem. § 37 Abs .3 und den für Pflegeschulungen gem. § 45 SGB XI eingesetzten Personalressourcen, wie auch den für die Pflegeberatung gem. § 7a

SGB XI. – nach Normwerten – vorgesetzten und zum Teil tatsächlich eingesetzten Personal bei den Pflegekassen.

Auch wenn zum Zeitpunkt der Abgabe des Gutachtens noch nicht feststeht, welche Vorstellungen der Umsetzung des Konzeptes der pflegefachlichen Begleitung und Unterstützung das BMG und der Bundesgesetzgeber verfolgen, sollen optionale Organisationsmodelle skizziert und zur Diskussion gestellt werden. Es wäre aus Sicht der Gutachter unverantwortlich, die sich aus den aktuellen Diskussionen um das Konzept der fachlichen Begleitung und Unterstützung ergebenden Optionen unbeachtet zu lassen (vgl. DAK Report 2026). Unterschiedliche Organisationsmodelle kämen nach Auffassung der Gutachter für den ressourcenorientierten und bisherige Strukturen berücksichtigenden Aufbau von pflegefachlicher Begleitung als Versorgungsstruktur – nicht als individueller Leistungsanspruch – in Betracht. Nach Auffassung der Gutachter könnte den Pflegestützpunkten in Mecklenburg-Vorpommern dabei eine wichtige Koordinationsfunktion zukommen.

3.6.8 Innovative Ansätze

Auch in Mecklenburg-Vorpommern gibt es vielfältige Formen neuer Versorgungs- und Wohnformen für auf Pflege angewiesene Menschen, Formen bürgerschaftlichen Engagements und sektorübergreifender Versorgung. Die Impulse kommen sowohl aus der Forschung, wie etwa aus dem Dementia Care Management (DCM) Ansatz, der vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) entwickelt wurde, als auch aus der Zivilgesellschaft und den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die sich unabhängig von ihrer Zuordnung zu den unterschiedlichen Verbänden auch als Innovationsagenten verstehen und als solche gesehen werden. Auch zivilgesellschaftliche Traditionslinien zeichnet das Land Mecklenburg-Vorpommern aus, mit der wertvollen Erfahrungen und Strategien, sowie Vorschlägen, die auf dem Workshop zur Sprache kamen. Es wurde die Notwendigkeit gesehen, die doch zum Teil sehr starren und standardisierten Vorgaben für die Finanzierung und die Sicherung der Qualität von Einrichtungen und Diensten entwickelten Ansätze auf den Prüfstand zu stellen und deutlich mehr auf die professionelle Eigenverantwortung der Akteure zu setzen, aber auch auf die Gestaltungskraft von zivilgesellschaftlichen Akteuren. Was dies für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, für die mögliche Vereinfachung des Leistungsrechtes – die auch auf Bundesebene im Zukunftspakt Pflege diskutiert wurden und werden – heißt, wurde offengelassen. Aber auch von den Rahmenbedingungen hängt es ab, ob neue Versorgungsformen, die unausweichlich sein werden, sich in einer Weise entfalten, die einen maßgeblichen Beitrag zur Versorgungssicherheit in der Fläche leisten könnten.

3.6.9 Fazit

Wie in vielen anderen Ländern auch liegen die Desiderate in der zum Teil unzureichenden Verfügbarkeit von relevanten Daten, die im Rahmen der Erstellung des Landesplans Pflege Mecklenburg-Vorpommern aufwendig recherchiert werden mussten. Ein weiteres Desiderat besteht darin, dass die insgesamt mit guter Qualität erstellten Pflegesozialpläne auf kommunaler Ebene überwiegend nicht zu verbindlichen Maßnahmen führen können, da die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Pflegeinfrastrukturplanung, auf die sich das Konzept der Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern ganz wesentlich bezieht, nicht gegeben sind. Die Pflegeversicherung setzt auf ein Marktmodell zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Insofern ist auch die Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern darauf angewiesen, dass sich die bundesgesetzlichen und infolgedessen auch die landesrechtlichen Regelungen weiterentwickeln – und zwar zugunsten einer verbindlicheren Steuerung.

3.7 Empfehlungen

Aus der Analyse der Pflegesozialpläne heraus wurden vier zentrale Empfehlungsbereiche entwickelt:

1. Empirische Grundlagen qualifizieren und zugänglich machen
2. Expertise vor Ort nutzen und gemeinsam weiterentwickeln
3. Gezielte Förderung von partizipativen Ansätzen
4. Stärkere Fokussierung auf Maßnahmen in den Pflegesozialplänen

3.7.1 Systematik der Empfehlungen zur Pflegesozialplanung

Die Auswertung der Pflegesozialpläne in Mecklenburg-Vorpommern sowie die Expertengespräche und Workshops im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport haben ein umfassendes Bild der Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern entstehen lassen. Dieses ermöglicht einen Blick auf die Ausrichtung, Leistung und Wirkung der integrierten Pflegesozialplanung in Mecklenburg-Vorpommern. Die vorangegangenen Analysen haben die zahlreichen Stärken der integrierten Pflegesozialplanung hervorgehoben, aber auch Potenziale für eine Weiterentwicklung aufgezeigt. Insgesamt zeigt sich, dass die mit der Pflegesozialplanung verfolgten Ziele auch in Mecklenburg-Vorpommern nicht in jeder Hinsicht und überall erreicht werden. Dies kennt vor allem systemische Gründe – sowohl rechtlicher als auch steuerungstheoretischer Art:

- es fehlt den Pflegesozialplänen an Verbindlichkeit
- in einem marktliberalen Steuerungsansatz ist ein klassischer Infrastrukturplanungsansatz fehl am Platze
- die Pflegeversicherung folgt einem Teilleistungsansatz mit Wahloptionen der Versicherten, was Indikatoren gestützte Planungen deutlich erschwert
- die subsidiär angelegte Pflegeversicherung setzt auf solidaritätsbasierte Pflege, die kultur- und milieuabhängig und regional unterschiedlich ausgeprägt ist (Blinkert und Klie 2004)

In diesem Dilemma befinden sich alle Planungsansätze in der Langzeitpflege.

Nachfolgend werden die Befunde aus diesen Arbeiten entlang der vier Schritte der Pflegesozialplanung (siehe Abb. 62) zusammengefasst. Es werden Schlussfolgerungen und Empfehlungen formuliert, die jeweils in kurz-, mittel- und langfristige Bausteine der Weiterentwicklung strukturiert werden.



Abb. 62: Vier Schritte der Pflegesozialplanung.
Quelle: AGP Sozialforschung

3.7.2 Empirische Grundlagen qualifizieren und zugänglich machen

Die Befunde zu den empirischen Grundlagen der kommunalen Pflegesozialplanung Mecklenburg-Vorpommerns weisen darauf hin, dass die Datenbasis hinsichtlich Qualität, Aussagekraft und Vollständigkeit deutliche Defizite aufweist. So fehlen die in diesem Landesplan Pflege im Teilbericht zum Monitoring Pflegepersonalbedarf vorgestellten Zahlen zum aktuellen und künftigen Bestand des Pflegepersonals (differenzierte Arbeitsmarktkennzahlen) sowie zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal. Ebenso fehlt die Berücksichtigung von Ausbildungskennzahlen, die relevant sind, um Möglichkeiten und Grenzen der Infrastrukturentwicklung zu diskutieren. Außer Acht bleiben auch die Strukturen und Beschäftigungspotenziale der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Da Krankenhäuser jedoch die größten Arbeitgeber für Pflegekräfte sind, bleiben Prognosen ohne Kenntnis und Betrachtung dieses Sektors lückenhaft. Insofern ist auch vom Land Mecklenburg-Vorpommern darauf hinzuwirken, dass den Kommunen die für die kommunale Pflegesozialplanung erforderlichen Daten aktuell und aufeinander beziehbar zur Verfügung stehen. Die für die Planung erforderlichen Datensätze müssen den Kommunen vom Bund und vom Land zeitnah und aktuell in einer Weise verfügbar gemacht werden, die ein aktuelles Monitoring und eine agile Nutzung in Form von Dashboards auf kleinräumiger Ebene ermöglicht.

Auf Landesebene sind Fragen im Zusammenhang mit Bevölkerungsprognosen gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden zu klären. Dabei müssen Bevölkerungsprognosen regional differenziert erfolgen und unter Anwendung einer einheitlichen Methodik zur Verfügung gestellt werden, um die Transparenz zu erhöhen und vergleichende Analysen zu ermöglichen. Es gibt Meinungsunterschiede hinsichtlich der Validität und Seriosität von Bevölkerungsprognosen. Sie sind jedoch unverzichtbar für die kommunale Pflegesozialplanung. Auf Landesebene sind die Datensätze der Heimaufsichtsbehörden über den Bestand und die Belegung von Einrichtungen, die dem Heimrecht unterfallen, zudem regelmäßig zu erheben und für Planungszwecke nutzbar zu machen.

Auf Bundesebene sind Maßnahmen umzusetzen, die dazu dienen, die **Pflegestatistik** deutlich zügiger zur Verfügung zu stellen. Die alle zwei Jahre aufbereiteten Daten sind zum Zeitpunkt der Vorlage den Kommunen bereits veraltet. Die Konfektionierung der Datenaufbereitung ist zwar hilfreich und sinnvoll. Allerdings lassen sich die für einen Teil der Pflegestatistik durchgeführten

Primärerhebungen nicht jährlich wiederholen. Unabhängig von der Aufbereitung der Daten durch das Statistische Bundesamt benötigen die Kommunen und die Länder aktuellere Daten über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, ihre Versorgungssituation und die zugrunde liegenden Diagnosen, aber auch über die Auslastung der jeweiligen Einrichtungen und Dienste. Diese Daten sind in den **GKV- und SPV-Routinedaten** enthalten. Sie gilt es kassenübergreifend auf einer Plattform im Sinne eines „Data Warehouses“ zur Verfügung zu stellen – allerdings nicht auf einer allein für die Langzeitpflege eingerichteten Plattform, die in der Umsetzung des § 12 Abs. 2 SGB XI in der Diskussion ist. Ein Data Warehouse würde es ermöglichen, auf aktuelle Dynamiken zu reagieren und sowohl präventiv als auch risikoadjustiert Planungsaktivitäten zu entfalten – und dies auch auf Gemeinde- bzw. Sozialraumebene. Bei den im Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vorgesehenen Regelungen sollten die für die Planung relevanten GKV- und SPV-Daten gemeinsam von Bund, Ländern und Kommunen mit wissenschaftlicher Unterstützung identifiziert werden, damit der GKV-Spitzenverband die Voraussetzungen für die Bereitstellung der Daten schaffen kann. Hilfreich sind dabei die mit dem SAHRA-Projekt (vgl. data experts 2025) gesammelten Erfahrungen, wobei sich der SAHRA-Ansatz in der Fläche nicht als tauglich erweist, weil nicht alle Kassen beteiligt sind, weil die Daten-Ownership hinreichend zu Ungunsten der Kommunen geklärt ist und die Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes für die Datenlieferung nicht an private Dienstleister übertragen werden sollte. Es wird weiterhin empfohlen, das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) in die Datennutzung für Planungszwecke konsequent einzubeziehen und auf allein auf die Langzeitpflege bezogene Datenplattformen auf Bundesebene zu verzichten. Für die Planungszwecke weiterhin relevant wären die Daten des Beschäftigungsverzeichnis ambulanter Pflege (BEVAP). Sie könnten die relevanten Zahlen der Beschäftigten nach Qualifikationsniveaus und -typen im ambulanten Bereich zugänglich machen.

Auf der Ebene der Kreise, Städte und Gemeinden finden sich ebenfalls wertvolle Datenquellen, die in Teilen bereits in den aktuellen Pflegesozialplänen herangezogen werden. Dabei handelt es sich u.a. um Daten zur **Haushaltsgröße, Transferleistungen, Alter, Wohndauer und Mobilität**. Diese sind für die sozialraumbezogene Planung von größter Relevanz, um lebenslagenbezogene, präventive und risikoadjustierte Maßnahmen im Rahmen der Pflegeplanung ergreifen zu können. Um eine agile kommunale Steuerung zu unterstützen, wäre die Einführung einer **Meldepflicht** über freie Plätze und Kapazitäten im ambulanten und stationären Bereich sowie eine ebenso verbindlich auszugestaltende Mitteilungsverpflichtung bei abgelehnten Klientinnen und Klienten zielführend. Im Zusammenhang mit den Daten des Care und Case Managements würden auf diese Weise Hinweise auf Unter- und Fehlversorgung regional und zielgruppenbezogen gegeben werden können. Entsprechende Verpflichtungen könnten entweder leistungserbringungsrechtlich oder landesrechtlich geregelt werden. Die Meldungen wären mit anderen Meldepflichten zu verbinden, um die Bürokratiekosten gering zu halten. In die Meldepflichten einzubeziehen wären auch die Kliniken mit ihren Verpflichtungen zum Versorgungsmanagement gemäß § 11 SGB V. Unterstützend hierfür wäre der Aufbau einer Case Management-Organisation im Sinne Monzers (2018), wie sie beim InnoFonds-Projekt *Regionales Pflegekompetenzzentrum in der Grafschaft Bentheim und im Emsland* aufgebaut wurde (Vgl. Hülsken-Giesler 2025). Unabdingbar ist dabei die Nutzung einer einheitlichen Software, um abgestimmte Prozesse an den Schnittstellen zwischen klinischer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten. All dies kann eine effiziente Gestaltung sektorenübergreifender Versorgung begünstigen.

Die Potenziale der **Telematikinfrastruktur** und ihrer zentralen Anwendung, der elektronischen Patientenakte (ePA), müssen zukünftig stärker genutzt werden. Dies ist unter anderem notwendig,

um die Verschränkung von hausärztlicher Versorgung zugunsten interdisziplinärer Primärversorgungsstrategien sicherzustellen. Dabei spielt auch die gesundheitliche, medizinische und pflegerische Notfallversorgung eine maßgebliche Rolle. Sie sollte integriert und mit gemeinsamen Screening-Instrumenten etabliert werden. Auf Parallelstrukturen von Screenings, Notrufnummern und Einsatzzentralen sollte dabei unbedingt verzichtet werden (Alscher et al. 2025).

Um eine adäquate Versorgung für **besondere Zielgruppen** von auf Pflege angewiesenen Menschen (junge Pflege, Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf, Demenzbetroffene im Erwerbsalter etc.) zu gewährleisten, muss der Bedarf sowohl prävalenzbezogen als auch sozialräumlich erhoben und abgebildet werden.

Die **Aufbereitung der empirischen Daten** zur Entwicklung der Pflegebedürftigen auf Kreisebene sollte in einer Szenariotechnik erfolgen. Zwei entsprechende Szenarien wurden in Kapitel 1.4 dieses Berichtes berechnet: Szenario 1 geht von einer stabilen Verteilung der aktuellen Pflegearrangements aus und errechnet auf der Basis der Bevölkerungsprognosen und der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit den „Bedarf“ an sich daraus ergebenden Versorgungsstrukturen im stationären und ambulanten Bereich. Ein zweites Szenario geht davon aus, dass die Platzzahl in vollstationären Einrichtungen stabil bleibt und errechnet den Bedarf in den Versorgungssettings im Bereich der häuslichen Versorgung. Aus den Szenarien heraus kann zudem jeweils der zu erwartende Personalbedarf auf der Ebene der Kreise berechnet werden (Kapitel 1.4). Nach Möglichkeit könnten die Szenarien zudem in Zukunft auch kleingliedriger für die vom statistischen Landesamt üblicherweise für die Vorausberechnungen berücksichtigten Mittelbereiche erfolgen. Allerdings sollte, anders als bisher, zudem eine hinreichend differenzierte Unterteilung von Planungsbereichen innerhalb der kreisfreien Städte Berücksichtigung finden, um auch in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock und der Landeshauptstadt Schwerin eine differenzierte Planung zu ermöglichen.

Im Zusammenhang mit der leistungserbringungsrechtlichen Anerkennung und Aufnahme von Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (vgl. DGP 2024) und der Übertragung eigenständiger Heilkundenausübung samt (Folge-)Verordnungsrecht gewinnt die **Registrierung von Pflegefachpersonen** an Bedeutung. Perspektivisch geht es hier um die Teilnahme an der TI, inklusive des Zugangs zur ePA hat ebenso, über einen auf Landesebene erfassten Qualifikationsnachweis. Diesen zu verbinden mit der inzwischen auch qualifikationshinterlegten Vergabe einer lebenslangen Beschäftigungsnummer im BeVaP⁵⁰ gemäß § 293 Absatz 8 SGB V, das bei seiner Weiterentwicklung und Implementation der Qualifikationsnachweise offenbar auf Probleme stößt, erscheint eine (integrierte) Registrierung von Pflegefachpersonen gegebenenfalls auch von Pflegeassistentenpersonen unumgänglich (vgl. Klie und Wittmann 2025). Eine Registrierung, die mit dem Zugang zum Leistungsrecht und der Übertragung bestimmter Verantwortungsrollen in der Pflege verbunden ist, erscheint einer allein berufsrechtlichen Registrierung wie sie die Kammern und seit dem 1.6.2025 auch Art. 7 BayPflG vorsehen deutlich überlegen und zielführend (vgl. Klie et al. 2025 und Beispiel Bayern in Abb. 63 auf Seite 115).

⁵⁰ <https://www.bevap-bund.de/>

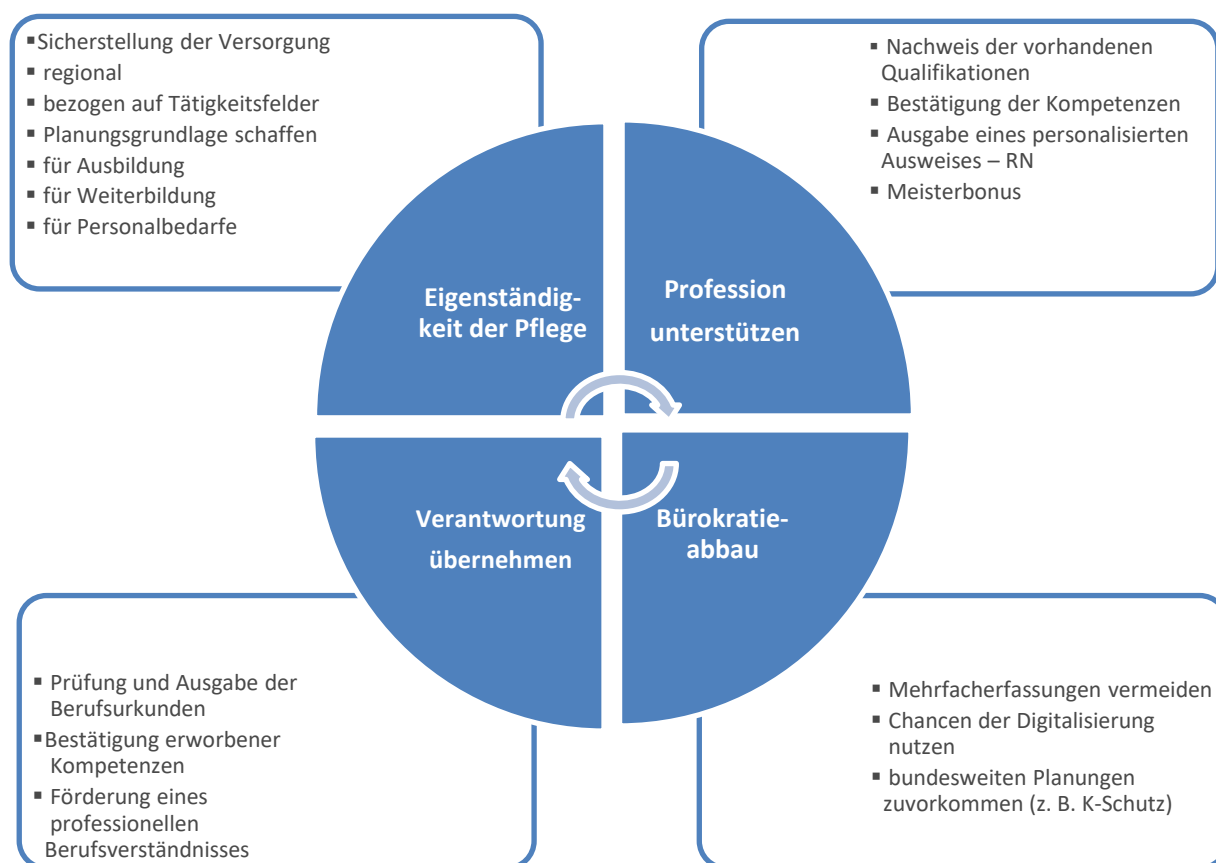


Abb. 63: Ziele einer integrierten Registrierung von Pflegepersonen.
Quelle: VdPB 2024

Eine Registrierung von Pflegefachpersonen und gegebenenfalls auch von Pflegeassistentenkräften, denen in der Berufsausübung besondere Verantwortungsrollen zugeordnet werden, erscheint unter dem Gesichtspunkt der Fachkräftesicherung und eines Monitorings zum Personalbedarf ausgesprochen zielführend – völlig unabhängig von den im Zusammenhang mit dem Gesundheitssicherstellungsgesetz aufgeworfenen Fragen. Die Professionalisierung durch eine Registrierung auf Landesebene zu befördern, ist im hohen Maße sinnvoll und zielführend. Auf diese Weise wäre bei einer Regionalisierung und funktionsbezogenen sowie qualifikationsorientierten Registrierung eine Einschätzung der aktuellen und künftigen Personalsituation auf regionaler und sektoraler Ebene möglich, was für Planungsfragen von größter Bedeutung ist. Infrastrukturplanung ohne Personalmonitoring und Personalplanung ist in Zeiten des demografischen Wandels unverantwortlich. Nach dem Vorbild Bayerns ließe sich in diesem Zusammenhang auch an eine berufsständische Vertretung der Pflegefachpersonen mit besonderer Qualifikation und Zugang zum Leistungsrecht sowie der akademisierten Pflegefachpersonen denken (vgl. Klie et al. 2025). Mecklenburg-Vorpommern könnte prüfen, sich gemeinsam mit anderen Ländern, etwa dem Freistaat Bayern, in der ASMK für ein abgestimmtes Vorgehen bei Fragen der Registrierung verständigen. Die Desiderate beruflicher Selbstvertretung könnten auf diese Weise schrittweise behoben werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine qualitativ hochwertige Datenberichterstattung eine der zentralen Grundlagen für die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der lokalen Versorgung ist. Sie liefert jedoch nur dann realistische Ergebnisse, wenn sie mit den regional verfügbaren Ressourcen – insbesondere den verfügbaren Personalressourcen – abgeglichen wird (Abb. 64).

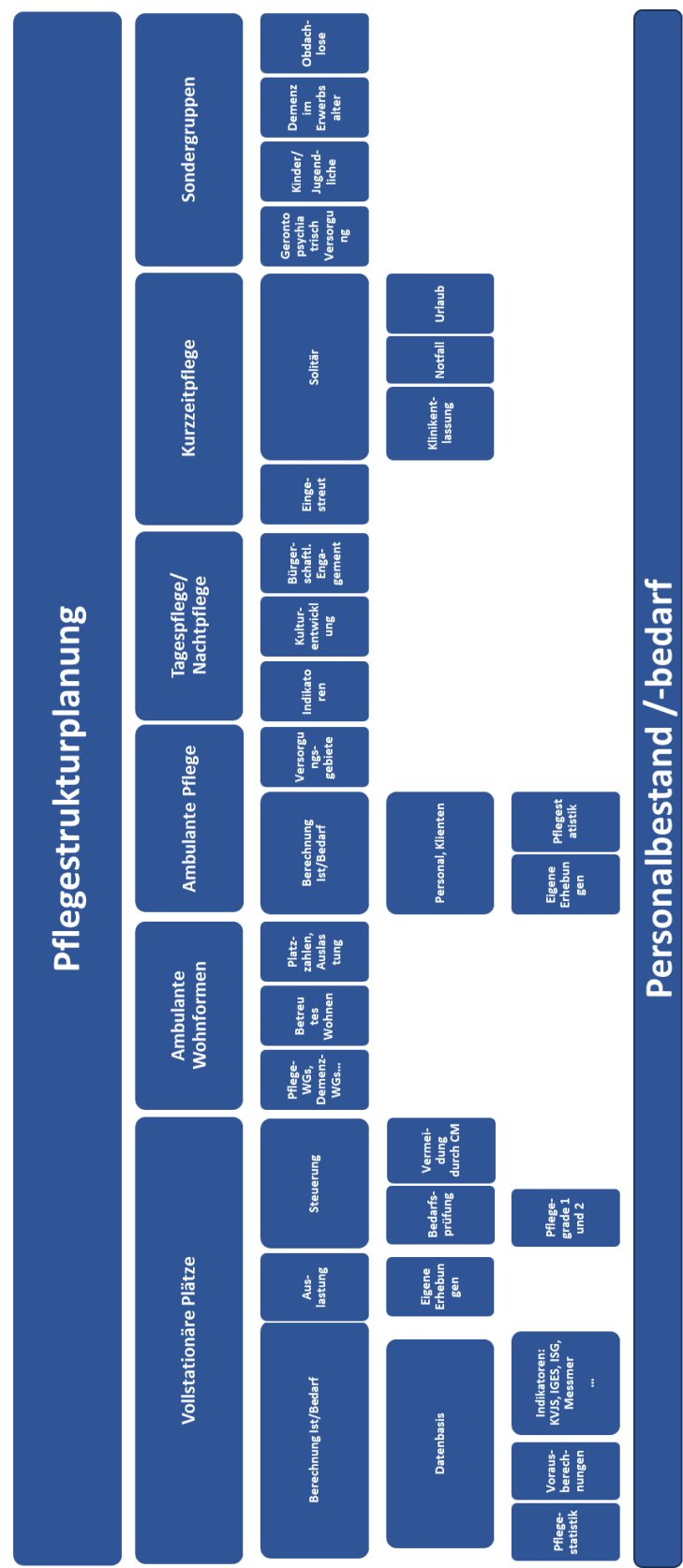


Abb. 64: Pflegestrukturplanung nach Versorgungsarten.
Quelle: AGP Sozialforschung

Es ist davon auszugehen, dass Pflegesozialpläne zukünftig zunehmend mit Unterstützung von **KI-Planungstools** erarbeitet werden. Die Möglichkeiten der Aggregation, Verknüpfung und Analyse

großer Datenmengen auf Grundlage von KI- und Big Data-Algorithmen ermöglichen es rein technisch gesehen schon heute, auf Basis von Korrelationen, Mustererkennung und Clustering präzise – und vor allem: fortlaufend – aktuelle Erkenntnisse über das lokale Leistungsgeschehen, bestimmte Bedarfe, Angebotslücken sowie Fehl-, Unter- und Überversorgungen zu berechnen. Würden die vorhandenen GKV- und SPV-Daten und die Daten des Medizinischen Dienstes gezielt ausgewertet und mit weiteren Daten verknüpft, könnte man Bedarfslagen sehr präzise auswerten und die vor Ort vorhandenen Angebote bedarfsgerecht anpassen, um neue Angebote ergänzen und die lokale Koordination von Angebot und Bedarf insgesamt deutlich verbessern (Klie 2024b, S. 91; zu den Möglichkeiten von KI vgl. allgemein: Strümke 2024). Denkbar wäre es beispielsweise, nach dem regionalen Clustern von Risiken für eine spätere Pflegebedürftigkeit (z. B. Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Suchtmittelmissbrauch, Gebrechlichkeit im Sinne von Frailty, funktionale Gesundheit) gezielte Prävention in besonders gefährdeten Sozialräumen zu ermöglichen. Kernanforderung an ein solches KI-basierter Planungs-, Steuerungs- und Informationstools ist letztlich, die in den bisherigen Planungsgrundlagen bestehenden Leerstellen zu schließen (vgl. Klie/Culmsee 2026).

Die staatlichen Ebenen – Bund, Länder und Kommunen – werden im Angesicht der demografischen Transformation nicht umhinkommen, seinen exekutiven und politischen Entscheidungsträgern – und damit auch den Planungsinstanzen – in verantwortlicher Weise KI-Instrumente für ihre zunehmend wichtiger werdenden Planungs- und Steuerungsentscheidungen an die Hand zu geben. Die Entwicklung KI-basierter Planungs-, Steuerungs- und Informationstools ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der im „Zukunftspakt Pflege“ formulierten Zielsetzungen einer wirkungsorientierten Steuerung kommunaler Pflegeplanung notwendig, denn angesichts der knappen finanziellen und vor allem personellen Ressourcen wird es im Rahmen sozialstaatlicher Gewährleistungsverantwortung zukünftig darauf ankommen, Infrastrukturen und Leistungen der sozialen Daseinsvorsorge zielgerichtet und wirkungsorientiert zur Verfügung zu stellen und zu gewähren (vgl. Braeseke et al. 2025). Das Land Mecklenburg-Vorpommern könnte hier – wie schon in der Pflegesozialplanung – gemeinsam mit anderen Ländern eine Pionierrolle übernehmen.

Aus dem Vorangegangenen lassen sich die folgenden kurz-, mittel- und langfristigen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Empirie im Rahmen der Pflegesozialplanung ableiten (Abb. 65). Es ist zu prüfen, ob die Schaffung eines landesweiten, Dashboard-basierten Data Warehouse (Landesplattform) möglich ist, das nicht nur den Landkreisen und kreisfreien Städten, sondern auch den kreisangehörigen Gemeinden und Städten den Abruf von Daten ermöglicht. Mittelfristig sind dabei auch KI-gestützte Analysen zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund kann analysiert werden, ob an den in der Pflegesozialplanung bislang vorgesehenen Indikatoren und dem Turnus festgehalten werden soll oder ob Anpassungen sinnvoll wären. Bei anstehenden Überarbeitungen der Pflegesozialpläne können und sollten die vielfältigen Datenaufbereitungen im Landesplan Pflege genutzt und aufgegriffen werden. Dies gilt auch in Bezug auf aktuelle Planungen von Investoren, Kommunen oder Leistungserbringern.



Abb. 65: Kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen.
Quelle: AGP Sozialforschung

3.7.3 Expertise vor Ort nutzen und gemeinsam weiterentwickeln

Die empirischen Daten, die für die kommunale Pflegesozialplanung maßgeblich sind, gilt es fachlich zu bewerten. Die quantitative Bedarfsermittlung mit Hilfe von Indikatoren kann allenfalls einen Anhaltspunkt für die Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen bieten. Wie die Kreisprofile (Kapitel 1.3) deutlich machen, gibt es große Unterschiede zwischen den kreisangehörigen Gemeinden, aber auch den Landkreisen sowie kreisfreien Städten, was die Verteilung von Pflegearrangements anbelangt. Auch stellen sich Fragen nach der fachlichen Erforderlichkeit von Heimaufnahmen. Sozialindizierte Heimaufnahmen verlangen eher nach quartiersbezogenen Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Netzwerkintegration, als dass sie den Auf- und Ausbau vollstationärer Strukturen indizieren. Solche Schlussfolgerungen lassen sich nicht ausschließlich aus Prävalenzdaten ableiten, sondern erfordern die Abstimmung mit den Leistungsanbietern vor Ort. In den Blick zu nehmen sind überdies Schnittstellenprobleme, die ebenfalls einen Einfluss auf die Ausgestaltung von Pflegearrangements haben können (Entlassmanagement der Krankenhäuser gemäß § 11 SGB V (vgl. GKV-Spitzenverband et al. 2025)).

Die Bemessung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen hängt von der Einschätzung der unterschiedlichen Zielgruppen für die Kurzzeitpflege ebenso ab, wie von entsprechenden Strukturen in den Kliniken (Abb. 66).

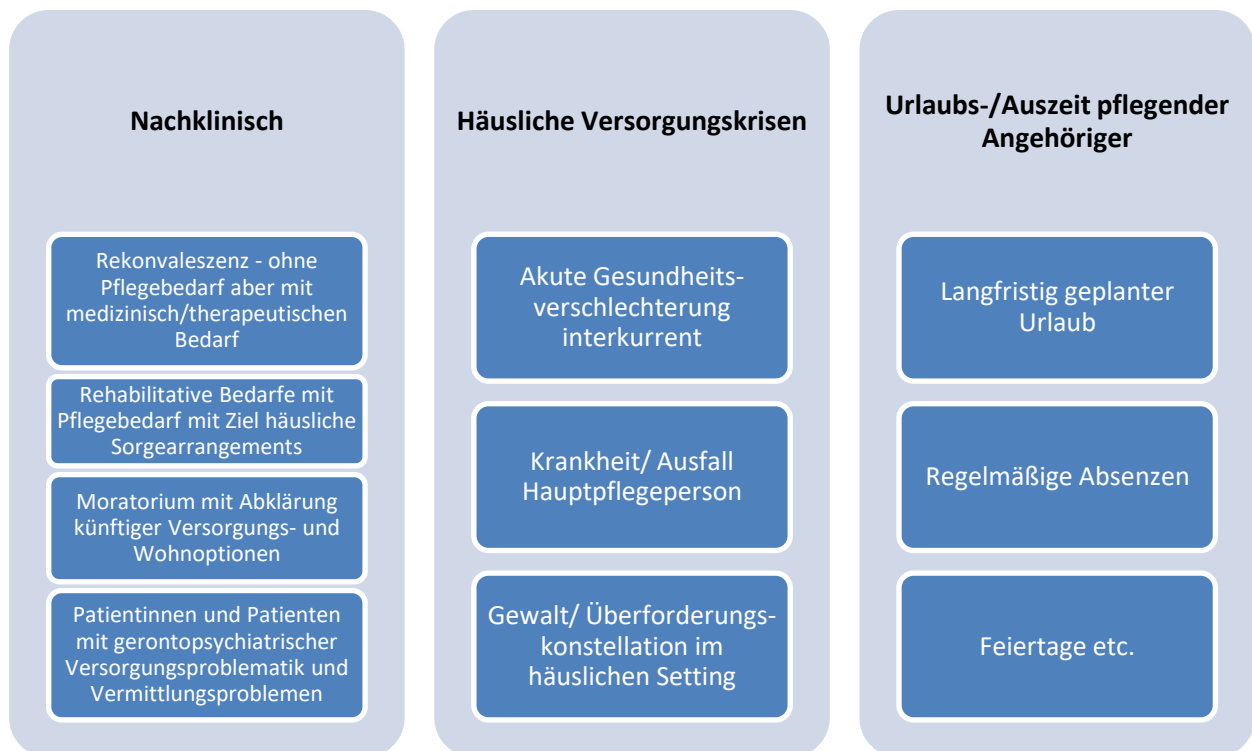


Abb. 66: Bedarfstypen Kurzzeitpflege.
Quelle: Klie et al. 2026

Die Frage nach dem Platzbedarf der Tagespflege und -betreuung ist nicht unabhängig von den örtlichen Kulturen zu beantworten, die maßgeblich für die Akzeptanz und somit auch die Nachfrage von teilstationären Angeboten sind. Dabei kommt der Beratung und fachlichen Begleitung von Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, sowie ihren An- und Zugehörigen eine zentrale Rolle zu: Sie kann erwiesenermaßen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, entlastende Angebote mit Akzeptanz und Resonanz auszustatten (Klie et al. 2025a).

Bei der Bewertung der Gesamtentwicklung von Pflegefachpersonen und anderen Personalressourcen muss das gesamte Spektrum der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt werden. Erwartbare Klinikschließungen oder Konversionsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Krankenhausreform beeinflussen die Versorgung in der Langzeitpflege sowie den ambulanten pflegerischen Versorgungsbereich und somit den Bedarf an „klassischen“ Versorgungsangeboten. Dies gilt auch für den Fall, dass die Vollfinanzierung der Pflegefachpersonen in Kliniken aufgegeben werden sollte.

Ebenso gilt es einzuschätzen, welche Präventionspotenziale zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit regional bestehen beziehungsweise wie groß der Personenkreis ist, der sich angesichts seines Diagnoseprofils als Zielgruppe für Pflegeprävention anbietet. Hier werden Informationen der GKV- und SPV-Routinedaten – ggf. auch in Umsetzung des § 12 Abs. 2 SGB XI – einen Beitrag dazu leisten, Präventionspotenziale zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen. Nicht nur die Prävention von Pflegebedürftigkeit, sondern auch die Prävention während der Pflegebedürftigkeit kann dazu beitragen, den Pflegeaufwand und -bedarf zu verringern. Besonders relevant erscheint hier die durch Klinikaufenthalte verursachte Pflegebedürftigkeit bzw. die Zunahme höherer Pflegegrade (Köcher et al. 2025).

Für die Nutzung von vollstationären Pflegeplätzen hängt auch von der Stabilität und Belastbarkeit sozialer Netzwerke und an den jeweiligen Wohnorten der auf Pflege angewiesenen Menschen verfügbaren Hilfen ab. Ansätze von Caring Communities aber auch neue Wohnformen respektive ambulant betreute Wohngemeinschaften können ambulante Pflegearrangements durchaus attraktiver machen und stärken.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit ist ein eigenständiger Prädiktor für Heimaufnahmen, insbesondere bei längerer „Karriere“ als Pflegebedürftiger oder nach klinikinduzierter hoher Pflegebedürftigkeit (Köcher et al. 2025). Pflegegrad 4 und 5 werden überwiegend in Heimen versorgt (vgl. Kreisprofile in Kapitel 1.3.5).

Ein expertisegestützter Umgang mit Einschätzungen des realistischen aktuellen und zukünftigen Bestandes an vollstationären Pflegeeinrichtungen ist besonders herausfordernd. Aufnahmestrategien der Träger von Einrichtungen, haushalts- und moralökonomische Kalküle der Pflegebedürftigen und ihrer Familien, individuelle und kulturelle Präferenzen sowie zielgruppenspezifische Ausrichtungen von Konzepten stationärer Träger spielen ebenso eine Rolle wie Wohnverhältnisse, haus- und fachärztliche Versorgungsdichte. Eine demografische Hochrechnung bestehender Platzzahlen ist ebenso wenig zielführend wie eine normative Festlegung von Bedarfszahlen. Vor diesem Hintergrund wird eine Szenariotechnik empfohlen, die für örtliche Verständigungen, expertisenbasierte Einschätzungen, kommunalpolitische Befassungen und die Auseinandersetzung mit Planungsvorhaben Korridore möglicher Entwicklungen aufzeigt. Diese werden jeweils vor Ort gemeinsam mit Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie der örtlichen Bürgerschaft mit Blick auf realistische Entwicklungen und deren Implikationen diskutiert.

Mithilfe der Szenariotechnik wird herausgearbeitet, dass bei einem sehr wahrscheinlichen „Einfrieren“ der Pflegeheimplatzzahlen auf dem jetzigen Stand mit leichten Korrekturen ein wesentlich größerer Teil der auf Pflege angewiesenen Menschen ambulant versorgt werden muss – zielgruppenspezifisch, regional und wahrscheinlich insgesamt. An Bedarfsprüfungen gebundene Aufnahmen, die nach § 63a SGB XII bereits nach geltender Rechtslage möglich sind, könnten ebenso gefragt sein wie der Ausbau unterstützender Angebote auf örtlicher Ebene. In diesem Zusammenhang wird man an Partizipationsprozessen auf kommunaler Ebene, die eine neue Kultur der Hilfe beziehungsweise neue Formen der Vergesellschaftung informeller Pflege zum Gegenstand haben, nicht vorbeikommen. Jeweils gilt es einzuschätzen, wie realistisch die Gewinnung von Pflegefachpersonen aber auch Pflegeassistentenkräften ist – sowohl aus der Region in der grundständigen Ausbildung oder für Wiedereinsteiger als auch von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte.

Schließlich gilt es, mithilfe pflegewissenschaftlicher Expertise der Frage nachzugehen, welche Konsequenzen sich aus einem kompetenzorientierten Einsatz von Pflegefachpersonen für den Bedarf an Pflegefachpersonen auf den verschiedenen Qualifikations- und Weiterbildungsebenen ergeben. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Potenziale akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen (APN und CHN), deren Aufbau zunächst über Weiterbildung und künftig über Hochschulausbildung erfolgen muss (vgl. Büscher et al. 2026 im Erscheinen).

Für Mecklenburg-Vorpommern gilt wie für alle Bundesländer: Die Erwartungen an eine tatsächlich integrierte Pflegesozialplanung werden bislang – mit wenigen Ausnahmen auf kommunaler Ebene – nicht erfüllt. Vor diesem Hintergrund wurden mit der letzten SGB XI-Reform Regelungen zur Neuakzentuierung der Pflegestrukturplanung, etwa § 12 Abs. 2 SGB XI, aufgenommen. Diese lesen sich jedoch als sektorenspezifischer Ansatz. Um die mit den Planungsvorgaben der Länder angestrebten Ziele zu erreichen, sind konzertierte Bemühungen überall vonnöten. Dies beinhaltet

auch die methodische Weiterentwicklung von Planungsansätzen, wie ausgeführt. Dies gilt hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen, etwa beim Übergang von einer bedürftigkeits- zu einer bedarfsorientierten Leistungszugangsregelung oder bei den Konsequenzen bei Feststellung einer regionalen oder zielgruppenspezifischen Unterversorgung. Solche Regelungen kennen sowohl bundesrechtliche als auch landesrechtliche Voraussetzungen. Schließlich sind die empirischen Grundlagen, auf denen die jeweiligen Pflegesozial- oder -strukturplanungen basieren, wie im Landesplan Pflege geschehen, gesondert aufzubereiten und zu berechnen und auf kommunaler Ebene verfügbar zu machen.

Es ist eine Aufgabe Expertise-gestützter Interpretation der empirischen Daten auf kreis- aber auch auf der Ebene kreisangehöriger Gemeinden und Städten spezifische Bedarfseinschätzungen, verbunden mit zu ergreifenden Maßnahmen, vorzunehmen und zu einem Bestandteil der kommunalen Pflegesozialplanung werden zu lassen. Dabei sind stets systematisch auszuwertende Erkenntnisse aus dem Care und Case Management zu berücksichtigen, und gegebenenfalls auch kurzfristig auf Schnittstellenprobleme einerseits und Infrastrukturdefizite andererseits reagieren zu können.

Die Sozialhilfeträger könnten konsequenter als bisher Instrumente zur Pflegebedarfsfeststellung gemäß § 63a SGB XII entwickeln und damit den Zugang zu Einrichtungen und Diensten für pflegebedürftige Menschen steuern. In einigen Kreisen und Ländern ist dies bereits der Fall. Damit würde der Aufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern des Pflegegrades 2 aus betriebswirtschaftlichen Gründen in Einrichtungen entgegengewirkt werden. Die Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII an häuslich versorgte Pflegebedürftige spiegelt sich in den Sozialhilfestatistiken nicht in differenzierter Weise wider. Ähnlich wie bei der Grundsicherung im Alter ist von einer nicht unerheblichen Dunkelziffer von Leistungsberechtigten auszugehen, die durch Leistungen der Hilfe zur Pflege in ihrem häuslichen Pflegearrangement gestützt werden könnten (Klie 2026b).

Demzufolge sollte die Pflegesozialplanung verstärkt auf die vorhandene Expertise von Sozialplanerinnen und Sozialplanern, Pflegestützpunkten oder Sozialämtern zurückgreifen, um empirische Ergebnisse zu kontextualisieren. Die gemeinsame, regionale (Weiter-)Entwicklung von Expertise, beispielsweise im Rahmen von Pflegekonferenzen, hat zudem den Vorteil, dass Herausforderungen multiperspektivisch und interdisziplinär angegangen werden können.

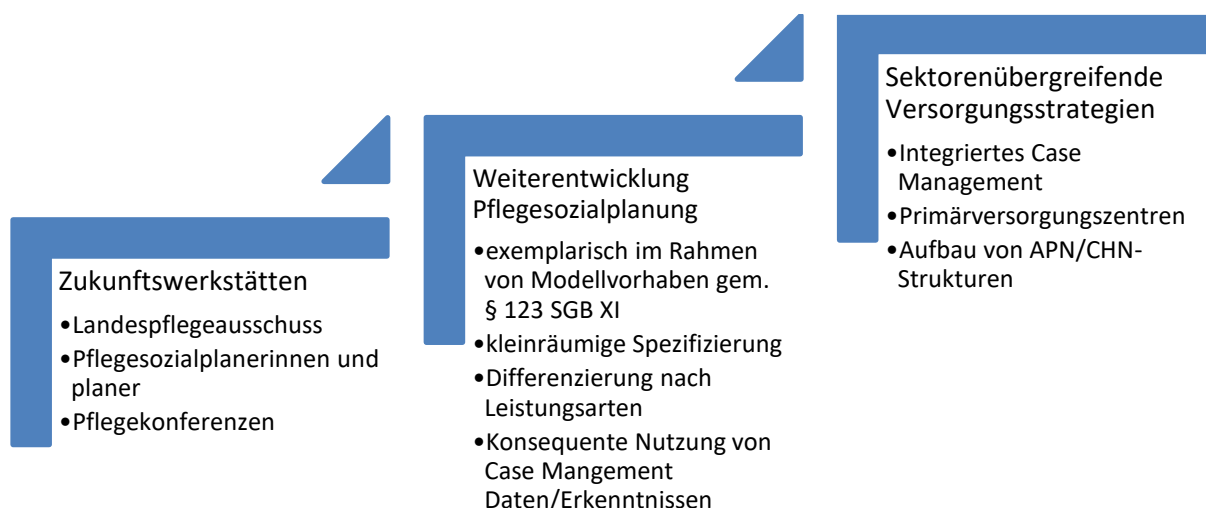


Abb. 67: Kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen.
Quelle: AGP Sozialforschung

3.7.4 Gezielte Förderung von partizipativen Ansätzen

Eine weitere Option, um die Pflegesozialplanung weiterzuentwickeln, wäre es, einen stärkeren Fokus auf die partizipative Entwicklung und Umsetzung der Handlungsempfehlungen zu setzen. In anderen Bereichen verfügt Mecklenburg-Vorpommern bereits über gesetzlich geregelte verbindliche Formen der Bürgerbeteiligung, beispielsweise bei der Planung von Windkraftträdern⁵¹. Auch die Förderung bürgerschaftlichen Engagements und ehrenamtlicher Aktivitäten ist in Mecklenburg-Vorpommern fest verankert – u.a. mit einer eigenen Ehrenamtsstiftung⁵². Gleichwohl ist Bürgerbeteiligung keineswegs überall – vor allem nicht in den ländlichen Regionen – politikfeldübergreifend verankert (Wick und Quade 2025). Das Thema Pflege ist ein gesellschaftliches Topthema, das ähnlich wie Umweltfragen ohne Bürgerbeteiligung nicht adäquat behandelt werden kann. Eine stärker partizipative Ausrichtung von Pflegesozialplanung bietet einen ausgezeichneten Anknüpfungspunkt, um das Thema in der Gesellschaft präsenter zu machen.

Die Sicherung von Sorge und Pflege ist im deutschen Sozialstaat und spezifisch in der sozialen Pflegeversicherung subsidiär angelegt. Die soziale Pflegeversicherung geht von der Sorgebereitschaft der Bevölkerung für ihre An- und Zugehörigen und den Nachbarschaften aus und versteht die Leistungen der Pflegeversicherung im Wesentlichen als fachlich stabilisierende Maßnahmen, die vollstationäre Pflege nicht als eine frei zur Verfügung stehende Alternative zur ambulanten Versorgung, sondern eine, für die ein entsprechender Bedarf besteht. Anders als in anderen Ländern, wie den Niederlanden und der Schweiz, wird die Heimbedürftigkeit in Deutschland nicht durch fachliche Assessmentverfahren gesteuert, sondern eher durch die Finanzierungsregelung der vollstationären Pflege und die hohen Eigenanteile Pflegebedürftiger (Klie 2024d). Konnte man sich bislang auf traditionale und moralisch verankerte Bereitschaften zur Übernahme von Sorge- und Pflegeaufgaben in der Bevölkerung verlassen, ist dies für die Zukunft nicht mehr in gleicher Weise selbstverständlich. Die Zahl alleinlebender Frauen mit Pflegebedarf ohne Familienbezug wird zunehmen. Auch andere soziale Netzwerke und Nachbarschaften verändern sich.

⁵¹ Gesetz über die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Gemeinden an Windparks in Mecklenburg-Vorpommern (Bürger- und Gemeindebeteiligungsgesetz - BüGembeteilG M-V) vom 18. Mai 2016

⁵² <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/stk/Themen/Ehrenamt-und-b%C3%BCrgerschaftliches-Engagement/>

Für neue Formen der Vergesellschaftung von Sorgeaufgaben bedarf es eines entsprechenden Mindsets in der Bevölkerung. Um dieses Mindset herauszubilden, braucht es fachliche und kommunale Unterstützung.

Die Potenziale bürgerschaftlicher und gemeinwirtschaftlicher Selbstorganisation sind beträchtlich, aber nicht überall und in gleicher Weise aktivierbar und verfügbar. Dabei spielen auch gesellschaftliche Polarisierung in der Bevölkerung, kommunale Kulturen und Governance-Kompetenzen eine nicht zu unterschätzende Rolle (vgl. verlorene Dörfer). Keineswegs überall werden Ansätze von Caring Communities auf Resonanz stoßen oder Ausprägung von sorgenden Gemeinschaften stabilisiert werden können. Insofern wird es zur Beantwortung der Sorge- und Pflegebedarfe regional und sublokal unterschiedliche und spezifische Antworten ergeben müssen. All dies legt nahe, dass die Partizipation der jeweiligen örtlichen Bürgerschaft zum Schlüsselfaktor für die Stabilisierung und den Aufbau von Sorgestrukturen darstellt. Kommunale Pflegesozialplanung sollte daher konsequent partizipativ ausgerichtet sein, wie es auch der Kompass in Mecklenburg-Vorpommern vorsieht. Es gilt, das Partizipationsmanagement auch für die Gestaltung der Langzeitpflege einzubeziehen (ZQP 2013; Weber-Fiori 2025). Partizipationsprozesse sind sinnvollerweise vor allem auf der gemeindlichen und städtischen respektive quartiersbezogenen Ebene einzusetzen. Sie reichen von Runden Tischen, über aktivierende Befragungen (Klie und Rischard 2025), über Bürgerräte bis hin zu Zukunftswerkstätten und weiteren Formaten.

Die im Rahmen der Bestandserhebung und der empirischen Grundlagen der kommunalen Pflegesozialplanung erhobenen Daten bieten eine gute und wichtige Grundlage für Beteiligungsprozesse. Sie lassen den Handlungsbedarf und die alternativen Gestaltungsoptionen sichtbar werden. Partizipations- und Netzbildung haben auch immer eine kulturelle Dimension. So lassen Beteiligungsprozesse der Bürgerschaft gemeinsame Vorstellungen und Visionen für die zukünftige Gestaltung einer sorgenden Gemeinde entstehen. Darüber hinaus sind sie vertrauensbildend und stellen eine Form von Demokratie als Lebensform dar – jenseits des Verständnisses von Demokratie als reiner Regierungsform und Wohlstandssicherung.

Neben den Bürgerinnen und Bürgern sollten auch die maßgeblichen Akteure der Sorge- und Pflegeinfrastruktur sowie Selbsthilfeorganisationen oder bürgerschaftliche Initiativen bei der Entwicklung passender Partizipationsformate berücksichtigt werden. Je nach Thema ist abzuwägen, welche Zielgruppen für die Bearbeitung relevant sind. Insbesondere die kommunalen Pflegekonferenzen sollten neben ihrer wichtigen Vernetzungsfunktion auch als Partizipationsräume wahrgenommen und genutzt werden.

Zudem erscheint die gezielte Einbeziehung von Pflegefachpersonen und beruflich Tätigen jenseits ihrer Vertretung durch Arbeitgeber und Verbände wichtig. Ihre Expertise, ihre Identifikation mit pflegerischen Aufgaben sowie ihre öffentliche Wertschätzung spielen eine wichtige Rolle bei der Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die Hochschule Neubrandenburg hat mit dem Konzept „UniDorf“⁵³ bundesweit wichtige Impulse für eine Verknüpfung von Lehre, Forschung und Bürgerbeteiligung gesetzt. UniDorf bedeutet, mit der Hochschule vor Ort in Lebenswelten, Quartiere und Kleinstädte einzutauchen und dabei gegenseitige Lernprozesse zu initiieren. Es schlägt eine Brücke zwischen Lehre, Forschung und den Aufgabenstellungen der Regionalentwicklung, zu denen auch die pflegerische Versorgung gehört. Dies gelingt, indem praktische Handlungsfelder zum Gegenstand von Lehre und Forschung werden. In interaktiven, praktisch orientierten und kreativen Lernprozessen werden regionale Akteure, Vertreterinnen und

⁵³ <https://www.hs-nb.de/unidorf/>

Vertreter der Verwaltung, der Politik und der Wirtschaft sowie aus Vereinen, Verbänden, Schulen und bürgerschaftlichen Initiativen gleichermaßen involviert. Dieser Ansatz kann systematisch für Partizipationsprozesse in der Pflegesozialplanung genutzt werden, zumal die Hochschule Neubrandenburg Pflegestudiengänge sowie Studiengänge der Regionalplanung und Sozialen Arbeit anbietet und über bundesweit anerkannte Expertise in der Professorinnen- und -Professoren-schaft verfügt (vgl. etwa Schmidt et.al. 2025).

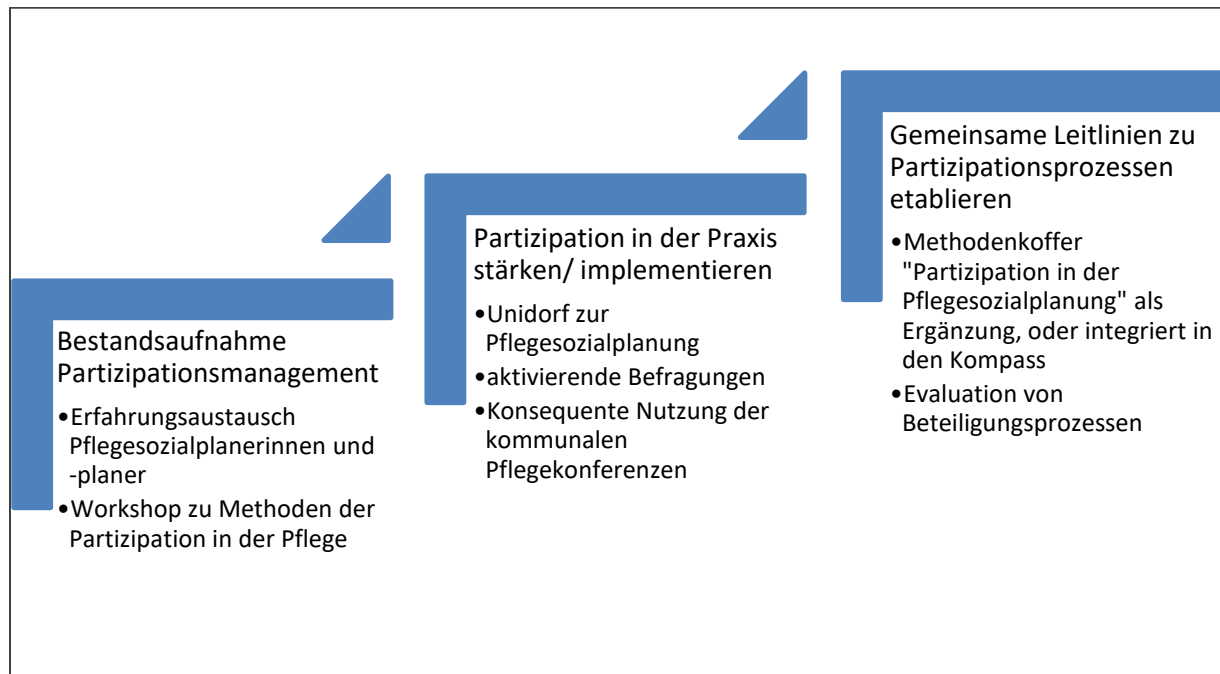


Abb. 68: Kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zur Partizipation.
Quelle: AGP Sozialforschung

3.7.5 Stärkere Fokussierung auf Maßnahmen in den Pflegesozialplänen

Bei den auf der Grundlage des Abgleichs zwischen Bedarfen und Ressourcen entwickelten Maßnahmen lassen sich drei übergeordnete Typen unterscheiden. Erstens gibt es Maßnahmen, die sich auf die fachpflegerische Bewältigung oder Prävention von Pflegebedürftigkeit beziehen. Zweitens gibt es Maßnahmen, die auf personenbezogene Kontextfaktoren wie Teilhabe oder Wohnen abzielen. Beratungsangebote bilden eine Brückenfunktion zwischen genuin fachpflegerischen Maßnahmen und personenbezogenen Kontextfaktoren. Drittens existieren Maßnahmen, die auf die Bearbeitung regionaler Kontextfaktoren abzielen, wie die Gremien- und Netzwerkarbeit oder Prozesse der Case Management-Organisation.

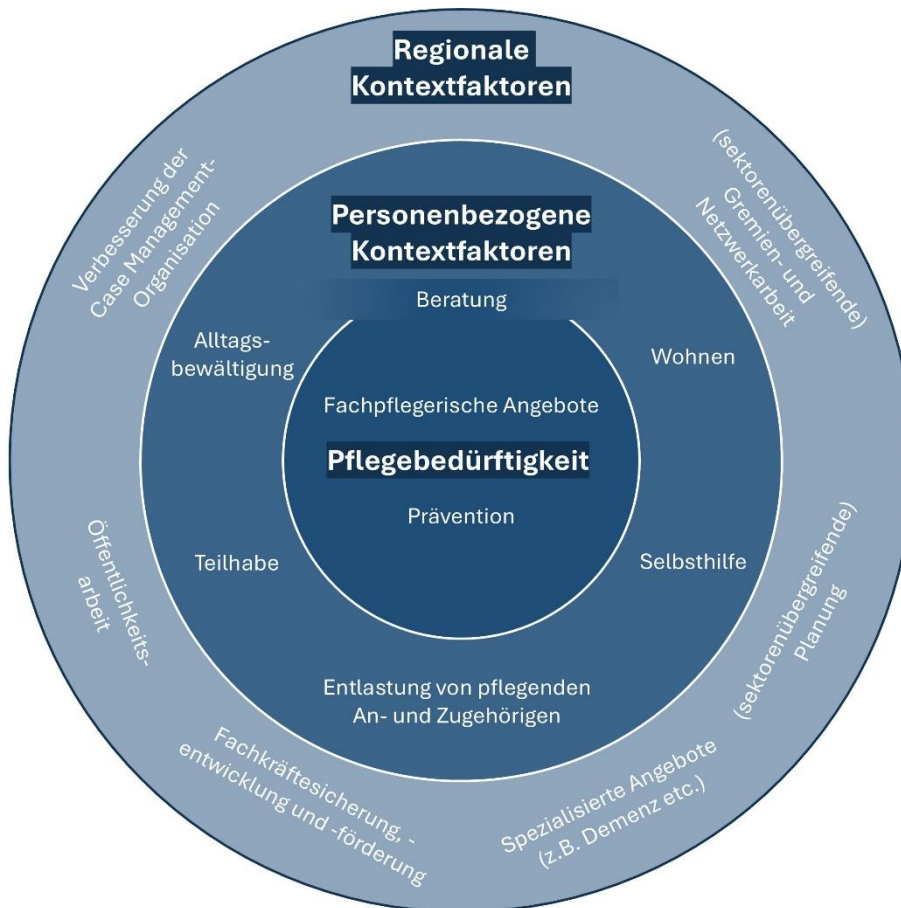


Abb. 69: Maßnahmentypen in den analysierten Pflegesozialplänen
Quelle: Eigene Darstellung

Die fachpflegerischen Angebote umfassen ambulante und stationäre Pflegeleistungen. Handlungsempfehlungen in diesem Bereich beziehen sich typischerweise auf Plätze und Kapazitäten von Einrichtungen und Diensten. Ein Beispiel ist der Pflegesozialplan des Landkreises Nordwestmecklenburg, der sich für den Ausbau der Kurzzeitpflege, insbesondere solitärer Kurzzeitpflegeplätze, ausspricht. Im Bereich der Pflegeprävention sind verschiedene Maßnahmen denkbar. Diese reichen von präventiven Hausbesuchen bis hin zur Sensibilisierung von Sportvereinen, ihre Angebote für Menschen mit Pflegebedarf oder Demenz zugänglicher zu machen. Der Landkreis Vorpommern-Greifswald kann in diesem Bereich diverse Handlungsempfehlungen vorweisen. Als wesentliche Akteure werden hier die Volkshochschulen benannt. Weiterhin könnten auch die Kreispflegekonferenzen noch mehr zur Prävention beitragen. Die Vernetzung und Optimierung der Versorgung hin auf diesen Aspekt ist zukunftsweisend. Auf der sublokalen Ebene könnte die Kreispflegekonferenz durch „Runde Tische“ ergänzt werden. In den Pflegesozialplänen könnte der präventive Aspekt noch stärker gewichtet werden.

Insbesondere aber die personenbezogenen und regionalen Kontextfaktoren von Pflegebedürftigkeit (vgl. Abb. 69) sind in den Pflegesozialplänen teilweise ausbaufähig. Dies ist insbesondere relevant, weil der Ausbau von professionellen fachpflegerischen Kapazitäten aufgrund zunehmenden Fachkräftemangels eher unrealistisch ist. Denkbar wären hier beispielsweise:

Infrastrukturentwicklung

- Unterstützung bürgerschaftlicher und gemeinwirtschaftlicher Initiativen
- Initiierung und Unterstützung von neuen Wohnformen und ambulante betreuten Wohngemeinschaften (infolge von Partizipationsprozessen)

- Beratung von Investoren von neuen Wohnformen und Angebote der pflegerischen Versorgung
- Kommunalwirtschaftliches Engagement (Kurzzeitpflege, eigene ambulante Dienste in unterversorgten Regionen, Angebote für besondere Zielgruppen auf Pflege angewiesener Menschen, Förderung von Vereinen, zivilgesellschaftlichen Initiativen, Trägern von den Wohnungsbaugesellschaften einer Entwicklung von Angeboten der Teilhabe, Geselligkeit, gegenseitiger Unterstützung)

Informationen für die „Öffentlichkeitsarbeit“

- Nutzung sozialer Medien für die Pflege thematik
- Kampagnen zur Änderung des Mindsets
- Informationsmaterialien in unterschiedlichen Medien

Welche Maßnahmen auf kommunaler Ebene in den alle fünf Jahre zu erstellenden Pflegesozialplänen vorgeschlagen respektive mit entsprechenden kommunalpolitischen Beschlüssen auf den Weg gebracht werden, muss jeweils vor Ort entschieden werden.

Pflegesozialplanung ist ein dauerhafter Prozess, der nach Möglichkeit agil und situationsbezogen erfolgt. Das bedeutet, dass nicht nur alle fünf Jahre Pläne aufgestellt und evaluiert werden, sondern dass diese auch an die aktuellen Erfordernisse angepasst beziehungsweise planerisch auf sie reagiert wird. Dafür ist ein verstetigtes Monitoring mit entsprechenden Instrumenten, eine regelmäßige Abstimmung, etwa in Pflegekonferenzen, sowie sektorenübergreifende Aktivitäten erforderlich. Gerade bei der Implementierung neuer Versorgungsstrukturen, wie etwa der pflegefachlichen Begleitung, werden bestimmte Maßnahmen und Innovationen projektartig gestaltet und nicht in klassische Planungsrythmen eingebettet.

Pflege geschieht vor Ort. Insofern kommt auch und gerade den kreisangehörigen Gemeinden und Städten eine zentrale Funktion für die Sicherstellung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung zu. Sie werden jeweils ihre eigenen Maßnahmen treffen, ggf. unterstützt durch die Expertise und die Zurverfügungstellung von Planungsgrundlagen durch die Landkreise und kreisangehörigen Städte. Sie gilt es durch den Zugang zu für sie relevanten Datensätzen etwa der GKV- und SPV-Daten zu unterstützen. Gerade auf der Ebene der kreisangehörigen Gemeinden und Städte bieten sich Partizipationsansätze in besonderer Weise an. Die Maßnahmen, die jeweils vor Ort getroffen werden, sollten jeweils rückgekoppelt werden mit der jeweiligen Kreispflegeplanung und vor Ort integriert in die Stadt- und Dorfentwicklung. Gerade in ländlich strukturierten Regionen kommt der bürgerschaftlichen Initiative und Welfare Mix-basierten Pflegearrangements eine für die Zukunft höchst bedeutsame Rolle zu (BMFSFJ 2016). Städte und Gemeinden können sich ihrerseits mit Beteiligungsverfahren, von der aktivierenden Befragung, aber ggf. auch mit einer intelligenten Governance ausgesprochen förderlich zeigen, so es um sublokale quartiersbezogene Angebotsentwicklung geht - etwa unter dem Leitbild der Caring Community. Auch hierfür gibt es zahlreiche gute Beispiele in Mecklenburg-Vorpommern, die sich allerdings nicht ohne Weiteres skalieren lassen. Oftmals ist es eine Art „Kunst der Daseinsvorsorge“, die adäquate Antworten auf aktuelle und künftige Bedarfe vor Ort entstehen lässt. Dabei kommt es auch darauf an, die Erwartungen an allein staatlich organisierte und verantwortete Versorgung zugunsten subsidiär- und mitwirkungsorientierter Versorgungsstrategien zu begrenzen. Städte und Gemeinden haben ggf. auch die Möglichkeit mit eigenen Grundstücken, der Ausübung von Vorkaufsrechten oder im Rahmen des Leerstättenmanagements wichtige materielle Beiträge für die Entwicklung einer örtlichen Versorgungsstruktur zu unterstützen (vgl. zze et al. 2025). Ob eine ambulant betreute Wohngemeinschaft entsteht, ob Betreuungsgruppen vor Ort ihre Arbeit aufnehmen, ob beim Rathaus

Demenzcafés stattfinden, Vereine sich für auf Pflege angewiesene Menschen öffnen, ob Unternehmen sich um Fragen der Vereinbarkeit für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren, ob Religionsgemeinschaften sich dem Thema Pflegebedürftigkeit widmen: All dies hängt von örtlichen Kooperationskulturen, von Persönlichkeiten, von Engagement, von Traditionen ab. Jeweils leben örtliche Antworten auch von der Einsicht und Erfahrung, dass Bedingungen guten Lebens von dem Engagement und der Mitverantwortlichkeit der Bürgerinnen und Bürger vor Ort abhängen und die Erwartungen an den Staat sich im Sinne subsidiärer Gestaltung gemeinsamer und öffentlicher Aufgaben auf das zu beschränken hat, was für die Existenzsicherung erforderlich und was weder informelle Netzwerke noch zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure noch die Gemeinden im Rahmen ihrer örtlichen Daseinsvorsorge gestalten können.

4 Demenz-Monitoring

4.1 Einführung

Menschen mit Demenz stellen die größte Gruppe von Menschen mit Behinderungen in Deutschland dar. Weltweit ist seit den 2000er Jahren ein deutlicher Anstieg der Zahl der Erkrankten zu verzeichnen. Im Jahr 2017 hat die WHO Demenz zu einem ihrer Schwerpunktthemen erklärt und einen globalen Aktionsplan entwickelt (WHO 2017). Die bis zu siebenzig unterschiedlichen Ausprägungen hirnorganischer Beeinträchtigungen, die in der medizinischen Diagnostik unter die ICD-10 bzw. neuerdings ICD-11 gelistet bzw. kategorisiert werden, sind vielfältig. Demenz ist somit keine Diagnose, sondern ein Oberbegriff für die unterschiedlichen Formen hirnorganischer Beeinträchtigungen, die typischerweise mit dem hohen Alter assoziiert sind, aber auch in jüngeren Lebensaltern auftreten können.

Die meisten Menschen mit Demenz leben in den eigenen vier Wänden und werden von ihren Angehörigen begleitet. Nur eine Minderheit nimmt – abgesehen von diagnostischen Maßnahmen – insbesondere zu Beginn der Erkrankung keine kontinuierliche professionelle Unterstützung und Begleitung in Anspruch. Dies ändert sich erst im Verlauf der Krankheit. Grundsätzlich muss dennoch davon ausgegangen werden, dass professionelle Unterstützung bei den unterschiedlichen Demenzformen sinnvoll und erforderlich ist – entweder von Beginn an oder spätestens bei einem fortgeschrittenen Krankheitsverlauf. Die Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen erfordert interdisziplinäre Unterstützung. Sie erfordert medizinische, pflegerische, sozialarbeiterische und therapeutische Kompetenzen. Menschen mit Demenz sind eine Gruppe, die perspektivisch erhöhte Anforderungen an die professionelle Versorgung stellt – sowohl in der Prävention als auch in der Begleitung während der Erkrankung in ihren unterschiedlichen Phasen. In den frühen Phasen einer Demenzerkrankung steht dabei überwiegend die soziale Unterstützung aufgrund abnehmender Alltagskompetenzen im Vordergrund, nicht die Pflege. Durch den sich oftmals über Jahre erstreckenden hohen Sorgaufwand sind die pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz oftmals stärker oder anders belastet als diejenigen von pflegebedürftigen Menschen ohne kognitive Einschränkungen.

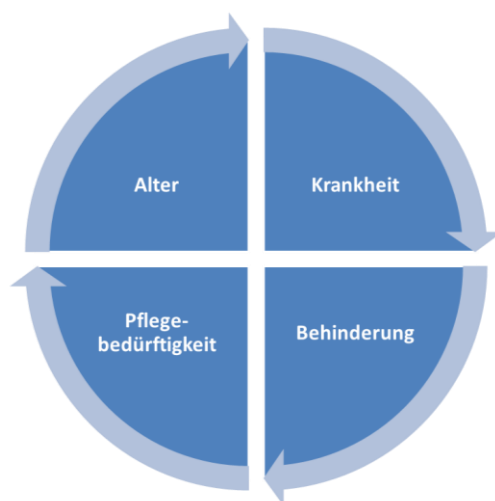


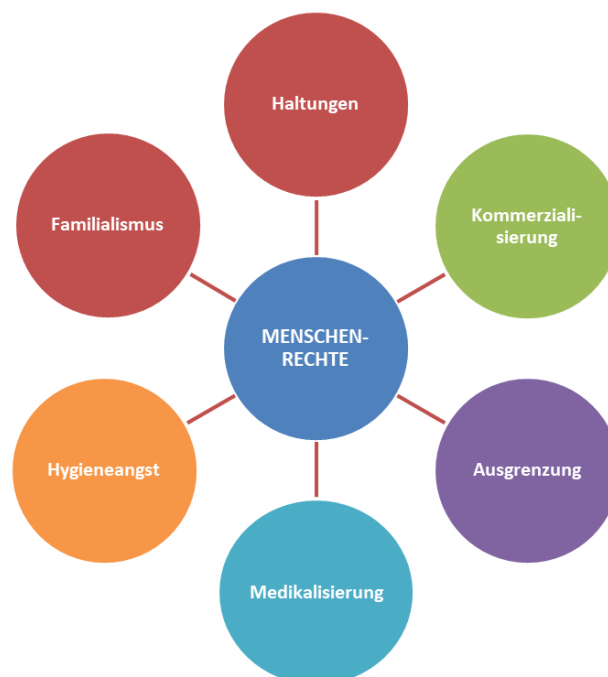
Abb. 70: Vulnerabilitätszyklus.
Quelle: AGP Sozialforschung

Einerseits ist es wichtig, Menschen mit Demenz im Zusammenhang mit dem sozialen Konstrukt „Pflegebedürftigkeit“ zu betrachten und Angebote für Pflegebedürftige auch auf die Zielgruppe der Menschen mit Demenz auszurichten. Andererseits dürfen die anderen Dimensionen von Demenz und ihre Implikationen für bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen nicht außer Acht gelassen werden. Menschen mit Demenz benötigen fachkundige medizinische Begleitung. Dies bezieht sich nicht nur auf die in der Regel nicht therapierbare Grunderkrankung, sondern auch auf andere Erkrankungen, die im Alter typischerweise auftreten und unter Bedingungen von Demenz schwerer zu diagnostizieren und zu behandeln sind. Oftmals benötigen sie therapeutische Unterstützung – von Logopädie über Physiotherapie bis hin zur Ergotherapie. Auch sozialarbeiterische Unterstützung ist gefragt, wenn es um die Organisation von Hilfen, quartiersbezogene Unterstützung und die Realisierung von Rechtsansprüchen oder Fragen des Erwachsenenschutzes und des Betreuungsrechts geht.

Demenz: Kulturelle Herausforderung und ausgeprägte Menschenrechtsgefährdung

Demenz ist in vielfältiger Weise zu einem Schreckgespenst einer alternden Gesellschaft geworden (Gronemeyer 2025, S. 79). Zurecht wird in der Konzeption der Pflegesozialpläne in Mecklenburg-Vorpommern auch auf die kulturelle Herausforderung im Umgang mit Pflegebedarf und insbesondere Demenz verwiesen, die es im Rahmen von Ansätzen wie Caring Communities anzugehen gilt (Kraehmer und Schmidt 2019, 7 f.). Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Lebensqualität und Teilhabe von Menschen mit Demenz ganz wesentlich von den Einstellungen, Haltungen und Wissensbeständen in der Bevölkerung im Zusammenhang mit Demenz abhängen.

Im sechsten Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2010) wurde formuliert, dass eine Gesellschaft, die sich nicht um Respekt vor ihren hochbetagten Mitgliedern bemühe, keine Kultur besitze. Das gilt in besonderer Weise für die häufig hochbetagten Menschen mit Demenz sowie für andere Gruppen von Menschen mit Behinderungen. Wie in der Rechtsexpertise für die Nationale Demenzstrategie (Klie 2026 i.E.) herausgearbeitet wurde, sind gerade für Menschen mit Demenz Menschenrechte gefährdet.



*Abb. 71: Menschenrechte in Gefahr – auch für Menschen mit Demenz.
Quelle: AGP Sozialforschung*

Menschenrechte kennen unterschiedliche Gefährdungshintergründe. Sie finden sich in ausgrenzenden oder diskriminierenden Haltungen in der Bevölkerung, aber auch in bestimmten Formen der Kommerzialisierung der Versorgungsinstanzen, die auch für Menschen mit Demenz von Bedeutung sind, wenn deren Begleitung und Versorgung ökonomischen Interessen zuwiderläuft. Es finden sich nach wie vor vielfältige Formen der Medikalisierung von Menschen mit Demenz, die mit zum Teil hochproblematischen Formen der Polymedikation oder nicht induzierter Gabe von Medikamenten mit potentiell inadäquaten Wirkstoffen aus der PRISCUS-Liste einhergehen (Klie 2026 i.E.). Die Menschenrechte von Menschen mit Demenz werden aber auch dadurch gefährdet, dass sie in der für sie typischen häuslichen Versorgung nicht die erforderliche Unterstützung erhalten und den Angehörigen keine hinreichende Entlastung und Begleitung angeboten wird.

Mecklenburg-Vorpommern als Vorreiter und Kompetenzhotspot im Themenfeld Demenz

Im Rahmen des Landesplans Pflege wird erstmals ein Demenz-Monitoring in Mecklenburg-Vorpommern auf den Weg gebracht. Damit möchte sich das Land Mecklenburg-Vorpommern auf den Weg machen und eine systematische Erhebung des Status Quo im Themenfeld Demenz etablieren und in Form eines Monitorings fortschreiben. Auf diesem Wege stärkt das Land die Aufmerksamkeit für die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern bei allen relevanten Beteiligten, aber auch in der Öffentlichkeit.

Mecklenburg-Vorpommern ist in Sachen Demenz ein Kompetenzhotspot und eignet sich in besonderer Weise für die Verknüpfung von wissenschaftlicher Expertise, zivilgesellschaftlichem Engagement, Einrichtungen und Diensten der Sozialwirtschaft sowie den politischen Steuerungsebenen im Land. Der Landesverband der *Deutschen Alzheimer Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. Selbsthilfe Demenz* (DALzG) ist ein aktiver und relevanter Akteur, beherbergt die *Landesfachstelle Demenz* und stellt beispielsweise die Ansprechpartnerin für die Netzwerkstelle *Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz* dar. Auch das *Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen* (DZNE) in Rostock und Greifswald und das *Max-Planck-Institut für Demografische Forschung* (MPIDR) in Rostock tragen mit ihren Forschungsschwerpunkten zu Demenz maßgeblich zur Priorisierung dieses Themenfelds in Mecklenburg-Vorpommern bei und entwickeln innovative Ansätze zur Versorgung sowie Unterstützung der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen.

Von Seiten der Landesregierung wurden in den letzten Jahren einige neue Strukturen zur Bewältigung der Herausforderung Demenz im Land geschaffen: Im Jahr 2023 hat die Landesfachstelle Demenz ihre Arbeit aufgenommen. Im Rahmen des *Pakts für Pflege M-V* wurde Demenz als eines der Schwerpunktthemen für die zukünftige Entwicklung der Pflege festgelegt (LPA M-V 2024). Neben der Beauftragung des Demenz-Monitorings im Rahmen des Landesplans Pflege wurde Anfang 2025 zudem auf Basis des Pakts für Pflege ein wissenschaftlicher Beirat zum Thema Demenz gegründet. Dieser soll Wissenschaft und politische Maßnahmen zielgerichtet verzahnen (MSGs M-V 2025). Darüber hinaus wird in der Arbeitsgruppe des Pakts für Pflege Mecklenburg-Vorpommern „*Herausforderung Demenz*“ derzeit an einem Demenzplan für Mecklenburg-Vorpommern gearbeitet. Die Ergebnisse des Demenz-Monitorings werden in dieser Arbeitsgruppe einbezogen. Der Geriatrieplan Mecklenburg-Vorpommern⁵⁴ wurde parallel zur Erstellung des Landespflegeberichts von der *Expertenkommission zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung des Landes Mecklenburg-Vorpommern* überarbeitet und liegt nun vor.⁵⁵

⁵⁴ <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/gesundheits/Gesundheitsversorgung/Psychiatrische-Hilfen/?id=4543&processor=veroeff>

⁵⁵ <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Service/Presse/?id=219162&processor=processor.sa.pressemitteilung>

Vor diesem Hintergrund wird die Entwicklung eines Demenz-Monitorings auch als kooperative Aufgabe der genannten Akteure verstanden. Die Bereitschaft dazu zeigte sich in der großen Resonanz auf den Workshop im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin im November 2025. Das Demenz-Monitoring setzt auf eine partizipative Umsetzung - unter Mitwirkung der Planerinnen und Planer der Landkreise und kreisfreien Städte sowie der DALzG M-V.

Ansätze guter Praxis aus anderen Ländern aufgreifen

Mit dem Ansatz eines Demenz-Monitorings steht das Land Mecklenburg-Vorpommern nicht allein. Auch in Bayern wurde von der Fachstelle für Demenz und Pflege ein in vielen Punkten vergleichbares Konzept entworfen, das sich derzeit im Aufbau befindet. Dabei spielt das *digitale Demenzregister Bayern* (digiDEM Bayern) eine zentrale Rolle. Ziel des bayerischen Monitorings ist die Verbindung von Demenzforschung mit Angeboten für Betroffene, Angehörige und Ehrenamtliche. Dazu werden bayernweit Demenz-Screeningtage durchgeführt, digitale Helfer und eine Angebotslandkarte für Betroffene und ihre Angehörigen bereitgestellt sowie eine Datenbank mit guten Ideen vorgehalten (vgl. Website Fachstelle Demenz und Pflege⁵⁶). Auch andere Länder sind im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie auf ihre Weise unterwegs, um die Versorgungssituation und die Teilhabe von Menschen mit Demenz zu stärken und tauschen sich innerhalb der Nationalen Demenzstrategie regelmäßig aus.

Pilothafte Entwicklung des Monitorings

Das Demenz-Monitoring soll aktuelle Zahlen, Prognosen und Versorgungsstrukturen sowie Beratungs- und Teilhabeangebote erfassen und sichtbar machen. Zu diesem Zweck werden mögliche Datenquellen für Epidemiologie, die Beratung und Begleitung sowie weitere Angebote (medizinisch, pflegerisch, teilhabeorientiert) für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen recherchiert und aufgenommen. Nach Möglichkeit sollen Indikatoren oder Kennzahlen identifiziert, entwickelt oder vorgeschlagen werden, die für ein zukünftiges Monitoring, die Pflegesozialplanung und andere Planungsfelder genutzt werden können. Soweit es in der pilothaften Entwicklung des Demenz-Monitorings möglich war, wurden Ergebnisdarstellungen regionalisiert aufbereitet. In Zukunft soll verstärkt auf GKV- und SPV-Routinedaten zurückgegriffen werden, die insbesondere im Hinblick auf die Prävention von großer Bedeutung wären.

Die Zusammenstellung des aktuellen Wissenstands und der Infrastrukturen im Bereich Demenz in Mecklenburg-Vorpommern ist ein wichtiger Schritt für die systematische Beobachtung und Weiterentwicklung der Situation von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen im Land. Durch ein regelmäßiges Demenz-Monitoring können bestehende Lücken und Bedarfe im Land und auf regionaler Ebene identifiziert und der Erfolg von Maßnahmen überprüft werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Bausteine des Demenz-Monitorings vorgestellt. Wie bereits bei der Pflegesozialplanung wird deutlich, dass die Datenlage in vieler Hinsicht noch unbefriedigend ist. Insofern muss auch beim Demenz-Monitoring auf eine deutlich verbesserte, insbesondere auf kommunaler Ebene verfügbare Datenlage hingewirkt werden.

⁵⁶ <https://www.demenz-pflege-bayern.de/>

4.2 Epidemiologie

In Mecklenburg-Vorpommern lebten je nach Schätzung und betrachtetem Jahr (2023/ 2024) zwischen 35.300 und 41.500 Menschen mit einer Form der Demenz. In Kapitel 4.2.2 findet eine genauere Erläuterung und Aufschlüsselung der verschiedenen Daten statt. Eine Erfassung der Anzahl an Menschen mit Demenz oder ein Register liegen in Deutschland nicht vor. Somit sind alle vorliegenden Zahlen lediglich Schätzungen oder Modellrechnungen.

So bestehen die folgenden allgemeinen Schwierigkeiten, eine differenzierte Berechnung der Anzahl an Menschen mit Demenz vorzunehmen und valide Kennzahlen zu erheben:

- Es existieren unterschiedliche Diagnosekriterien für eine Feststellung einer Demenz (ICD 10, ICD 11; DSM VI), und die verwendeten Methoden und Zeitpunkte der Diagnostik, die zur kriterialen Einstufung und Diagnosestellung führen, können variieren.
- Kennziffern der Behandlung (z.B. Diagnosefallzahlen aus Krankenhäusern) sind nur begrenzt aussagekräftig, da nicht alle Behandlungsfälle kodiert werden, etwa wenn die Demenz nicht als Haupt- oder Nebendiagnose geführt wird.
- Viele Fälle von Demenz bleiben unerkannt, insbesondere in den frühen Stadien der Krankheit. Menschen mit Demenz suchen oft spät oder gar nicht ärztliche Hilfe, was zu einer Untererfassung der tatsächlichen Fallzahlen führen kann. Zudem können Symptome von Demenz anderen Erkrankungen ähneln, was immer wieder zu Fehldiagnosen führt.
- Stigmatisierung und soziale Tabus rund um Demenz können dazu führen, dass Betroffene und ihre Familien Symptome verbergen und keine Diagnose wünschen – und ihr „Recht auf Nichtwissen“ nutzen.
- Die Datenquellen für die Demenzprävalenzschätzungen sind heterogen und umfassen klinische Studien, Bevölkerungsbefragungen und die Auswertung von Krankenkassendaten. Die Methoden zur Datensammlung können variieren, was zu weiteren Inkonsistenzen führt.
- Unterschiede in der Gesundheitsinfrastruktur und im Zugang zu Gesundheitsdiensten zwischen verschiedenen Regionen können die Diagnose und Berichterstattung von Demenz beeinflussen.

Trotz dieser vergleichsweise ausgeprägten Schwierigkeiten in der Bezifferung der tatsächlichen Betroffenenzahlen liegen näherungsweise Daten zur Prävalenz von Demenz in Deutschland, in Mecklenburg-Vorpommern und den Kreisen und kreisfreien Städten vor. Zum einen sind Modellrechnungen auf Basis von WHO-Prävalenzraten möglich, zum anderen weist die AOK als größte Krankenkasse in Deutschland auf Basis ihrer Versichertendaten in ihrem Gesundheitsatlas eine Schätzung der Demenzprävalenz aus.

4.2.1 Demenzformen

Demenz als Überbegriff für unterschiedliche Formen der „neurokognitiven Störungen“, wie die Erkrankungen seit 2013 im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) zusammengefasst werden, umfasst sehr unterschiedliche neuropsychologische Erkrankungen. Sie alle sind durch einen „fortschreitenden irreversiblen Verfall von Hirnstrukturen“ (Rommel et al. 2025, S. 2) charakterisiert. Mit etwa zwei Dritteln aller Demenzerkrankungen ist die *Alzheimer-Demenz* mit Abstand die häufigste Form der Demenz. Etwa 15 Prozent der Demenzerkrankten haben vaskuläre Ursachen. Die Lewy-Body-Demenz sowie die Frontotemporale Demenz machen jeweils um die fünf Prozent aller Demenzerkrankungen aus. Abb. 72 gibt eine kurze Übersicht zu zentralen Unterschieden der vier häufigsten Demenzformen:

DEMENZFORMEN und ihre Unterschiede

	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	Lew-Body-Demenz	FTD
Typisches Diagnosealter	> 65 Jahre	> 65 Jahre	> 60 Jahre	45– 60 Jahre
Symptomverlauf	schleichend	variabel	schleichend	schleichend
Charakteristische kognitive Merkmale	Verlust von Gedächtnis, Sprache und Orientierung	Aufmerksamkeit, Konzentration und Denken fallen schwer	Halluzinationen, starke Schwankungen der geistigen Fähigkeit	Starke Verhaltensänderungen oder Sprachauffälligkeiten
Motorische Merkmale	selten	variabel, hängt von Art der Schädigung im Gehirn ab	Parkinson-Symptome	Manchmal Parkinson- oder ALS-Symptome
Lebenserwartung nach Diagnose	8–10 Jahre	3–5 Jahre	6–8 Jahre	7–13 Jahre
Ursachen	Giftige Proteinablagerungen	Durchblutungsstörungen, Schlaganfälle, Hirnblutungen	Giftige Proteinablagerungen	Giftige Proteinablagerungen

Die Tabelle gibt eine Übersicht über die typischen Merkmale der unterschiedlichen Demenzformen. Seltene oder genetisch bedingte Unterformen wie zum Beispiel die familiäre Alzheimer-Demenz, können jedoch auch zu abweichenden Symptom- und Krankheitsverläufen führen.

Alzheimer Forschung Initiative e. V.

Abb. 72: Übersicht über unterschiedliche Demenzformen
Quelle: AFI o.J.a

Demenzielle Erkrankungen äußern sich in den vielen Demenzvarianten durch einen (schleichenden) Verlust kognitiver Fähigkeiten. Betroffen sind beispielsweise das Gedächtnis, die Konzentrationsfähigkeit, die Aufmerksamkeit und die Sprache. Aber auch die Persönlichkeit der Erkrankten verändert sich, beispielsweise im Bereich der Emotionen oder der sozialen Kompetenz. Besondere Herausforderungen existieren bei der Versorgung FTD-Betroffener, die Persönlichkeitsveränderungen wie Reizbarkeit oder soziale Enthemmung mit sich bringt. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die unterschiedlichen Demenzformen auch quantitativ in den Blick zu nehmen, auch wenn aufgrund der oben ausgeführten Gründe keine präzisen und verlässliche Daten zur Prävalenz der einzelnen Demenzformen existieren.

Die WHO schätzt den globalen Anteil von **Alzheimer** an den dementiellen Erkrankungen auf 60 bis 70 Prozent (WHO 2025). In ähnlicher Weise beziffert die *Alzheimer Forschung Initiative e.V.* (AFI) den Anteil der Alzheimer-Demenz an allen Menschen mit Demenzerkrankung in Deutschland auf etwa 65 Prozent (AFI o.J.a). Die meisten Alzheimer-Betroffenen sind älter als 80 Jahre, während die Erkrankung nur in seltenen Fällen bei Personen unter dem 65. Lebensjahr auftritt (DALzG o.J.).

Laut der DALzG könnten 3-9 Prozent aller Demenzerkrankungen im Bereich der **Frontotemporalen Demenz** (FTD) liegen, wobei die Herausforderungen einer entsprechenden Differenzialdiagnostik eine genaue Bezifferung der Betroffenenzahlen deutlich erschwert (DALzG 2017). In einer Studie des DZNE wird hingegen von einer deutlich niedrigeren Prävalenz von 10 bis 18 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgegangen (2025). Noch immer wird die FTD zu Beginn der Symptomatik aufgrund der symptomatischen Persönlichkeitsveränderungen häufig mit psychischen Störungen wie Depressionen oder dem Burn-out-Syndrom verwechselt. Da FTD zudem eher selten ist und meist deutlich früher als andere Demenzformen auftritt – das durchschnittliche Erkrankungsalter bei der FTD liegt nach Angaben der DALzG zwischen 50 und 60 Jahren – wird zudem selten bereits zu Beginn eine Demenzdiagnostik eingeleitet. Die Spanne, wann die Krankheit auftritt bzw. auftreten kann, ist zudem mit 20 bis 85 Jahren sehr groß. Die mit der

FTD-Erkrankung einhergehenden Symptome gelten als besonders herausfordernd und die zielgruppenspezifische Versorgung und Betreuung (einschließlich einer stationären Versorgung) als entwicklungsbedürftig, da für Personen mit der Erkrankung im Setting einer klassischen stationären Altenpflegeeinrichtung nur unzureichend alters- und versorgungsgerechte Angebote geschaffen werden können.

Bei Demenzerkrankten unter 65 Jahren treten FTD und Alzheimer etwa gleich häufig auf (DALzG 2017). Eine europaweite Studie zu *Frontotemporalen lobären Degenerationen* (FTLD), zu denen auch die FTD zählt, legt nahe, dass die Inzidenz von FTD höher ist als bisher angenommen (Logroscino et al. 2023). So gibt es laut der Studie jährlich etwa 24 Neuerkrankungen pro 1.000.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Inzidenz von 0,024 pro 1.000 Personen). Die Autorinnen und Autoren der Studie weisen den höchsten Inzidenzwert für ein Lebensalter von 71 Jahren aus, obwohl die FTD durchschnittlich früher auftritt als andere Formen der Demenz. Während andere Demenzformen häufiger Frauen betreffen, sind von FTD hingegen häufiger Männer als Frauen betroffen.

Die AFI schätzt, dass etwa 14 Prozent der Demenzerkrankten in Deutschland eine **vaskuläre Demenz** aufweisen. Das entspräche einer absoluten Zahl von etwa 250.000 Betroffenen. Die vaskuläre Demenz entsteht durch eine verringerte Durchblutung des Gehirns, etwa durch Schlaganfälle oder beschädigte Gefäße im Gehirn. Häufig kommt es zudem zu Mischformen verschiedener Demenzformen, gerade der vaskulären und der Alzheimer-Demenz. Denn auch bei der Alzheimer-Demenz kann die Durchblutung im Gehirn verringert sein (AFI o.J.f).

Die **Lewy-Körperchen-Demenz** (engl. *dementia with Lewy-bodies*, DLB) tritt laut Schätzungen der DALzG (2018) bei rund 5 Prozent aller Demenzerkrankten auf, obwohl die Schätzungen zur Prävalenz der Erkrankung stark schwanken. Da diese Form der Demenz weniger bekannt ist, werden laut DALzG viele Fälle der Lewy-Körperchen Demenz fälschlicherweise als Alzheimer-Demenz diagnostiziert. Dies kann unter anderem daran liegen, dass es aktuell keine diagnostische Methode gibt, die Lewy-Körperchen-Demenz eindeutig nachzuweisen (AFI o.J.d). Auch Verwechslungen mit der Diagnose „Delir“ treten aufgrund von psychotischen Symptomen bei einer Lewy-Body-Demenz häufig auf (DALzG 2018). Die Prävalenz der Lewy-Körperchen-Demenz könnte demnach höher liegen als die hier ausgewiesenen fünf Prozent.

Weitere, als weniger prävalent eingeschätzte, (Unter)Arten der Demenz sind die Parkinson-Demenz, die 30 – 40 Prozent der Parkinson-Patientinnen und Patienten betrifft (AFI o.J.e), oder die *Chronisch Traumatische Enzephalopathie* (CTE) (AFI o.J.b), die durch wiederholte Kopfverletzungen, beispielsweise durch Kontaktsportarten, entstehen kann. Weitere Umstände, die mit Demenz in Verbindung gebracht werden, sind das *Korsakow-Syndrom* (manchmal auch Korsakoff-Syndrom genannt), das durch Alkoholmissbrauch oder schweren Thiaminmangel verursacht wird (Kretschmer 2022), und das *Down-Syndrom*, bei dem es aufgrund genetischer Veranlagungen sehr häufig früh zur Entwicklung einer Demenz kommen kann (DZNE 2025c). Da diese Demenzformen zum einen als Folge anderer Syndrome auftreten (Parkinson- und Down-Syndrom) und zum anderen aufgrund eher geringer Fallzahlen insgesamt kaum verlässliche Daten zu Prävalenzraten vorliegen (CTE und Korsakow-Syndrom), werden an dieser Stelle keine Prävalenzschätzungen für diese Erkrankungen vorgenommen.

Mit einer Orientierung an den Zahlen der DALzG, ausgehend von den durch die DALzG geschätzten 39.000 Menschen über dem Alter von 65 Jahren mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern, können grobe Schätzungen für die Anzahl der Betroffenen unterschieden nach den vier häufigsten genannten Demenz-Erkrankungen vorgenommen werden.

Art der Demenz	Geschätzter Anteil (%) an allen demenziellen Erkrankungen ⁵⁷	Geschätzte Betroffene in M-V
Alzheimer	ca. 65 %	25.400
Vaskuläre Demenz	ca. 14 %	5.500
Lewy-Körperchen-Demenz	ca. 5 %	2.000
FTD⁵⁸	ca. 3-9 %	1.200 – 3.500

Tab. 19: Schätzung der dementiell Erkrankten in Mecklenburg-Vorpommern, unterschieden nach Demenz-Subtypen
Quelle: Eigene Schätzung, auf Basis der oben genannten Quellen.

Die in Tab. 19 dargestellten Zahlen müssen als äußerst grobe Schätzungen verstanden werden. Die beschriebenen Unsicherheiten und Schwankungen in Bezug auf Prävalenz und Diagnostik der verschiedenen Demenz-Subtypen lassen keine genauen Berechnungen zu. Weiterhin wurden aufgrund von fehlenden Daten weder die unterschiedlichen Prävalenzen nach Geschlecht berücksichtigt noch der Einfluss der Altersstruktur auf die Prävalenzen der unterschiedlichen Erkrankungen. Zudem beziehen sich die Schätzungen der DALyG, auf denen die hier vorliegenden Zahlen aufbauen, auf die Bevölkerung 65+. Dies kann vor allem die Schätzungen zur Anzahl der FTD-Betroffenen unterschätzen, da diese besonders häufig Menschen im berufsfähigen Alter betrifft. Trotz der Unsicherheiten in den Berechnungen, sind Schätzungen zur Betroffenheit von unterschiedlichen Demenz-Formen mit Blick auf spezielle (Pflege-)Bedürfnisse der Erkrankten sehr relevant. Eine Verbesserung der Datenlage, beispielsweise durch detailliertere Studien auf Grundlage von breiteren Daten über die Gesetzlichen Krankenkassen oder den Medizinischen Dienst ist begrüßenswert.

4.2.2 Prävalenz

Berechnung der Demenz-Prävalenz auf Basis der Euro-CoDe-Daten

Die nachfolgende Prävalenzschätzung basiert auf den von der Alzheimer-Gesellschaft regelmäßig veröffentlichten Prävalenzschätzungen für Westeuropa auf Basis von EuroCoDe-Daten des Dachverbandes der Alzheimer-Gesellschaften in Europa (DALyG 2024), die auch vom DZNE als bisher verlässlichste Datengrundlage für entsprechende Berechnungen verwendet werden (Thyrian et al. 2020). Die Prävalenzquoten wurden für die folgenden Berechnungen auf den prognostizierten Bevölkerungsstand des Jahres 2024 übertragen. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass es sich um eine bestmögliche Schätzung von Fallzahlen handelt und nicht um eine exakte Erfassung. Eine aktuelle Studie (Michalowsky et al. 2025) auf Basis von Abrechnungsdaten aller Krankenkassen weist für das Jahr 2022 leicht abweichende Prävalenzen aus, die zudem seit dem Jahr 2015 sinken (vgl. Tab. 20). Wie stark sich der beobachtete Rückgang in weiteren Untersuchungen bestätigen lässt, wird abzuwarten sein. Aus methodischen Gründen erfolgten die folgenden Berechnungen auf Basis der Euro-CoDe-Daten. Zum einen sind die Abweichungen zwischen den Daten (noch) relativ gering und liegen weitgehend im Bereich der Fehlertoleranz. Zum anderen weisen die Euro-CoDe-Daten zusätzlich zu der in der Tabelle ausgewiesenen allgemeinen auch geschlechtsspezifische Prävalenzraten in den einzelnen Altersgruppen aus. Diese versprechen eine höhere Genauigkeit, da die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Demenzerkrankungen hoch

⁵⁷ Die fehlenden sieben Prozent ergeben sich aus der Kombination der angesprochenen weiteren Unterarten von Demenz, für die keine Inzidenzen vorliegen sowie den angesprochenen Unsicherheiten und Schwankungen.

⁵⁸ Angaben ggf. überschätzt. Entsprechend der aktuellen DZNE-Studie könnten es auch lediglich 150-280 Personen sein

ausfallen. Es gilt allerdings festzuhalten, dass die Zahlen von Euro-CoDe für Deutschland die Anzahl an Menschen mit Demenz ggf. leicht überschätzen.

Altersgruppen	Euro-CoDe (DALzG) ⁵⁹		Michalowsky et al. 2025	
	Jahr:	2023	2015	2022
65-69		1,85 %	1,83 %	1,39 %
70-74		3,79 %	4,17 %	3,16 %
75-79		7,67 %	8,25 %	7,11 %
80-84		14,35 %	15,82 %	13,05 %
85-89		22,96 %	25,69 %	20,97 %
90+		36,32 %	-	-
90-94		-	36,28 %	29,51 %
95+		-	45,84 %	37,09 %

Tab. 20: Demenz-Prävalenzen nach Altersgruppen im Vergleich

Quelle: DALzG 2024 und Michalowsky et al. 2025.

Ausgehend von den aktuell vorliegenden Euro-CoDe-Prävalenzen kann für Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2024 insgesamt von rund 41.300 Menschen mit Demenz ausgegangen werden.

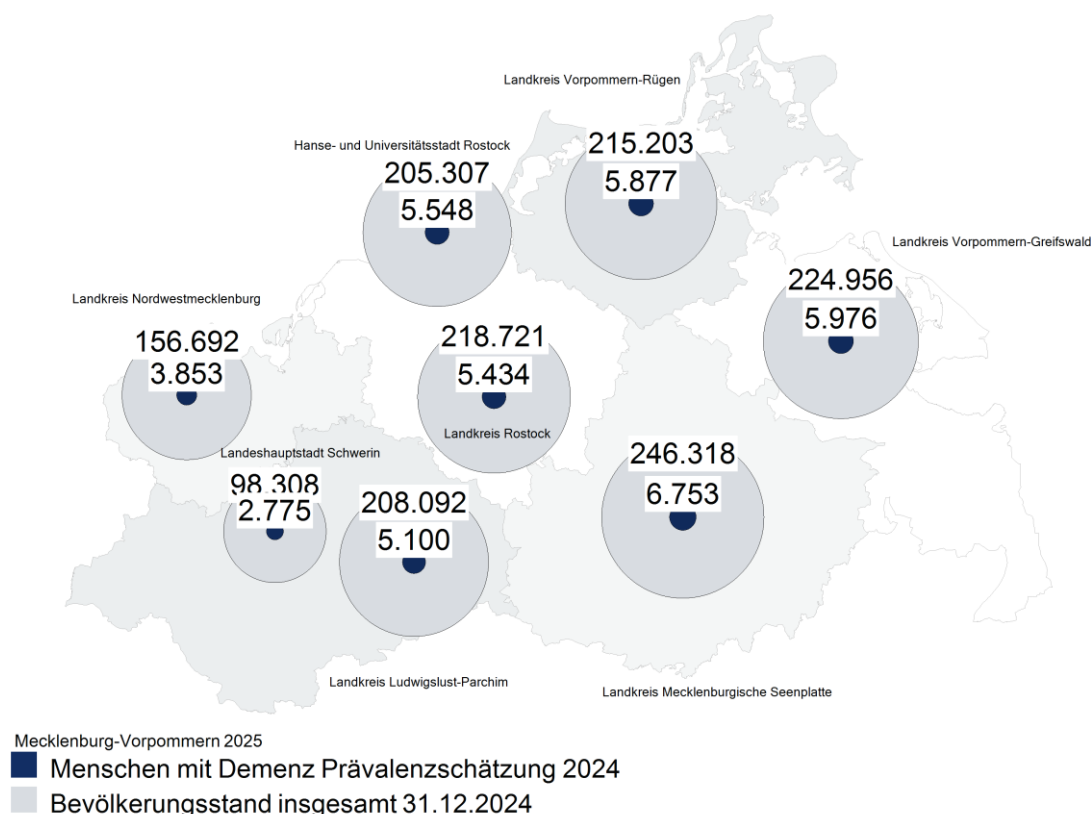


Abb. 73: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz 2024.

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von EuroCoDe-Daten und der Bevölkerungsvorausberechnung auf Basis des Zensus 2022.

In der regionalen Betrachtung zeigt sich, dass entsprechend der demografischen Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten eine unterschiedliche Verteilung der Demenzfälle

⁵⁹ Die Euro-CoDe-Daten sind auch für jüngere Jahrgänge verfügbar. Sie wurden in dieser Vergleichstabelle nicht ausgewiesen, da die Daten von Michalowsky et al. 2025 erst ab 65 Jahren vorliegen und die Schätzungen zu jung Erkrankten zudem besonders unsicher sind.

in Mecklenburg-Vorpommern vorliegt. Den Schätzwerten zugeordnet wurden die Daten der Bevölkerungsfortschreibung mit Stand 31.12.2024. Aus den Verteilungen der konzentrischen Kreise ersichtlich wird, dass die jeweiligen Prävalenzzahlen abhängig sind von der Anzahl der Bevölkerung bzw. mit dieser korrespondieren. In den prozentualen Anteilen der regionalen Gesamtprävalenz bezogen auf die Gesamtbevölkerung ergeben sich regional keine nennenswerten Auffälligkeiten oder Unterschiede. In allen Landkreisen und den beiden kreisfreien Städten variieren die Anteile von Menschen mit Demenz an der Gesamtbevölkerung zwischen 2,5 Prozent (Landkreis Ludwigslust-Parchim, Landkreis Nordwestmecklenburg sowie Landkreis Rostock) und 2,8 (Landeshauptstadt Schwerin. Die anderen drei Landkreise sowie die Hanse- und Universitätsstadt Rostock weisen einen Wert von 2,7 Prozent an der Gesamtbevölkerung auf.

In der nachfolgenden Grafik wurden die altersspezifischen Schätzwerte regional aufgenommen. Auch für diese Analyse gilt, dass es sich um orientierende Schätzwerte handelt, die auf Basis der Bevölkerungskennzahlen und Prävalenzschätzungen berechnet wurden.

In der Übersicht wird deutlich, dass die Prävalenz insbesondere in der älteren Bevölkerung zunimmt. Insbesondere die Alzheimer-Demenz korreliert stark mit dem Alter und auch vaskulär geprägte Formen von Demenz oder die stoffwechselbedingten Demenzformen prägen sich häufig im höheren Alter als manifeste Krankheitsbilder aus. Zu betrachten sind zudem die Schätzwerte zu den jüngeren Menschen mit einer Demenz. Unter anderem fallen hierunter Menschen mit einer Frontotemporalen Demenz (FTD).

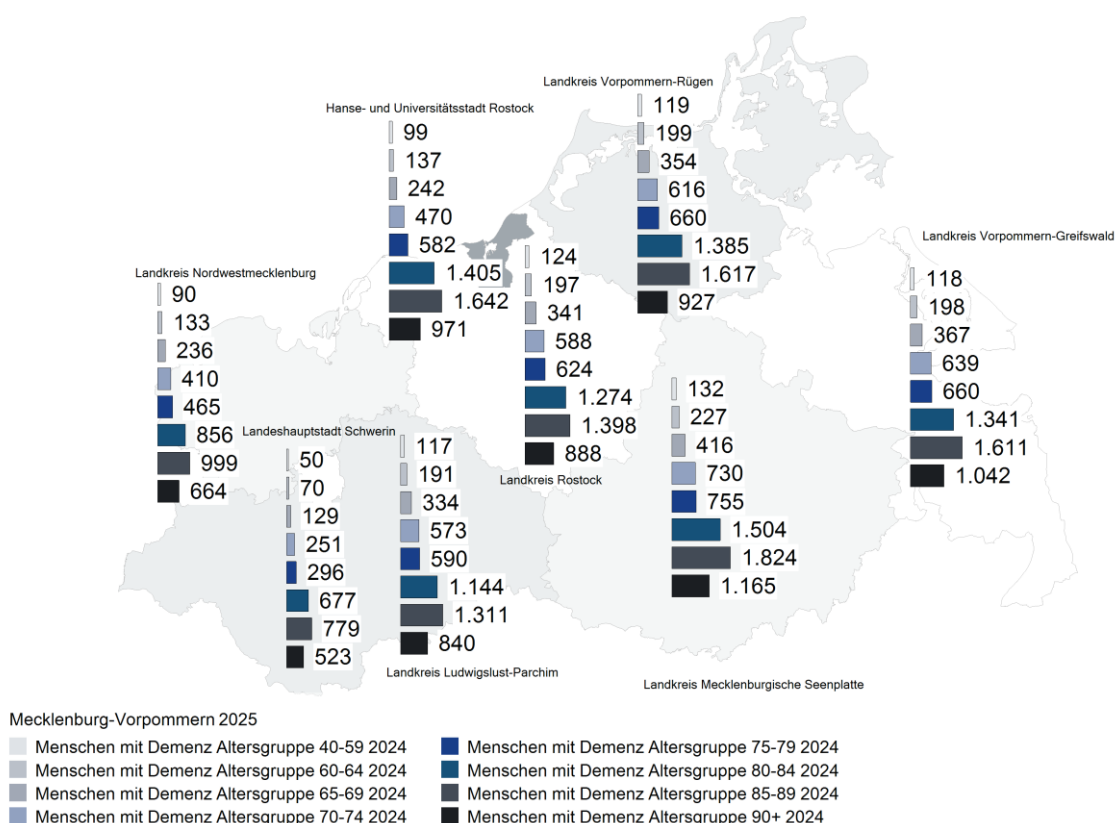


Abb. 74: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz nach Altersgruppen

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Euro-CoDe-Daten und der Bevölkerungsvorausberechnung auf Basis des Zensus 2022.

Um die vorliegenden Prävalenzschätzungen solide auf die zukünftige Entwicklung bis im Jahr 2040 zu übertragen, fehlen aktuell differenzierte Daten der Bevölkerungsprognose auf Basis des Zensus 2022 nach Jahrgängen und Geschlecht.

Für die Prävalenzprognose wurden die Daten der Bevölkerungsprognose sowie die vorgestellte Gesamtprävalenz in den Landkreisen und kreisfreien Städten zugrunde gelegt. Hieraus ergeben sich Schätzwerte, die jedoch die unterschiedlichen Altersgruppen und Geschlechterverteilungen unberücksichtigt lassen und somit einen größeren Unsicherheitsbereich beinhalten.

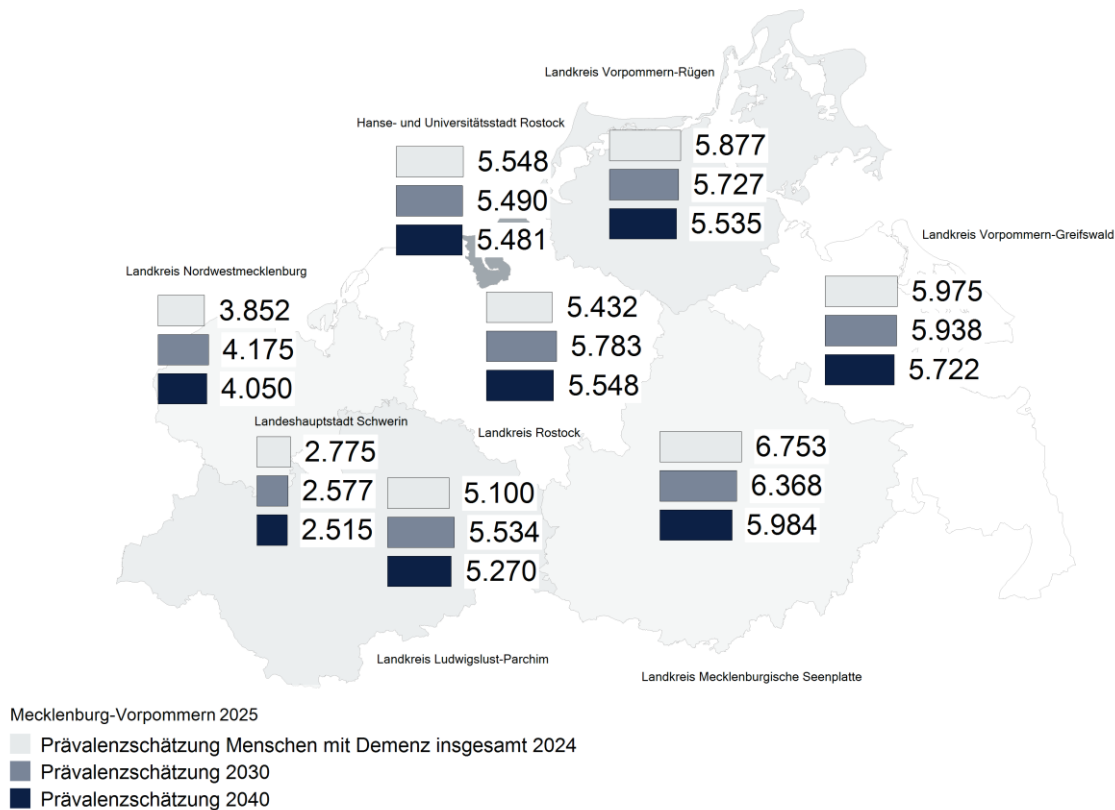


Abb. 75: Prävalenzschätzung auf Basis der Gesamtprävalenz bis 2040

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Euro-CoDe-Daten und der Bevölkerungsvorausberechnung auf Basis des Zensus 2022.

Bezogen auf die Prävalenzschätzungen ist der wesentliche Einfluss die Bevölkerungsentwicklung insgesamt. Diese spiegelt sich auch in den auf der Gesamtprävalenz basierenden Schätzungen wider. Die Kennzahlen verweisen auf regionale Unterschiede, die jedoch nicht auf eine prominente zusätzliche Belastung hinweisen. In einzelnen Landkreisen kann bis 2030 tendenziell mit einem Rückgang der an Demenz erkrankten Menschen gerechnet werden (Landeshauptstadt Schwerin, Hanse- und Universitätsstadt Rostock, Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, Landkreis Vorpommern-Rügen).

Langfristige Prognosen in diesem Bereich sind aktuell nicht allein auf die Bevölkerungsentwicklung und die Altersdemografie zu reduzieren. Die Fortschreibung der Prävalenzzahlen geht von einem unveränderten Status Quo in mehrfacher Hinsicht aus. Die Einflussfaktoren sind vielfältig; so können individuellen Verhaltensweisen, wie das Unterlassen des Rauchens, eine abwechslungsreiche Ernährung und eine ausreichende Bewegung protektive Wirkung entfalten und langfristig die Kennzahlen weiter senken. Aber auch neuartige Medikamente oder andere Therapieansätze,

die eine Verlangsamung des Erkrankungsfortschreitens und eine Symptomminderung erzielen können, können relevant auf die Entwicklung einwirken und die Kennzahlen positiv beeinflussen. Hier müssten, um präzisere Schätzungen vornehmen zu können, auf der Basis bestehender Daten und der medizinischen Evidenz Szenarien entwickelt werden, die Korridore beschreiben, in denen eine Entwicklung nach dem aktuell zur Verfügung stehenden Wissen verlaufen kann.

Berechnung der Demenz-Prävalenz auf Basis von AOK-Daten

Den auf den Versichertendaten der AOK basierenden Berechnungen für ganz Mecklenburg-Vorpommern des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) zufolge, die Erkrankungsfälle bei Personen ab dem 40. Lebensjahr berücksichtigen, waren im Jahr 2023 faktisch 3,47 Prozent der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns an Demenz erkrankt. Damit liegt die Schätzung deutlich über den durchschnittlich 2,7 Prozent aus der Modellrechnung. Von den 3,47 Prozent Demenzerkrankten im Jahr 2023 sind 2,99 Prozent Männer und 3,9 Prozent Frauen (WidO 2025). Dieses Verhältnis deckt sich zum einen mit vergleichbaren Daten und Forschungserkenntnissen, dass Frauen sowohl direkt als auch indirekt überproportional von Demenz betroffen sind. Einerseits erkranken sie selbst häufiger an Demenz, andererseits sind sie stark in die Pflege von Demenzerkrankten eingebunden und leisten laut WHO weltweit 70 Prozent der Pflegezeit für Menschen mit Demenz (WHO 2025).

Die Demenz-Prävalenz in Mecklenburg-Vorpommern liegt in der Modellrechnung der AOK mit 3,47 Prozent der Bevölkerung deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 2,97 Prozent. Mecklenburg-Vorpommern weist damit die vierthöchste Prävalenz aller Länder auf, nach Sachsen (3,73 %), Sachsen-Anhalt (3,57 %) und Brandenburg (3,48 %) (WidO 2025). Insgesamt geht die AOK auf Basis ihrer Daten damit von 35.300 Betroffenen im Jahr 2023 aus und weist damit einen vergleichsweise niedrigen Wert aus.

Die DALzG schätzt im Vergleich, dass im Jahr 2023 rund 39.000 Menschen in Mecklenburg-Vorpommern an Demenz erkrankt waren. Die DALzG grenzt die Altersgruppe jedoch auf Menschen über 65 Jahre ein, sodass die betrachtete Personengruppe insgesamt zusätzlich kleiner ist, als die der AOK.

Die hohe Prävalenz in den ostdeutschen Ländern hängt zum einen mit der überdurchschnittlich hohen Altersstruktur zusammen: So hat Mecklenburg-Vorpommern mit einem Durchschnittsalter von 48,1 Jahren die zweitälteste Bevölkerung Deutschlands, Tendenz steigend (Bund-Länder Demografieportal 2025). Um diesen altersstrukturellen Faktor herauszurechnen, wird in den Berechnungen der AOK neben dem faktischen Anteil von Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern zusätzlich ein sogenannter „fairer“ Anteil gegenübergestellt. Dieser „faire“ Anteil wird mittels Herausrechnung der strukturellen Alters- und Geschlechtsunterschiede der Regionen in Deutschland errechnet und berücksichtigt. Betrachtet man den Anteil der Demenzerkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern im „fairen“ Vergleich, waren im Jahre 2023 etwa 3,32 Prozent der Bevölkerung (40+) an einer Form der Demenz erkrankt – womit Mecklenburg-Vorpommern allerdings noch weiter zur Spitze aufholt und de facto die höchste Prävalenzrate in Deutschland gemeinsam mit Berlin (ebenfalls 3,32 %) und Brandenburg (3,34 %) aufweist. Der überdurchschnittliche faire Anteil von Demenz in Mecklenburg-Vorpommern kann viele Ursachen haben. Ggf. wird Demenz aufgrund der hohen Fachkompetenz im Land mit dem DZNE besonders häufig und qualifiziert diagnostiziert. Möglich ist allerdings auch, dass die hohen Raten mit der regional ungleich verteilten „sozialen Deprivation“ (Rommel et al. 2025) zu begründen sind. Die

sozioökonomische Zusammensetzung der Bevölkerung, insbesondere Beschäftigung und Einkommen, wirken stark auf die Gesundheit der Bevölkerung. Sie stehen beispielsweise mit kardiovaskulären Risikofaktoren für Demenz in Verbindung.

Eine Betrachtung der „fairen“ Anteile ermöglicht eine Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Regionen, weil Verzerrungen durch Faktoren wie Alter und Geschlecht beseitigt werden. So können andere Faktoren, wie beispielsweise die genannte soziale Deprivation, als mögliche Ursachen für Demenz in den Blick genommen werden. Der faktische Anteil hingegen nähert sich der tatsächlichen statistischen Anzahl von Menschen mit Demenz im Land an und kann so besser als Grundlage für praktische Planungen verwendet werden.

Auch innerhalb der Landkreise bzw. der kreisfreien Städte des Landes gibt es teils größere Unterschiede in der faktischen Prävalenz, wie die folgende Abbildung zeigt: am unteren Ende der Skala befindet sich die kreisfreie Stadt Rostock, innerhalb derer 3,03 Prozent der Bevölkerung an Demenz erkrankt sind. Die höchste Prävalenz lässt sich mit 3,89 Prozent im Landkreis Vorpommern-Greifswald finden (WidO 2025).

Demenz in 2023: Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern

Anteil erkrankter Menschen (1-Jahres-Prävalenz) in Prozent

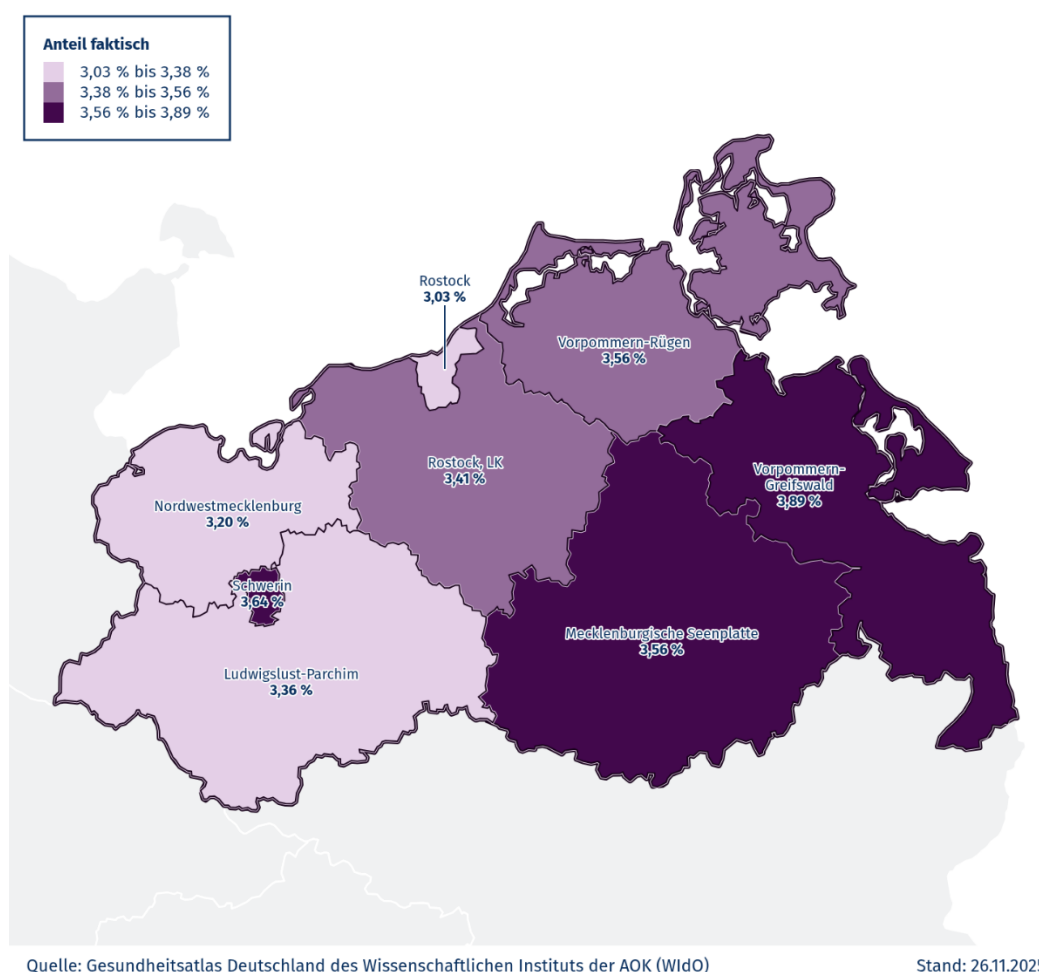
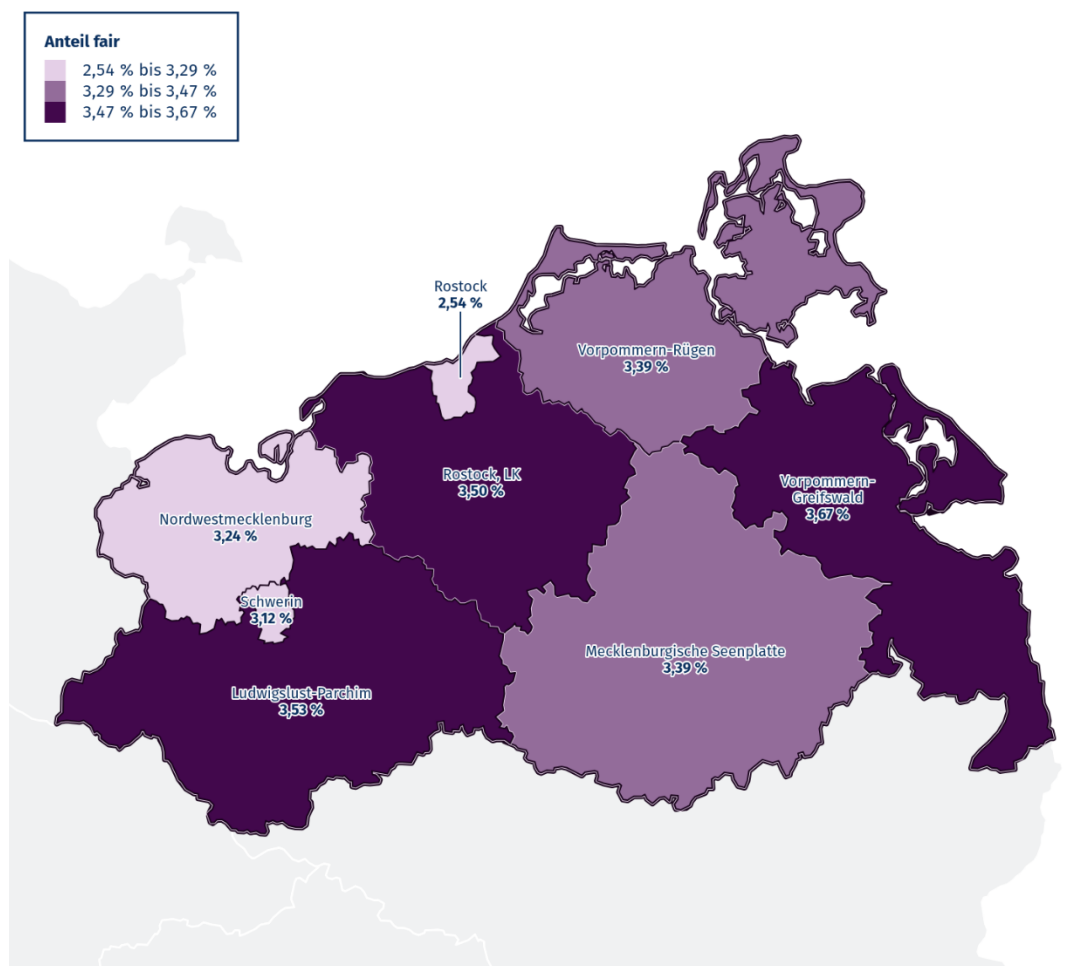


Abb. 76: Anteil (%) der an Demenz erkrankten Menschen nach Landkreisen in M-V, faktisch.
Quelle: WidO 2025

Während Abb. 76 den faktischen Anteil an Demenz erkrankter Menschen zeigt, stellt Abb. 77 den fairen Anteil der an Demenz erkrankten Menschen in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten dar. Im Vergleich der faktischen und der fairen Anteile an Demenz erkrankter Menschen werden nun Unterschiede deutlich. Der Landkreis Vorpommern-Greifswald hat sowohl faktisch als auch fair den höchsten Anteil an Menschen mit Demenz. Auffällig ist jedoch, dass die Landkreise Rostock (3,50 %) und Ludwigslust-Parchim (3,53 %) in diesen Berechnungen ebenfalls zu den Landkreisen mit den höchsten Demenz-Prävalenzen zählen. Im Gegensatz dazu liegt der Anteil an Demenzerkrankungen in Schwerin bei der fairen Berechnung nur bei 3,12 Prozent und bildet damit nach der Stadt Rostock die niedrigsten Demenzprävalenzen in Mecklenburg-Vorpommern ab. Im Rahmen der faktischen Prävalenz wies Schwerin hingegen mit 3,64 Prozent die zweithöchste Prävalenz auf.

Demenz in 2023: Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern

Anteil erkrankter Menschen (1-Jahres-Prävalenz) in Prozent (fair)



Quelle: Gesundheitsatlas Deutschland des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Stand: 15.12.2025

Abb. 77: Anteil (%) der an Demenz erkrankten Menschen nach Landkreisen in M-V, fair.

Quelle: WIdO 2025

4.2.3 Inzidenz

Bei der Betrachtung bzw. Berechnung der Inzidenz, also der Anzahl von Neuerkrankungen pro Jahr, bestehen ähnliche Herausforderungen wie bereits hinsichtlich der Prävalenz beschrieben.

Für Mecklenburg-Vorpommern liegen aus diesem Grund keine Zahlen zur Inzidenz von Demenzerkrankungen vor. Allerdings können in Anlehnung an die Berechnungsmethode der DALzG nach der für Westeuropa berechneten Inzidenz des World Alzheimer Report 2015 (Prince et al. 2015) und anhand der Bevölkerungszahlen in den verschiedenen Altersgruppen des Landes (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2025) Schätzungen zur Häufigkeit der Neuerkrankungen pro Jahr in Mecklenburg-Vorpommern vorgenommen werden.

Altersgruppe	Inzidenz pro Jahr pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	Bevölkerungszahlen M-V (2024)	Geschätzte Zahl der Neuerkrankungen in M-V pro Jahr
65-69	5,3	131.224	695
70-74	9,3	113.697	1.057
75-79	17,3	60.966	1.055
80-84	32,0	67.277	2.153
85-89	57,0	48.819	2.783
90+	122,4	19.344	2.368
Gesamt 65+		441.327	10.111

Tab. 21: Geschätzte Inzidenz von Demenz-Erkrankungen ab 65 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Inzidenz-Zahlen der DALzG, Tab. 4 (2024) und Bevölkerungszahlen laut Statistischem Landesamt M-V.

Tab. 21 zeigt die geschätzte Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr an Demenz für Menschen über 65 in Mecklenburg-Vorpommern. Orientiert man sich an Daten der DALzG und des statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommerns sowie an der berechneten Inzidenzrate für Westeuropa, erkranken in Mecklenburg-Vorpommern jedes Jahr rund 10.111 Personen neu an einer Form der Demenz.

Die in Tab. 21 gezeigten Zahlen müssen als stark vereinfachte Schätzungen verstanden werden, da sie auf global bzw. regional für Westeuropa berechneten Inzidenzraten basieren, die regionale Unterschiede nur bedingt mit einbeziehen können. Hinzu kommt, dass die Berechnungen der Inzidenzraten des *World Alzheimer Reports* auf Studien basieren, die vor dem Jahr 2015 verfasst wurden. Aktuellere Studien berichten, dass sich sinkende relative Demenz-Inzidenzen und Prävalenzen beobachten lassen (Michalowsky et al. 2025). Gründe für den Rückgang werden unter anderem im Rückgang bzw. besserer Versorgung kardiovaskulärer Risikofaktoren und Erkrankungen vermutet (Rommel et al. 2025). Der beobachtete Rückgang der Inzidenz wird jedoch vom anhaltenden demographischen Wandel konterkariert: durch die Alterung der Bevölkerung wird die absolute Anzahl von an Demenz erkrankten Personen dennoch deutlich ansteigen.

Auch wenn die auf groben Schätzungen basierenden Zahlen in Tab. 21 kritisch einzuordnen sind, bleiben Inzidenzschätzungen trotzdem von hoher Relevanz für die Bewertung des Status Quo, der Entwicklung der Betroffenenzahlen sowie möglicherweise auch der Einschätzung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. Dies ist besonders der Fall, wenn die Schätzungen durch ähnliche Berechnungen vergleichbar bleiben. Auch auf Veränderungen in der Diagnostik und Behandlung können sie Hinweise geben.

4.3 Beratungs- und Begleitstruktur und Demenzkompass

Eine fundierte und unterstützende Beratungs- und Begleitstruktur ist von großer Relevanz für Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörige. Oftmals ist eine Demenzerkrankung mit Sorgen und Herausforderungen für die erkrankte Person und ihre Familie und Freundinnen und

Freunde sowie den Bekanntenkreis verbunden. Informations- und Beratungsstellen sind maßgeblich für eine möglichst gute Versorgungs-, Pflege- und Entlastungsstruktur für die betroffenen Menschen.

Beratungsangebote werden von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen als ausgesprochen hilfreich erlebt – aber häufig nicht gekannt und genutzt (DAK Report Landesbericht Mecklenburg-Vorpommern 2025). Dabei entfaltet die Beratung vielfältige Wirkungen, etwa auch auf die Nutzung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten oder der Tagespflege (a.a.O.)

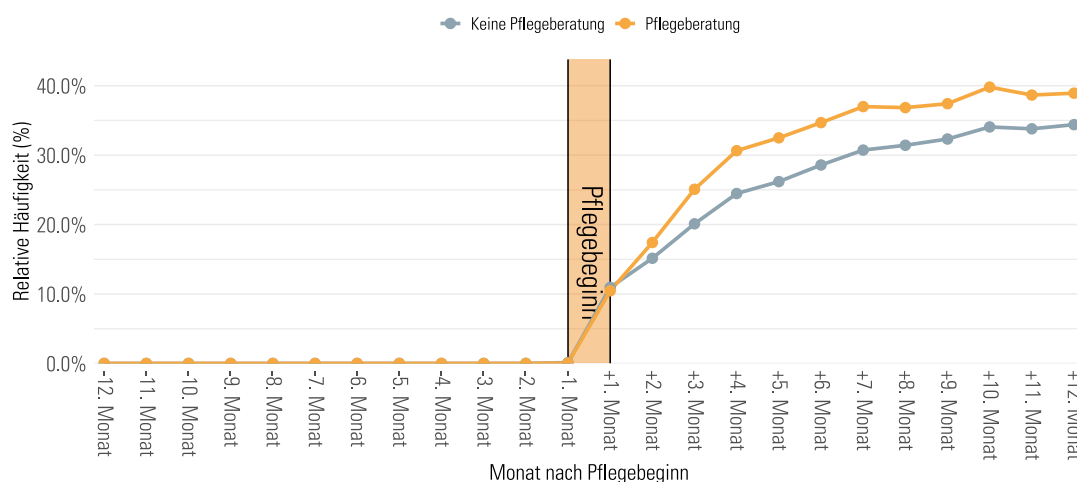


Abb. 78: Entwicklung der Inanspruchnahme zusätzlicher ambulanter Betreuungs- und Entlastungsleistungen vor und nach dem Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt.

Quelle: Lewin et al. 2025, S. 80

Die zentrale Anlaufstelle für Informationen rund um das Thema Demenz und Unterstützungsstrukturen ist der Landesverband der DALzG. Die DALzG M-V stellt online einseh- und nutzbar den *Demenzkompass* zur Verfügung, in dem über den mit einer Stichwort-, Umkreis- oder Kategorien-suche nach passenden, lokalen Unterstützungsangeboten gesucht werden kann.⁶⁰ Die Kategorien des Demenzkompasses lauten: *Netzwerk, Beratung, Selbsthilfe, Unterstützung im Alltag, Diagnose, Therapie, Pflege, Wohnen, Schulungen, Freizeit und Bürgerschaftliches Engagement*.

Obwohl der Demenzkompass die umfassendste online Informationsstelle Mecklenburg-Vorpommerns im Bereich Demenz ist, ergab eine Evaluation des DZNE (2025b) mit 93 Teilnehmenden, dass über die Hälfte der Teilnehmenden (52,7 %) den Demenzkompass zuvor nicht kannten. Die Teilnehmenden stammten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen (38,7 %) oder waren Angehörige von Menschen mit Demenz (25,8 %). 33,3 Prozent der Teilnehmenden ordneten sich der Kategorie „Weitere“ zu und gaben unter anderem an, aus dem Bildungs- oder Forschungsbereich, Mitarbeitende in einem Demenznetzwerk, Beratende, Politikerinnen oder Politiker, oder Leitende einer Selbsthilfegruppe zu sein (DZNE 2025b). Es kann also davon ausgegangen werden, dass alle Teilnehmenden relevante Berührungspunkte mit dem Thema Demenz aufweisen. Der Demenzkompass wurde überwiegend als positiv wahrgenommen, da er einen schnellen und umfangreichen Überblick über verschiedene Angebote und Anbieter liefert. Als herausfordernd nahmen die Teilnehmenden mitunter wahr, dass die Informationen nicht regelmäßig aktualisiert werden und

⁶⁰ <https://alzheimer-mv.de/demenzkompass/>

es so zu veralteten Einträgen kommt, dass eine Orientierung angesichts der Fülle an Informationen einen zu großen Zeitaufwand bedeute und dass es keine Angaben zu Kapazitäten und Wartezeiten der Angebote gibt.

Das DZNE empfiehlt unter anderem eine Verstärkung der Plattform sowie einen weiteren Ausbau z. B. durch ein Ampelsystem für Kapazitäten und Wartezeiten. Auch eine personaleffiziente Möglichkeit der regelmäßigen Aktualisierung der Angebote wird empfohlen. Auch bezüglich des hier vorliegenden Demenz-Monitorings wurden ähnliche Erfahrungen mit dem Demenzkompass gemacht:

Der Demenzkompass bietet eine wertvolle Übersicht und Datengrundlage für die Erfassung von Angeboten und Dienstleistenden in Mecklenburg-Vorpommern und leistet damit einen fundamentalen Beitrag für eine systematische Erfassung der Versorgungs-, Beratungs- und Informationsinfrastruktur im Land. Da Angebote ohne besondere Hürden in die Datenbank des Demenzkompass eingepflegt werden können, besteht einerseits ein sehr niedrigschwelliger Zugang zur Pflege und Erweiterung der Datenbank. Andererseits führt der freie Zugang in Kombination mit einer nun eingeschränkten regelmäßigen Aktualisierung teilweise zu Doppellungen in den Einträgen oder fehlender Aktualität von Angaben.

Dies lässt sich beispielsweise anhand der Pflegestützpunkte, ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Beratungs- und Begleitungsstruktur, aufzeigen. Sie sind relevante, kostenlose Anlaufstellen für Hilfesuchende im Themenfeld Pflege und Demenz. In Mecklenburg-Vorpommern befinden sich 19 Pflegestützpunkte zzgl. Außenstellen: *Bergen (Rügen), Stralsund, Ribnitz-Damgarten, Rostock Süd, Rostock Nord, Bad Doberan, Güstrow, Wismar, Grevesmühlen, Schwerin, Ludwigslust, Parchim, Waren, Neustrelitz, Demmin, Neubrandenburg, Pasewalk, Anklam und Greifswald*.⁶¹ Zudem verfügt Mecklenburg-Vorpommern über 8 sozialpsychiatrische Dienste, die auch zum Thema Demenz beraten. Anders als in vielen anderen Ländern sind sie auch für gerontopsychiatrisch erkrankte Personen zuständig. Auch Angehörige erhalten dort Hilfe und Beratung in Konflikt- und Krisensituationen. In jedem Landkreis und in den beiden kreisfreien Städten Schwerin und Rostock existiert ein sozialpsychiatrischer Dienst, der an die jeweiligen Gesundheitsämter angegliedert ist.⁶² Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte bietet der Kreis zudem in Kooperation mit dem Pflegestützpunkt eine unabhängige Demenzberatung an. Diese ist beim sozialpsychiatrischen Dienst in Neubrandenburg angedockt und wird zudem am Dietrich Bonhoeffer Klinikum angeboten.

⁶¹ <https://www.familieninfo-mv.de/karte/?kategorie=pflegeberatung> - abweichend davon finden sich im Demenzkompass der Alzheimer Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern unter dem Stichwort „Pflegestützpunkte“ zunächst 27 Einträge, da hier auch die Sozialpsychiatrischen Dienste sowie Außenstellen als entsprechende Einträge gelistet sind.

⁶² <https://www.familieninfo-mv.de/familienleistungenmv/sozialpsychiatrischer-dienst/>

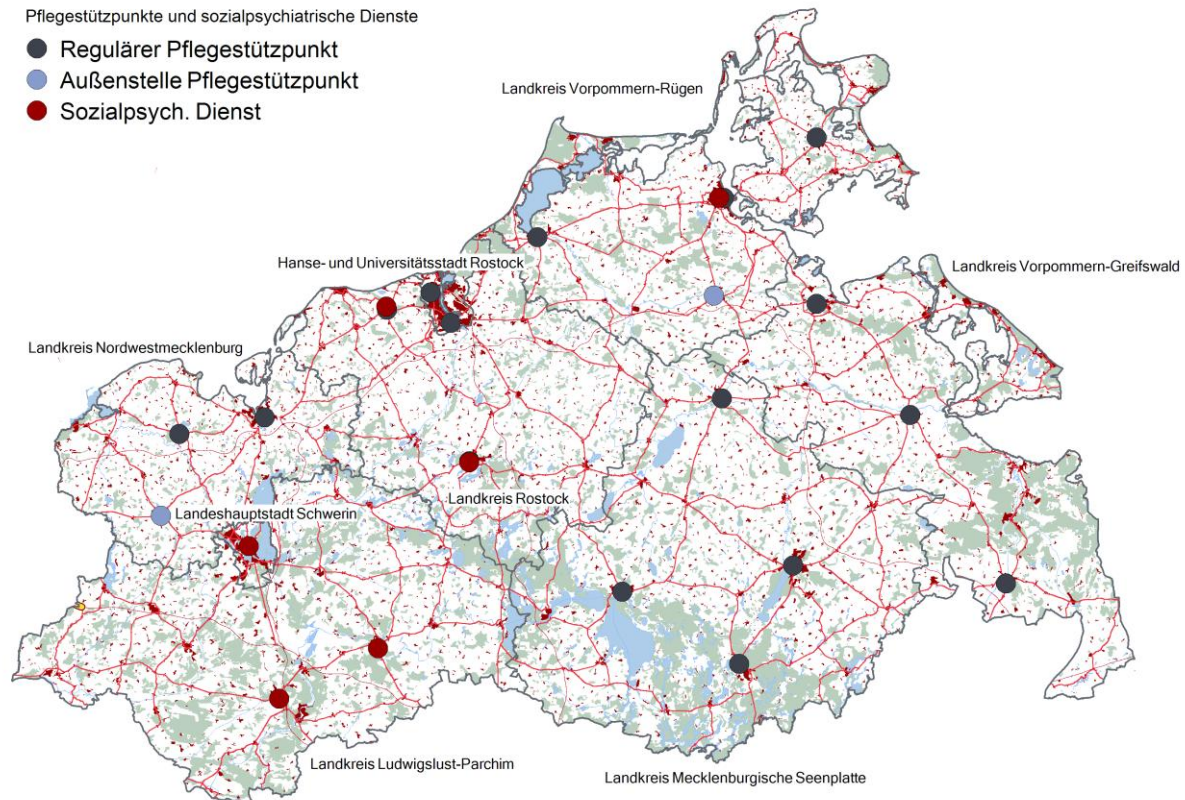


Abb. 79: Lage der sozialpsychiatrischen Dienste sowie der Pflegestützpunkte inkl. Außenstellen.
Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage: Demenzkompass Alzheimergesellschaft M-V.

Es muss auch in Mecklenburg-Vorpommern davon ausgegangen werden, dass Pflegestützpunkte in der Bevölkerung nur einer Minderheit der Bürgerinnen und Bürger bekannt sind (Klie et al. 2025b).

Mecklenburg-Vorpommern befindet sich mit dieser Anzahl an Pflegestützpunkten eher am unteren Ende des Länder-Vergleichs. In Mecklenburg-Vorpommern existiert ein Pflegestützpunkt pro 83.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Rheinland-Pfalz weist bundesweit mit 134 Pflegestützpunkten die höchste Beratungsdichte auf, mit einem Pflegestützpunkt pro 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Braeseke 2020).

Neben den Pflegestützpunkten und den sozialpsychiatrischen Diensten existieren weitere Beratungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern, die sich an Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen richten (vgl. die folgende Abb. 80).⁶³ Dies sind beispielsweise Angebote von Betreuungsvereinen, von Wohlfahrtsverbänden, aber auch von privaten Anbietern. Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte hat eine gesonderte Beratungsstelle für Menschen mit Demenz, die eng mit dem Pflegestützpunkt und dem sozialpsychiatrischen Dienst verknüpft ist.

⁶³ Gefiltert wurde im Demenz-Kompass nach der Kategorie „Demenzberatung“ und die Pflegestützpunkte sowie Sozialpsychiatrischen Dienste herausgenommen. Insgesamt sind so 29 weitere Beratungsstellen im Demenz-Kompass hinterlegt.

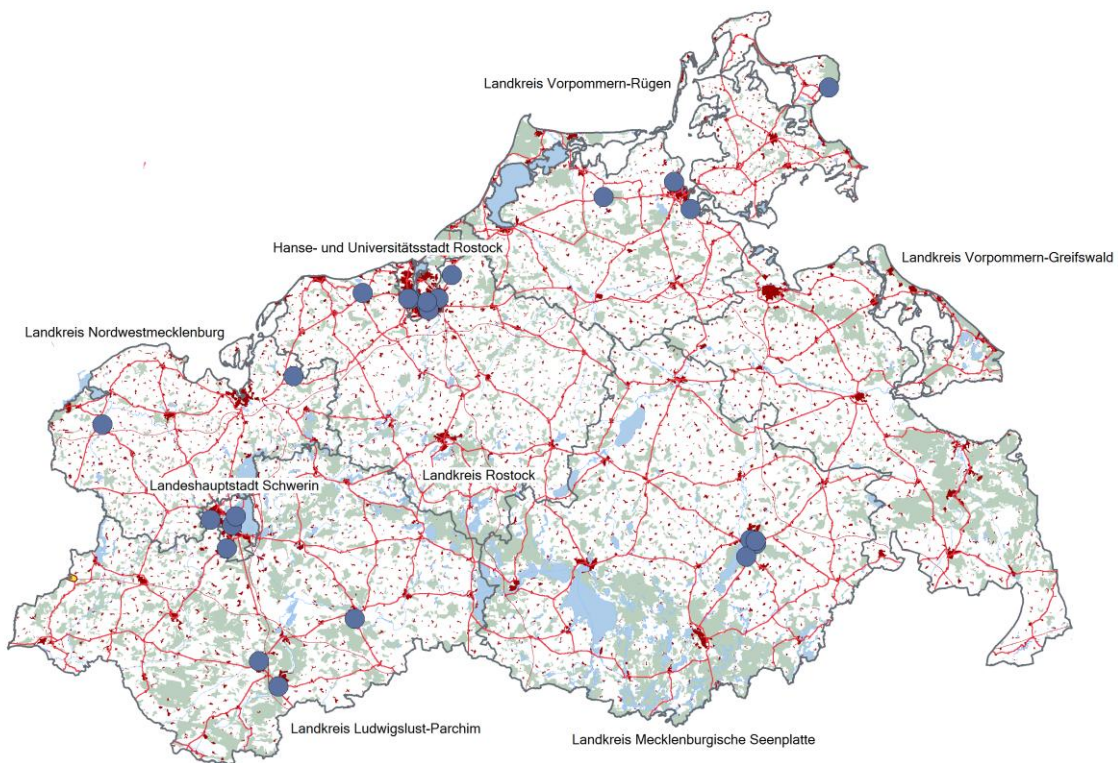


Abb. 80: Sonstige eingetragene Beratungsstellen.

Quelle: Eigene Darstellung. Datengrundlage: Demenzkompass Alzheimergesellschaft M-V.

Ein Alleinstellungsmerkmal Mecklenburg-Vorpommerns ist der bundesweit einzigartige Ansatz der *GeriCoaches*. GeriCoaches sind speziell geschulte Personen aus Gesundheitsfachberufen, die sich sowohl um die individuelle Vermittlung von Versorgungsangeboten an Menschen mit Demenz als auch um die Schaffung, Erhaltung und Vernetzung regionaler Versorgungsangebote kümmern (Dreier-Wolfgramm et al. 2021). Die Arbeit der GeriCoaches schöpft dabei aus bereits bestehenden Angeboten und Strukturen und verstetigt und erweitert diese kommunal und regional. Schulungen werden vom Landesverband der DALzG angeboten und kosten pro Person 1.500 €. Ein solches Angebot unterstützt Menschen mit Demenz sowie deren Angehörige auf verschiedenen Wegen. So wird kommunal bzw. regional eine Unterstützungs- und Versorgungsstruktur für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen aufgebaut. In Kombination mit einer individuellen Beratung der Betroffenen und einer Vernetzung relevanter Akteure befördert dies eine verbesserte Versorgung von Menschen mit Demenz, eine Entlastung von Angehörigen und eine verbesserte Teilhabe von Menschen mit Demenz am gesellschaftlichen Leben. Zugleich wird auf eine Entstigmatisierung von Demenzerkrankungen bis hin zu mehr demenzsensiblen und -freundlichen Angeboten und Strukturen hingewirkt.

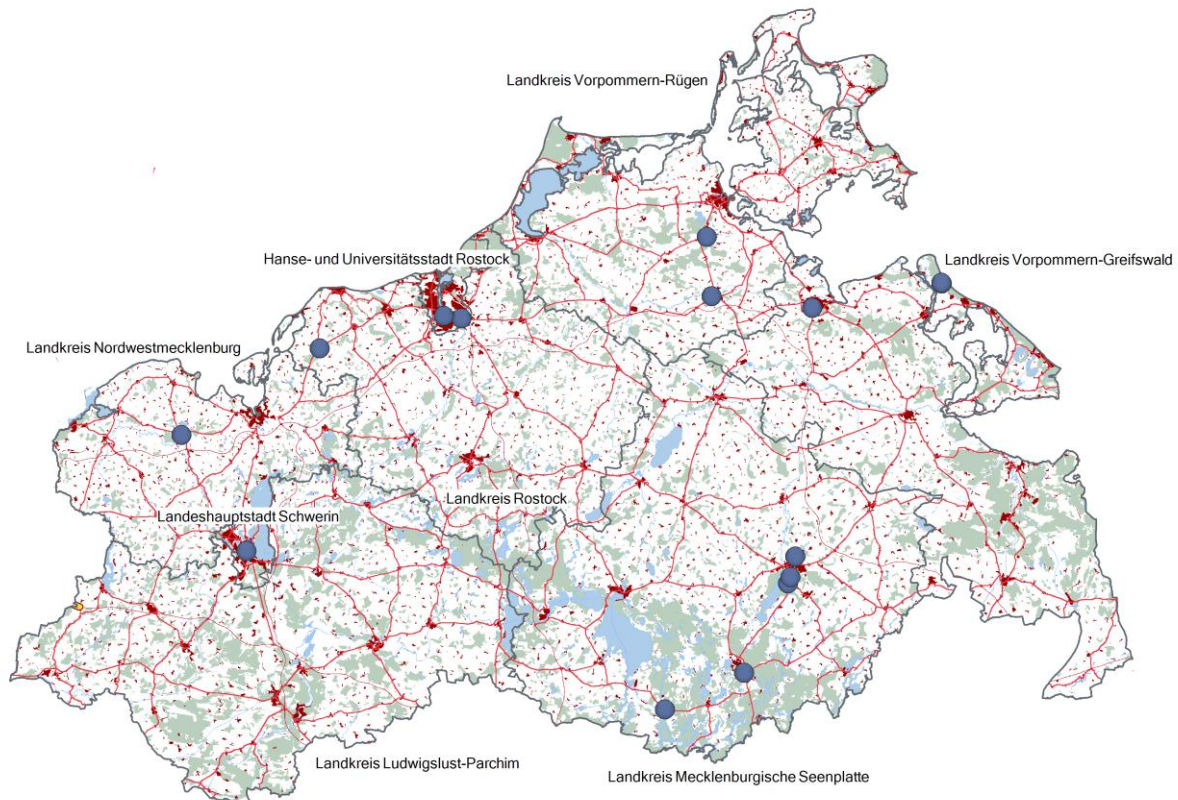


Abb. 81: GeriCoaches in Mecklenburg-Vorpommern.

Quelle: Eigene Darstellung. Datengrundlage: Demenzkompass Alzheimergesellschaft M-V.

Abb. 81 zeigt die Verteilung der im Demenzkompass gelisteten GeriCoaches in Mecklenburg-Vorpommern. Wie auf der Karte zu sehen ist, ist das Netzwerk der GeriCoaches noch nicht flächendeckend ausgebaut. Dies liegt primär daran, dass der Ansatz noch relativ neu ist – 2021 wurden die ersten GeriCoaches ausgebildet. Aktuell schult die DALzG M-V einmal pro Halbjahr ca. 10 Personen. Aus diesem Grund existiert auch bisher noch keine Evaluation zur Wirksamkeit der GeriCoaches in Bezug auf die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz. Eine solche Evaluation könnte zur flächendeckenden Förderung der Coaches beitragen. Die bisherigen Erfahrungen mit den GeriCoaches scheinen in jedem Fall vielversprechend zu sein und Mecklenburg-Vorpommern könnte sich mit dem Konzept als Land wegweisend für innovative Versorgungsstrukturen von Menschen mit Demenz erweisen.

Eine Studie des DZNE in Kooperation mit der Universitätsklinik Greifswald, der AOK Nordost und der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (Mecklenburg-Vorpommern) untersuchte die Auswirkungen und Effektivität von sogenannten „Dementia Care Managers“ (Rädke et al. 2025, 3) in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Der Begriff bezeichnet Pflegepersonal, das sich durch eine 9-monatige Schulung zu Dementia Care Managerinnen und Managern qualifiziert hat. Das geschulte Fachpersonal soll Versorgungslücken identifizieren und schließen und zu einer bedarfsgerechten und vernetzten Versorgung von Menschen mit Demenz beitragen. Die durchgeführte Studie ergab, dass die teilnehmenden betreuten Menschen mit Demenz 74 % weniger unerfüllte Bedürfnisse als solche ohne Dementia Care Managerinnen und Manager verzeichnete. Zusätzlich stieg die Lebensqualität der Betreuten. Auf die Belastung der pflegenden Angehörigen zeigte sich nach sechs Monaten kein Einfluss (Rädke et al. 2025). Langzeitdaten aus früheren Projekten zeigten laut DZNE jedoch, dass pflegende Angehörige entlastet werden und auch ein Umzug

in eine Pflegeeinrichtung hinausgezögert wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) empfiehlt eine Einführung des Dementia Care-Management in die Regelversorgung (DZNE 2025a).

Eine wichtige Perspektive für die kontinuierliche Begleitung und zugehende Beratung stellt das Konzept der pflegfachlichen Begleitung dar (Klie und Büscher 2025), das im Zusammenhang mit den Pflegesozialplänen ausführlich dargelegt wird (vgl. Kapitel 3.6.7). Es bietet auch und gerade für Menschen mit Demenz die gute Gelegenheit, die unterschiedlichen Begleitungsangebote - gegebenenfalls auch zielgruppenspezifisch differenziert - in einer Organisationsstruktur zusammenzufassen. Pflegestützpunkte, aber auch Primärversorgungszentren könnten hier eine wichtige Koordinations- und Integrationsfunktion übernehmen, gerade wenn es darum geht, Dementia Care Management-Ansätze mit anderen Formen der kontinuierlichen Begleitung und Unterstützung zu verbinden. Die Voraussetzungen für eine solche integrierte Beratungs- und Begleitstruktur erscheinen gerade in Mecklenburg-Vorpommern günstig zu sein - nicht zuletzt, da das Commitment aller Beteiligten einschließlich der medizinischen Akteure groß ist.

4.4 Schulungen im Kontext Demenz

Die Mehrheit der Menschen mit Demenz lebt zuhause und wird von Angehörigen betreut. Dabei erfolgt die Auseinandersetzung mit den Folgen und dem Umgang mit einer Demenzerkrankung auf sehr unterschiedliche Weise. Schulungen stellen einen sinnvollen Baustein in der Unterstützung pflegender bzw. betreuender Angehöriger von Menschen mit Demenz dar (Mantovan et al. 2010; Bartholomeyczik und Halek 2017). Sie können dazu beitragen, mit den großen Belastungen der Betreuung an Demenz erkrankter besser umzugehen. Angehörige lernen, wie sie das Verhalten ihres Angehörigen mit Demenz besser verstehen, wie sie mit Einschränkungen in der Kommunikation umgehen können oder wie wichtig die eigene Entlastung und Ruhephasen sind.

Schulungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Zugehörigen sind in Mecklenburg-Vorpommern wie auch bundesweit sehr unterschiedlich vorhanden und werden sehr unterschiedlich genutzt. Es existieren keine systematisch gesammelten Angaben für die landesweite Anzahl durchgeführter Schulungen gem. § 45 SGB XI für Angehörige und ehrenamtliche Personen im Kontext Demenz. Die AOK in Mecklenburg-Vorpommern bietet als größte Krankenkasse Demenz-Pflegekurse und häusliche Einzelschulungen für Angehörige, Ehrenamtliche und Interessierte vor Ort an. Immer mehr Angebote sind inzwischen digital verfügbar, wie beispielsweise der TK-PflegeCoach der Techniker Krankenkasse oder „Pflegeleicht“ als Angebot der DAK Gesundheit (DAK-Gesundheit o.J.) oder auch die Angehörigenseminare von Desideria Care. Beratungstelefone leisten zumeist neben der Kriseninterventionen ebenso einen Beitrag zur Information und Schulung sowie Kriseninterventionen.

Häufig werden Kurse vor Ort von Pflegeanbietern oder freien Trägern durchgeführt, sodass eine zentrale Erfassung dieser Kurse nicht erfolgt. Als zentraler Akteur der Selbsthilfe im Themenfeld Demenz führt auch die DALzG M-V entsprechende Angehörigenschulung durch. Sie werden in Kooperation mit dem DZNE Standort Rostock/ Greifswald auf Grundlage des § 45 SGB XI angeboten. An die Gedächtnisambulanzen von Kliniken sind vielfach Beratungs- und Schulungsangebote angedockt und auch in den Netzwerken gemäß § 45a SGB XI werden meist edukative Angebote nach § 45 SGB XI vorgehalten.

Der Landesverband M-V der DALzG berichtete im Jahr 2025, dass er seit dem Jahr 2011 249 Angehörigenschulungen und seit dem Jahr 2021 auch insgesamt 129 individuelle häusliche Schulungen

durchgeführt hat (DALzG LV M-V 2025). Außerdem wurden über das von der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft 2017 ins Leben gerufene Projekt „Demenz Partner:in“ zusätzlich 58 Kurse für Angehörige und Ehrenamtliche durchgeführt.

Art der Schulung	Träger	Anzahl der durchgeführten Schulungen	Anzahl der geschulten Personen	Zeitraum
Angehörigenschulung	DALzG M-V, DZNE	249	1.901	2011-2025
Individuelle häusliche Schulung	DALzG M-V	129		2021-2025
Demenz Partner:in	DALzG M-V	58	1.262	2017-2025

Tab. 22: Schulungsangebot im Kontext Demenz gemäß § 45 SGB XI.

Quelle: Alzheimer Gesellschaft M-V. Eigene Darstellung.

4.5 Ehrenamt, Teilhabe und Teilgabe

Bürgerschaftliches und ehrenamtliches Engagement spielen insgesamt in der Unterstützung vulnerabler Bevölkerungsgruppen aber auch und gerade in der Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen eine wichtige Rolle. Dabei ist die Vielfalt von Engagement in den Blick zu nehmen und auch das, was unter Ehrenamt fungiert, in differenzierter Weise zu betrachten (Klie 2018). Die Formen des Engagements für Menschen mit Demenz reichen von gelegentlicher oder regelmäßiger nachbarschaftlicher Unterstützung über informelle Unterstützungsformen aus dem Quartier, aus Religionsgemeinschaften oder zivilgesellschaftlichen Zusammenhängen bis hin zu Formen organisierten Engagements und klassischer Ehrenamtsrollen. Helferkreise, Besuchsdienste, ehrenamtlich getragene Tagesbetreuung oder Bewegungsangebote wie Wandergruppen oder Tanzcafés für Menschen mit Demenz gehören beispielsweise zu bürgerschaftlichen Formen der Unterstützung in Mecklenburg-Vorpommern wie Besuchsdienste in Pflegeheimen, Demenzpartner oder Besuchsdiensten in Krankenhäusern (Grüne Damen und Herren), die sich zunehmend auch um Patienten mit Demenz bemühen. Es finden sich überdies vielfältige Schnittmengen zwischen Unterstützungsformen im Niedriglohnsektor und sogenanntem bezahlten „Ehrenamt“, wobei sich zahlreiche Fragen im Zusammenhang mit der Einhaltung von Mindestlohn und Arbeitsschutzvorschriften stellen (vgl. Klie 2018; Klie 2015b).

Das klassische Ehrenamt findet sich zudem in der Rolle als gesetzlicher Betreuer oder gesetzliche Betreuerin – eine Bürgerinnen- und Bürgerpflicht, die als Aufgabe überwiegend von An- und Zugehörigen übernommen wird: Sie werden am häufigsten hierzu bestellt. Auch und gerade Menschen mit Demenz sind auf die rechtliche Betreuung verwiesen, wenn es darum geht, ihre rechtlichen Interessen wahrzunehmen, ihr „Recht auf Demenz“ (Klie 2021c) einzulösen. Es ist also ein buntes Feld von Engagementformen und Verantwortungsrollen, die im Zusammenhang mit bürgerschaftlichem Engagement und Ehrenamt in den Blick zu nehmen sind.

In Bezug auf den Zusammenhang von Ehrenamt und Demenz ist klar, dass Ehrenamtliche „unverzichtbare[e] Akteur[e]“ (Schultz 2022, S. 157) für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen darstellen. Doch gerade im Kontext Demenz wird Ehrenamt nicht immer als selbstverständlich angesehen: Untersuchungen von Gronemeyer et al. (2022) offenbarten am Beispiel Hessen ein immer noch häufig vorherrschendes gesellschaftliches Verständnis von Demenz als vorrangig medizinische Aufgabe und nicht als lebensweltliche und damit auch ehrenamtliche Aufgabe. Die Forschungsergebnisse zeigen jedoch auch, dass lokal sehr heterogene Verständnisse von

und Umgangsweisen mit Demenz existieren und ehrenamtliche Strukturen, generell und im Kontext von Demenz, stark abhängig von den individuellen Personen sind, die sich für kommunale Ehrenamts-Strukturen engagieren (Schultz 2022).

Mit Hilfe von Ehrenamt und ehrenamtlichen Strukturen eröffnet sich unter anderem die Möglichkeit für Menschen mit Demenz an sozialen Dimensionen des Zusammenlebens teilhaben und teilnehmen zu können. Dies unterstützt den gelebten Ansatz des „Recht auf Demenz“, in dem Menschen mit Demenz Teil eines gemeinschaftlichen Lebens sind. Oft sei Scham ein vorherrschendes Gefühl bei einer Demenzerkrankung und sogleich ein Gefühl, welches an der Inanspruchnahme von Angeboten hindert. Dadurch droht wiederholt, dass Demenz zu einem „sozialen Randthema“ (Schultz 2022, S. 162) wird. Ein lebendiges Sprechen und Reflektieren über Demenz sowie eine Wertschätzung des Ehrenamts in diesem Kontext können dem entgegenwirken.

Es zeigt sich, dass Bürgerinnen und Bürger, die Erfahrungen aus ihrem Familien-, Nachbarschafts- oder Freundeskreis im Umgang mit Demenz haben, sich viel häufiger vorstellen können, sich für Menschen mit Demenz zu engagieren, als solche, für die Menschen mit Demenz fremd sind und gegebenenfalls auch, wie es Schulz-Nieswandt (2021) formuliert, „Hygieneängste“ entstehen. Interessanterweise betonen Bürgerinnen und Bürger, die Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz haben, viel häufiger als andere, dass Menschen mit Demenz, emotionale Kompetenzen, aber auch die Fähigkeit, zu einem humorvollen Umgang mit Demenz verfügen (Haumann 2017). Insofern erscheinen kommunal verankerte Strategien, wie etwa in der Aktion Demenz Vorpommern⁶⁴, die auf ein breites Verständnis von Demenz hinwirken, die Wissensbestände über Demenz und die Symptome demenzieller Erkrankungen vermitteln und Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen mit Demenz als Anliegen kennen, ausgesprochen bedeutsam für die Teilhabe-sicherung von Menschen mit Demenz, aber auch als Basis für die Engagementbereitschaft im Kontext von Demenz.

In Mecklenburg-Vorpommern bestehen einige Angebote, die unter anderem auch Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen adressieren. Zu nennen wären hier beispielsweise die **Mehrgenerationenhäuser**, die als zentrale Begegnungsorte von Jung und Alt dienen sollen.⁶⁵ In Mecklenburg-Vorpommern existieren 24 davon, zwei bis fünf pro kreisfreie Stadt und Landkreis. In den Mehrgenerationenhäusern werden beispielsweise ein Begegnungsraum oder -café sowie verschiedene Freizeit-, Sport- und Hobbykurse für Jung und Alt angeboten. Die Angebote der Mehrgenerationenhäuser sind in der Regel inklusiv angelegt und richten sich an alle Interessierten – somit auch an Menschen mit Demenz – und zum Teil werden auch spezifische Angebote für Menschen mit Demenz angeboten. Exemplarisch hervorgehoben werden sollen hier das Mehrgenerationenhaus Neustrelitz und das „Netzwerk Demenz & Kultur Greifswald“, dass 2022 vom Mehrgenerationenhaus „Aktion Sonnenschein“ gegründet wurde. Beide Mehrgenerationenhäuser wurden – gemeinsam mit drei weiteren Akteuren in Mecklenburg-Vorpommern – im Rahmen des Förderprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ gefördert. Das Netzwerk Demenz & Kultur in Greifswald organisiert beispielsweise Ausstellungen, Filmvorführungen oder Lesungen mit Bezug zum Thema Demenz.⁶⁶ Die Mehrgenerationenhäuser entstammen dem gleichnamigen

⁶⁴ <https://www.aktion-demenz.at/startseite/>

⁶⁵ Gefördert über das BMFSFJ-Programm „Bundesprogramm Mehrgenerationenhaus. Miteinander – Füreinander“, vgl. <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/mehrgenerationenhaeuser/mehrgenerationenhaeuser-74018>

⁶⁶ <https://www.greifswald.de/de/mein-greifswald/beratung-und-hilfe/Familien-und-Seniorenbeauftragte/Netzwerk-Demenz/>

Bundes-Förderprogramm. Darüber hinaus gibt es ähnliche Initiativen ohne entsprechende Förderung. Eine davon stellt zum Beispiel der Verein *AndersARTick e.V.* in Barth⁶⁷ (LK Vorpommern-Rügen) dar, der ebenfalls als Treffpunkt offen für alle Interessierten ist und zudem einen Demenz-Stammtisch organisiert.

Spezifisch auf Menschen mit Demenz sind die sogenannten **Helferkreise** ausgerichtet, die der Landesverband Mecklenburg-Vorpommern der DALzG bei der Vermittlung und dem Aufbau unterstützt (DALzG LV M-V 2023). An den Helferkreisen beteiligen sich manche Mehrgenerationenhäuser. Helferkreise sind ein niedrigschwelliges Angebot nach § 45a SGB XI. Professionell geschulte Ehrenamtliche bieten eine stundenweise Betreuung im eigenen Zuhause oder in einer Gruppe an. Dies lässt sich individuell und bedürfnisorientiert gestalten, trägt dazu bei, eventuell bestehende Versorgungslücken zu schließen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu sichern und die An- und Zugehörigen der erkrankten Menschen zu entlasten. Die Basisschulung nach § 45a SGB XI (siehe auch Kapitel 4.4) bietet die DALzG M-V ebenfalls an. Derzeit existieren zehn Helferkreise in Mecklenburg-Vorpommern:

- ❖ **Stralsund**, verwaltet vom *Mehrgenerationenhaus Stralsund*, inklusive einer Selbsthilfegruppe für Angehörige
- ❖ **Grevesmühlen**, verwaltet von AWO Schwerin
- ❖ **Dummerstorf**, Helferkreis *Lichtblick*
- ❖ **Schwerin**, verwaltet von *Comtact*
- ❖ **Ludwigslust-Parchim**, verwaltet von *Comtact*
- ❖ **Insel Poel**, verwaltet von *Poeler Leben e.V.*, *Mehrgenerationenhaus Insel Poel*
- ❖ **Usedom**, die *Inselhelfer*, verwaltet von MoBeraT&BES
- ❖ **Neustrelitz**, verwaltet vom *Mehrgenerationenhaus Neustrelitz*
- ❖ **Rostock**, Helferkreis *Pustebume*
- ❖ **Graal-Müritz, Ribnitz-Damgarten und Umgebung**, Helferkreis *Zeitlos*

Auch **Selbsthilfegruppen** für An- und Zugehörige von Menschen mit Demenz werden häufig von (geschulten) Ehrenamtlichen organisiert und begleitet. Hier bietet der Landesverband der DALzG Schulungen für Selbsthilfegruppen nach §45d SGB XI an. In der Datenbank des Demenzkompass finden sich – abgesehen von den GeriCoaches (vgl. Kapitel 4.3) – 28 Einträge zu Selbsthilfegruppen und drei Informationsstellen zur Vermittlung von Selbsthilfegruppen. Die *Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Selbsthilfekontaktstellen Mecklenburg-Vorpommern* listet insgesamt 34 Selbsthilfegruppen zum Thema Demenz auf. Auch Selbsthilfegruppen für Angehörige und Betroffene gemeinsam existieren. Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für die Reduktion von Isolation und Angst sowie für eine gesteigerte Selbstwirksamkeit und gesellschaftliche Teilhabe ohne die Angst vor Verurteilung ist groß (Wißman 2021). Umso relevanter ist es, Strukturen der Selbsthilfe aufrecht zu erhalten und zu unterstützen.

Ehrenamtliche Strukturen und Aktivitäten sind für das soziale Leben von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in hohem Maße bedeutsam. Offizielle Zahlen zu ehrenamtlichen Einzelpersonen, Aktivitäten und Strukturen im Themenfeld Demenz gibt es in Mecklenburg-Vorpommern nicht. Ein zahlenbasiertes Monitoring der Verfügbarkeit von ehrenamtlichen Pflege- und Betreuungspersonen ist demnach (noch) nicht möglich. Lokale, kommunale und eventuell auch

⁶⁷ www.andersartick-ev.de

übergreifende ehrenamtliche Aktivitäten, Angebote und Strukturen können jedoch ein guter Indikator für die gesellschaftliche Teilhabe und die Unterstützungsstrukturen für Menschen mit Demenz und deren sozialem Umfeld sein.

Die Förderung und Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gehört demnach zu den zentralen gesellschaftspolitischen Anliegen, denen angesichts der steigenden Zahl von Menschen mit Demenz als größte Gruppe von Menschen mit Behinderungen in Deutschland besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Dabei sind die vielfältigen Erscheinungsformen und Spielarten von Engagement und Ehrenamt einzubeziehen, nicht nur die klassischen ehrenamtlichen Engagementformen. Das Land Mecklenburg-Vorpommern verfügt über eine lange Tradition der Förderung bürgerschaftlichen Engagements, das sich auch und noch stärker auf die Personengruppe der Menschen mit Demenz beziehen könnte und sollte. Wenn sich Engagementförderung auch für Menschen mit Demenz öffnet, kommt ihr eine wichtige Funktion der Teilhabe, Sicherung und Förderung zu. Auch hierfür gibt es einige Beispiele in Mecklenburg-Vorpommern. Im Sinne eines modernen Welfare-Mixes gilt es weiterhin, die Rollen von bürgerschaftlich Engagierten und Ehrenamtlichen in informellen Versorgungssettings, das heißt in Pflegeheimen, ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder häuslichen Pflegearrangements, einzubeziehen. Ihre Unverzichtbarkeit muss konzeptionell betont und Fördermaßnahmen müssen auch und gerade auf Formen der geteilten Verantwortung und des Hilfemixes bezogen werden. Die Formen der Förderung und Unterstützung bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Engagements für Menschen mit Demenz, die die Pflegeversicherung und das SGB XI vorsehen, können nur einen Teil des Spektrums von bürgerschaftlichem und ehrenamtlichen Engagement abdecken. Schließlich gilt es, auch das Engagement von Menschen mit Demenz und ihre Teilhabe durch Engagement und Teilgabe in Strategien der Engagementförderung für und mit Menschen mit Demenz zu berücksichtigen.

Ein zusätzlicher Aspekt, der unter dem Aspekt Teilhabe und Teilgabe subsummiert werden kann, sind Urlaubs- und Auszeitmöglichkeiten für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen. Ein geplanter und angepasster Urlaub kann positive Effekte auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz sowie auf jenes der An- und Zugehörigen haben, die häufig unter Belastung in der Pflege-Situation stehen (Alzheimer's Society 2021).

Für organisierte und betreute Reisen existiert in Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise der Anbieter *Sorglos Urlaub*,⁶⁸ welcher neben verschiedensten Reisen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige auch spezielle Demenzgruppenreisen anbietet. Das Unternehmen bietet sowohl Stadterkundungen als auch Naturausflüge und kulturelle Aktivitäten für Menschen mit Demenz und deren Angehörige an. Dabei werden die Betreuung und Teile der Pflege mitgedacht und für die Reisenden angeboten. *Die Urlaubspfleger*⁶⁹ bieten ambulante Pflege sowie Stunden- und Tagesbetreuung für die Urlaubsinsel Usedom und Umgebung in Mecklenburg-Vorpommern an. Weiterhin besteht neuerdings eine Kooperation mit einem Reisebüro, mit dem gemeinsam betreute Seniorinnen- und Seniorenreisen mit individuellen Pflegeleistungen organisiert werden. Das *Pflegezentrum Nord*⁷⁰ mit Sitz in Rostock bietet ebenfalls Reisen für Seniorinnen und Senioren ab 70 Jahren an. Bei einer Reise mit (beginnender) Demenz müsse allerdings laut Anbieter die Reisefähigkeit der Person ärztlich bestätigt werden.

⁶⁸ <https://www.sorglos-urlaub.de/home.html>

⁶⁹ <https://pflege-urlaub-usedom.de/>

⁷⁰ <https://www.pflegezentrum-nord.de/leistungen/betreutes-reisen>

Neben Anbietern, die gesamte Reisen organisieren, existieren auch Unterkünfte und Hotels, die sich speziell für Seniorinnen und Senioren und pflegebedürftige Menschen ausgestattet haben und Kooperationen mit lokalen Pflegedienstleistern unterhalten. So beispielsweise *Casa Familia*⁷¹ auf Usedom, die *Pflege pension Haffblick*⁷² in Rakow oder das *Familienferiendorf*⁷³ im Ostseebad Rerik. Eine Übersicht über verschiedene Urlaubsmöglichkeiten mit Betreuungs- und Pflegeangeboten, bietet die Website *reisemaulwurf.de*.⁷⁴ Die Möglichkeit mit Demenzerkrankung zu verreisen, bietet sowohl für Erkrankte als auch für An- und Zugehörige eine wichtige Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sowie vor allem für An- und Zugehörige eine wichtige zeitweise Entlastung.

Im Themenfeld Demenz existieren vielfältige Projekte, die häufig über Fördermittel von Ministerien, Krankenkassen oder Stiftungen (mit)finanziert werden. Einige dieser Projekte wurden in den vorigen Abschnitten vorgestellt. Tab. 23 führt die einschlägigen Förderprogramme bzw. Fördergebende mit den Förderbereichen und beispielhaft genannten Projekten auf.

Förderprogramm	Fördergebende	Förderungs-bereich	Beispiele	Verweis
Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz	Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Aufbau und Erweiterung Netzwerke und Strukturen für Menschen mit Demenz	DAlzG M-V, Aktion Sonnenschein M-V e.V.	https://www.netzwerkstelle-demenz.de/bundesweites-netzwerk/projektlandkarte
Mehrgenerationenhaus. Miteinander-Für-einander	Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Mehrgenerationenhäuser und deren Arbeit und Strukturen	Alle MGH in M-V werden gefördert	https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/programm
Betreuungsangeboteförderrichtlinie (BetrAngFöRI M-V)	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M-V	Niedrigschwellige Betreuungsangebote, ehrenamtliche Strukturen, Selbsthilfe sowie Modellvorhaben	-	https://www.lagus.mv-regierung.de/static/LA-GUS/Inhalte/Seiten/F%C3%B6rderungen/MV/Soziales/Betreuungsangebote/Dokumente/Betreuungsangebotefrderichtlinie.pdf
Verschiedene	Ehrenamtsstiftung M-V	Ehrenamtliche Strukturen und Aktivitäten	AndersARTick e.V.	https://www.ehrenamtsstiftung-mv.de/
Verschiedene	Deutsche Stiftung für Engagement und Ehrenamt	Ehrenamtliche Strukturen und Aktivitäten	-	https://www.deutsche-stiftung-engagement-und-ehrenamt.de/foerderung/aktuelle-programme/
Europäischer Sozialfonds (ESF) Plus 2021 bis 2027	Europäische Union	Wirtschaft und Beschäftigung, darunter u.A. Fortbildungs- und Qualifizierungsprogramme	Bildungsschecks für das DRK Neubrandenburg für Schulungen im Kontext Demenz	https://www.europa-mv.de/foerderinstrumente/fonds_mv/esf/
Kassenartübergreifende sowie krankenkassenindividuelle Projektförderungen 2026	Versch. Krankenkassen	Für Angebote und Strukturen der Selbsthilfe	-	https://selbsthilfe-mv.de/infos/foerderung-selbsthilfegruppen/krankenkassen/

Tab. 23: Einschlägige Förderprogramme im Themenfeld Demenz. Eigene Darstellung auf Basis der in der Tabelle angegebenen Quellen

4.6 Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit Demenz

70 Prozent der Menschen mit Demenz werden von Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt und versorgt (Pundt und Rosentreter 2021). Mit Unterstützung von Angehörigen können

⁷¹ <https://www.casafamilia.de/de/unsere-casa-familia-welt/barrierefrei/>

⁷² <https://pflegepension-haffblick.de/>

⁷³ <https://www.awosano.de/rerik-ostsee/angebote/urlaub-pflege-68.html>

⁷⁴ <https://reisemaulwurf.de/reisen/>

Menschen mit Demenz oft lange in den eigenen vier Wänden bleiben – sei es mit ihrem Partner zusammen, allein oder in anderen familiären oder freundschaftlichen Zusammenhängen. Das private Wohnen wird von den meisten Menschen mit Demenz bevorzugt. Sie zu stützen, ist das zentrale Anliegen einer Wohnpolitik für Menschen mit Demenz. Bei ungünstigen Wohnverhältnissen kann es darum gehen, bauliche Barrieren abzubauen und sicherheitsstiftende Investitionen zu tätigen. Diese können beispielsweise über die Wohnraumanpassung nach § 40 SGB XI finanziell unterstützt werden. In Großsiedlungen und mehrgeschossigen Wohngebäuden kann, insbesondere bei eingeschränkter Mobilität, ein Wohnungswechsel oder der Einbau von Mobilitätshilfen (Treppenliften) erforderlich sein, um das Verlassen der Wohnung zu ermöglichen. Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit kann zudem durch Angebote der Tagesbetreuung oder Tagespflege unterstützt werden. Immer häufiger entwickeln sich auch solidarische, nachbarschaftliche Unterstützungs- und Wohnformen, insbesondere in ländlich geprägten Siedlungsformen, die Menschen mit Demenz soziale Stabilität, Zugehörigkeit und Sicherheit vermitteln (Klie 2026 im Erscheinen). Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte existieren beispielsweise ambulante Demenzbegleitungen in den Orten Waren und Malchin. Solche ehrenamtlichen Angebote helfen dabei, das Wohnen mit Demenz auch lange in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit sind Angebote der **Tagespflege** oder Tagesbetreuung (vgl. hierzu auch Kapitel 2.2.3). Sie bieten zum einen für die Betroffenen eine strukturierte Umgebung mit aktivierender Betreuung und sozialer Teilhabe. Zum anderen entlasten durch die stunden- oder tagesweise Versorgung der Betroffenen gleichzeitig die pflegenden Angehörigen. In einer Befragung von Tagespflegern der Hanse- und Universitätsstadt Rostock gab rund die Hälfte der Tagespfleger an, dass sie über spezifische Demenzkonzepte in der Betreuung verfügten und fast alle Einrichtungen im Durchschnitt drei Bezugspflegerpersonen pro 14 Menschen mit Demenz vorhalten (Engels et al. 2020, S. 45). Ähnlich hoch war der Anteil im Landkreis Vorpommern-Greifswald mit knapp 40 %. In anderen Pflegeplänen wird allerdings sehr viel seltener über spezifische Demenzkonzepte in Tagespflegeeinrichtungen berichtet. Sofern sie auf Menschen mit Demenz (mit) ausgerichtet sind, stellen Tagespflegeeinrichtungen einen enorm wichtigen Baustein in einer bedarfsgerechten, wohnortnahen Versorgungskette für Menschen mit Demenz dar. Die Nutzung der Tagespflege sollte dabei möglichst früh im Krankheitsverlauf begonnen werden, um die Inanspruchnahme fremder Hilfe einzuüben – für die Menschen mit Demenz und die Angehörigen. Dies hilft, Überforderungen bei pflegenden Angehörigen zu vermeiden, häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren und häufig auch den Heimeinzug zu verzögern (Cramer und Schönberg 2020; Donath et al. 2023). Zentrale Herausforderung ist es allerdings, die Lücke zwischen Wunsch nach Entlastung der Angehörigen und tatsächlicher Inanspruchnahme zu schließen (Scheerbaum et al. 2024).

Für die Tagespflege lässt sich die Versorgungsdichte in Beziehung zur Prävalenzschätzung der Menschen mit Demenz für das Jahr 2024 errechnen. Da wie gezeigt nicht alle Tagespflegeeinrichtungen auf Menschen mit Demenz ausgerichtet sind, stellt dies nur eine näherungsweise Einschätzung der Versorgungsdichte dar. Es ergeben sich folgende Hinweise bezüglich der unterschiedlichen Versorgungskapazitäten:

Menschen mit Demenz je verfügbarem Tagespflegeplatz			
Region	Menschen mit Demenz 2024	Tagespflegeplätze	Menschen mit Demenz pro Platzangebot
Hanse- und Universitätsstadt Rostock	5.548	460	12,1
Landeshauptstadt Schwerin	2.775	273	10,2
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	6.753	1024	6,6
Landkreis Rostock	5.432	797	6,8
Landkreis Vorpommern-Rügen	5.877	731	8,0
Landkreis Nordwestmecklenburg	3.852	277	13,9
Landkreis Vorpommern-Greifswald	5.975	878	6,8
Landkreis Ludwigslust-Parchim	5.100	652	7,8

Tab. 24: Menschen mit Demenz und Tagespflegeplätze regional
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des AOK-Pflegenavigators

Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, im Landkreis Rostock, im Landkreis Vorpommern-Greifswald sowie im Landkreis Ludwigslust-Parchim stehen jeweils für weniger als 10 Menschen mit Demenz ein Tagespflegeplatz zur Verfügung. In den beiden Städten, der Landeshauptstadt Schwerin, der Hanse- und Universitätsstadt Rostock sowie im Landkreis Nordwestmecklenburg sind zweistellige Kennzahlen zu beobachten.

Da Tagespflegeplätze häufig nur an einzelnen Wochentagen und selten durchgängig in der Woche von den gleichen Personen aufgesucht werden, kann das Versorgungsangebot insgesamt als flächendeckend und hinreichend ausgestaltet bewertet werden.

Da diese Leistungen auf eine regionale Nutzung ausgelegt sind, müssen die Einrichtungen für pflegebedürftige Personen bzw. deren An- und Zugehörigen ohne großen Zeitaufwand erreichbar sein. Eine wohnortnahe Lage ist daher sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die An- und Zugehörigen, die den Transport oftmals organisieren oder übernehmen, entscheidend. In Abb. 40 kann die Erreichbarkeit von Tagespflegeeinrichtungen, aufgegliedert nach 10, 20 und 30 Minuten Fahrzeit zu diesem Zwecke erneut nachgeschaut werden.

Als eine besondere Form des privaten Wohnens ist das **Betreute Wohnen**, oder das **Wohnen mit Service** zu nennen, bei dem seniorengerechte Wohnungen innerhalb eines Hauses oder einer Wohnanlage selbstständig bewohnt werden. Bei Bedarf können pflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen zur Unterstützung in Anspruch genommen werden. Diese Wohnform macht einen Umzug nötig und stellt zumeist eine Verkleinerung in der Wohnfläche dar, wird aber bei starker werdender Unselbständigkeit nicht selten als „kleineres Übel“ im Vergleich zum Heimeinzug genutzt. Gerade weil die (erhoffte) Versorgungssicherheit häufig der zentrale Grund für den Umzug ins Betreute Wohnen darstellt, klaffen Anspruch und Wirklichkeit nicht selten auseinander. Da es für das Betreute Wohnen keinerlei Standards oder qualitative Vorgaben gibt, stehen in manchen Anlagen Leistung und Kosten im Bereich der Betreuung nicht in einem angemessenen Verhältnis. Zugleich kennt diese Wohnform klare Leistungsgrenzen in der Intensität der Betreuung, was insbesondere auch auf Menschen mit Demenz mit ihrem im Krankheitsverlauf immer höhe-

ren Betreuungsbedarf zutrifft (Klemm und Kremer-Preiß 2022). Auch in den Befragungen von Anbietern im Rahmen der Pflegesozialpläne betonten viele Befragte, dass die Angebote des Betreuten Wohnens nicht geeignet seien für Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Häufig existieren Angebote des Betreuten Wohnens allerdings auch in unmittelbarer Nachbarschaft und zugehörig zu Pflegeheimen. Dies ermöglicht den einfachen und unterstützten Umzug ohne (erneuten) Wechsel der Nachbarschaft, wenn Pflege und Betreuung im Betreuten Wohnen nicht mehr ausreichen. Neben dem privaten Wohnen kommen weitere besondere Wohnformen in Betracht, wenn der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich oder gewünscht ist. Für diese Personen, knapp 30 Prozent der Menschen mit Demenz, existieren unterschiedliche Wohnformen.

In **ambulant betreuten Wohngemeinschaften** (oft auch Pflege- oder Demenz-WGs genannt) leben Menschen mit Pflegebedarf oder Demenz in eigenen Zimmern, aber mit geteilten Gemeinschaftsräumen, zusammen. In der Regel haben Demenz-WGs etwa sechs bis zwölf Bewohnenden (BMFSFJ 2024). Ein Pflegedienst übernimmt die anfallenden pflegerischen Aufgaben, in der Regel sind durchgängig Betreuungskräfte anwesend. Ambulant betreute Wohngemeinschaften eignen sich sehr gut für Menschen mit Demenz. Im Pflegesozialplan des Landkreises Ludwigslust-Parchim heißt es sodann auch, dass sich „eine Vielzahl“ (Landkreis Ludwigslust-Parchim 2025, S. 56) der ambulant betreuten Wohngemeinschaften auf Menschen mit Demenz spezialisiert habe. Das entspricht den Ergebnissen der Bestandserhebung zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Deutschland aus dem Jahr 2017, in der rund 80 Prozent aller Wohngemeinschaften (auch) die spezielle Ausrichtung auf Menschen mit Demenz aufwiesen (Klie et al. 2017, 95 f.) In der Pflege-sozialplanung des Landkreises Vorpommern-Greifswald wurde eine Befragung von Pflegeangeboten aus dem Jahr 2021 zitiert, nach der sich immerhin 11 der 81 Wohngemeinschaften primär an Menschen mit Demenz richteten. Der Anteil von Bewohnenden mit Demenz lag in diesen elf Einrichtungen bei knapp 80 Prozent, davon jeweils die Hälfte mit einer leichten Demenz und die andere Hälfte mit einer mittelschweren bis schweren Demenz. Allerdings wurde auch von vermehrten Schließungen von Demenz-Wohngruppen berichtet, sodass dort eine Versorgungsverschlechterung absehbar sei (Landkreis Vorpommern-Greifswald 2024, S. 70). Als Gründe für die Schließung wurden primär mangelnde Ressourcen für die aufwändige Betreuung der an Demenz erkrankten Bewohnenden genannt.

Man kann somit davon ausgehen, dass sich auch heute ein Großteil der Wohngemeinschaften in Mecklenburg-Vorpommern an Menschen mit Demenz richtet. Abb. 82 zeigt die Verteilung aller den Heimaufsichtsbehörden bekannten Wohngemeinschaften in Mecklenburg-Vorpommern. Demnach existieren die meisten Wohngemeinschaften in den Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte und Vorpommern-Greifswald mit knapp über/unter 70 WGs.

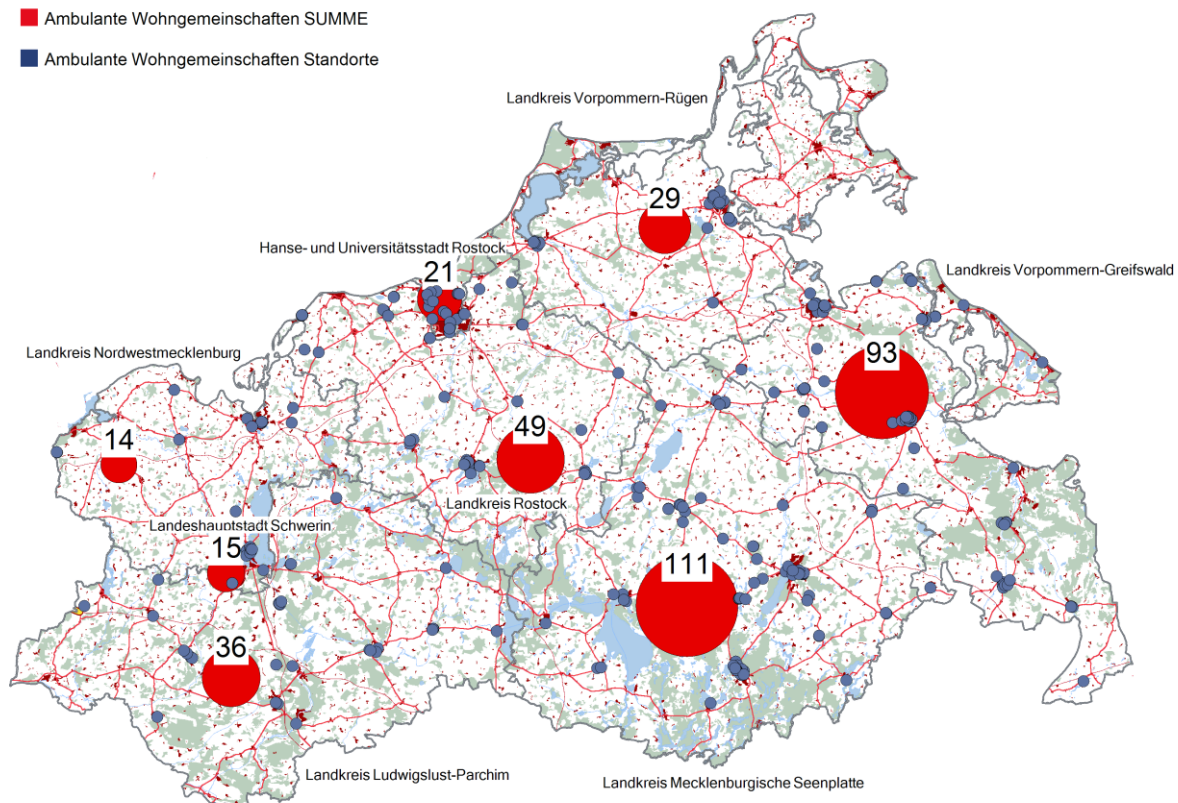


Abb. 82: Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf und Demenz in Mecklenburg-Vorpommern
Quelle: Eigene Darstellung. Datenbasis: Heimaufsichten der kreisfreien Städte und Landkreise und eigene Recherchen.

Die genannten Wohnformen – von der eigenen Häuslichkeit über das Betreute Wohnen bis hin zur Demenz-WG – haben den Ruf, dass die Selbständigkeit der Betroffenen so lange wie möglich bewahrt werden kann. Auch wenn eine gute Pflege und Betreuung im Pflegeheim dies ebenfalls oder in manchen Fällen gar besser ermöglichen kann (BMFSFJ 2024). Die vollstationäre Betreuung in einem **Pflegeheim**⁷⁵ bleibt allerdings für viele Menschen als auch ihre Angehörigen meist die letzte Wahl. Eine Abfrage von auf Demenz ausgerichteten Einrichtungen bei den Heimaufsichtsbehörden der Landkreise und kreisfreien Städte ergab, dass diese bisher nicht systematisch erfasst würden. Auch in den Pflegesozialplänen der Landkreise und kreisfreien Städte werden diese Angaben bisher nur in manchen Berichten erfasst und meist auch nur auf Basis von (unvollständigen) Befragungen der Anbieter. Hier empfiehlt sich in Zukunft die Erweiterung des Auftrages, um ein vollständiges Bild der Wohnformen für Menschen mit Demenz zu erhalten, insbesondere was die Platzzahlen in geschützten Wohnbereichen angeht. Der Landkreis Vorpommern-Rügen erwägt als eine Maßnahme in seinem Pflegesozialplan die Erweiterung der bereits bestehenden, online einsehbaren *Bettenbörse*. Diese zeigt bisher freie Unterbringungsmöglichkeiten für suchtkranke Menschen und Menschen mit psychischen Erkrankungen an und könnte um Angebote für Menschen mit Demenz erweitert werden (Landkreis Vorpommern-Greifswald 2024, S. 71). Dies käme den Überlegungen nahe, den Demenz-Kompass um eine ähnliche Funktion zu erweitern, wie es im Workshop am 12.11.2025 vorgeschlagen wurde (vgl. Kapitel 4.9.2).

In der Gemeinde Altenpleen im Landkreis Vorpommern-Rügen ist der Bau eines Demenzdorfes geplant. Der Bebauungsplan für dieses Vorhaben wurde im April 2023 beschlossen. Geplant sind

⁷⁵ Für die Darstellung der Angebotslandschaft in der stationären Pflege siehe Kapitel 2.2

zehn Wohngruppen mit jeweils maximal zwölf Bewohnenden sowie ergänzende Infrastruktur (Landkreis Vorpommern-Greifswald 2024, S. 77).

4.7 Medizinische-pflegerische Versorgung

Die Begleitung von Menschen mit Demenz ist eine interdisziplinäre Aufgabe: Medizinische Diagnostik und die begrenzten medizinischen therapeutischen Optionen gehören ebenso zum multidisziplinären „Team“ wie die sozialarbeiterische Begleitung bei lebenslagenspezifischen Fragen und das Management von Schnittstellen, etwa im Care- und Case-Management. Auch die fachpflegerische Begleitung ist wichtig, insbesondere bei schweren Formen von Demenz und weiteren pflegerischen Bedarfen. Therapeutische Berufsgruppen wie Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten sind gefragt. Schließlich sind bei besonderen Formen der Demenz spezifische Kompetenzen, auch heilpädagogischer Art, nötig, um die behinderungstypischen Bedarfe zu erkennen und zu beantworten. Ein Fokus allein auf die medizinisch-pflegerische Versorgung, so wichtig sie ist – vor allem im Hinblick auf die Erkennung und Behandlung von Erkrankungsformen und -symptomen von „Begleiterkrankungen“ und „unmet needs“ (HTA Austria 2017) – wird der multiplen Bedarfslage und einem Verständnis von Demenz zwischen Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit allein nicht gerecht.

In der alltäglichen Praxis der Sorge und Versorgung geht es um die medizinisch-pflegerischen Grundversorgung, um die Verfügbarkeit von Hausärzten – inklusive Hausbesuch – aber auch um fachärztliche Kapazitäten entweder im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte oder regionalen Versorgungszentren, Klinikambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren.

4.7.1 Hausärztliche Versorgung

Die *Vereinigung der Ersatzkassen* (vdek) zählt rund 2.550 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Mecklenburg-Vorpommern. Im Jahr 2024 versorgte dabei eine bzw. ein Hausärztin bzw. Hausarzt in Mecklenburg-Vorpommern 1.149 Menschen (DESTATIS 2025), 115 Personen weniger als im bundesweiten Schnitt (1.264 Personen). Während die ärztliche Versorgung in urbaneren Regionen wie Rostock oder Greifswald vergleichsweise gut gesichert ist, kommt es in ländlichen Regionen immer wieder zu Versorgungslücken etwa bei Haus- und Fachärztinnen sowie Haus- und Fachärzten. Auch weite Wege in den ländlichen Regionen bedeuten eine Herausforderung für eine möglichst lückenlose ärztliche Versorgung. Schließlich ist einhergehend mit dem demographischen Wandel ein Großteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt, sodass in den kommenden Jahren ein hoher Nachbesetzungsbedarf zu erwarten ist (vdek 2025). Allerdings sind gerade in Mecklenburg-Vorpommern die Hausärztinnen und -ärzte etwas jünger als im bundesweiten Schnitt (37 % von ihnen sind in der Altersgruppe 60+ vs. 41 % deutschlandweit, vgl. DESTATIS 2025).

Hausärztinnen und -ärzte sind eine wichtige Anlaufstelle für die Identifizierung und erste Diagnostik kognitiver Störungen, für die Weitervermittlung und konstante medizinische Begleitung von Menschen mit Demenz. Die Sicherstellung einer ärztlichen und therapeutischen Versorgungsstruktur, auch in den ländlichen Regionen des Landes, ist demnach auch für Menschen mit Demenz von höchster Relevanz.

4.7.2 Fachärztliche und stationäre Versorgung

Die fachärztliche Demenzdiagnostik ist ein wichtiger erster Schritt in der spezifischen Behandlung und Unterstützung der Betroffenen und der Angehörigen. Betroffene können mit einer hausärztlichen Überweisung einen Termin für solch eine Differenzialdiagnostik in Mecklenburg-Vorpommern in einer spezialisierten Einrichtung vereinbaren. Dies sind zum einen die Gedächtnissprechstunden als wichtige Anlaufstelle für die Differenzialdiagnostik, Beratung und eventuelle medikamentöse Begleitung. Zum anderen bieten auch einige Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern mit Geriatrie-Abteilung oder (geronto)psychiatrischen Kliniken sowie auch eine gerontopsychiatrische Tagesklinik die Demenz-Diagnostik an.

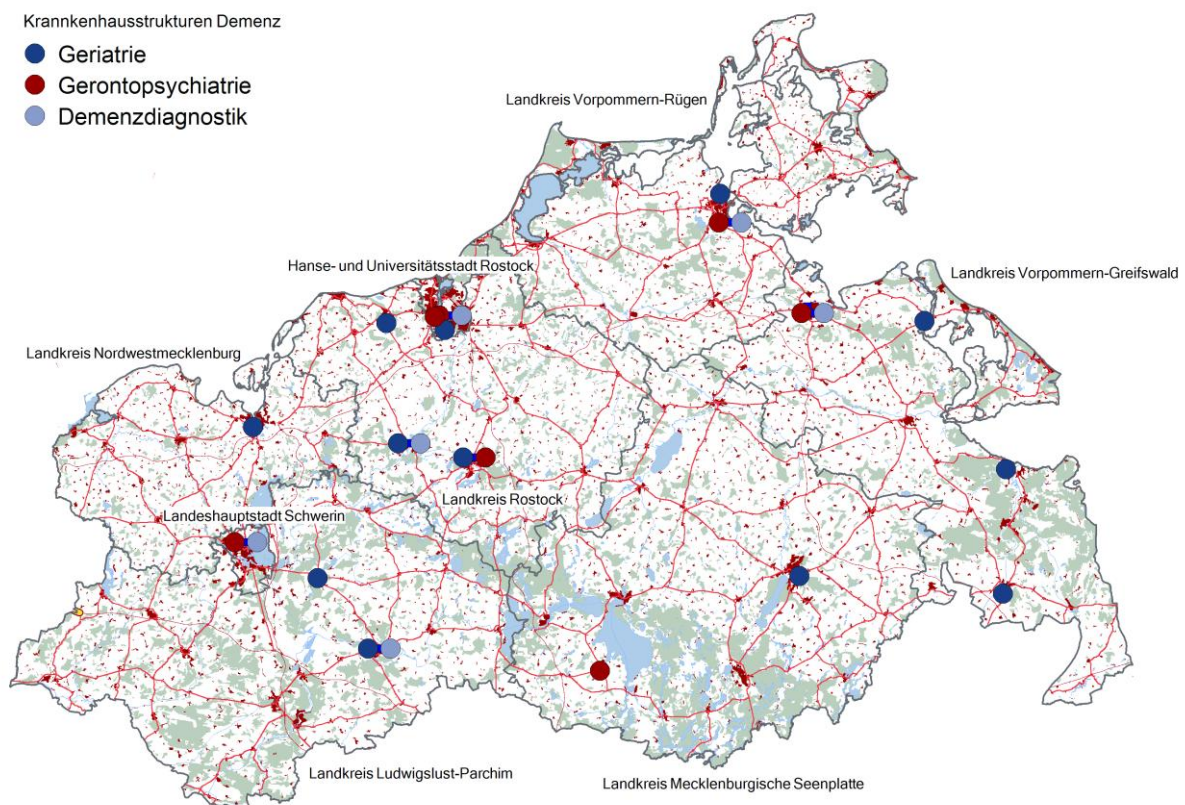


Abb. 83: Krankenhausstrukturen für Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern
Quelle: Eigene Recherchen

Die AFI weist auf ihrer Website vier verschiedene Anlaufstellen in Mecklenburg-Vorpommern aus:

- ❖ **Greifswald:** Evangelisches Krankenhaus Bethanien, Psychiatrische Institutsambulanz, Memory-Clinic/ Gedächtnissprechstunde
- ❖ **Rostock:** Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sektion Gerontopsychosomatik, Gedächtnissprechstunde.
- ❖ **Schwerin:** HELIOS-Kliniken Schwerin, Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Gedächtnissprechstunde
- ❖ **Wismar:** Sana HANSE-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Gedächtnissprechstunde

Zudem wird die Demenzdiagnostik in folgenden Einrichtungen angeboten:

- ❖ **Parchim:** Asklepios Klinik, Geriatrie, Neuropsychologische Demenzdiagnostik
- ❖ **Pasewalk:** Asklepios Klinik, Geriatrie, Neuropsychologische Demenzdiagnostik

- ❖ **Rostock:** Tagesklinik Gerontopsychiatrie der GGP-Gruppe, Psychiatrische Institutsambulanz Gerontopsychiatrie, Neuropsychologische Demenzdiagnostik
- ❖ **Stralsund:** Uhlenhaus, Abteilung für Alterspsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Psychiatrische Institutsambulanz

Auch die **Warnow Klinik in Bützow**, bei der sich die Geriatrie-Station nach Insolvenz und Neuausrichtung unter Leitung eines neuen Eigentümers derzeit im Aufbau befindet, bietet perspektivisch die Demenz-Diagnostik an.

Darüber hinaus existieren in manchen Kliniken spezielle Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Demenz in allen Fachbereichen der Krankenhäuser: Hierzu zählt beispielsweise die Universitätsmedizin Greifswald (UMG) mit ihren Standorten in Greifswald und Wolgast. Sie hat im Jahre 2021 das Projekt begonnen ein demenzsensibles Krankenhaus zu werden und wurde im Jahre 2023 vom FOCUS als nationale Fachklinik für Demenz ausgezeichnet. Auch die Bethesda Klinik Neubrandenburg, das Helios Hanseklínikum Stralsund und das Evangelische Krankenhaus Bethanien in Greifswald weisen auf ihren Online-Präsenzen auf spezifische Konzepte zur Behandlung von Menschen mit Demenz hin.

4.7.3 Präventionsangebote für Menschen mit Demenz

Präventionsangebote für Menschen mit Demenz umfassen eine Vielzahl nicht-medikamentöser Interventionen, die darauf abzielen, kognitive, motorische und psychosoziale Ressourcen möglichst lange zu erhalten. Bewegungsangebote gelten dabei als besonders wirksam, da regelmäßige körperliche Aktivität nachweislich die kognitiven Funktionen stabilisieren und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann. Hier existieren vielfältige Möglichkeiten, von einfachen Bewegungsangeboten, Wandern bis hin zu sportlichen Aktivitäten. Entsprechende Beispiele wurden bereits in Kapitel 4.5 genannt und sind zum Teil auch in den Pflegeplänen der Landkreise und kreisfreien Städte aufgeführt. Besonders problematisch ist der oftmals in Pflegeheimen herrschende Bewegungsmangel von Bewohnenden. Er steht im direkten Zusammenhang mit raschen Verlusten der Aktivitäten des täglichen Lebens, geringerer Mobilität, verstärkten Stimmungseinbrüchen und auch einem erhöhtem Sturzrisiko (Schröder 2021).

Neben Bewegung als zentrale präventive Maßnahme wirken Gedächtnis- und Kognitionstrainings, wie sie etwa in multimodalen Programmen untersucht wurden, präventiv, indem sie Gedächtnis, exekutive Funktionen und psychomotorische Geschwindigkeit verbessern – belegt etwa durch die finnische FINGER-Studie, die signifikante kognitive Zugewinne zeigte (Ngandu et al. 2015). Die Biographiearbeit gilt darüber hinaus als zentrales Element psychosozialer Prävention bei Menschen mit Demenz zur Förderung der emotionalen Stabilität, der Alltagsorientierung und der sozialen Teilhabe. Auch multisensorische Angebote wie die tiergestützte Intervention, Snoezelen oder ähnliches fördern die Reduktion von Unruhe, Angst und Stress und können somit präventive Wirkung entfalten (Tesky et al. 2023).

4.7.4 Technische Hilfsmittel in der medizinischen Versorgung

Auch technische Hilfsmittel in der medizinischen Versorgung können Menschen mit Demenz und deren Pflegenden unterstützen. Neben zahlreichen technischen Hilfsmitteln für Alltag und soziale Teilhabe, berichtet die DALzG (2021) auch über solche, die bezüglich der medizinischen Versorgung für Menschen mit Demenz eingesetzt werden (können).

Elektronische Tablettenspender erinnern an die pünktliche Einnahme von Medikamenten und informieren Betreuungspersonen, wenn die Einnahme nicht stattfindet. Höhenverstellbare Betten

mit Aufstehhilfe können einerseits körperliche Belastungen der Pflegenden reduzieren und andererseits Sturzverletzungen vermeiden oder mindestens verringern. Mit speziellen, programmierbaren Anti-Dekubitus-Matratten können Risiken des Wundliegens vermindert werden. Die Kosten für eine solche Matratze werden von der Krankenkasse nur übernommen, wenn bereits ein Dekubitus vorliegt. Weiterhin existieren sogenannte „intelligente Matratzen“ (DALzG 2021), die verschiedenste Parameter messen können. Zu diesen zählen beispielsweise Feuchtigkeit der Matratze, Vitalwerte der liegenden Person, oder Verlassen des Bettes. Dies kann wichtige Aufschlüsse über den Gesundheitszustand und eventuell nötige pflegerische Maßnahmen geben. Alle genannten Hilfsmittel stellen lediglich eine Unterstützung für die Betroffenen und Pflegenden dar.

Ein weiteres von der DALzG vorgestelltes technisches Hilfsmittel ist ein pflasterähnliches Sensor-Modul⁷⁶, welches, aufgeklebt auf den Rücken einer Person, die Bewegungen der tragenden Person registriert und an eine App weitergeben kann. Wird ein Mangel an Bewegung registriert, können pflegende Personen beispielsweise Maßnahmen wie eine Umlagerung ergreifen. Bei Stürzen informiert der Sensor Angehörige oder Pflegende über die zugehörige App. Auch eine Ortung der tragenden Person bzw. des Sensors ist über die App möglich, was bei Hinlauftendenzen hilfreich sein kann. Zugleich stellen überwachende Technologien einen Eingriff in die Selbstbestimmung der betroffenen Person dar und bedürfen der Zustimmung der betroffenen Person bzw. muss der Einsatz in ihrem Sinne durch die rechtliche Betreuung entschieden werden (Klie et al. 2022).

Für Angehörige und Pflegende, die oftmals durch die Betreuung und Pflege stark belastet sind, existieren verschiedene Apps, die dabei unterstützen können, die eigene Gesundheit und Belastung nicht aus dem Blick zu verlieren und eigene Ressourcen zu stärken (DALzG 2021). Hier kann beispielsweise die App der Volkssolidarität zur Vernetzung und Unterstützung von Pflegenden (*PflegeNetz*) genannt werden⁷⁷ oder auch die österreichische App *Alles Clara*⁷⁸, in der sich pflegende Angehörige unter anderem mit Beratenden aus der Pflege und der Psychologie vernetzen können.

Der praktische Einsatz humanoider Pflegeroboter scheint technisch noch weit von der Marktreife entfernt, von einer kosteneffizienten Umsetzung ganz zu schweigen. Dennoch wird dieses Thema bereits seit einigen Jahren kontrovers diskutiert. Einerseits könnten solche Roboter in Zukunft möglicherweise grundlegende Aufgaben in der Pflege übernehmen und somit Betroffene und Pflegende entlasten. Andererseits wären damit auch ethische Abwägungen verbunden. Technische Hilfsmittel, auch humanoide Roboter, können und dürfen den zwischenmenschlichen Kontakt und die menschliche Fürsorge, die in der Pflege elementar sind, nicht ersetzen (DALzG 2021; AOK-Bundesverband 2022).

Im Rahmen eines Monitorings technischer Hilfsmittel in der medizinischen Versorgung für Menschen mit Demenz könnte über Abrechnungsdaten der Krankenkassen erfasst werden, wie viele technische Hilfsmittel dieser Art über die Krankenkassen abgerechnet wurden. Auch Pflegeheime und Krankenhäuser könnten Zahlen zur Verwendung solcher Hilfsmittel erheben bzw. zur Verfügung stellen.

Keine Aussagen lassen sich über private Anschaffungen von Hilfsmitteln sowie die Frage tätigen, inwieweit Hilfsmittel spezifisch für Menschen mit Demenz verwendet werden. Die Nutzungsdaten

⁷⁶ <https://www.moio.care/>

⁷⁷ <https://www.der-paritaetische.de/themen/gesundheits-teilhabe-und-pflege/selbsthilfe-im-paritaetischen/digitale-teilhabe-staerken-modellprojekt-fuer-barrierefreie-apps-in-der-selbsthilfe/apps-in-der-selbsthilfe-1/volkssolidaritaet-pflege-netz-die-app-der-volkssolidaritaet-1/>

⁷⁸ <https://www.alles-clara.at/>

von entsprechenden Apps könnte von den Anbietenden zur Verfügung gestellt werden, um die Anzahl der Nutzenden zu erfassen. Hier stellt sich die Frage nach der Möglichkeit regionalspezifischer Auswertungen.

4.7.5 Ausblick: „Unmet needs“ begegnen

Von Mecklenburg-Vorpommern wurden modellhaft in vorbildlicher Weise integrierte medizinisch-pflegerische Versorgungsstrukturen und -angebote entwickelt. In besonderer Weise zu nennen sind in dieser Hinsicht die *GeriCoaches* und das *Dementia Care Management*-Konzept. Sie können in Zukunft Antworten geben auf die sogenannten „unmet needs“, die häufig übersehenen grundlegenden Bedürfnisse und Behandlungsnotwendigkeiten von Menschen mit Demenz. Diese sind auch und gerade in Mecklenburg-Vorpommern dank der vorhandenen Kompetenzen im Themenfeld Demenz Teil der wissenschaftlichen, aber auch der Diskussionen in der Praxis. Desiderate gibt es in der gesamten Bundesrepublik in der Umsetzung der S3 Leitlinien Demenz, aber auch in einer indikationsgerechten Gabe von Psychopharmaka. Listen potentiell inadäquater Medikation (PIM), wie z. B. der PRISCUS-Liste, können dabei unterstützen, die Arzneimitteltherapie bei älteren Patienten sicherer zu machen. Die diesbezügliche Qualität in der medizinische Versorgung, hat sich in den letzten Jahren verbessert (vgl. Klie 2025a). Handlungsbedarf besteht aber auch in dieser Hinsicht weiter.

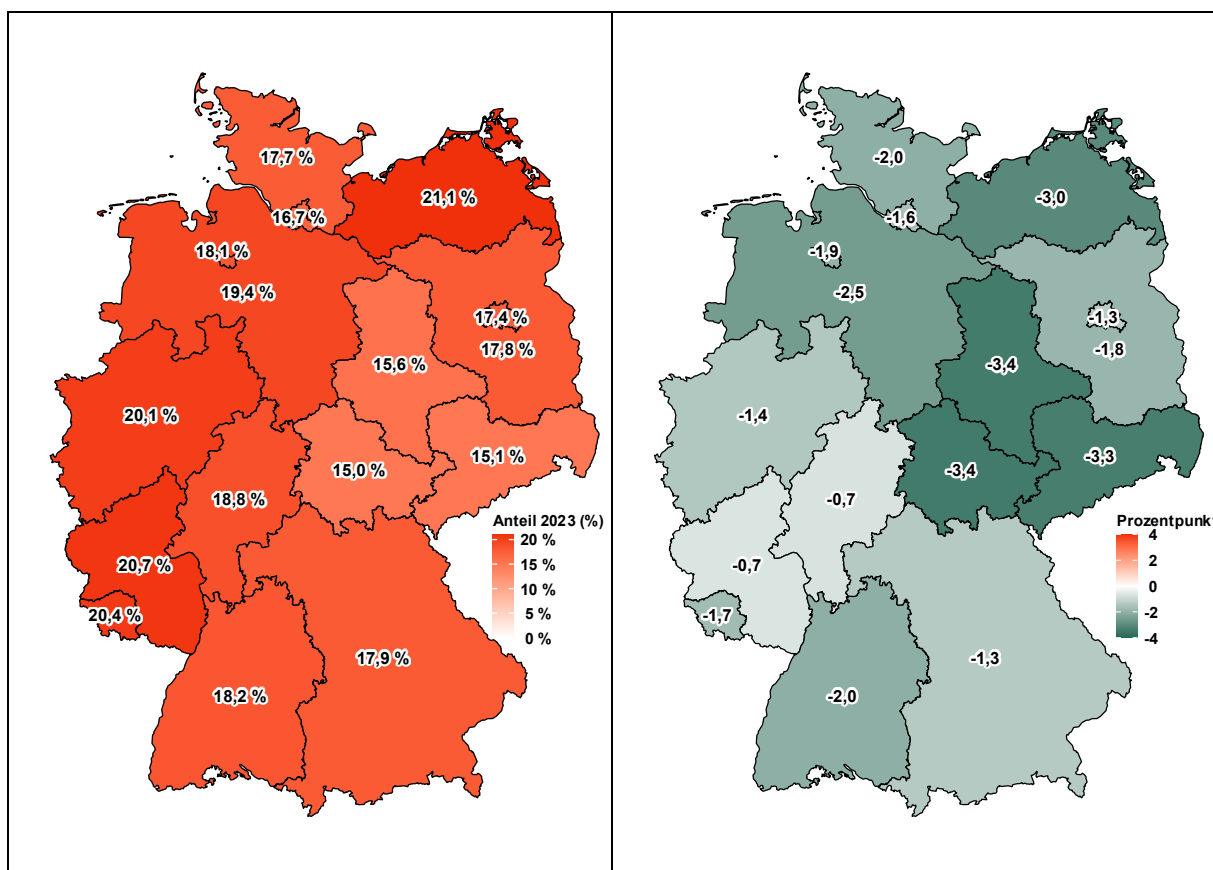


Abb. 84: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 | Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023

Quelle: Lewin et al. 2025, S. 86 f.

Aussagen zur therapeutischen Versorgung von Menschen mit Demenz in der Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie werden erst in Zukunft mit Datenzugang zu GKV-Routinedaten möglich sein, wenn die entsprechenden Vorgaben aus dem Gesetz zur *Befugniserweiterung und Entbüro-*

kratisierung in der Pflege (BEEP) in die Umsetzung kommen. Dabei können gerade durch therapeutische Maßnahmen vielversprechende Verbesserungen im Bereich Kognition, Steigerung und Stabilisierung des körperlichen Aktivitätsniveaus sowie der Kommunikation und sozialen Teilhabe von Menschen mit Demenz erzielt werden (Tesky et al. 2023).

Rechtliche Aspekte der Qualität medizinisch-pflegerischer Versorgung

Wie zu Beginn des Monitorings Demenz betont wurde, sind Menschen mit Demenz häufig in ihren Grund- und Menschenrechten gefährdet (vgl. ausführlich hierzu: Klie 2026 i.E.). Bei der Beurteilung der Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung müssen daher zwingend auch menschenrechtliche Fragen sowie die systematische Beachtung der Rechtsstellung von Menschen mit Demenz berücksichtigt werden.

Menschen mit Demenz haben einen Anspruch auf eine medizinische Behandlung nach „State of the Art“ (§ 2 SGB V). Dieser konkretisiert sich in den ärztlichen Leitlinien der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF). Gleichzeitig gelten alle allgemeinen Leitlinien in der hausärztlichen Versorgung für Menschen mit Demenz in gleicher Weise wie sie für alle anderen Patientinnen und Patienten gelten. Die Expertenstandards des *Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* (DNQP) für die fachpflegerische Begleitung gehören zu den fachlichen Qualitätsanforderungen wie pflegerische Leitlinien (vgl. Köpke und Meyer 2009). Es gibt kein systematisches Wissen über die Umsetzung ärztlicher und pflegerischer Leitlinien in der medizinischen und pflegerischen Praxis. Experten und Expertinnen gehen davon aus, dass die medizinisch-pflegerische Praxis in Teilen noch relativ weit davon entfernt ist, die in den Leitlinien kondensierten und konsentierten Wissensbestände zur Diagnostik, Therapie und möglichen Risiken systematisch zu beachten. Ein solches Monitoring könnte eine interessante Perspektive für den Demenzforschungs-Hotspot Mecklenburg-Vorpommern darstellen.

Menschen mit Demenz sind häufig in besonderer Weise in ihren Freiheitsrechten bedroht. Der Einsatz von Psychopharmaka wird zum Teil auch zum Zwecke der Einschränkung des Bewegungsdranges eingesetzt, was meist nicht therapeutisch, sondern aus anderen Gesichtspunkten heraus als zweckdienlich erscheint. Auch zu anderen Formen freiheitsentziehender Maßnahmen wird gegenüber Menschen mit Demenz immer wieder gegriffen. Dazu gehören vielfältige Formen freiheitsbeschränkender und -entziehender Maßnahmen, von Bauchgurten über Bettgitter. Die Anwendung psychischen Drucks, Trickschlössern bis hin zu Formen geschlossener Unterbringung (vgl. Hoffmann und Klie 2012). In einem Demenz-Monitoring wäre die Verbreitung von freiheitsentziehenden Maßnahmen regional mithilfe der betreuungsrechtlichen Statistik und der zuständigen Heimaufsichtsbehörden zu erfassen, um diese überwiegend als vermeidbar eingestuften Formen menschenrechtlich problematischer „Betreuungsmaßnahmen“ zu thematisieren und Maßnahmen zu ergreifen, die auf die Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen gerichtet sind.⁷⁹ Das Ausmaß freiheitsentziehender Maßnahmen ist bundesweit – und damit wohl auch in Mecklenburg-Vorpommern – in den letzten Jahren dank zunehmender Sensibilisierung zurückgegangen, befindet sich gleichwohl auf einem hohen Niveau.⁸⁰ Auch die sachverständige Einschätzung der Erforderlichkeit und Alternativlosigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen bedarf aktuell einer Revision, nachdem den Pflegefachpersonen gem. § 4 PflBG Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses eingeräumt wurden. Danach sind sachverständige Aussagen über die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen in pflegerischen Kontexten allein von Pflegefachkräften im Rahmen einer Pflegeprozessessteuerung vorzunehmen, nicht oder nur in

⁷⁹ Beispielsweise: <http://werdenfelser-weg-original.de/> | <https://redufix.de/>

⁸⁰ Klie 2024a; Ritzi 2023, 31 ff.

Kooperation mit Ärztinnen und Ärzte. Eine Änderung der verfahrensrechtlichen Vorschriften im FamFG und ihre Anpassung an die berufsrechtlichen Vorgaben erscheint erforderlich und sollte auch vom Land Mecklenburg-Vorpommern unterstützt werden (vgl. DGP 2024). Einige Landkreise haben das Thema freiheitsentziehende Maßnahmen zum kommunalpolitischen und Kulturthema erklärt und sich auf den Weg zu einem fixierungsfreien Landkreis gemacht (vgl. Klie 2024a; Klie und Ennulat 2024). Freiheitsentziehende Maßnahmen gegenüber Menschen mit Demenz sind weder medizinisch noch pflegerisch regelhaft indiziert, allenfalls in Ausnahmesituationen (vgl. Ritzi 2023). Es sind meist Fragen der Organisationskultur und -struktur sowie von Wissensbeständen und Haltungen der beteiligten Akteure, die das Ausmaß freiheitsentziehender Maßnahmen erklären. Auch durch den Einsatz von technischen Hilfsmitteln, vor allen Dingen aber durch Schulungen kann das Ausmaß von freiheitsentziehenden Maßnahmen deutlich abgesenkt werden (vgl. Schweizer et al. 2023). Ein teilhabeorientiertes Verständnis guten Lebens für Menschen mit Demenz verträgt sich nicht mit kustodialen Sicherheits- und Fürsorgevorstellungen, die auch in der Bevölkerung verbreitet sind. Kampagnen und Informationen zur Schädlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen einerseits, ihrer Vermeidbarkeit und ihrer rechtlichen Problematik können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der (rechtlichen) Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz leisten.

Verpflichtende Gewaltschutzkonzepte wurden in Mecklenburg-Vorpommern im Wohn- und Teilhabegesetzt (WoTG M-V) aufgenommen und sind in vollstationären Wohnformen, wie Pflegeheime, Hospizen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und besonderen Wohnformen sowie in Tagespflege und teilstationären Hospizen zu erarbeiten. Allerdings sind freiheitsentziehende Maßnahmen nicht nur in stationären Kontexten, so auch in Kliniken (vgl. Ritzi und Klie 2021), verbreitet. Es muss zudem davon ausgegangen werden, dass auch in zahlreichen Privathaushalten zu freiheitsentziehenden Maßnahmen gegriffen wird (Klie 2011, 2021a), ohne dass die betreuungsrechtlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Mithilfe von MD-Daten aus den Begutachtungsverfahren lassen sich Hinweise auf entsprechende Risiken identifizieren und daraus abgeleitet Erwachsenenschutzkonzepte entwickeln, die ein interdisziplinär abgestimmtes Vorgehen unterstützen, in Risikosituationen in häuslichen Pflegearrangements angemessen und unterstützend sowie rechtsichernd tätig zu werden (vgl. Klie 2021a). Entsprechende Konzepte zum Gewaltschutz von zuhause lebenden Menschen mit Demenz bzw. Pflegebedarf ließen sich beispielsweise im Kontext der Nationalen Demenzstrategie unter Beteiligung der Länder erarbeiten. Auch im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge wurde eine entsprechende Arbeitsgruppe eingesetzt, an die angeknüpft werden kann.

Ein weiteres Thema der rechtlichen Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz ist die Einwilligung in medizinische und pflegerische Heil- und Unterstützungsmaßnahmen. Wie bei anderen Menschen mit Behinderungen auch wird bei Menschen mit Demenz die rechtliche Handlungs- und damit Einwilligungsfähigkeit unterstellt. Insofern müssen Ärztinnen und Ärzte sowohl die diagnostischen als auch die therapeutischen Maßnahmen, insbesondere die Medikation, mit den demenzbetroffenen Patientinnen und Patienten aushandeln. Sie sind auf deren wirksame Einwilligung angewiesen, wenn die jeweiligen ärztlichen Maßnahmen rechtlich legitimiert sein sollen (vgl. Klie 2015a; Klie et al. 2014). Dabei kann sich die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit stellen – insbesondere bei einem progredienten Krankheitsverlauf. Die Einwilligungsfähigkeit darf keinesfalls statisch betrachtet werden. Sie kann auch durch rechtliche Assistenz erhalten bleiben und unterstützt werden. Bezogen auf einfachere und den Patientinnen und

Patienten bekannte diagnostische und therapeutische Maßnahmen kann die Einwilligungsfähigkeit erhalten bleiben, wie etwa bei interkurrenten Krankheitsformen wie Grippe oder Erkältungen, gleichwohl sie für komplexere Fragen der Heilbehandlung eingeschränkt sein kann. Mit der Leitlinie Einwilligungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz der AWMF (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie et al. 2020) wurden für die ärztliche, in Teilen aber auch für die fachpflegerische Praxis Maßstäbe für die Bewertung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit in einem interprofessionellen und interdisziplinären Aushandlungsprozess erarbeitet. Ihre Umsetzung in die klinische und außerklinische medizinische Versorgung ist allerdings noch keineswegs vollständig vollzogen (Pantel et al. 2016). In einem groß angelegten Forschungsprojekt EmMa (vgl. Haberstroh und Müller 2017; Haberstroh et al. 2014) wurden Instrumente zur Prüfung der Einwilligungsfähigkeit getestet. Ein differenziertes Verständnis von Einwilligungsfähigkeit und eine auf einem solchen beruhende medizinrechtliche Praxis entspricht nur selten der Arzt-Patienten-Interaktion, ist in der Bevölkerung keineswegs bekannt. Die Kommunikation zwischen Arzt bzw. Ärztin und Angehörigen über den Kopf des Patienten oder der Patientin hinweg gehört immer noch zum Alltag medizinrechtlicher Praxis (vgl. Haberstroh und Müller 2017). Auch die stellvertretende Einwilligung von An- und Zugehörigen in ärztliche Heilbehandlungsmaßnahmen auf Pflege angewiesener Menschen mit Demenz ist weit verbreitet und wird zumindest rechtlichen Qualitätsmängeln in der medizinrechtlichen Versorgung von Menschen mit Demenz nicht gerecht (vgl. Klie 2021d), kritisch zur AWMF-Leitlinie: Klasen und Klasen 2020). Das dürfte auch in Mecklenburg-Vorpommern ein Thema sein. Insofern wären im Rahmen von ärztliche und fachpflegerischen Fortbildungen Fragen im Zusammenhang mit der Einwilligung von Menschen mit Demenz in Heilbehandlungen und pflegerische Maßnahmen zu behandeln.

4.8 Strategischer Rahmen in Bund, Land und Kommunen

Die Nationale Demenzstrategie aus dem Jahr 2020 (Nationale Demenzstrategie 2020) stellt durch die Bündelung bundesweiter Expertise einen wichtigen Orientierungs- und Handlungsrahmen für landesweite, für regionale und lokale Demenzstrategien dar. Sie formuliert Ziele für die strategische Weiterentwicklung der Versorgungs- und Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Diese wurden nach Handlungsfeldern sortiert und sind - nach Möglichkeit - aufeinander bezogen. Wie man die medizinisch-pflegerische Versorgung einerseits, die Sicherung von Teilhabe von Menschen mit Demenz andererseits, sowie die Unterstützung pflegender Angehörige miteinander verbindet, gilt es je nach örtlicher Gegebenheit die sich ergänzenden Formen der Unterstützung aufeinander zu beziehen.

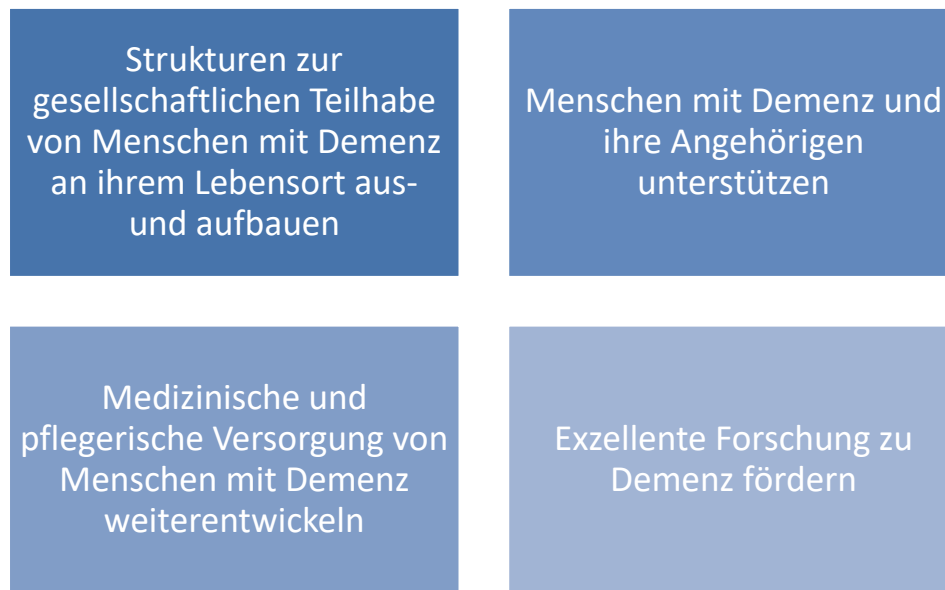


Abb. 85: Die vier Handlungsfelder der Nationalen Demenzstrategie.
Eigene Darstellung. Quelle: Nationale Demenzstrategie 2020.

Auch hier spielt die Nähe zur Pflegesozialplanung eine zentrale Rolle. Auf der örtlichen Ebene in den Städten und Gemeinden ist es im Wesentlichen eine Aufgabe von sich als Case Management-Organisationen (vgl. Monzer 2018) zu verstehender Netzwerke, die Ziele einer guten Versorgung unter Schaffung von Bedingungen guten Lebens für Menschen mit Demenz zu organisieren. In diesem Zusammenhang kommt es darauf an, dass alle versorgungs- und teilhabeverantwortungstragende Handlungsebenen und Akteursgruppen an einem Strang ziehen und an gemeinsamen Zielen orientiert ihren jeweiligen Beitrag für Versorgungssicherheit und Teilhabe leisten: Die Wissenschaft, die Professionellen in der Praxis, die Träger von Einrichtungen und Diensten, die Kranken- und Pflegekassen, sowie die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen und die zivilgesellschaftlichen Akteure. Auf Netzwerken auf allen Ebenen, Landkreise und Gemeinden, kommt in diesem Zusammenhang eine zentrale und häufig unterschätzte Bedeutung zu. Umso erfreulicher ist es, dass sich gerade in Mecklenburg-Vorpommern so effiziente Netzwerkstrukturen und Formen der Zusammenarbeit auf allen Ebenen gebildet haben respektive entsprechend gefördert wurden.

Mecklenburg-Vorpommern sticht durch einige bemerkenswerte Maßnahmen der letzten Jahre im Bereich Demenz deutschlandweit hervor. Das ist zum einen der sehr positiv zu bewertenden Sammlung aller relevanten Angebote rund um das Thema Demenz in Form des *Demenzkompasses*, den es allerdings weiterzuentwickeln gilt, oder den vielversprechenden Ansätzen der *GeriCoaches* oder der *Dementia Care Manager*.

Als ein Pilotprojekt im Bereich der Demenz gilt die Stadt Grevesmühlen, die sich als erste Kommune in Mecklenburg-Vorpommern aufgemacht hat, „demenzfreundlich“ zu werden. In einem partizipativen Prozess entstand im Jahre 2023 vor Ort eine Netzwerkgruppe, bestehend aus Vereinen und Verbänden, Pflegedienstleistern, Ärztinnen und Ärzte sowie Privatpersonen⁸¹. Maßnahmen, die das Netzwerk gemeinsam erarbeitet hat und die umgesetzt werden (sollen), sind:

- Aufbau und Stabilisierung einer zentralen Netzwerkstruktur
- Akteure und Fachkräfte fördern und weiterbilden, z. B. mit Schulungen

⁸¹ <https://www.grevesmuehlen.de/leben/gesundheit/demenzfreundliche-stadt.html>

- Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit: Sensibilisierung, Sichtbarkeit, Bildung
- Bedürfnisorientierte Stadtplanung vorantreiben, z. B. barrierefreier Waldabschnitt
- Passende Angebote entwickeln, für bspw. Mobilität und partizipative Planung
- Das Netzwerk verstetigen und die Finanzierung sichern, z. B. durch Förderanträge

In Kapitel 4.3 zur Beratungs- und Begleitstruktur wurden weitere Projekte dieser Art in Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern vorgestellt. Mit ihren Maßnahmen für demenzfreundliche Strukturen vor Ort können sie als *Good-Practice*-Beispiel für weitere Städte und Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern herangezogen werden, um – lokal angepasst – weitere Orte in Mecklenburg-Vorpommern demenzfreundlich(er) zu gestalten.

In den **Pflegesozialplänen** der kreisfreien Städte und Landkreise wird das Thema Demenz grundsätzlich in allen Berichten aufgegriffen. Der aktuelle „Berichtsstandards für eine Integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns“ (vgl. hierzu grundsätzlich Kapitel 3) listet das Thema Demenz im Bereich „Perspektivisch erforderliche Indikatoren“ mit sechs möglichen Indikatoren auf und führt es als Beispiel für ein mögliches Vertiefungsthema aus. Damit sind keine besonderen Inhalte zum Thema Demenz vorgeschrieben und es wird eher unverbindlich auf die Darstellung der Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Demenz verwiesen. In der Konsequenz geben die Pflegesozialpläne sodann auch in sehr unterschiedlicher Intensität Aufschluss über die strukturellen pflegerischen Rahmenbedingungen für Menschen mit Demenz in den jeweiligen Landkreisen oder kreisfreien Städten. Während in den Berichten in den Landkreisen Rostock und Ludwigslust-Parchim eher grundlegende Infos zum Thema Demenz berichtet werden (Schätzungen zur Anzahl im Landkreis etc.), legen andere Berichte einen stärkeren Fokus auf das Thema. Gerade in Berichten mit Eigenerhebungen wurde das Thema Demenz in der Regel in den Befragungsinstrumenten berücksichtigt, sodass beispielsweise Einschätzungen zur Versorgungsqualität durch die Anbieterinnen und Anbieter in der Pflege berichtet werden. Es fällt auf, dass die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Demenz häufig als besonders stark gefährdet bewertet wird, so z.B. im Pflegesozialplan der Landeshauptstadt Schwerin. Dort bewerteten 88 % aller befragten Dienstleister im Bereich Pflege die Angebote für Menschen mit Demenz in Schwerin als „unzureichend“ (Engels et al. 2025, S. 85).

Soweit dies aus den Pflegesozialplänen ersichtlich ist, sticht hinsichtlich strategischer Umsetzung von Zielen im Bereich Demenz beispielsweise der Landkreis Vorpommern-Greifswald hervor. So wurden die Handlungsempfehlungen des ersten Pflegesozialplans des Landkreises Vorpommern-Greifswald aus dem Jahre 2020 evaluiert und hinsichtlich des Themenfeldes Demenz wird festgehalten, dass die Empfehlung „Hinweise zu Gesundheitsrisiken, speziell in Bezug auf dementielle Erkrankungen“ mit Umsetzung des Demenzwegweisers des Landkreises umgesetzt wurde. Die Empfehlung „Netzwerkarbeit Demenz aktivieren“ wurde ebenfalls als erfüllt gewertet, da der Landkreis seit 2020 jährlich einen Demenz-Fachtag ausrichtet (Landkreis Vorpommern-Greifswald 2024, S. 65). Im Pflegesozialplan des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte wird im Fazit festgehalten, dass es im Landkreis an flächendeckenden Beratungs- und Entlastungsangeboten für Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörige fehle und das Ziel der nationalen Demenzstrategie somit noch nicht erreicht sei. Eine vielversprechende Entwicklung wird allerdings in dem im Aufbau befindlichen Ansatz des Dementia Care Managements gesehen (Büttner und Kalff 2024, S. 260). Insgesamt kann festgehalten werden, dass das Thema Demenz im Kompass zur Erstellung der integrierten Sozialpläne noch stark vernachlässigt wurde. Hier bedarf es entsprechender Vorgaben, wie das Thema Demenz in Zukunft vergleichbar berichtet werden sollte.

4.9 Reflexion des Demenz-Monitorings mit relevanten Stakeholdern

Am 12.11.2025 wurde in den Räumlichkeiten des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin ein Workshop mit relevanten Stakeholdern aus Mecklenburg-Vorpommern zum Thema Demenz-Monitoring durchgeführt. Die Resonanz war ausgesprochen groß – es nahmen mehr als vierzig Teilnehmende an der Veranstaltung teil, knapp 30 vor Ort und um die fünfzehn Personen digital. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um Stakeholder aus allen relevanten Bereichen – sei es aus der Selbsthilfe (DALzG), aus Praxis und Ehrenamt in Pflege und Betreuung, aus den Verbänden und den Krankenkassen, der Wissenschaft (DZNE) oder aus den Landkreisen und kreisfreien Städte (Planerinnen und Planer).

Die geführten Diskussionen waren in der Sache konzentriert und hinsichtlich der mit dem Demenz-Monitoring verfolgtem Ziel ausgesprochen engagiert. Seitens des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern wurde das Demenz-Monitoring im Zusammenhang vielfältiger Aktivitäten in Mecklenburg-Vorpommern gestellt. Zu diesem gehören die Landesfachstelle Demenz, die beim Landesverband der DALzG M-V angesiedelt ist, die Arbeitsgruppe „Herausforderung Demenz“, die sich im Zuge des Pakts für Pflege M-V gebildet hat und als Kernaufgabe die Erarbeitung eines Demenzplans für M-V inne hat, der im März 2025 konstituierte wissenschaftliche Expertenbeirat Demenz, der Geriatrieplan Mecklenburg-Vorpommern, der aktuell überarbeitet wird und sich auch dem Thema Demenz widmet, sowie einer vielfältigen und engagierten Praxis unterschiedlicher Akteursgruppen, die sich auf die Förderung der Teilhabe und die Sicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen fokussiert.

Für den Einstieg in den Workshops wurde eine gesellschaftliche und anthropologische Perspektive gewählt, die Bedeutung gesellschaftlichen Respekts gegenüber Menschen mit Behinderungen, zu denen auch die größte Gruppe von Menschen mit Behinderungen in einer Gesellschaft des langen Lebens – die, der Menschen mit Demenz – zählt, betont und in Anlehnung an Rainer Marten ein Recht auf Demenz im Sinne von Demenz als Lebensform formuliert. Menschen mit Demenz haben ein Recht auf Bedingungen guten Lebens. Die Bedingungen guten Lebens fordern die gesamte Gesellschaft heraus - die örtliche Gemeinschaft, die zivilgesellschaftlichen Akteure, die örtlich tätigen Unternehmen, die professionell in der Begleitung von Menschen mit Demenz Tätigen und ihren An- und Zugehörigen sowie natürlich auch den Staat, der sich mit dem Demenz-Monitoring zu seiner Verantwortungsrolle bekennt.

4.9.1 Demenzprävalenzen: Nur eine Annäherung

Vorgelegt wurden erste Berechnungen und Befunde zum Demenz-Monitoring, die ausführlich diskutiert wurden, die oben bereits vorgestellten Berechnungen zur Demenz-Prävalenz auf Basis von Euro-CoDe-Daten und die der AOK wurden breit diskutiert. Bei den Berechnungen der Demenz-Prävalenzen bestünden vielfältige Unsicherheitsfaktoren. Die auf den Daten der AOK/WidO beruhenden kennen als Datengrundlagen lediglich die AOK-Versicherten - mit entsprechenden Hochrechnungen. Zudem wurde darauf verwiesen, dass die Daten der Krankenversicherungen nur erfolgte Diagnosen abbildeten und die Kodierung der Ärztinnen und Ärzte nicht immer verlässlich erfolge. Hingewiesen wurde auf eine Veröffentlichung im Ärzteblatt zu Demenz-Prävalenzen aller GKV-Versicherten (Michalowsky et al. 2025), die entsprechend diagnostizierte Fälle in Hausarzt- und Facharztpraxen beinhalten. Die Daten weisen eine leicht rückläufige Inzidenz und Prävalenz

aus, kennen allerdings gewisse Unsicherheiten, da sie auf der Codierungspraxis beruhen. Die Daten wurden im Anschluss an den Workshop zum Vergleich mit den Euro-CoDe-Zahlen in die Darstellung der Prävalenz mit aufgenommen (vgl. Kapitel 4.2.2).

Die Berechnungen von Demenz-Prävalenzen sei für Planungszwecke dann besonders ertragreich, wenn sie sich kleinräumig auf Gemeinde- oder Stadtteilebene abbilden ließen. Hier sei angesichts der geringen Fallzahlen unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten derzeit allerdings nur eine Auswertung auf der Zweierpostleitzahlebene möglich. Korrekturen in den datenschutzrechtlichen Regelungen seien auch aus Sicht des DZNE absolut wünschenswert, wenn nicht erforderlich, um auch unter Präventionsgesichtspunkten tätig werden zu können. Die vorgestellten Schätzungen über die Zahl von Menschen mit Demenz nach Altersgruppen und Landkreisen wurde breit diskutiert. Auch diese Zahlen beruhten auf einer fragilen Datenbasis. Es wurden Daten der DALzG genutzt, die letztlich nur Prävalenzen für ganz Europa darstellen (Euro-CoDe). Verlässliche Prävalenzzahlen für die unterschiedlichen Formen von Demenz fehlten bisher ebenfalls. Dabei seien die Schätzungen von Menschen mit Demenz nach Regionen und Altersgruppen durchaus sinnvoll und hilfreich, um eine Vorstellung der Gesamtzahlen an Betroffenen zu erhalten und zudem sichtbar würde, wie hoch die Zahl von Menschen mit Demenz im Erwerbsalter ist. Gerade aus Sicht des DZNE wurde darauf verwiesen, dass die Prävalenzen der Altersgruppen der unter 65-Jährigen stark unterschätzt würden. Hier finden sich versteckte Bedarfe nach Unterstützung und professioneller Versorgung, die auch für ein Demenz-Monitoring von großer Bedeutung sind. Das DZNE erstelle hier gerade in NRW eine Studie, die die Prävalenzen jüngerer Demenzerkrankter auf eine sicherere Datenbasis stellen. Insgesamt wurden die zahlenmäßige Berechnung von Demenzbetroffenen insofern als wichtig angesehen, da sie die Aufmerksamkeit berechtigterweise auf das Thema Demenz lenkten. Die absoluten Zahlen seien aber allenfalls als näherungsweise Trends zu betrachten.

4.9.2 Angebotsabbildung im Demenzkompass

Vorgestellt wurden auf dem Workshop auch die Analysen zum Demenzkompass der DALzG M-V, der gerade auch im Bundesvergleich als durchaus bemerkenswert dargestellt wurde. Über 600 gelistete Angebote enthält der Demenzkompass, es finden sich detaillierte Informationen zu den vielfältigen Angeboten, die sich auch in Kartendarstellungen nach Kategorien aufbereiten lassen. Entsprechende Karten wurden vor- und zur Diskussion gestellt. Es stellen sich eine ganze Reihe von Fragen in dem Zusammenhang mit dem Demenzkompass. Der Demenzkompass beruht auf den Einträgen der Anbieter. Es stellt sich die Frage, wer die Aktualität der eingestellten Inhalte gewährleistet. Zudem wurden Fragen aufgeworfen, wer den Demenzkompass nutzt, ob er insofern übersichtlich sei. Die Zielgruppen sind selbstverständlich nicht allein Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen, sondern auch die professionellen Beraterinnen und Berater. Auch für die Planerinnen und Planer finden sich in dem Demenzkompass wichtige Hinweise. Wie sich aus dem DAK-Pflegereport 2025 ergibt, ist die Frage der Beratung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen eine zentrale. In der Bevölkerung sind Beratungsangebote häufig nicht bekannt. Das gilt auch für Angebote, die sich an Menschen mit Demenz richten.

Eine wichtige Rolle spielen die 19 Pflegestützpunkte und auch die sozialpsychiatrischen Dienste richten sich an Menschen mit Demenz in spezifischen Bedarfslagen. Im Workshop wurde die Überlegung angestellt, ob es mehr Beratungsangebote vor Ort bräuchte. Verwiesen wurde auf die Beispiele Rheinland-Pfalz und Saarland, wo die Pflegeberatung der Kassen in die Beratungsstruktu-

ren der Pflegestützpunkte eingebunden ist. Das bedeutet, dass die Kassen in der Regel keine eigenen Pflegeberatungsangebote unterhalten und diese Ressourcen stattdessen den Pflegestützpunkten zur Verfügung stehen.

Aus der Zivilgesellschaft wurde gefordert, dass es mehr Informationen für die Bevölkerung zum Thema Demenz benötige. Gerade für Menschen mit Demenz bedürfe es einer zugehenden Beratung. Es wurde in diesem Zusammenhang auf die Diskussionen auf Bundesebene im Rahmen des Zukunftspakts Pflege um die pflegfachliche Begleitung verwiesen. Auch auf Demenz- respektive Pflegestammtische, als leicht zugängliche und für alle wohlfahrtspluralistisch relevanten Akteure offene Austausch- und Koordinationsmöglichkeiten wurde verwiesen. Im Zusammenhang mit den Runden Tischen und anderen Netzwerkformen steht auch das Thema der Demenznetzwerke in Mecklenburg-Vorpommern. Die gemäß § 45c SGB XI geförderten Demenznetzwerke finden sich in vielen, aber nicht in allen Landkreisen und Regionen. Im Workshop wurde darauf hingewiesen, dass das vom DZNE entwickelte *Dementia Care Management*, das in einem Innovationsfondsprojekt entwickelt und jüngst vom G-BA für die Regelversorgung empfohlen wurde, nicht zu den Demenznetzwerken gehört respektive dort nicht verortet ist. Im Workshop wurde außerdem die zentrale Rolle der GeriCoaches in den Netzwerken dargestellt. Sie sind sowohl für die Betroffenen und ihre Angehörigen als auch für die fachlichen und politischen Akteure vor Ort wichtige Ansprechpartner. In der Workshop-Diskussion wurde deutlich, dass die unterschiedlichen Netzwerke konsequent aufeinander bezogen und vor allen Dingen auch ihre Regelfinanzierung sichergestellt werden müsse. Dies sei auch bei dem *Dementia Care Management*-Ansätzen noch nicht gewährleistet.

In die Diskussion eingebracht wurden die vielfältigen und sehr aktiven Ärztenetzwerke, die auch für die qualifizierte Versorgung von Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle spielen. Die Bedeutung der Netzwerke ist unabweisbar, dabei ist ihre aufeinander bezogene Weiterentwicklung eine wichtige Perspektive. In der Diskussion wurde allerdings auch deutlich, dass das Dechiffrieren der Angebotslandschaft für die Nutzerinnen und Nutzer keineswegs einfach sei. Privatpersonen als Nutzerinnen und Nutzer haben Hürden zu überwinden, um den Demenzkompass für sich zu erschließen. Übereinstimmend wurde festgestellt, dass es sich bei dem Demenzkompass um einen guten, aber durchaus weiterentwicklungsbedürftigen Ansatz handle.

Auch Freizeitangebote für Menschen mit Demenz können im Demenzkompass abgebildet werden. Die Teilhabeangebote würden oftmals durch die DAzG M-V eingetragen, nicht selten durch Hinweise aus den jeweiligen Netzwerken. Insgesamt existieren in Mecklenburg-Vorpommern durchaus vielfältige Freizeitangebote für Menschen mit Demenz, allerdings wären viele davon nur temporär – sodass sie sich nicht für die eher auf Dauer angelegten Einträge im Kompass eigneten. Zudem konzentrierte sich der Demenzkompass auf Angebote, die in besonderer Weise auf Menschen mit Demenz hin ausgerichtet sind. Andere, eher allgemein auf Inklusion hin angelegte oder zumindest auch für die Zielgruppe geeignete Angebote werden im Demenzkompass meist nicht aufgenommen. In der Quintessenz stellen die wenigen eingetragenen Freizeitaktivitäten für Menschen mit Demenz im Atlas nur ein Bruchteil der verfügbaren Angebote vor Ort dar. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass eine vollständige Aufnahme von Freizeit- und Teilhabeangeboten für Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern im Demenzkompass wenig sinnvoll erscheint. Das Tool eignet sich nicht für eher schnelllebige Angebote. Man könnte, die Konzepte aus Bayern aufgreifend, den Bereich der Teilhabe- und Freizeitangebote eher in Richtung einer Ideenbörse weiterentwickeln und ansonsten im Rahmen der kommunalen Pflegesozialplanung kreis-

oder gemeinde- respektive stadtbezogene Angebotslandkarten erstellen, die sich spezifisch auf die örtlichen Situationen beziehen.

Ebenfalls Gegenstand des Demenzkompasses sind Entlastungsangebote, für die der Entlastungsbetrag gemäß § 45b SGB XI eingesetzt werden kann. Die Angebote sind inzwischen vielfältig, konzentrieren sich aber, wie auch in der öffentlichen Debatte zunehmend kritisiert, auf haushaltsnahe Dienstleistungen, die zwar nachgefragt, aber letztlich mit den Zielsetzungen der Entlastungsangebote weniger kompatibel sind. In Zeiten der Modellphasen der entsprechenden Angebote konzentrierten diese sich stärker auf teilhabeorientierte Angebote. Aus Sicht der DALzG M-V wurde darauf hingewiesen, dass gerade für Menschen mit Demenz und die Angebote der DALzG M-V die sogenannten niederschweligen Leistungen von größter Bedeutung sind. Sie stabilisieren auch die entsprechenden Infrastrukturen. Durch eine Ausweitung der Angebote auf alle Pflegebedürftigen wurde die Spezifik bedroht. In dem Wettbewerb um die Angebote, um die zum Teil knappen Ressourcen entsprechender Dienstleistungen, kämen Menschen mit Demenz tendenziell zu kurz.

4.9.3 Teilhabe von Menschen mit Demenz

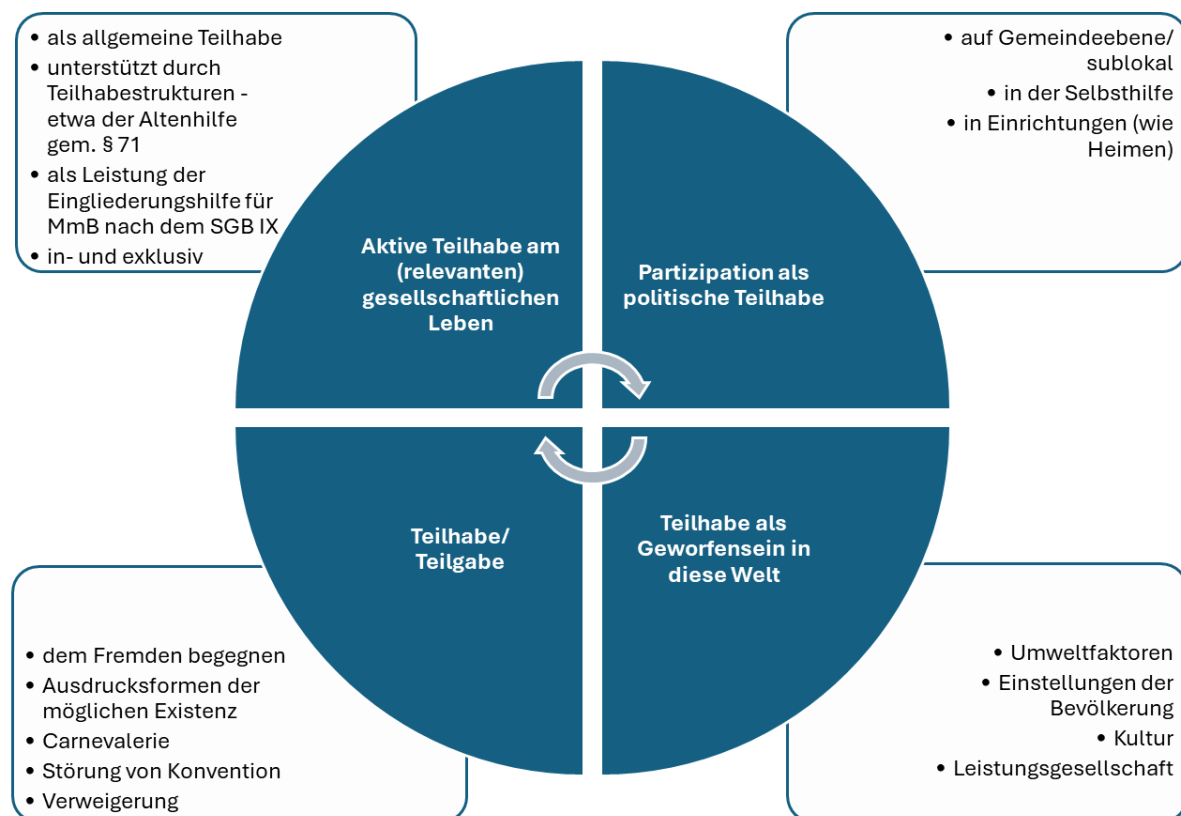


Abb. 86: Teilhabedimensionen.

Quelle: Eigene Darstellung

Die vier vorgestellten Dimensionen der Teilhabe wurden im Workshop als adäquat und hilfreich bewertet. Bei Teilhabe geht es auf der einen Seite um die allgemeine gesellschaftliche Teilhabe, die sich im Alltag und durch Einstellungen und Verhaltensweisen, sowie Solidaritätsbereitschaften in der Bevölkerung realisieren, es geht zum Teil aber auch um Teilhabeleistungen, gerade für Menschen mit Demenz im Erwerbsalter, die auf gegebenenfalls aus der Eingliederungshilfe finanzierenden Teilhabeleistungen existentiell sind. Es existieren in Mecklenburg-Vorpommern wenig Er-

fahrungen mit Routinen der Leistungsgewährung in diesem Personenkreis. Menschen mit Demenz dürften weiterhin nicht nur als Teilhabebedürftige, sondern auch als Teilgebende gesehen werden, die sich mit ihren Kompetenzen und Ressourcen hin in das gesellschaftliche Leben mit einbringen und es mitgestalten. Schließlich gäbe es auch ein Recht auf Nicht-Teilhabe, auf „Weltferne“ (vgl. Sloterdijk 1996). Unter diesem Gesichtspunkt gilt es unter Teilhabegesichtspunkten institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Menschen auch in verantwortlicher Weise in Ruhe gelassen werden (können). In der intensiven Diskussion wurde mit Blick auf die institutionalisierten Teilhabeangebote darauf hingewiesen, dass in urbanen Räumen deutlich mehr von ihnen vorgehaltenen werden als im ländlichen Räumen. Im ländlichen Raum kommt es mehr auf informelle und inklusive Angebote an. Versteht man die Teilhabesicherung von Menschen mit Demenz als Aufgabe der Daseinsvorsorge, sind hier kleinere Gemeinden in besonderer Weise darauf verwiesen, dass Teilhabeangebote bürgerschaftlich entwickelt werden - im Rahmen einer „Kunst der Daseinsvorsorge“ (vgl. Klie und Dehne 2025). Kritisch wurde nachgefragt, was denn mit den Menschen mit Demenz sei, die in Kommunen leben, die hier keine Performance zeigen und nicht in der Lage sind „Kunst der Daseinsvorsorge“ in dieser Richtung zu entwickeln. Auch von Exklusionsgefahren angesichts diskriminierender Einstellungsmuster in der Gesellschaft wurde gesprochen. Umso wichtiger könnten Ansätze sein, wie etwa eine Kampagne „Recht auf Demenz“ oder eine breite Aufklärungsarbeit, die mit dem Demenz-Monitoring ja ebenfalls intendiert ist. Verwiesen wurde darauf, dass gelingende Teilhabe letztlich mit dem Engagement einzelner Menschen verbunden sei, die bereit sind, sich dem Thema Demenz zu öffnen. Die bereits angesprochene Ideenbörse könnte hier eine wichtige Rolle spielen, um die vielfältige beeindruckende und kreative Praxis in Mecklenburg-Vorpommern sichtbar zu machen und mit Ausstrahlungskraft zu versehen. Letztlich sei mit dem Thema Teilhabe auch das Leitbild der Caring Community angesprochen, das in Mecklenburg-Vorpommern als Leitbild unterstützt wird.

4.9.4 Medizinisch-pflegerische Versorgung

Einen eigenen Schwerpunkt bildete die medizinisch-pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz. Diskutiert wurde zum einen die Frage der ausreichenden infrastrukturellen Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz. Gerade mit Blick auf Menschen mit Demenz im erwerbsfähigen Lebensalter wurden hier Desiderate gesehen. Ähnliches gilt auch für Menschen mit einer Symptomatik, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf aufweist. Die Passfähigkeit klassischer ambulant-pflegerischer Angebote für Menschen mit Demenz wurde ebenso problematisiert, wie die Verfügbarkeit von Tages- und Nachtpflegeplätzen, die bei einer Gesamtschau auf Mecklenburg-Vorpommern als vergleichsweise gut regional verteilt angesehen werden kann, allerdings nicht überall örtlich verfügbar ist. Auch ist die Akzeptanz von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen keineswegs selbstverständlich, sodass der Aufbau entsprechender Infrastrukturen auch mit einem kulturellen Wandel in der Bevölkerung verbunden ist. Hinsichtlich der medizinischen Versorgung ist Mecklenburg-Vorpommern mit den Standorten des DZNE in Greifswald und Rostock mit hoher Fachkompetenz ausgestattet. Die Memory-Kliniken bzw. Gedächtnissprechstunden sind für ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern vergleichsweise gut verteilt und aus allen Landesteilen relativ schnell erreichbar. Auch neue Wohnformen für auf Pflege angewiesene Menschen und Menschen mit Demenz finden sich in Mecklenburg-Vorpommern, allerdings nicht für alle Bedarfsgruppen in ausreichender und akzeptierter Art und Weise. Mit Blick auf die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung wurden die Probleme des Schnittstellenmanagement zwischen klinischer und außerklinischer Versorgung ebenso angesprochen, wie verbreitete Phänomene von Polypharmazie und der Verordnung von Wirkstoffen

aus der PRISCUS-Liste. Angeregt wurde ein eigenes Forschungsprojekt, dass sich auf die Implementierung der S3-Leitlinie Demenz, sowie auf entsprechenden Leitlinien der *Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin* (DEGAM) bezieht.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass für ein Demenz-Monitoring eine deutlich bessere, verlässlichere und aktuellere Datenbasis erforderlich ist. Die außergewöhnliche Konstellation in Mecklenburg-Vorpommern, über zentrale Kompetenzträger in der Demenzforschung und -Versorgung in zu verfügen, ist eine ausgesprochen günstige und bisher auch schon vorbildlich genutzte Möglichkeit der Verschränkung von Wissenschaft und Praxis in der Begleitung von Menschen mit Demenz, die auch und gerade für die Qualifizierung und Verstetigung eines Demenz-Monitorings genutzt werden könnte und sollte.

4.10 Perspektiven für den Aus- und Aufbau des Demenz-Monitorings

Der Ansatz des Demenz-Monitorings in Mecklenburg-Vorpommern kann als beispielgebend für Demenzstrategien der Länder im Rahmen der nationalen Demenzstrategie gelten. Er sollte in jedem Fall fortgesetzt und weiter qualifiziert werden. Die vielfältigen Formen von Demenzen stellen eine Herausforderung für die Betroffenen als Erkrankte aber auch als An- und Zugehörige dar. Es ist zuvorderst eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe Menschen mit Demenz als Mitbürgerinnen und Mitbürger zu sehen und ihnen Teilhabechancen und -möglichkeiten zu eröffnen. Die Teilhabedimension kommt auch in dem Demenz-Monitoring in Mecklenburg-Vorpommern zum Ausdruck und wird dort betont. Es wird allerdings empfohlen, ein weiteres Teilhabeverständnis respektive verschiedene Teilhabedimensionen in die Demenzstrategie einzubeziehen, so wie sie auf dem Workshop am 12.11.2025 erörtert wurde.

4.10.1 Früherkennung, Prävention, Vorbereitung

Anders als in vielen anderen europäischen Staaten kennt Deutschland keine systematische Früherkennung respektive Frühdiagnostik von Demenz – etwa auch unter Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren. Insofern bleiben viele Frühformen von Demenz weiterhin unerkannt. Auch wenn es ein Recht auf Nichtwissen gibt, muss es für eine gute Versorgung der Bevölkerung vornehmlich darum gehen, (potenziell) Demenzerkrankten ein hinreichendes Angebot an Differenzialdiagnostik anzubieten. Mit den Gedächtnis-Sprechstunden unterhält Mecklenburg-Vorpommern hier eine durchaus in der Fläche verankerte Infrastruktur. Gleichwohl teilt Mecklenburg-Vorpommern mit allen anderen Bundesländern die Grundproblematik einer letztlich kaum ausreichenden Differenzialdiagnostik für Menschen mit Demenz in der Fläche.

Über zukünftige Auswertungen der GKV-Routinedaten könnte die diagnostische Performance in Sachen Demenz regionalisiert abgebildet und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden.

Ebenfalls mithilfe der GKV-Routinedaten könnten die ICD-10- und ICD-11-Diagnosen regionalisiert und gegebenenfalls kleinräumig erhoben und kartografiert werden, um auf diese Weise im Rahmen der integrierten Pflegesozial- und Gesundheitsplanung gezielt zugehende Angebote in besonders betroffenen Regionen und Sozialräumen zu schaffen. Auch der Aufbau von entsprechenden Netzwerk- und Unterstützungsstrukturen könnte sich an entsprechenden Landkarten der Demenzdiagnostik orientieren, die dann wieder in den Netzwerken gemäß § 45e SGB XI aufgegriffen und genutzt werden könnten.

Nicht nur die typischerweise von Demenzdiagnosen betroffenen Kohorten hochbetagter Menschen gilt es dabei in den Blick zu nehmen, sondern auch und gerade die Menschen mit Demenz

im Erwerbsalter, für die es besondere Unterstützungs-, Teilhabe- und Versorgungsstrukturen bedarf. Mecklenburg-Vorpommern ist ein Kompetenzhotspot in Sachen Demenz und kann mit den inzwischen vom G-BA für die Regelversorgung empfohlenen Dementia-Care-Management-Ansätzen seine wichtigen Kompetenzen und Strategien, aber auch Methoden zur Verfügung stellen, die sich günstig auf die Lebenssituation und Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihre Zugehörigen auswirken kann.

4.10.2 Versorgungs- und Lebensqualität von Menschen mit Demenz

Die Wissensbestände über die Begleitung von Menschen mit Demenz stehen auf wissenschaftlicher Ebene in elaborierter und evidenzbasierter Weise zur Verfügung. Verwiesen sei auf die S3-Leitlinie Demenz der AMWF, aber auch die DEGAM-Leitlinien für die hausärztliche Versorgung. Nun kann keineswegs überall davon ausgegangen werden, dass es eine leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit Demenz gibt, respektive eine solche umgesetzt wird. Mecklenburg-Vorpommern könnte dieses Desiderat der systematischen Implementation evidenzbasierten Wissens in der Begleitung von Menschen mit Demenz mit seinen Forschungsstandorten in Greifswald und Rostock, aber auch der Hochschule Neubrandenburg aufgreifen und ein Monitoring zur Umsetzung der Leitlinien installieren, sei es im Rahmen drittmittelgeförderte Forschungsprojekte oder mithilfe von Landesförderungen. Hierdurch würde Mecklenburg-Vorpommern weiterhin zu einem der Pionierländer werden, respektive sich diesen Status weiter verdienen.

Ein Monitoring dieser Art könnte verbunden werden mit einer systematischen Auswertung der GKV/ SPV-Routinedaten für Menschen mit Demenz. Auch hier lassen sich regionalisierte Auswertungen fahren, die etwa im Rahmen des DAK-Pflegereports 2017 bezogen auf Menschen mit Demenz durchgeführt wurden. Sie geben Hinweise auf Formen der Unter- und Fehlversorgung und Medikation, etwa mit Blick auf Polymedikation, aber auch die Verordnung von PRISCUS-Wirkstoffen. Die im Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vorgesehene Zurverfügungstellung von SPV- und in Grenzen auch GKV-Daten könnte hierfür und wiederum auch für Planungszwecke systematisch genutzt werden, aber auch einen Beitrag für die Verbesserung der Versorgungsqualität leisten. Über die GKV- und SPV-Routinedaten lassen sich überdies regionalisiert und postleitzahlgenau Hinweise auf die Nutzung von Angeboten der sozialen Pflegeversicherung gewinnen, die für den Ausbau, aber gegebenenfalls auch für Fragen der Hinwirkung auf die Nutzung entsprechender Infrastrukturen einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation leisten können.

Der Medizinische Dienst hält als einzige Institution systematischen und regelhaften Zugang zu den Pflegehaushalten. Der MD ist durchaus in der Lage, Hinweise auf Risiken in der Versorgungssituation zu geben (Risikoscreening) (Büscher und Klie 2023). Die entsprechenden Risikohinweise lassen sich sowohl auf der individuellen Ebene, in der Hilfe- und Pflegeprozessplanung nutzen als auch auf regionalisierter und sozialräumlicher Ebene, wenn sie territorial aggregiert werden. Auch Hinweise auf die Überforderung von An- und Zugehörigen lassen sich gegebenenfalls aus den MD-Daten gewinnen, gerade wenn es um die Weiterentwicklung der Rolle des MD geht (vgl. BMG 2025). Auf diese Weise könnten regionalisierte und sozialräumliche Strategien entwickelt werden, die auf eine Verbesserung der Versorgungssituation und -qualität gerichtet sind.

Schließlich sind auch auf Pflege angewiesene Menschen mit Demenz von Armutsrisiken bedroht. Sie haben Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege, gegebenenfalls auch der Eingliederungshilfe. Hier gilt es zu prüfen, inwieweit eine systematische Auswertung der Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – verbunden mit der jeweiligen

Pflege- und Demenzprävalenz – regionalisiert in den Blick genommen und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden können. Diese Erkenntnisse könnten bei präventiven Ansätzen oder präventiven Handlungsformen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung genutzt werden.

4.11 Empfehlungen

Insgesamt wurden sechs zentrale Empfehlungen für den Bereich des Demenz-Monitorings aus den Ausführungen in diesem Kapitel abgeleitet:

1. Fortführung und Weiterentwicklung des Demenz-Monitorings
2. Strukturierte Aufnahme des Themas Demenz in den Pflegesozialplänen
3. Weiterentwicklung des Demenzkompasses
4. Medizinisch-pflegerische Versorgung für Menschen mit Demenz verbessern
5. Ausdifferenzierte Beratungsstrukturen aufeinander beziehen
6. Teilhabe sichern - lokal und mit besonderem Fokus auf benachteiligte Gruppen

4.11.1 Fortführung und Weiterentwicklung des Demenz-Monitorings

Die konzeptionelle Erstellung eines Demenz-Monitorings, das mit dem Landesplan Pflege nun erstmals vom Land Mecklenburg-Vorpommern auf den Weg gebracht wurde, ist in vielerlei Hinsicht bemerkenswert. Es leistet einen wichtigen Beitrag dazu, Menschen mit Demenz ein gutes Leben zu ermöglichen, die Versorgungsqualität für sie zu verbessern, Angehörige zu unterstützen und in der Bevölkerung ein verbessertes und menschenrechtlich reflektiertes Verständnis von Demenz zu verankern. Vor diesem Hintergrund sollte das Monitoring in jedem Fall weiterverfolgt und ausgebaut werden. Die mit einem Demenz-Monitoring aufgeworfenen Fragen sind vielfältig. Es wurden eine Reihe von Forschungsdesideraten deutlich, die beispielsweise beim Thema Epidemiologie und Inzidenz den Aufbau des geplanten Monitorings erschweren. Die bisher vorliegenden Daten, die im Kapitel zur Epidemiologie aufbereitet wurden, bieten jedoch eine gute Grundlage, um Einschätzungen über die Zahl von Menschen mit Demenz nach unterschiedlichen Alters- und Diagnosegruppen regionalisiert vorzunehmen und den jeweiligen regionalen und fachlichen Handlungsbedarf zu identifizieren.

Die Forschung zu Fragen der adäquaten medizinisch-pflegerischen und teilhabeorientierten Unterstützung hat sich in Deutschland und weltweit in den letzten Jahren deutlich verbessert. Auch und gerade in Mecklenburg-Vorpommern haben das DZNE, das Max-Planck-Institut in Rostock, die Universitäten Rostock und Greifswald und die Hochschule Neubrandenburg wichtige Beiträge zur Verbesserung der Forschungslage geleistet – und dies konsequent transferorientiert. Ein Demenz-Monitoring könnte und sollte sich auch der Frage widmen, ob und inwieweit die entsprechenden fachlichen Erkenntnisse und Standards flächendeckend und zielgruppenspezifisch umgesetzt werden. So wäre beispielsweise an eine Evaluation zur Umsetzung der S3 Leitlinien Demenz in Mecklenburg-Vorpommern zu denken oder die Beantwortung der Frage nach der indikationsgerechten Gabe von Psychopharmaka. Für beide Fragestellungen würden sich entsprechend drittmittelfinanzierte Projekte anbieten, deren Erkenntnisse wertvolle Beiträge für das Demenz-Monitoring liefern.

4.11.2 Strukturierte Aufnahme des Themas Demenz in den Pflegesozialplänen

Die Analyse der integrierten Pflegesozialpläne zum Thema Demenz zeigt, dass diesem Thema in der Entwicklung des Berichtstandards noch zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Auch wenn das Thema Demenz in den Pflegesozialplänen teilweise ausführlich behandelt wurde, ist der bisherige Umfang dem bedeutenden Themenfeld Demenz nicht angemessen. Im Sinne einer fachlichen Befassung mit dem Thema in den Plänen sowie einer inhaltlichen Unterstützung des Demenz-Monitorings bedarf es aus Sicht der Gutachter deshalb entsprechender Vorgaben, wie das Thema Demenz in Zukunft berichtet werden sollte.

Um das Bewusstsein für das Thema zu schärfen, ist es sinnvoll, die Anzahl der Betroffenen im Landkreis zu ermitteln (insbesondere der perspektivisch erforderliche Indikator Nr. 5 im Berichtsstandard). Dies ist beispielsweise für die Darstellung der Pflegesituation gegenüber der Lokalpolitik bedeutsam. Zum anderen sollten die einschlägigen Angebote im Landkreis gut dokumentiert werden, um die Passgenauigkeit der Angebotslandschaft und ihre Entwicklung im Zeitverlauf besser einschätzen zu können (Indikatoren Nr. 7–9). Bei letzterem kommt den Heimaufsichten eine besondere Rolle zu. Sie sollten in Zukunft mit Blick auf die Pflegesozialpläne und das Demenz-Monitoring in ihrer Dokumentation systematisch erfassen, welche Angebote sich mit welchen Platzzahlen an Menschen mit Demenz richten.

Zudem sind qualitative Bewertungen der Versorgungslage von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen äußerst wertvoll. Dies kann beispielsweise in Form eigener Erhebungen im Themenfeld, Auswertungen von Sitzungen der Pflegekonferenzen oder der Erfahrungen und Daten der Pflegestützpunkte erfolgen. So können Versorgungslücken systematisch sichtbar gemacht und strategische Maßnahmen darauf ausgerichtet werden.

Wie in den Pflegesozialplänen allgemein sollte letztlich auch im Themenfeld Demenz der Fokus auf die Entwicklung, Umsetzung und Überprüfung konkreter Maßnahmen gelegt werden. Ein vorbildliches Beispiel hierfür ist der Landkreis Vorpommern-Greifswald mit seinem Pflegesozialplan. Wie wird die Versorgungslage von Menschen mit Demenz eingeschätzt? In welchen Bereichen sind deshalb Maßnahmen nötig? Welche wurden in der Vergangenheit umgesetzt und wie können diese fortgeführt oder ausgebaut werden?

4.11.3 Weiterentwicklung des Demenzkompasses

Mit dem „Demenzkompass“, der von der Alzheimer-Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern koordiniert und verantwortet wird, wurde ein wichtiger Beitrag zur Herstellung von Transparenz über Versorgungs- und Teilhabeangebote geleistet. Der Demenzkompass der Alzheimer-Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern sollte in jedem Fall fortgeführt und weiter qualifiziert werden. Dabei erscheint es besonders wichtig, dass die Daten für die relevanten Akteure gut nutzbar sind, aktuell gehalten werden und die Nutzenden nicht überfordern. Zur Weiterentwicklung des Demenzkompasses wird empfohlen:

- Regelmäßige Einbindung der Planerinnen und Planern aus den Landkreisen und kreisfreien Städten mit ihrem vertieften regionalen Wissen zur Aktualisierung und Ergänzung der Einträge

- In einigen Themenfeldern wäre eine Konzentrierung auf die Darstellung von Beispielen guter Praxis sinnvoll, die Interessierte anregen, ähnliche Angebote in ihrer Region anzustoßen. Dies empfiehlt sich insbesondere in den „kurzlebigen“ Themenfeldern wie Engagement, Freizeit und Sport.
- Ausrichtung des Demenzkompasses für Betroffene und Angehörige prüfen: Hervorhebung besonders relevanter Angebote für diese Zielgruppe (gerade auch der Beratung)

4.11.4 Medizinisch-pflegerische Versorgung für Menschen mit Demenz verbessern

Das Demenz-Monitoring dient unter anderem dazu, die medizinisch-pflegerische Versorgungssituation sowie die Teilhabesicherung zu erfassen und hinsichtlich ihrer Bedarfsgerechtigkeit zu bewerten. Dabei gilt es, Desiderate für die unterschiedlichen Gruppen oder Regionen herauszuarbeiten. Angesichts der unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit Demenz werden die spezifischen Versorgungsaspekte zum Teil in den Pflegesozialplänen aufgegriffen, soweit es sich um typische pflegerische Anforderungen handelt. Stehen hingegen medizinische Versorgungsfragen im Vordergrund, erfolgt die Berücksichtigung in der Geriatrieplanung. Besonders hilfreich wäre für die große Zahl zuhause lebender Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in Zukunft eine pflegefachliche Begleitung (vgl. hierzu ausführlich Kapitel 3.6.7).

Ein Demenzplan M-V, der ebenfalls in Arbeit ist, wird sich differenzieren mit dem Aufbau, der Qualifizierung und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen beschäftigen. Dabei ist zu überlegen, inwiefern es möglich sein wird, seltenere Demenzformen, wie Demenzen bei Menschen im Erwerbsalter, besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Zugleich stellen sich angesichts der unterschiedlichen sozialrechtlich strukturierten Sektoren der Versorgung von Menschen mit Demenz Fragen der sektorenübergreifenden Versorgungssicherheit und der Einlösung des Sicherstellungsauftrags. Je nachdem, ob es sich um medizinische Fragen, Fragen der Teilhabe im Sinne des SGB IX oder der Pflege im Sinne des SGB XI und XII handelt, sind diese unterschiedlich geregelt. Gerade im Bereich der Langzeitpflege stellt sich die Frage nach der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung als durchaus anspruchsvoll dar. Auf deren Klärung sollte das Land Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der aktuell geplanten großen Pflegereform Einfluss nehmen.

4.11.5 Ausdifferenzierte Beratungsstrukturen aufeinander beziehen

In der Erarbeitung des Monitorings konnten die vorhandenen Infrastrukturen hinsichtlich der Beratungs- und Begleitungsstrukturen abgebildet werden. Dabei wurde deutlich, dass sich die Beratungsstrukturen aus unterschiedlichen, institutionell verorteten Angeboten zusammensetzen. Im Mittelpunkt stehen die Beratungsstrukturen im Rahmen der Langzeitpflege (Pflegeberatung, Pflegestützpunkte), aber auch Angebote der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII richten sich an Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Ebenfalls gefragt sind sozialpsychiatrische Dienste sowie der Medizinische Dienst, dem – wenn auch weniger explizit, so doch implizit – Beratungsaufgaben zukommen, etwa im Zusammenhang mit Heil- und Hilfsmitteln oder mit Blick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§§ 18 ff. SGB XI). Auch Betreuungsbehörden übernehmen wichtige Beratungsaufgaben für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. In Mecklenburg-Vorpommern wurden im Rahmen des Dementia Care Management neue Beratungsstrukturen erprobt. Diese gilt es konsequent aufeinander zu beziehen und in eine Gesamtstruktur der Beratung zu integrieren. Eine gute Gelegenheit bietet die Einführung der pflegefachlichen Beratung, um die Beratungsstrukturen im Sinne einer Case-Management-Organisation regional aufeinander zu beziehen. Entsprechende Vorschläge hinsichtlich der Umsetzung wurden im Kapitel „Pflegesozialplanung“ ausgeführt (vgl. Kapitel 3.7).

4.11.6 Teilhabe sichern – lokal und mit besonderem Fokus auf benachteiligte Gruppen

Eine wichtige Dimension des Demenz-Monitorings ist das Thema Teilhabe. Dieses ist hinsichtlich der Teilhabedimensionen zu differenzieren: allgemeine gesellschaftliche Teilhabe, Teilhabeangebote und -strukturen, Teilhabeleistungen für Menschen mit Demenz sowie die Dimensionen der Teilhabe als gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit Demenz und Anerkennung von Demenz als Lebensform. Teilhabeangebote und -strukturen werden im Demenzkompass thematisiert und aufgelistet. Es wird empfohlen, die häufig auch im informellen Sektor angesiedelten Teilhabeangebote eher regional und lokal bekannt zu machen, zu kommunizieren und aktuell zu halten – im Zusammenhang mit Konzepten von demenzfreundlichen Kommunen. Nochmals größerer Handlungsbedarf besteht zudem bei der Eröffnung von Teilhabeleistungen für Menschen mit Demenz, die zu eher benachteiligten Gruppen gehören. Dies sind beispielsweise einkommensschwache Personengruppen oder Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten wie FTD-Betroffene, die häufig durch das Raster der Versorgung fallen. Diesen Zielgruppen, denen häufig sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe als auch der Hilfe zur Pflege und der Altenhilfe als Transferleistungen zustehen, sind in besonderer Weise in den Blick zu nehmen.

4.11.7 Übersicht zu den Empfehlungen im Detail

Epidemiologie		
Aufmerksamkeit für die Verbreitung der unterschiedlichen Formen von Menschen mit Demenz in den Regionen	Nutzung der für das Monitoring aufbereiteten Daten für die Pflege-sozialplanung, den Demenzplan sowie für die Überarbeitung des Geriatrieplanes	Koordinierung und strategische Ausrichtung der Nutzung im Beirat Demenz beraten. Aufgreifen des Monitorings in den Pflegesozialplänen
Systematische Wahrnehmung von selteneren Demenzformen	Identifikation der etwa 1.200 bis 3.500 FTD-Betroffenen und anderen Demenzformen im Erwerbsalter in den Landkreisen und kreisfreien Städten	
Nutzung von GKV/SPV Routinedaten für die Erkennung von Risikogruppen (Prävention) und regionaler und örtlicher Verbreitung	Einrichtung einer AG unter Beteiligung des DZNE, Uni Greifswald, Uni Rostock, MPI Rostock, interessierter Kassen sowie des MD	Beteiligung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern an der Formulierung von Anforderungen an die Lieferung von GKV/SPV Daten an die Kommunen im Rahmen des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
Verbesserung der zuverlässigen Diagnoseerstellung und Codierung (in Krankenhäusern)	Hausärzteverband, ärztliche Fortbildungen, Krankenhausgesellschaft,	Aufnahme der Differentialdiagnostischen Kompetenz in Geriatrieplan
Mitwirkung an nationalen und internationalen Forschungsprojekten zur Prävalenz und Inzidenz von Demenzen	DZNE, MPI	
Versorgungsstruktur		
Notfalltelefon und Hilfestrukturen – mit gemeiner Leitstelle auf Menschen mit Demenz ausrichten	Telefonische Beratung, häusliche Unterstützung sicherstellen, Kurzzeitpflegeplätze vorhalten, Level II Kliniken für Menschen mit Demenz in PKZ nutzen	Bei Notfallreform medizinische und pflegerische Versorgung zusammenführen
Kurzzeitpflegeplätze für die jeweiligen Bedarfsguppen vorhalten	Bedarf über Care und Case Management ermitteln	Leistungsrechtliche Voraussetzungen schaffen, bei Unterversorgung ggf. Level II Kliniken nutzen, kommunalwirtschaftliche Einrichtungen schaffen
Kleinräumige Versorgung von Wohnformen sicherstellen	Planung unter Einbeziehung der Bevölkerung	Innovationen iS wohlfahrtspluralistischer Versorgungskonzepte unterstützen

Tagespflege- und Betreuungsangebote flächendeckend stabilisieren und aufbauen	Partizipative Planung zur kulturellen Akzeptanzförderung und bürgerschaftlichen Beteiligung	Einbeziehung von bürgerschaftlich Engagierten und nebenberuflichen Helfern (Fahrdienste)
Prüfung des Ausbaus der Beratungslandschaft in der Fläche, z.B. über Pflegestützpunkte		
Versorgungsqualität		
Umsetzung der maßgeblichen Leitlinien in der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Demenz	Ärztliche Fort- und Weiterbildungen	Monitoring Umsetzung der maßgeblichen Leitlinien als Forschungs- oder Innovationsprojekt
Beachtung von Freiheitsrechten von Menschen mit Demenz	Regionalisierte Erhebung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen im Rahmen der Statistik Betreuungsrerecht und Heimaufsicht	Schulungsmaßnahmen, regionale Projekte zu: Fixierungsfreier Landkreis, Erwachsenenschutzkonzepte von kreisfreien Städten und Landkreisen
Umsetzung Art 12 Behindertenrechtskonvention gegenüber Menschen mit Demenz	Schulungen zur Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz, Nutzung entsprechender Assessmentinstrumente	Monitoring Umsetzung der AWMF Leitlinie Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz als Forschungsprojekt
Nutzungsdaten von Pflege-Apps (primär Angehörige) für regionale Auswertungen bereitstellen	Freiheitsentziehende Maßnahmen: Verfahrensrecht im FamFG an Berufsrecht anpassen (Unterstützung durch das Land M-V)	
Teilhabe		
Menschen mit Demenz als Mitbürgerinnen und Mitbürger, Demenzfreundliche Städte und Gemeinden	Konzepte Demenzfreundlicher Kommunen und der Aktion Demenz unterstützen und fördern Kampagnen zum Thema Leben mit Demenz	Förderung und Sichtbarmachung von Teilhabeansätzen in den Gemeinden und Städten im Kompass
Teilhabestrukturen stabilisieren und fördern	Angebote der Mehrgenerationenhäuser auf Menschen mit Demenz ausrichten, Altenhilfestrukturen gem. § 71 SGB XII für Menschen mit Demenz öffnen und im Einzelfall fördern Vereine und Religionsgemeinschaften unterstützen in Öffnung ihrer Angebote für Menschen mit Demenz	Gute Beispiele in Ideenbörse des Kompasses bekannt machen
Teilhabeleistungen u.a. gem. § 44 SGB IX für Menschen mit Demenz im Erwerbsalter gewährleisten	Runder Tisch zu Frontotemporal-Demenz (FTD), Aufbau eines FTD spezifischen Case Management Angebots im Rahmen der pflegefachlichen Begleitstrukturen	Schulung der Beratungs- und Begleitstellen
Teilhabe-Optionen für Menschen mit Demenz eröffnen	Frühbetroffene in Vereine, Organe und Planung einbeziehen Erzählcafés, Chöre für Menschen mit Demenz, Theaterprojekte, Engagementangebote und -förderung	Begegnungsräume für Kinder und Menschen mit Demenz fördern (Kooperation Kita, Tagespflege)
Teilhaberechte realisieren	Kampagne Recht auf Demenz	Konzertierte Aktion von Alzheimergesellschaft, Anwaltskammer, Verbraucherzentrale, Sozialverbänden, Juristischer Fakultät Uni Rostock, Behindertenbeauftragte, Seniorenvertretung

Tab. 25: Empfehlungen Demenz-Monitoring.

5 Monitoring Pflegepersonalbedarf

5.1 Beschäftigungs- und Arbeitsmarkt in der Pflege

Ein Schwerpunkt des vorliegenden Berichts zum Monitoring liegt in der Betrachtung der Entwicklung der Fachkräftesituation in der Pflege in Mecklenburg-Vorpommern.

Eingangs werden für die Analyse die sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachpersonen (ohne Helferinnen und Helfer) in Zeitreihen vorgestellt.

Die Daten der Bundesagentur für Arbeit sind hinsichtlich der Aussagekraft zu Helferinnen und Helfern limitiert, da sie nicht mit den landesrechtlichen Berufsvorschriften zu Helfer- oder Assistenzberufen synchronisiert sind. Damit wird z. B. die Anzahl der Helferinnen und Helfer in der Altenpflege deutlich überschätzt, da auch Personen klassifiziert sind, die in diesem Bereich tätig sind, nicht aber über eine Anerkennung als Altenpflegehelferin und -helfer verfügen. Erst mit der Aufnahme der bundeseinheitlichen Regelung ist zu erwarten, dass die Klassifikation der Berufe (KldB) an dieser Stelle eine Konkretisierung aufnimmt und Daten zukünftig auch für die Pflegefachassistenz nutzbar werden. Aufgrund dieser Limitierung werden die Daten der Bundesagentur für Arbeit ausschließlich für Personen mit einer dreijährigen Qualifikation analysiert. In den Versorgungseinrichtungen können die Daten der Helferinnen und Helfer verwendet werden.

Unterschiedliche Erfassungssystematiken und Analysemöglichkeiten (z. B. Filterung der Berufsgruppen nach Qualifikation, Alter, Wirtschaftszweig etc.) führen zu leichten statistischen Abweichungen in den ermittelten Grundgesamtheiten der jeweiligen Analysen. Ebenso ergeben sich statistische Abweichungen durch unterschiedliche zeitliche Bezüge in den Statistiken (z. B. Stichtagsbezogen bei der Pflegestatistik, Durchschnittskennzahlen im Jahresverlauf in den Meldungen der Bundesagentur für Arbeit, Berichtsmonate der Erfassung durch die Bundesagentur für Arbeit).

Die Beschäftigten in den Sektoren der Versorgung (z. B. Krankenhaus, ambulante Pflegedienste, teil- und vollstationäre Versorgung) werden u. a. auf Basis der Angaben der Pflegestatistik sowie der Krankenhausstatistik aufgenommen. Sie basieren auf den Meldungen, die durch die Arbeitgeber stichtagsgebunden zu erbringen sind.

Für die Krankenhausstatistik können berufsbezogene Angaben (Differenzierung nach Berufsgruppen), abweichend von der Darstellung der Pflegestatistik (im Bericht ab 2017) erst mit dem Jahr 2018 zur Verfügung gestellt werden. Durch eine Anpassung der Berufesystematik gegenüber früheren Erfassungen (bis 2017) werden seit 2018 auch Altenpflegende als eigene Berufsgruppe geführt, was wesentlich zur Verbesserung der Vergleichbarkeit der Beschäftigung zwischen den Sektoren beiträgt.

Insgesamt wurde der Betrachtungszeitraum, wo möglich, an die in diesem Landesplan Pflege betrachteten Zeiträume angepasst (ab 2017). Um den möglichst aktuellen Bezug in der Beschäftigung mit aufzunehmen, wurde ergänzend das Jahr 2024 mit aufgenommen.

5.1.1 Beschäftigungsentwicklung in der Pflege

Dargestellt wird zunächst die Gesamtzahl der Beschäftigten, unabhängig von ihrem konkreten Tätigkeitsfeld oder der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Versorgungssektor. Datengrundlage sind

die Statistiken der Bundesagentur für Arbeit, die nach Berufen klassifiziert⁸² und die Anzahl der Beschäftigten im Rahmen einer Sonderabfrage ermittelt hat.⁸³

In der folgenden regionalen Übersicht werden die Kennzahlen der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachpersonen ohne Helferinnen und Helfer insgesamt dargestellt. Die regionale Darstellung zeigt deutliche Unterschiede in der Entwicklung zwischen den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns auf:

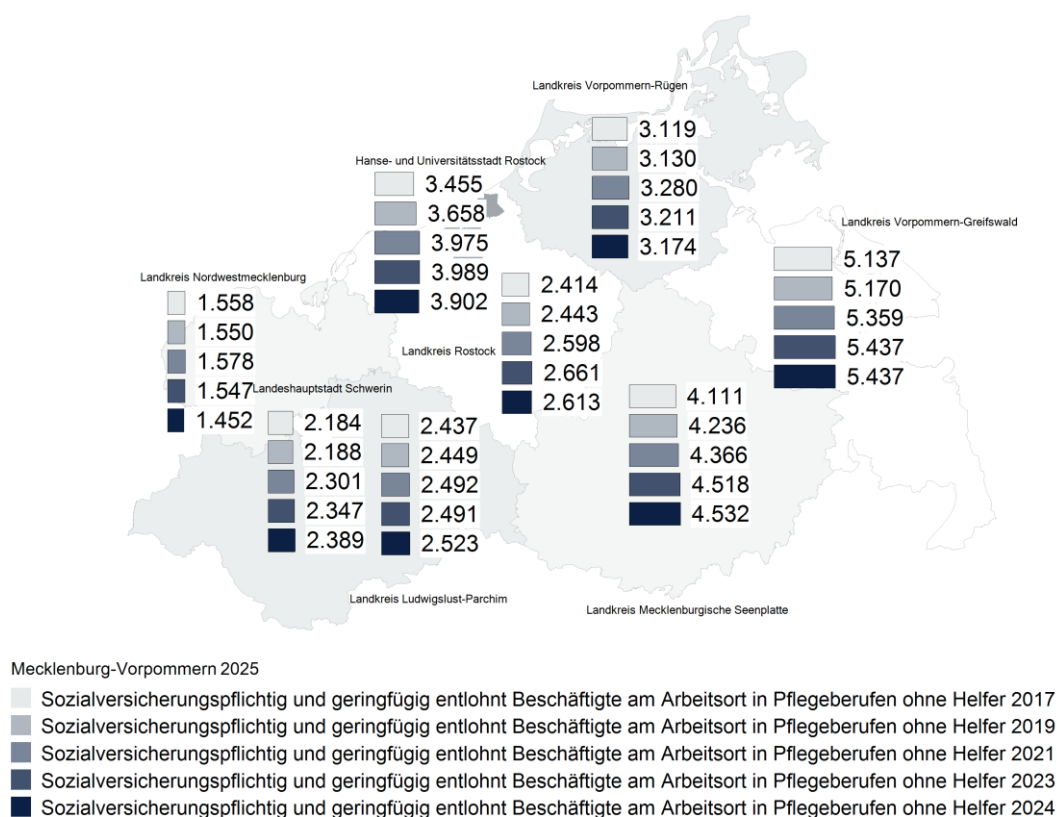


Abb. 87: Entwicklung sozialversicherte Beschäftigte Pflegeberufe ohne Helfer

Insgesamt lässt sich für die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung qualifizierter Pflegefachpersonen sowie der geringfügig Beschäftigten zwischen 2017 und 2024 eine Zunahme feststellen. In Summe stieg die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen für Pflegefachpersonen um 1.607 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen von 24.415 auf 26.022 an, was einer prozentualen Zunahme um 6,6 Prozent entspricht.

In der Betrachtung der Entwicklung von 2017 bis 2024 hat die Anzahl der sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten beinahe in allen Landkreisen und den beiden kreisfreien Städten zugenommen: nur im Landkreis Nordwestmecklenburg ist ein Rückgang um -6,8 Prozent zu beobachten.⁸⁴

Regional betrachtet kann die größte Zunahme der Beschäftigung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock ausgemacht werden (12,9 Prozent). Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

⁸² Das Aggregat „Pflegeberufe“ umfasst die Systematikpositionen Gesundheits-, Krankenpflege (o.S.), Fachkrankenpflege, Fachkinderkrankenpflege, Gesundheits-, Krankenpflege (ssT), Aufsicht, Führung – Pflege, Rettungsdienst, Altenpflege (einschließlich Führung) der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) ohne Helfer.

⁸³ Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Erstellungsdatum: 27.01.2025, Statistik-Service Südwest, Auftragsnummer 375288

⁸⁴ Seit 2022 ist jedoch die Anzahl überwiegend stabil.

(10,2 Prozent) und in der Landeshauptstadt Schwerin (9,4 Prozent) können ebenso relevante Zuwächse festgestellt werden. Geringere Wachstumsraten, die aber insgesamt eine positive Richtung aufweisen, liegen in den Landkreisen Vorpommern-Rügen (1,8 Prozent), Ludwigslust-Parchim (3,5 Prozent) und Vorpommern-Greifswald (5,8 Prozent) vor.

Im Rahmen der Analyse wurde geprüft, ob Veränderungen in der Beschäftigungsentwicklung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie stehen. Dafür wurden das vorpandemische Jahr 2018 sowie das Jahr 2022 als Referenz für das Ende der pandemiebedingten Sonderlage herangezogen. In diesem Zeitraum zeigt sich ein Beschäftigungszuwachs, der v. a. in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock (13,4 Prozent) deutlich ist. Landesweit sind in diesem Zeitraum 1.640 Personen hinzugekommen, was eine Steigerung um 6,7 Prozent ausmacht. Negative Auswirkungen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten in der Pflege sind nicht erkennbar. Weder eine „Berufsflucht“ noch ein signifikanter Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ist in diesem Zeitraum zu beobachten.⁸⁵ Im Jahr 2018 waren bei der Bundesagentur für Arbeit 24.626 Pflegefachpersonen registriert, im Jahr 2022 lag die Zahl bei 26.266. Auch andere Analysen kommen zu dem Ergebnis, dass die Pandemie nicht zu einer relevanten Veränderung bei der Beschäftigung der Pflege geführt hat und dass diese sich gegenüber der Pandemie als robust erwies (Kunaschk und Stephan 2024).

Neben der Gesamtentwicklung, die auch Pflegefachpersonen umfasst, die außerhalb der für die Pflege typischen Versorgungsstrukturen arbeiten, etwa in Arztpraxen, der Industrie oder in anderen Einrichtungen, ist insbesondere die Entwicklung der Beschäftigung in den einzelnen Versorgungssektoren von Bedeutung. Hierzu können Daten der Pflegestatistik sowie der Krankenhausstatistik herangezogen werden, da diese eine differenzierte Erfassung der Beschäftigten nach Berufsgruppen in den jeweiligen Sektoren ermöglicht. Für die Krankenhausstatistik gilt die beschriebene Limitierung, dass die relevanten Berufsgruppen (u. a. auch die Altenpflegenden) erst ab dem Jahr 2018 systematisch erfasst werden.

5.1.2 Beschäftigungsentwicklung in der Pflege nach Sektoren

Nachfolgend wird die Beschäftigungsentwicklung für die einzelnen Sektoren der Versorgung näher betrachtet. Diese erfolgt auf Basis der Kennzahlen der Pflegestatistiken des Landes Mecklenburg-Vorpommern 2017 bis 2023⁸⁶ sowie der Krankenhausstatistiken⁸⁷ 2018 bis einschließlich 2023. Die Beschäftigtenzahlen werden dabei in der Gesamtentwicklung vorgestellt; eine Regionalisierung erfolgt an dieser Stelle nicht, da die Datengrundlage nicht in einer regionalen Zuordnung vorliegt.

Korrespondierend zu den anderen Analysen erfolgt die Darstellung der absoluten sowie relativen Veränderungen ab 2017.

⁸⁵ Einbezogen wurde auch der Vergleich von als arbeitslos gemeldeten Pflegekräfte sowie die Anzahl der offen gemeldeten Stellen durch Arbeitgeber. Bei einer erhöhten Fluktuation bzw. einem Ausstieg zahlreicher Pflegenden aus dem Beruf ist zu erwarten, dass die Zahl der als arbeitslos gemeldeten Pflegenden steigen müsste. Parallel kann angenommen werden, dass die Einrichtungen erhöhte Zahlen an offenen und zu besetzenden Stellen melden, um die entstandenen Bedarfe zu decken. In beiden weiteren Kennziffern konnten über die Jahre der Pandemie keine relevanten oder auffälligen Veränderungen festgestellt werden, was die These der Stabilität der Beschäftigung während der Corona-Pandemie untermauert.

⁸⁶ <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Oeffentliche-Sozialleistungen/>

⁸⁷ Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern. Sonderabfrage beim Statistischen Landesamt. Zahlen zum Pflegepersonal in den Krankenhäusern / Reha-Einrichtungen des Landes auf Landesebene. Antwort vom 17.09.2025. Eine Bereitstellung der Daten auf Ebene der Landkreise/ kreisfreien Städte ist aufgrund der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nicht möglich.

Entwicklungen Personal in teil-/vollstationären Einrichtungen					
	2017	2019	2021	2023	Änderung 2017 bis 2023 in %
Altenpflege	3.628	3.937	3.949	4.025	10,9
Altenpflegehilfe	1.072	953	1.614	1.034	-3,5
Gesundheits- und Krankenpflege	1.523	1.533	1.451	1.333	-12,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	167	137	133	135	-19,2
Pflegewissenschaftlicher Abschluss (FH/Uni)	96	111	122	107	62,1
Pflegefachmann/ Pflegefachfrau			115	160	k.A.
Krankenpflegehelfer	612	690	608	449	-26,6
Summe Assistenzkräfte	1.684	1.643	2.222	1.483	-11,9
Summe Fachkräfte (mind. 3-jährig)	5.414	5.718	5.770	5.760	7,0

Tab. 26: Personalentwicklung nach Berufen in stationären Pflegeeinrichtungen

In der Summe aller Beschäftigten, die den pflegerischen Berufen zuzuordnen sind, ist eine leichte Zunahme von 2,5 Prozent zu beobachten. Die Gesamtbeschäftigung stieg im Beobachtungszeitraum von 7.068 auf 7.243, wobei im Jahr 2021 mit über 7.992 der Spitzenwert in der Zeitreihe beobachtet werden kann.

Die sektorielle Entwicklung zeigt deutlich, dass eine Umstrukturierung der Personalressourcen stattgefunden hat. Es zeigen sich deutliche Unterschiede und Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen. Die Zahl der in der Altenpflege tätigen Personen stieg zwischen 2017 und 2023 um 10,9 Prozent an, während im gleichen Zeitraum ein Rückgang im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (12,5 Prozent) zu verzeichnen war. Ab dem Jahr 2021 sind hier auch die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner enthalten.

Im Bereich der Alten- und Krankenpflegehilfe hat dagegen im Vergleich von 2017 und 2023 sowohl in der Altenpflegehilfe (3,5 Prozent) wie auch in der Krankenpflegeassistenz (26,6 Prozent) ein Abbau stattgefunden; wenngleich zwischen den Jahren 2019 und 2021 in der Altenpflegehilfe ein kurzfristiger Anstieg stattgefunden hat, der offenbar nicht beibehalten stabilisiert werden konnte.⁸⁸

Die für Skill-Mix-Modelle⁸⁹ notwendigerweise höhere Anzahl an Pflegeassistenzpersonen wurde hier in der Gesamtschau nicht erhöht, sondern verringert. Dies aufzuholen, wird eine der Heraus-

⁸⁸ Hier werden die Berufsbezeichnungen aus der Pflege- bzw. Krankenhausstatistik verwendet. Bundesweit werden unterschiedliche Bezeichnungen verwendet, die auf die unterschiedlichen landesrechtlichen Grundlagen bzw. die Pflegehilfe- und Pflegeassistenzbildungen zurückzuführen sind. So wäre in Mecklenburg-Vorpommern gem. KrAlpflVO M-V „Kranken- und Altenpflegehelferin / Kranken- und Altenpflegehelfer“ die korrekte Bezeichnung; zur Vergleichbarkeit werden jedoch die statistischen Gruppenbezeichnungen verwendet (Jürgensen, 2023). Mit dem „Gesetz zur Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung“ (Pflegefachassistentengesetz) wird hier ab Januar 2027 die Ausbildung vereinheitlicht.

⁸⁹ In der Pflegewissenschaft werden Skill-Mix-Modelle als Instrumente der Versorgungssteuerung verstanden, die auf der Annahme beruhen, dass Pflegequalität nicht primär von der Personalmenge, sondern von der passgenauen Kombination beruflicher Kompetenzen abhängt. Sie integrieren unterschiedliche Qualifikationsstufen und Spezialisierungen in einem koordinier-

forderungen sein, die sich aus der bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung ergibt. Die Einführung der Pflegepersonalbemessung (PeBeM) in der stationäre Altenpflege sieht primär eine Steigerung der Pflegeassistenten vor. Der Paragraph § 113c des SGB XI löste mit Inkrafttreten zum 1. Juli 2023 die vorherige Fachkraftquote ab. Jedoch besteht noch eine Übergangsfrist, in der die Einrichtungen ihren Personalbedarf anhand des PeBeM kalkulieren können, aber erst ab dem 01. Januar 2026 dazu verpflichtet sind. Daher ist noch unklar, ob die im Land zur Verfügung stehenden Pflegefachpersonen und vor allem die Zahl der Pflegehilfskräfte und Assistenzberufe für die Deckung des kalkulierten Personalbedarfs in den Einrichtungen ausreichen werden.

Setzt man die Entwicklungen des Pflegepersonals in den Kontext der Entwicklung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen insgesamt (einschließlich Tagespflege und Kurzzeitpflege), so weisen die Daten der Pflegebedürftigkeit zwischen 2017 und 2023 einen Anstieg um 7,8 Prozent aus. Die Gesamtentwicklung der Beschäftigten (Pflegefachkräfte und Pflegeassistentenkräfte) stieg im Zeitraum um 2,5 Prozent an. Limitierend muss berücksichtigt werden, dass die Anzahl der Pflegekräfte und die Entwicklung der Berufsgruppenkennzahlen keine Erfassung der umgerechneten Vollzeitäquivalente für die Einrichtungen umfasst; hier werden in den Pflegestatistiken die Absolutzahlen ausgewiesen, sodass nicht sicher eingeschätzt werden kann, ob in den Einrichtungen ein über das festgestellte Maß hinausgehende Entwicklung der Stellen zu beobachten sind (z. B. durch höhergradige Beschäftigungsanteile und eine Reduzierung der Teilzeitstellen). Insgesamt muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der zu betreuenden Personen stärker wächst als die der Pflegenden. Dies kann zu einer Intensivierung bei den Leistungen und zu einer Arbeitsverdichtung in diesem Sektor beitragen.

Im Bereich der ambulanten Pflegedienste zeigen sich abweichende Entwicklungen gegenüber dem Sektor der teil- und vollstationären Einrichtungen.

Die Zahl der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen ist zwischen 2017 und 2023 sehr deutlich gestiegen. Mit einer Zunahme von 8.943 oder 34,0 Prozent sind die Entwicklungen dynamisch und verweisen auf eine deutliche Ausweitung der Inanspruchnahme durch Nutzerinnen und Nutzer hin. Zugleich wurde im Kapitel 2 zur Infrastrukturentwicklung dargelegt, dass die Anzahl der Dienste selbst nicht in der Form ansteigt und die Zahl der pro Pflegedienst betreuten Menschen über den Zeitraum deutlich zugenommen hat. Diese Entwicklung wird somit auf der Seite der Personalkennzahlen nicht nachvollzogen. In der Summe sind sowohl bei den Pflegeassistentenkräften als auch bei den Pflegefachkräften sinkende Kennzahlen zu beobachten. Insgesamt erfolgte zwischen den Beobachtungsjahren ein Rückgang um 6,3 Prozent oder 400 Pflegenden.

Entwicklungen Personal in ambulanten Diensten

	2017	2019	2021	2023	Änderung 2017 bis 2023 in %
Altenpflege	2.786	2.877	2.827	2.881	3,4
Altenpflegehilfe	823	774	777	650	-21,0
Gesundheits- und Krankenpflege	1.829	1.847	1.714	1.556	-14,9

ten Versorgungssystem und berücksichtigen sowohl professionelle Verantwortlichkeiten als auch rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen. Zu berücksichtigen sind dabei rahmenrechtliche Bedingungen, wie z.B. die Vorbehaltsaufgaben in der Pflege.

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	221	208	183	160	-27,6
Pflegewissenschaftlicher Abschluss (FH/Uni)	29	38	43	45	k.A.
Pflegefachmann/ Pflegefachfrau			15	139	k.A.
Krankenpflegehelfer	686	604	602	543	-20,8
Summe Assistenzkräfte	1.509	1.378	1.379	1.193	-20,9
Summe Fachkräfte (mind. 3-jährig)	4.865	4.970	4.827	4.781	-1,7

Tab. 27: Personalentwicklung nach Berufen in ambulanten Pflegediensten

Positive Kennzahlen finden sich lediglich in der Altenpflege (3,4 Prozent). In fast allen anderen Gruppen⁹⁰ hat hingegen ein Abbau stattgefunden. Der größte Rückgang kann in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (27,6 Prozent) identifiziert werden⁹¹, gefolgt von der Altenpflegehilfe und Krankenpflegeassistenten: hier ist im Betrachtungszeitraum die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um knapp 21 Prozent zurückgegangen. Hier müssen jedoch die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen hinzugerechnet werden, um die Zahl der dreijährig qualifizierten Personen zu quantifizieren.

Die vorliegenden Befunde müssen für beide Versorgungsbereiche als kritisch bewertet werden. Angesichts der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen sind personelle Anpassungen in den ambulanten sowie den teil- und vollstationären Sektoren langfristig angezeigt, um die Versorgungssicherheit dauerhaft zu gewährleisten und die Angebotsstrukturen halten zu können.

Für den Krankenhausbereich lassen sich entsprechende Entwicklungen in einer kürzeren Entwicklungslinie (ab 2018) vergleichend darstellen. Dies steht im Zusammenhang mit der Veränderung der Personalerfassung, so dass Daten von früheren Jahrgängen nicht mehr direkt in den Vergleich gestellt werden können. Mit Inkrafttreten der Zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung zum 1. Januar 2018 änderte sich die Erhebungsgrundlage. Seitdem werden ärztliches und nichtärztliches Personal in Form von Einzeldatensätzen erfasst. Durch die Differenzierung nach Berufsgruppen wurde die statistische Erfassung verbessert, sodass nun auch Berufsgruppen berücksichtigt werden, die zuvor nicht gesondert ausgewiesen waren.

Eine Trennung der allgemeinen und der fachspezifischen Krankenhäuser (bspw. mit psychiatrischer Versorgung) wird nicht mehr vorgenommen, sodass sich die Kennzahlen der Beschäftigten auf die Gesamtheit der Berufsgruppen in den unterschiedlichen Krankenhausbereichen beziehen.

Für die nachfolgende Tabelle wurde eine Sonderabfrage beim Statistischen Landesamt vorgenommen.⁹² Auch hier ist die Ausweisung der regionalen Verteilung auf Basis der vorliegenden Daten nicht möglich.

Die nachfolgende Tabelle weist die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen aller pflegerischer Berufe in den Krankenhäusern des Landes ab dem Jahr 2018 aus.

⁹⁰ Mit Ausnahme der Pflegefachpersonen und der Pflegefachpersonen mit einem zusätzlichen akademischen Abschluss.

⁹¹ Hier sind jedoch geringe Kennzahlen vorhanden, sodass bereits der Wegfall von wenigen Pflegenden sich in der relativen Berechnung deutlicher auswirkt.

⁹² Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern. Sonderabfrage beim Statistischen Landesamt. Zahlen zum Pflegepersonal in den Krankenhäusern / Reha-Einrichtungen des Landes auf Landesebene. Antwort vom 17.09.2025. Eine Bereitstellung der Daten auf Ebene der Landkreise/ kreisfreien Städte ist aufgrund der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nicht möglich.

In Summe stieg die Beschäftigung der Pflegefachkräfte sowie der Hilfskräfte im Beobachtungszeitraum von 9.834 auf 11.05 an. Das entspricht einer prozentualen Steigerung um 12,8 Prozent insgesamt. Damit weichen die Entwicklungen in diesem Bereich deutlich von den beiden anderen Versorgungsbereichen der teil- und vollstationären Langzeitpflege sowie der ambulanten Pflege ab.

Entwicklungen Personal in Krankenhäusern						
	2018	2020	2021	2022	2023	Änderung 2018 bis 2023 in %
Altenpflege	199	353	409	482	551	176,9%
Altenpflegehilfe	32	18	28	21	25	Keine Berechnung
Gesundheits- und Krankenpflege	8.266	8.422	8.445	8.611	8.552	3,5%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	823	1.016	1.016	995	973	18,2%
Pflegefachmann/ Pflegefachfrau					225	Keine Berechnung
Krankenpflegeassistenten	480	573	623	642	608	26,7%
Pflegeassistentinnen und -assistenten					93	Keine Berechnung
Akademischer Pflegeabschluss	34	45	62	55	68	Keine Berechnung
Summe Assistenzkräfte	512	591	651	663	726	41,8
Summe Fachkräfte (mind. 3-jährig)	9.322	9.836	9.932	10.143	10.369	11,2

Tab. 28: Personalentwicklung nach Berufen in Krankenhäusern

Die Daten zeigen, dass in allen Personalbereichen im Zeitraum 2018 bis 2023 eine Zunahme stattgefunden hat. Insbesondere zeigt sich eine hohe Dynamik in der Beschäftigung von Altenpflegenden (176,9 Prozent). Aus der Perspektive der teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der ambulanten Dienste stellen die Krankenhäuser damit einen zusätzlichen Versorgungssektor dar, der einen gesteigerten Bedarf an Pflegefachkräften aus dem Bereich der Altenpflege hat und damit eine Konkurrenzsituation bzgl. der Personalgewinnung verschärft. Auch bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden ist eine Zunahme zu erkennen (18,2 Prozent), wohingegen die Gesundheits- und Krankenpflegenden nur leicht gestiegen sind.

Die Gesamtsummen der beiden Qualifikationsbereiche verweisen auf prozentuale Steigerungen; hier insbesondere bei den Assistenzberufen bzw. den Helferinnen und Helfern.

In den kommenden Jahren ist tendenziell damit zu rechnen, dass die Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege aufgrund der berufsdemografischen Entwicklung weiter abnehmen werden. Gleichzeitig wird die Berufsgruppe der Pflegefachmänner/-frauen aufgrund der Neueinstellungen von Berufseinsteigerinnen und -einsteiger aus der generalistischen Pflegeausbildung zunehmen.

Entgegen den oben beschriebenen Trends in der ambulanten Pflege und bei den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch bei der Krankenpflegeassistenten eine deutliche Zunahme um 26,7 Prozent zu verzeichnen. Nicht berechnet wurden an dieser Stelle Entwicklungen in der Altenpflegehilfe, da deren Beschäftigung in den Krankenhäusern insgesamt eine untergeordnete

Rolle spielt und bereits kleine Veränderungen an der Anzahl gemessen an einer sehr geringen Grundgesamtheit zu großen prozentualen Verschiebungen führen würde. Gleiches gilt auch für die Darlegung der akademisch qualifizierten Pflegenden.

Für die Beschäftigung der Pflegenden im Krankenhaus liegen auch Daten zur Teilzeitquote vor. Hierbei werden die Beschäftigungsgrade nicht unterteilt, sodass auch Personen mit einem hohen Beschäftigungsanteil (75 Prozent +) in den Bereich der Teilzeitarbeit klassifiziert werden. Bei den dreijährig qualifizierten Berufsangehörigen wurde im Jahr 2018 eine Teilzeitquote von 40,8 Prozent ermittelt. Diese stieg bis 2023 deutlich an und lag bei 48,4 Prozent. Damit ist nur noch rund die Hälfte der Beschäftigten in der qualifizierten Pflege in Vollzeit tätig. Die Daten des Jahres 2023 erlauben erstmalig die neu aufgenommene Gruppe der Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen zu betrachten. Die neu qualifizierten Pflegenden aus der generalistischen Pflegeausbildung weisen mit 11,1 Prozent eine deutlich niedrigere Teilzeitquote aus als der Gesamtdurchschnitt, in den sie inkludiert sind.

Die Personalentwicklungen in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind aus der Perspektive der Gesamtbeschäftigung mit zu betrachten, bedürfen aber keiner tieferen Analyse, da sie einen tendenziell geringen Beschäftigungssektor für die qualifizierten Pflegenden ausmachen. Gemessen an der Gesamtbeschäftigung der dreijährig qualifizierten Pflegenden in den in diesem Kapitel betrachteten Sektoren (21.639), entfallen auf den Bereich der Vorsorge-, und Rehabilitationseinrichtungen 3,4 Prozent der Beschäftigten.

Die Entwicklungen in diesem Bereich sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Entwicklungen Personal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen						
	2018	2020	2021	2022	2023	Änderung 2018 bis 2023 in %
Altenpflege	83	86	83	78	91	Keine Berechnung
Gesundheits- und Krankenpflege	677	634	628	611	567	-16,2%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	69	57	44	68	71	Keine Berechnung
Krankenpflegeassistenten	108	130	101	87	77	Keine Berechnung
Summe Fachkräfte (mind. 3-jährig)	829	777	755	757	729	-12,1

Tab. 29: Personalentwicklung nach Berufen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Im Bereich der Beschäftigung von Pflegepersonal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgt eine prozentuale Veränderungsdarstellung lediglich für die Gesundheits- und Krankenpflegenden, da die anderen Kennzahlen zu gering erscheinen, um eine prozentuale Entwicklung zu bemessen. Im Betrachtungszeitraum sank die Beschäftigtenzahl um 16,2 Prozent. In der Summe aller dreijährig qualifizierten Pflegekräfte ist eine Abnahme um 12,1 Prozent zu beobachten; 100 Pflegenden weniger sind im Jahr 2023 gegenüber dem Jahr 2018 in diesem Sektor tätig.

5.1.3 Arbeitslosigkeit und gemeldete Arbeitsstellen

Zur Bewertung der Beschäftigungssituation in der Pflege sind zwei zentrale Indikatoren relevant: die Entwicklung der Anzahl arbeitslos gemeldeter Pflegefachpersonen sowie die Anzahl der als offen gemeldeten Stellen im Jahresdurchschnitt. Die Bundesagentur für Arbeit weist einen gleitenden Jahresdurchschnittswert aus, da in vielen Berufen monatsbezogene Daten saisonalen Schwankungen unterliegen und stichtagsbezogene Erhebungen dadurch verzerrte Eindrücke vermitteln können.

Die Arbeitslosenzahl wird kalkulatorisch nie bei Null liegen können, denn es besteht immer ein Potenzial an Personen, die einen Wechsel der Beschäftigung vornehmen und sich in diesem Zusammenhang arbeitslos melden (fiktionalle Arbeitslosigkeit). Somit ist in allen Berufen und unabhängig von der konjunkturellen Situation eine berufsspezifische „Bodensatzarbeitslosigkeit“ anzunehmen.⁹³

Bei der Interpretation der Zahlen zu arbeitslos gemeldeten Pflegefachpersonen und offenen Stellen sind zwei zentrale Aspekte zu berücksichtigen:

- Nicht alle arbeitslos gemeldeten Personen stehen dem Arbeitsmarkt tatsächlich zur Verfügung. Das ausgewiesene Gesamtpotenzial fällt daher höher aus als der tatsächlich vermittelbare Anteil, der realistisch in den primären Arbeitsmarkt integriert werden kann. Dies ist bedeutsam, wenn Arbeitsmarktreserven diskutiert werden sollen.
- Nicht alle Einrichtungen melden ihre offenen Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit. Untersuchungen aus anderen Ländern (z. B. NRW, Bayern, Baden-Württemberg) zeigen,

⁹³ Bundeszentrale für politische Bildung. (2016). Bodensatzarbeitslosigkeit. In Lexikon der Wirtschaft. Abgerufen am [22.01.2026], von <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-der-wirtschaft/18923/bodensatzarbeitslosigkeit>

dass im Pflegebereich nur etwa 60 Prozent der Einrichtungen tatsächlich vorhandene Vakanzen der Stellen melden. Die ausgewiesene Zahl offener Stellen sollte daher als eine systematische Unterschätzung des tatsächlichen Stellenangebots im Pflegebereich verstanden werden.

In der nachfolgenden Abbildung wird die Anzahl der offen gemeldeten Stellen und die Zahl der arbeitslos gemeldeten Pflegefachpersonen gegenübergestellt. Die Daten basieren auf einer Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit.⁹⁴

Die dunkelblauen Kreise markieren die im Jahresdurchschnitt 2024 gemeldeten offenen Stellen, während die hellgrauen Kreise die durchschnittliche Zahl arbeitslos gemeldeter Pflegefachpersonen im gleichen Zeitraum darstellen.

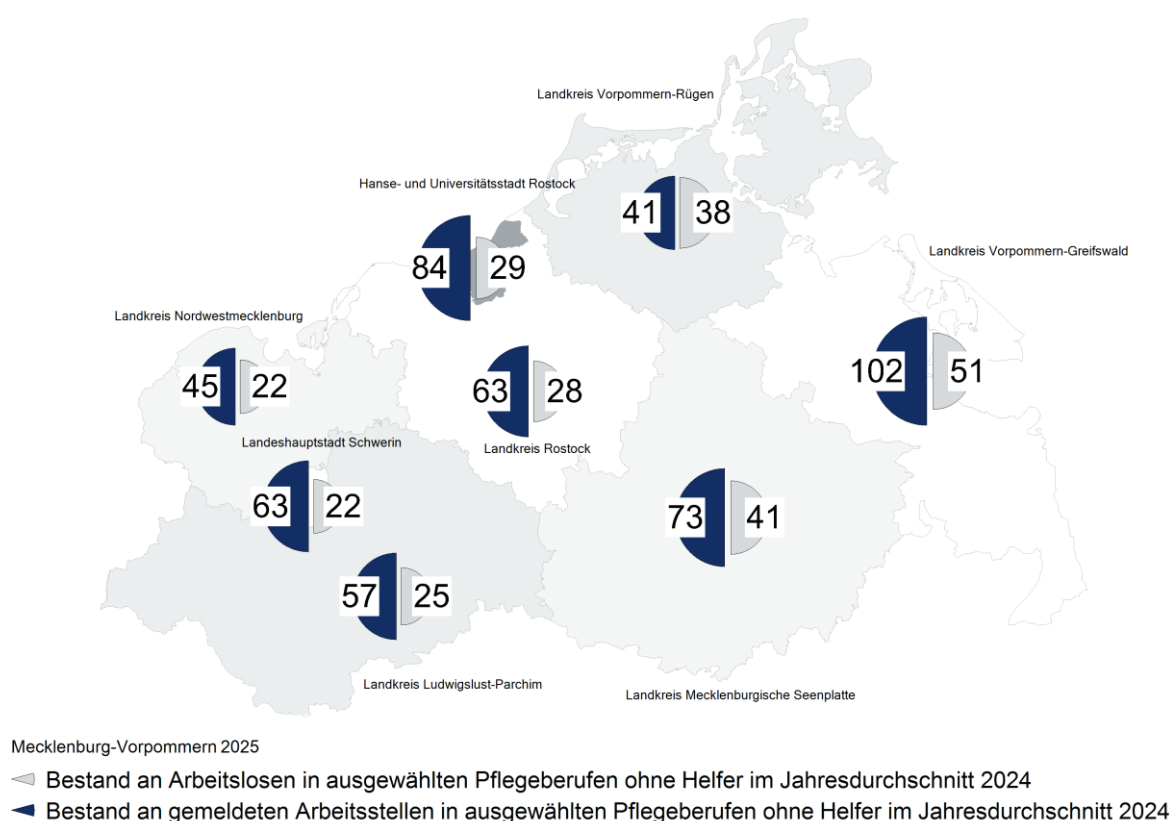


Abb. 88: Arbeitslose und offen gemeldete Arbeitsstellen im Jahresdurchschnitt 2024

Summiert man diese Zahlen landesweit auf, so kommen auf 528 Stellen insgesamt 256 Arbeitslose in ausgewählten Pflegeberufen (ohne Helfer und Helferinnen). Dies entspricht einer Quote von 0,48 Arbeitslosen pro gemeldete Stelle, was den aktuellen Mangel an verfügbaren Pflegefachkräften verdeutlicht: Denn auf zwei offene zu besetzende Stellen kommt damit weniger als eine arbeitslos gemeldete Person. In keinem Landkreis liegt ein positives Delta vor zwischen der Anzahl offen gemeldeter Stellen und arbeitssuchend gemeldeter Pflegefachpersonen.

Bezogen auf die verfügbaren Daten ist die größte Diskrepanz in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock (55 Personen), der Landeshauptstadt Schwerin (41 Personen) und dem Landkreis Vorpommern-Greifswald (51 Personen) zu beobachten. Wie eingangs erwähnt, ist von einer Unterschätzung auszugehen, d. h. der Arbeitsmarkt wird in der Realität und aus der Perspektive der

⁹⁴ Statistik-Service Südwest. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarkt Pflege. Länder und Kreise/kreisfreie Städte (Gebietsstand Februar 2024). Auftragsnummer 375288. Januar 2025

Einrichtungen angespannter sein, als die Kennzahlen dies in der Darlegung erfassen.⁹⁵ Die Gegenüberstellungen verdeutlichen den anhaltenden Fachkräftemangel im Bereich der Pflegeberufe, der in stabiler Form besteht und auch in den Analysen der Bundesagentur für Arbeit regelmäßig hervorgehoben wird (BA 2024).

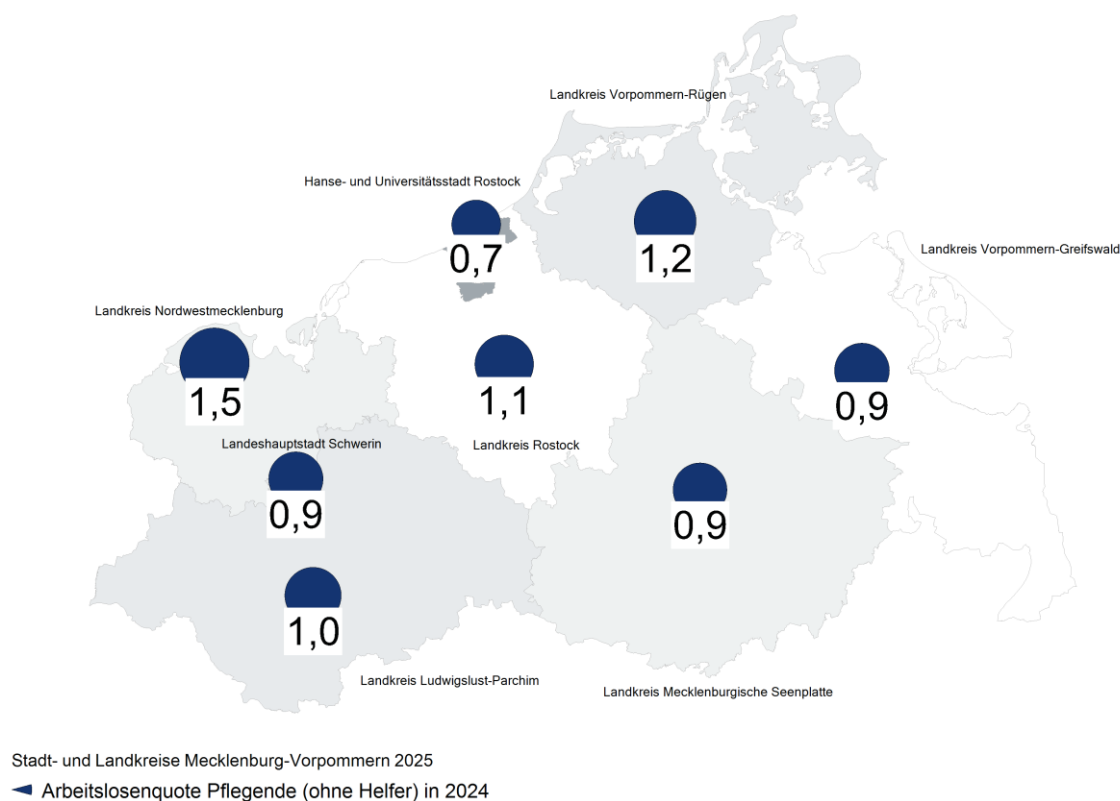


Abb. 89: Regionale Arbeitslosenquote Jahresdurchschnitt 2024

Betrachtet man die Arbeitslosenquoten in der Pflege (ohne Helfer bzw. Helferinnen) so lassen sich Quoten von 0,7 Prozent in der kreisfreien Stadt Rostock bis zu 1,5 im Landkreis Nordwestmecklenburg feststellen. Bereits eine Arbeitslosenquote mit rund 1,5 Prozent ist auf einem sehr niedrigen Niveau. Sie signalisiert, dass eine Vollbeschäftigung besteht und deutet auf eine hohe Nachfrage nach Pflegekräften. In vier kreisfreien Städten und Landkreisen (Hanse- und Universitätsstadt Rostock; Landeshauptstadt Schwerin; Landkreis Vorpommern-Greifswald; Landkreis Mecklenburgische Seenplatte) liegen die Arbeitslosenquoten unter einem Prozent.

5.1.4 Pflegende mit Zulassungen zur Arbeitsaufnahme aus Drittstaaten

Die pflegerische Versorgung in Deutschland wird zunehmend auch durch den Einsatz von Fachkräften aus dem Ausland stabilisiert. Der Zuzug von Pflegekräften aus dem Ausland ist dabei seit längerem Gegenstand intensiver fachlicher und politischer Diskussionen (Afentakis und Maier 2014; Lauxen und Blattert 2020; Arend und Klie 2017). Das Thema ist nicht neu und wurde unter

⁹⁵ Vor dem Hintergrund der geringen Zahl arbeitslos gemeldeter Pflegefachpersonen ist es denkbar, dass das Absinken der gemeldeten offenen Stellen auch darauf zurückzuführen ist, dass Einrichtungen durch die Meldung ihrer Vakanzen bei der Bundesagentur für Arbeit keine spürbare Verkürzung der Vakanzenzeiten erzielen konnten. In der Folge könnte auf eine Meldung verzichtet worden sein. Eine Reduzierung der gemeldeten offenen Stellen ist daher nicht zwangsläufig als Hinweis auf einen sinkenden Fachkräftebedarf zu interpretieren.

anderem durch bilaterale Abkommen mit verschiedenen Herkunftsländern, wie etwa Mexiko oder Brasilien, gezielt gefördert.

Grundlage der folgenden Analyse sind Daten der Bundesagentur für Arbeit, die auf behördlichen Meldungen basieren.^{96 97 98} Die Daten beziehen sich auf die getroffenen positiven Entscheidungen über einen Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und bündeln die qualifizierten pflegerischen Berufe in der Übersicht.⁹⁹ In den Methodenhinweisen der Bundesagentur für Arbeit werden zentrale Hinweise zu den Datenbeständen ausgewiesen. Die vorliegenden Daten stammen, den Hinweisen zufolge, aus dem behördeninternen Zustimmungsverfahren zwischen den deutschen Auslandsvertretungen beziehungsweise den örtlichen Ausländerbehörden und der Bundesagentur für Arbeit (BA). Angaben zur tatsächlichen Anzahl der Personen, die einen Aufenthaltstitel mit Arbeitsmarktzugang erhalten haben, liegen der Bundesagentur für Arbeit nicht vor.¹⁰⁰ Das Jahr der Zustimmung zur Arbeitsaufnahme muss dabei nicht identisch sein mit dem Jahr der Zuwanderung. Die Anzahl der Zustimmungen geben einen Hinweis auf das Potenzial, sofern die Pflegekräfte aus dem Ausland gut integriert und in den Einrichtungen auch gehalten werden können. Weiterhin limitierend ist die Unkenntnis darüber, wo Drittstaatenangehörige langfristig im Arbeitsmarkt (z. B. Berufstätigkeit in anderen Bundesländern) verbleiben.

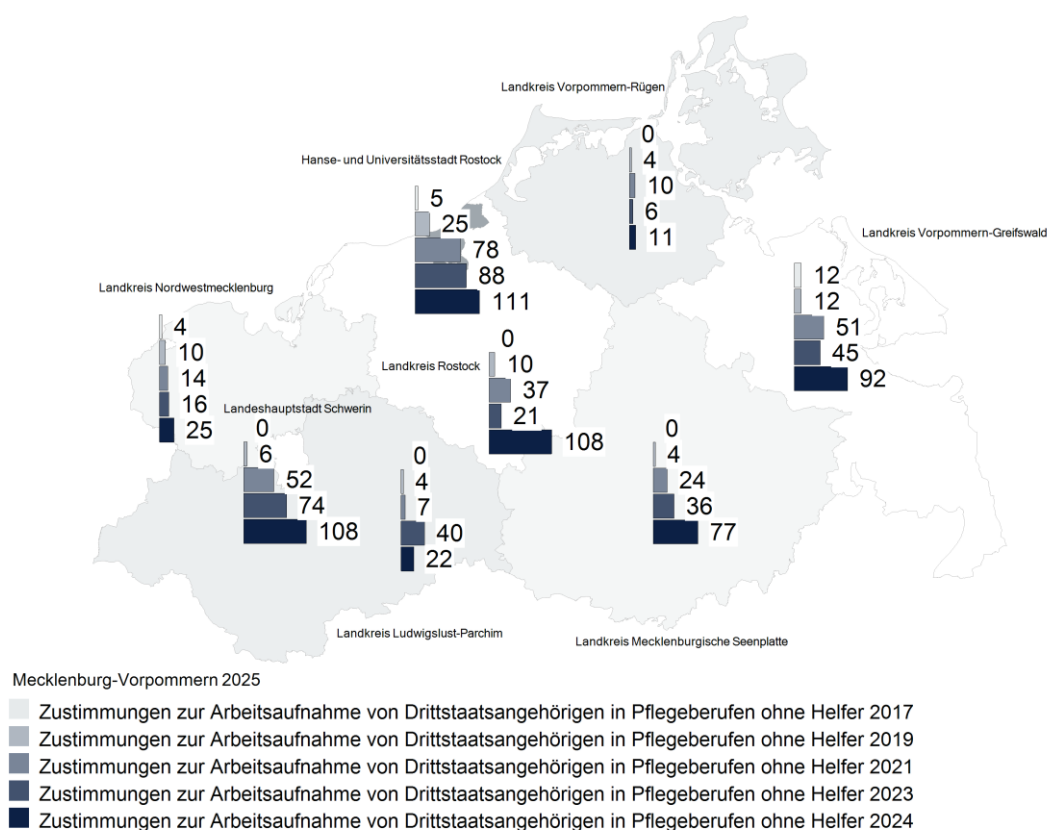


Abb. 90: Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme Pflegender aus Drittstaaten

⁹⁶ Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Erstellungsdatum: 27.01.2025, Statistik-Service Südwest, Auftragsnummer 375288

⁹⁷ Zustimmungen von Drittstaatenangehörigen in Pflegeberufen ohne Helfer.

⁹⁸ Drittstaaten = Ausland ohne EU-Staaten und die weiteren EWR-Staaten (Island, Liechtenstein, Norwegen) sowie die Schweiz.

⁹⁹ Das Aggregat „Pflegeberufe“ umfasst die Systematikpositionen 8130 Gesundheits-, Krankenpflege (o.S.), 8131 Fachkrankenpflege, 8132 Fachkinderkrankenpflege, 8138 Gesundheits-, Krankenpflege (ssT), 8139 Aufsicht, Führung – Pflege, Rettungsdienst, 821 Altenpflege (einschließlich Führung) der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010).

¹⁰⁰ <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodische-Hinweise/BST-Meth-Hinweise/BST-Meth-Hinweise-Nav.html>

Die Entwicklungen der vergangenen Jahre zeigen einen deutlichen Anstieg bei den erteilten Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme im Pflegebereich für ausländische Fachkräfte. So waren es im Jahr 2017 lediglich 21 Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme, wohingegen es in 2024 landesweit 554 waren. Bereits ab 2020 kann überwiegend ein wachsender Trend beobachtet werden, wenngleich mit leichten regionalen Schwankungen: beispielsweise ist ein leichter Rückgang im Landkreis Vorpommern-Rügen beobachtbar, wohingegen sich in der Landeshauptstadt Schwerin und der Hanse- und Universitätsstadt Rostock bzw. in den Landkreisen Vorpommern-Greifswald, Mecklenburgische Seenplatte sowie Rostock eine deutlichere Zunahme erkennen lässt.

Bezogen auf die Drittstaaten, aus denen Pflegende angeworben wurden oder nach Mecklenburg-Vorpommern migrierten, dominieren im Jahr 2024 Vietnam (174), Indien (163) und die Philippinen (73). Insgesamt sind 447 der Personen vom asiatischen, 48 vom afrikanischen und 47 vom amerikanischen Kontinent zugewandert.

Es ist davon auszugehen, dass Pflegefachkräfte aus dem Ausland bevorzugt in Regionen gewonnen werden können, in denen bereits Personen desselben Herkunfts- oder Kulturkreises leben und arbeiten und eine etablierte Gemeinschaft besteht, an die angeknüpft werden kann. Dies stellt insbesondere für strukturschwache Flächenregionen ohne größere Ballungszentren eine Herausforderung dar. Zudem ist die Integration ausländischer Fachkräfte mit erheblichem organisatorischem und personellem Aufwand verbunden, der vor allem von kleineren Einrichtungen, z. B. ambulanten Pflegediensten oder kleinen stationären Pflegeeinrichtungen, häufig nicht in vollem Umfang gewährleistet werden kann.

5.1.5 Intra- und intersektorielle Beschäftigungsentwicklung

Zur Einschätzung möglicher Veränderungen von Fachkräftepotenzialen zwischen den Versorgungssektoren wird an dieser Stelle eine Auswertung der Daten der Bundesagentur für Arbeit mit Stand 30. Juni 2024 vorgestellt.¹⁰¹ Diese Daten wurden im Rahmen einer Sonderauswertung zur Verfügung gestellt.¹⁰²

Grundlage der Betrachtung sind die Kennzahlen der Pflegefachkräfte mit dreijähriger Qualifikation, ohne Einbezug von Helferinnen und Helfern. Die Summen basieren auf den zusammengeführten Kennzahlen der jeweiligen Berufsklassifikationen innerhalb der Daten der Bundesagentur für Arbeit.

Die Datengrundlage der Darstellung bilden die von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern vorgenommenen Abmeldungen aus bestehenden sowie Neuanmeldungen zu neuen Beschäftigungsverhältnissen.¹⁰³ Dabei muss eine Neuanmeldung nicht zwingend ein neues Arbeitsverhältnis darstellen. Auch die Überführung einer vormals befristeten Stelle in eine unbefristete Stelle kann zu einer Anmeldung führen.

¹⁰¹ Aggregat aus 81302 Gesundheits- u. Krankenpflege(oS)-Fachkraft, 8131 Berufe in der Fachkrankenpflege, 8132 Berufe in der Fachkinderkrankenpflege, 8138 Berufe Gesundheits- u. Krankenpflege (ssT), 8139 Aufsicht, Führung-Krankenpf., Rettungsdienst., 82102 Altenpflege (o.S.) - Fachkraft, 82103 Altenpflege (o.S.) - Spezialist, 8218 Berufe in der Altenpflege (s.s.T.) und 8219 Führung - Altenpflege.

¹⁰² Statistik-Service-Südwest. Bundesagentur für Arbeit. Mobilität in Branche und Beruf. Auftragsnummer 391260. Stand: 11.04.2025

¹⁰³ Dabei muss berücksichtigt werden, dass es sich um die Anzahl der An- und Abmeldungen handelt. Ggf. können Mehrfachmeldungen bei einzelnen Pflegenden erfolgen, die ihren Arbeitgeber mehrfach im Jahr verändert haben. Ebenso sind auch Mehrfachbeschäftigungen möglich, wenn Pflegende in Teilzeit in unterschiedlichen Betriebsstätten arbeiten.

Die Zuordnung zu den jeweiligen Versorgungssektoren erfolgt anhand der Kennziffern der Wirtschaftszweige, in denen die Ab- und Neuanmeldungen registriert wurden. Auf diese Weise lassen sich „Strömungen“ innerhalb oder zwischen den Sektoren erfassen.

Beispielsweise kann ein Wechsel von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus erfolgen (intraspektorieller Wechsel). Ebenso bestehen sektorübergreifende Wechsel (intersektorielle Wechsel), etwa von einem Krankenhaus zu einem ambulanten Pflegedienst oder von einem Pflegeheim zu einem Krankenhaus. Auf der personellen Ebene werden Personen, die das Handlungsfeld nicht wechseln als „Stayer“ bezeichnet. Die, die intersektoriell abwandern, sind „Mover“.

Aufgenommen wurden Daten von der nachfolgenden Anzahl an Pflegefachpersonen in den Wirtschaftszweigen (klassifiziert nach Kennziffer der Bundesagentur für Arbeit) ¹⁰⁴ aus dem Jahr 2024, die durch die Arbeitgeber abgemeldet wurden:

- 1.203 Pflegenden in Krankenhäusern
- 630 Pflegenden in Pflegeheimen
- 165 Pflegenden in Altenheimen; Alten- und Behindertenwohnheimen
- 811 Pflegenden in ambulanten/ sozialen Diensten
- 627 Pflegenden in anderen Wirtschaftszweigen

Für die nachfolgende Auswertung wurden die beiden Wirtschaftszweige „Pflegeheimen“ sowie „Altenheimen einschließlich Alten- und Behindertenwohnheimen“ zusammengefasst und gemeinsam betrachtet.

Das nachfolgende Sankey-Diagramm zeigt auf der linken Seite die Anzahl der Pflegefachpersonen, die vor einem Wechsel in dem ausgewiesenen Wirtschaftszweig beschäftigt waren und dort abgemeldet wurden. Auf der rechten Seite sind die Pflegefachpersonen in Summe dargestellt, die mit einem neuen Beschäftigungsverhältnis in dem entsprechenden Wirtschaftszweig angemeldet wurden. Die verbindenden Linien zwischen den beiden Seiten veranschaulichen die Anzahl der Wechsel: sowohl innerhalb eines Sektors als auch sektorübergreifend zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Für jeden Sektor wurde der Anteil Beschäftigter ermittelt, der in seinem angestammten Versorgungsbereich geblieben ist, trotz des Arbeitgeberwechsels. Hier sind Abmeldung und Anmeldung einer Einrichtung zugeordnet, die die gleiche Wirtschaftskennziffer führt.

¹⁰⁴ Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort in ausgewählten Pflegeberufen der Klassifizierung der Berufe KldB 2010 nach Alter und Wirtschaftszweigen.

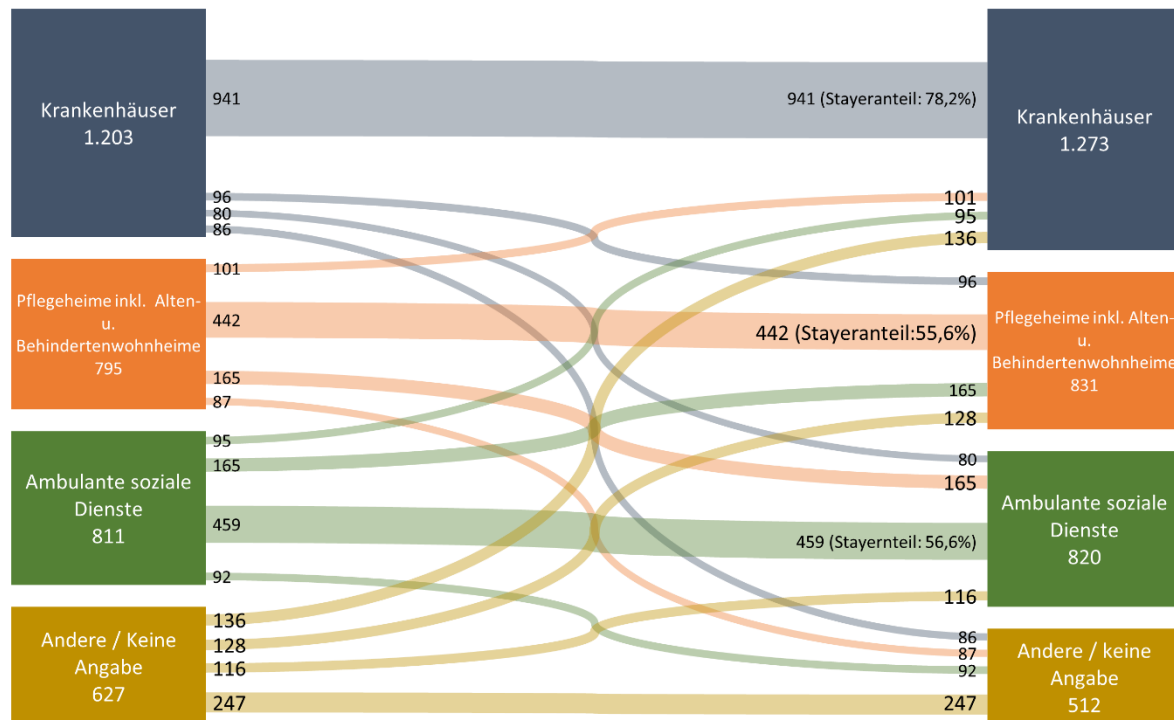


Abb. 91: Intra- und intersektorale Fluktuation Pflegenden 2024

Für die Bewertung der Gesamtfluktuation innerhalb der Versorgungssektoren wurde die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachpersonen (ohne Helferinnen und Helfer) im Jahr 2024 herangezogen, jeweils klassifiziert auf die entsprechenden Wirtschaftszweige. Berechnet wurde der Anteil der Pflegefachpersonen, die im Jahr 2024 aus dem jeweiligen Sektor ausgeschieden sind, im Verhältnis zur Gesamtzahl der dort zuvor Beschäftigten.

Exemplarisch werden die nachfolgenden Daten für den Krankenhaussektor näher ausgeführt: Für den Krankenhausbereich zeigt sich, dass 78,2 Prozent der Pflegefachpersonen im Sektor verblieben sind; entweder ohne Vertragsveränderung oder durch einen Wechsel zwischen verschiedenen Krankeneinrichtungen. Die Summe der Beschäftigten nach den erfolgten Wechsels ist im Krankenhausbereich größer (rechte Seite) als die Summe der Abmeldungen (linke Seite). Der Krankenhausbereich hat somit numerisch von den Berufswechseln zwischen und innerhalb der Sektoren im Jahr 2024 profitiert. 70 zusätzliche Personen sind in den Krankenhaussektor zugewandert. In der Summe sieht man, dass 101 Pflegenden aus dem Bereich der Pflegeheime (inkl. der Alten- und Behindertenwohnheime) abgemeldet, und nachfolgend im Krankenhausbereich angemeldet wurden. Aus der ambulanten Pflege kamen 95 Beschäftigte in die Krankenhäuser. Abgewandert sind von 1.203 Personen 96 Personen in Pflegeheime (inkl. Alten- und Behindertenwohnheimen), 80 Personen in ambulante soziale Dienste und 86 Personen in andere Sektoren (ohne weitere Aufschlüsselung). 941 Personen wiesen bei der Abmeldung sowie der nachfolgenden Anmeldung die gleiche Betriebsart auf. Hier kann davon ausgegangen werden, dass sie Einrichtungen gewechselt haben oder sich Vertragsänderungen ergeben haben. Gemessen an der Grundgesamtheit der Abmeldungen aus dem Krankenhaussektor (1.203) sind die 941 Pflegenden sogenannte „Stayer“, sie bleiben im gleichen Handlungsfeld. Der Anteil liegt für den Krankenhaussektor bei 78,2 Prozent.

Dagegen lag in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen der intrasektorielle Verbleib bei 55,6 Prozent, d. h. diese konnten etwas mehr als die Hälfte der Personen halten. Insgesamt fällt auch in diesem Bereich die Fluktuation positiv aus. In der Summe konnten 36 mehr Personen erfasst werden, die nach den Wechseln in dem Bereich tätig waren.

Im ambulanten Bereich war die Fluktuation ähnlich: Hier verblieben 56,6 Prozent der Pflegefachpersonen im gleichen Sektor. So wanderten bspw. 165 Personen der zuvor bei den ambulanten sozialen Diensten beschäftigten Pflegefachperson in stationäre Pflegeeinrichtungen (inkl. Alten- und Behindertenwohnheimen) ab, jedoch wanderte im Gegenstrom die gleiche Anzahl wieder zu. Auch in diesem Bereich ist eine leichte Zunahme im Jahr 2024 zu verzeichnen.

Insgesamt konnten somit in allen Sektoren die Verluste der Abgänge durch Zugänge aus anderen Versorgungsbereichen ausgeglichen werden; hier wirkte u. a. der Zufluss bzw. Wechsel aus anderen Sektoren (ohne Aufschlüsselung) kompensierend. Betrachtet man die sektoriellen Bewegungen insgesamt, so lässt sich zusammenfassend hohe eine Sektorentreue bei den Pflegenden für das Jahr 2024 attestieren.

5.1.6 Pendlerinnen- und Pendlerbewegungen Pflegender

Neben den intra- und intersektoriellen Zu- und Abgängen von Pflegefachpersonen sind auch räumliche Aspekte relevant. Dazu zählt insbesondere das Pendelverhalten von Pflegenden, die in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt wohnen, jedoch in einer benachbarten Region arbeiten.

Diese Pendlerstrukturen sind für die regionale Versorgungsplanung von großer Bedeutung:

- Einerseits machen die Pendlerstrukturen das Potenzial an Pflegefachpersonen sichtbar, die in einer Region wohnen, aber derzeit außerhalb ihres Wohnorts tätig sind. Dieses Potenzial könnte genutzt werden, um Pflegekräfte stärker an den Wohnort zu binden und so die Versorgung vor Ort gezielt zu stärken.
- Andererseits zeigt die Pendleranalyse, welche überregionalen Bewegungen von Pflegefachpersonen besonders relevant sind. Sie macht sichtbar, aus welchen Regionen Pflegekräfte abwandern beziehungsweise in welche Regionen ein verstärkter Zustrom erfolgt.
- Im Zusammenhang damit lässt sich ableiten, in welchen Regionen gezielte Maßnahmen zur Bewerbung von Stellenangeboten potenziell besonders wirkungsvoll sein könnten.
- Schließlich lassen sich auch jene Potenziale identifizieren und quantifizieren, bei denen Wohn- und Arbeitsort übereinstimmen. Diese Form der „Ortstreue“ ist besonders relevant im regionalen Kontext, da sie verdeutlicht, dass Versorgungslösungen idealerweise vor Ort entwickelt und umgesetzt werden sollten.

In der folgenden Grafik werden auf der linken Seite die Pflegefachpersonen dargestellt, die in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gemeldet sind; dies entspricht ihrem Wohnort. Auf der rechten Seite sind die Pflegefachpersonen aufgeführt, die bei einem Arbeitgeber in einer bestimmten Stadt oder einem Landkreis beschäftigt sind; entsprechend ihrem Arbeitsort. Die Linien zwischen den beiden Seiten verdeutlichen die Pendelbewegungen zwischen den jeweiligen Regionen. Grundlage der Analyse sind Daten aus dem Pendleratlas der Bundesagentur für Arbeit.¹⁰⁵ Berücksichtigt wurden ausschließlich Pflegefachpersonen ab dem Qualifikationsniveau der dreijährig

¹⁰⁵ Statistik-Service Südwest. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) und Pendler in den Pflegeberufen. Auftragsnummer 375336. Stand 11.02.2025

ausgebildeten Fachkräfte; Helferinnen und Helfer sowie Auszubildende wurden in dieser Auswertung nicht einbezogen. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden Pendlerströme mit weniger als 50 Personen nicht abgebildet, sodass die Grafik ausschließlich die bedeutendsten Verbindungen mit höherem Volumen der Pendlerinnen und Pendler visualisiert.

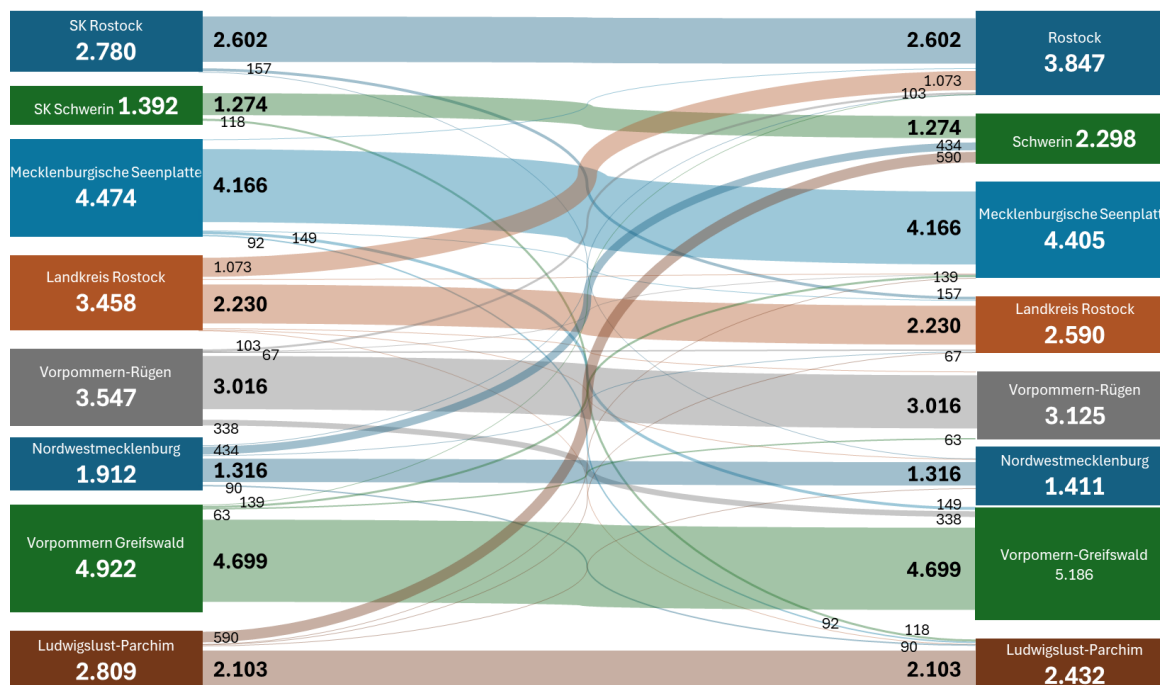


Abb. 92: Pendlerinnen und Pendler Pflegeberufe vom Wohnort zum Arbeitsort 2024

Aus der Grafik lassen sich verschiedene Informationen ableiten. Auffallend ist, dass die größten Pendlerströme innerhalb derselben Region verlaufen, also Wohn- und Arbeitsort übereinstimmen. Dies deutet auf eine hohe Ortstreue der Pflegefachpersonen in den Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes hin. Die Bindung an den Wohnort ist jedoch von mehreren Faktoren abhängig.

Entscheidend ist unter anderem, ob am Wohnort ein ausreichendes Angebot an entsprechenden Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden ist, das sowohl zur Qualifikation als auch zu den fachlichen Interessen der Pflegenden passt. Zusätzlich wirken sich auch Miet- und Lebenshaltungskosten aus: In einigen Fällen kann ein Wohnort im ländlichen Raum attraktiver sein, insbesondere wenn in städtischen Gebieten die Mietkosten deutlich höher sind bzw. gar kein bezahlbarer Wohnraum zur Verfügung steht. Dies scheint in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock und der Landeshauptstadt Schwerin nicht der Fall zu sein. Zwar pendeln vom Landkreis Rostock in die Hanse- und Universitätsstadt Rostock rund 30 Prozent ein und aus dem Landkreis Vorpommern-Rügen noch knapp 3 Prozent. Die restlichen gut Zweidrittel der Pflegefachpersonen, die in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock arbeiten, wohnen und leben auch dort.

Etwas mehr Pendelbewegungen sind aus den Landkreisen Nordwestmecklenburg und Ludwigslust-Parchim in die Landeshauptstadt Schwerin festzustellen. Hier machen die Einpendler knapp 45 Prozent aus. Entsprechend leben 55 Prozent¹⁰⁶ der in der in der Landeshauptstadt Schwerin

¹⁰⁶ Der Anteil unterscheidet sich leicht von der in der Abb. 41 ausgewiesenen Zahl leicht, da es sich bei der Berechnung des Senkey-Diagramms um eine Stichprobe handelt, während in der kartografischen Darstellung die Grundgesamtheit der Meldungen des Wohnortes und des Arbeitsortes dargestellt wird.

arbeitenden Personen auch dort. Der Anteil Pflegender, der aus den kreisfreien Städten in die angrenzenden Landkreise pendelt ist hingegen vernachlässigbar und beträgt in der Landeshauptstadt Schwerin 8,5 Prozent und in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock 6 Prozent.

Darüber hinaus zeigt die Grafik, dass die größten Pendlerbewegungen von Pflegefachpersonen in direkt benachbarte Landkreise oder kreisfreie Städte erfolgen. Größere räumliche Distanzen spielen dabei kaum eine Rolle. Die pflegerische Versorgung ist somit in erster Linie im Kontext einer regionalen Betrachtung zu verstehen. Diese Erkenntnis deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Ländern, in denen ähnliche Muster festgestellt wurden. In der Regel liegt der Wohn- und Arbeitsort von Pflegekräften innerhalb eines Radius von etwa 15 Kilometern (VdPB 2024; Isfort und Klie 2023a).

Ergänzend wurde betrachtet, ob sich z. B. erhöhte Pendlerinnen- und Pendlerbewegungen außerhalb des Landes beobachten lassen. So sind Ströme zwischen dem Landkreis Nordwestmecklenburg und der Hansestadt Lübeck ebenso denkbar, wie z. B. eine Bewegung ins Herzogtum Lauenburg hinein oder vom Landkreis Ludwigslust-Parchim in den Landkreis Lüneburg oder ins Herzogtum Lauenburg. In den südlichen Landkreisen könnten Personen ins benachbarte Land Brandenburg einpendeln.

Tatsächlich können aus dem Landkreis Nordwestmecklenburg im Jahr 2024 Pendlerströme in die Hansestadt Lübeck beobachtet werden. Insgesamt 469 Personen pendeln aus dem Landkreis zur Arbeit nach Lübeck ein und 101 weitere Person pendelt ins Herzogtum Lauenburg. Aus dem Landkreis Ludwigslust-Parchim pendeln 113 ins Herzogtum Lauenburg ein. Nennenswerte Gegenströme sind hier nicht zu erkennen. Alle Bewegungen aus Schleswig-Holstein in Richtung Mecklenburg-Vorpommern belaufen sich im Jahr 2024 auf jeweils unter 15 Personen. Damit können Teile in Schleswig-Holstein als relevant für die vorgehaltenen Personalstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern ausgemacht werden. Für Brandenburg ist eine ähnliche Fluktuation nicht auszumachen, bzw. ist diese deutlich abgeschwächt. So migrieren 75 Pflegende aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald in den Landkreis Uckermark und 23 aus dem Landkreis Ludwigslust-Parchim in den Landkreis Prignitz. Hier aber sind im Gegenstrom ähnliche Werte zu erkennen. 98 Pflegende aus dem Landkreis Uckermark arbeiten im Landkreis Vorpommern-Greifswald, sodass sich die Strömungen ausgleichen. Aus dem Landkreis Prignitz kommen 49 Pflegende zum Arbeiten in den Landkreis Ludwigslust-Parchim. Große Zentren, wie Berlin oder Hamburg haben hier keinen großen regionalen Effekt, da die Distanzen für Pendlerstrukturen zu weit entfernt sind.

Betrachtet man die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Pflegeberufen (ohne Helferinnen und Helfer) im Jahr 2024 und berechnet den Anteil der Pflegenden, bei denen Arbeitsort und Wohnort in derselben kreisfreien Stadt bzw. demselben Landkreis liegt, so zeigt sich folgendes Bild:

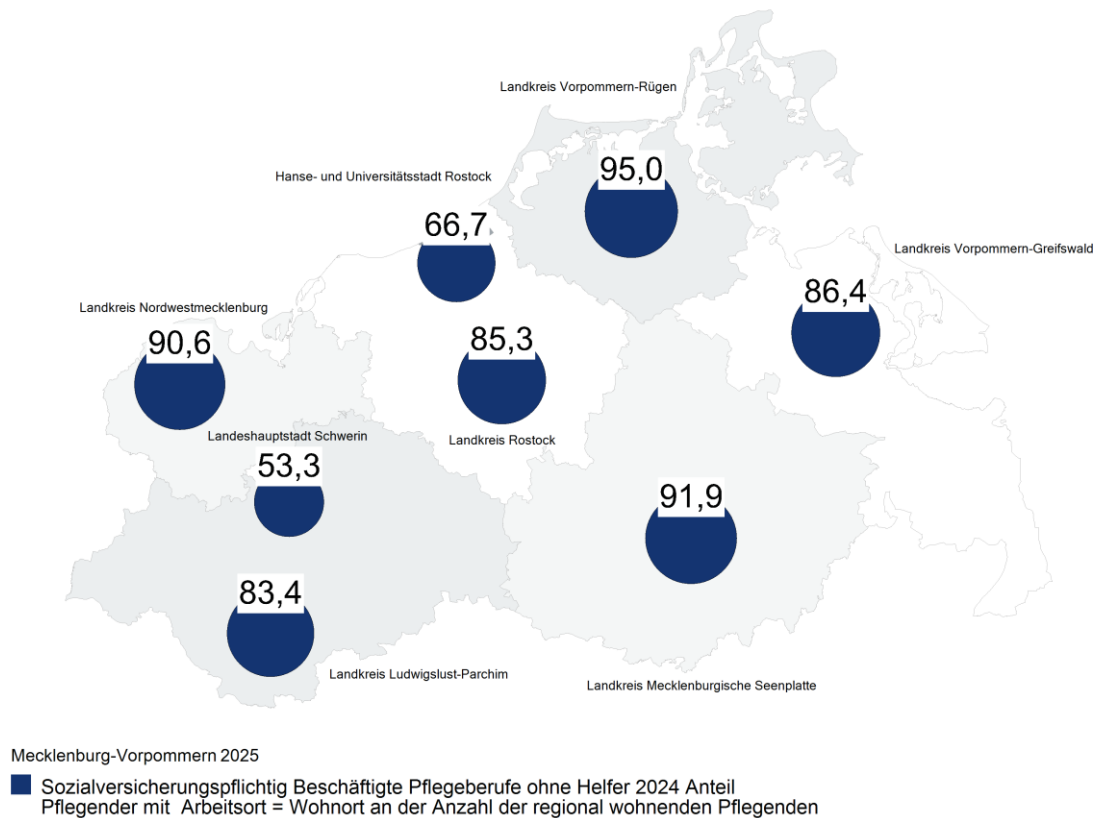


Abb. 93: Anteil der ortsnah arbeitenden Pflegenden an regional wohnenden den Pflegenden

Der Anteil der Pflegenden, die keine Mobilität zwischen den Landkreisen aufzeigen und dort arbeiten, wo sie auch leben, ist prominent. In den Städten sinkt dieser Anteil dadurch, dass ein Zustrom von außen stattfindet und daher die Anzahl der vor Ort lebenden und arbeitenden Pflegenden in aller Regel nicht ausreicht, um die Kapazitäten abzudecken.

Die vorliegenden Kennzahlen verdeutlichen sowohl die Chancen als auch die Herausforderungen, mit denen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen konfrontiert sind. Landkreise und kreisfreie Städte mit einer stark positiven Pendlerbilanz profitieren zwar vom Zustrom aus benachbarten Regionen, sind jedoch zugleich in hohem Maße von der Zuwanderung aus benachbarten Kreisen abhängig. In diesen Fällen stellt sich die Frage, wie die lokalen Kapazitäten weiter gestärkt werden können, um beispielsweise eine Abhängigkeit zu verringern.

5.1.7 Zeitarbeit / Leiharbeit in der Pflege

Ergänzend zu den bisherigen Fragestellungen wird der Bereich der Leiharbeit als besondere Beschäftigungsform in der Pflege näher betrachtet.

Die Wahrnehmung einer Abwanderung von festangestellten Pflegenden in die Leiharbeit (Riedlinger et al. 2020) haben in den vergangenen Jahren vermehrt zur Diskussion geführt, ob dieser Sektor eine Konkurrenz darstellt und sich nachhaltig negativ auf die Beschäftigung in festen Anstellungsverhältnissen auswirkt (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung 2024).

Im Unterschied zu anderen Wirtschaftsbereichen wird davon ausgegangen, dass Pflegefachpersonen bewusst aus einem gesicherten Beschäftigungsverhältnis heraus in die Leiharbeit wechseln.

Als zentrale Beweggründe gelten unter anderem die Möglichkeit, ein höheres Einkommen zu erzielen sowie ein größerer Einfluss auf den eigenen Arbeitsbereich und die Einsatzzeiten, z. B. durch die Ablehnung von Nacht- oder Wochenenddiensten. Die Leiharbeit wird somit mit einem höheren Maß an Selbstbestimmung im Arbeitsverhältnis assoziiert, was ihre Attraktivität zusätzlich steigert.

Grundlage der nachfolgenden Analyse zur Entwicklung der Anzahl und des Anteils an Leiharbeiterinnen und -nehmern mit einer mindestens dreijährigen Qualifikation in der Pflege ist eine Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit.¹⁰⁷ Berücksichtigt wurden Pflegefachpersonen ohne Einbezug von Helferinnen und Helfern.¹⁰⁸

In der Zeitreihe ab 2017 wird die Anzahl der Leiharbeiterinnen und -nehmer in der Pflege dargestellt. Dieser Wert wird der jeweiligen Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig sowie geringfügig entlohten Pflegefachpersonen pro Jahr gegenübergestellt. Auf Basis dieser beiden Datenquellen lässt sich der jahresbezogene Anteil von Leiharbeit in der Pflege in Mecklenburg-Vorpommern berechnen und somit das Gesamtpotenzial dieser Beschäftigungsform näher eingrenzen.

¹⁰⁷ Statistik-Service Südwest. Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Leiharbeiternehmer. Ausgewählte Regionen (Gebietsstand Januar 2025). Stand 15.01.2025. Das Aggregat „Pflegeberufe“ umfasst die Systematikpositionen 8130 Gesundheits-, Krankenpflege (o.S.), 8131 Fachkrankenpflege, 8132 Fachkinderkrankenpflege, 8138 Gesundheits-, Krankenpflege (ssT), 8139 Aufsicht, Führung – Pflege, Rettungsdienst, 821 Altenpflege (einschließlich Führung) der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010).

¹⁰⁸ Die Bundesagentur für Arbeit hat aufgrund der bis dato länderspezifisch unterschiedlichen Ausbildungsformen der Pflegehilfsberufe keine tragfähige Berufsgruppendifinition. Letztlich ist diese Gruppe so breit definiert, dass sie nicht zwischen ausgebildeten Pflegehilfskräften und Personen, die im Bereich der Pflege nur Weiterbildungen absolviert haben zu unterscheiden. Entsprechend sind Sonderabfragen, die die Pflegehilfe beinhaltet nicht zielführend. Dies wird sich aller Voraussicht nach mit dem Inkrafttreten der neuen und bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung (verabschiedet am 17. Oktober 2025) zum 01. Januar 2027 ändern.

Stichtag	Bestand an Leiharbeiterinnen und Leiharbeitern nach ausgewählten ausgeübten Tätigkeit (KldB 2010) ohne Helferinnen und Helfer	Sozialversicherungspflichtig und geringfügig entlohnt Beschäftigte am Arbeitsort in Pflegeberufen ohne Helferinnen und Helfer	Anteil Leiharbeit
30.06.2017	38	24.415	0,2
30.06.2018	48	24.616	0,2
30.06.2019	72	24.824	0,3
30.06.2020	77	25.248	0,3
30.06.2021	98	25.949	0,4
30.06.2022	114	26.266	0,4
30.06.2023	145	26.201	0,6
30.06.2024	116	26.022	0,4

Tab. 30: Leiharbeiterinnen/-nehmer Pflegeberufe (ohne Helferinnen und Helfer) 2017 bis 2024

Die Analyse zeigt, dass im pflegespezifischen Bereich der Leiharbeit in Mecklenburg-Vorpommern ein nur geringer Aufwuchs zu verzeichnen ist. Zwar ist die Zahl der Leiharbeiterinnen und -nehmer im Zeitraum von 2017 bis 2024 gestiegen, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Beschäftigten in der Pflege bleiben die Anteile jedoch konstant auf einem vergleichbaren sehr niedrigen Niveau. Je nach Jahr bewegen sich die berechneten Werte zwischen 0,2 Prozent und 0,6 Prozent an der Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Pflegefachpersonen im Land; zuletzt bei 0,4 Prozent.

Angesichts des insgesamt geringen Anteils von Leiharbeit am Gesamtvolumen der Beschäftigten in der Pflege ist nicht davon auszugehen, dass Leiharbeiterinnen und -nehmer als bedeutende Größe zu werten sind, die den Fachkräfteengpass in den Einrichtungen maßgeblich beeinflusst. Da sie in den Einrichtungen tätig sind, sind sie Teil des Versorgungssystems und leisten einen Beitrag zur Stabilisierung der pflegerischen Versorgung. Gleichzeitig kommen verschiedene Gutachten zu dem Schluss, dass das Potenzial, Leiharbeitskräfte dauerhaft in reguläre Beschäftigungsverhältnisse zu überführen, als eher gering einzustufen ist (Schäfer und Stettes 2023).

5.1.8 Altersstrukturen Pflegenden 2025

Die Altersstruktur der Pflegefachpersonen ist insbesondere im Hinblick auf den künftigen Ersatzbedarf in den Einrichtungen von großer Bedeutung. Mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand werden in den kommenden Jahren zahlreiche Erwerbstätige aus dem Berufsleben ausscheiden; darunter auch viele Pflegekräfte aus den höheren Altersgruppen.

Um diesen absehbaren Verlust auszugleichen, sind gezielte Anstrengungen zur Stärkung der Pflegeausbildung erforderlich, um ausscheidende durch neue, qualifizierte Berufseinsteigerinnen und -einsteiger zu ersetzen (Berufseinmündungsquote).

Die folgende Abbildung zeigt die Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege in Mecklenburg-Vorpommern zum Stichtag 30. Juni 2025.¹⁰⁹ Für diesen Bereich konnte

¹⁰⁹ Statistik-Service Südwest. Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort in Pflegeberufen der Klassifizierung der Berufe KldB 2010 nach Alter und ausgewählten Wirtschaftszweigen der WZ 2008. Stand 30.06.2025. Erstellungsdatum 05.01.2026. Auftragsnummer 399140. Das Aggregat „Pflegeberufe“ umfasst die Systeme-

eine sehr aktuelle Datengrundlage verwendet werden. Grundlage ist eine Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit vom Januar 2026.

Dargestellt sind Pflegefachpersonen (ohne Helferinnen und Helfer), abhängig davon, in welchem Versorgungssektor sie tätig sind.

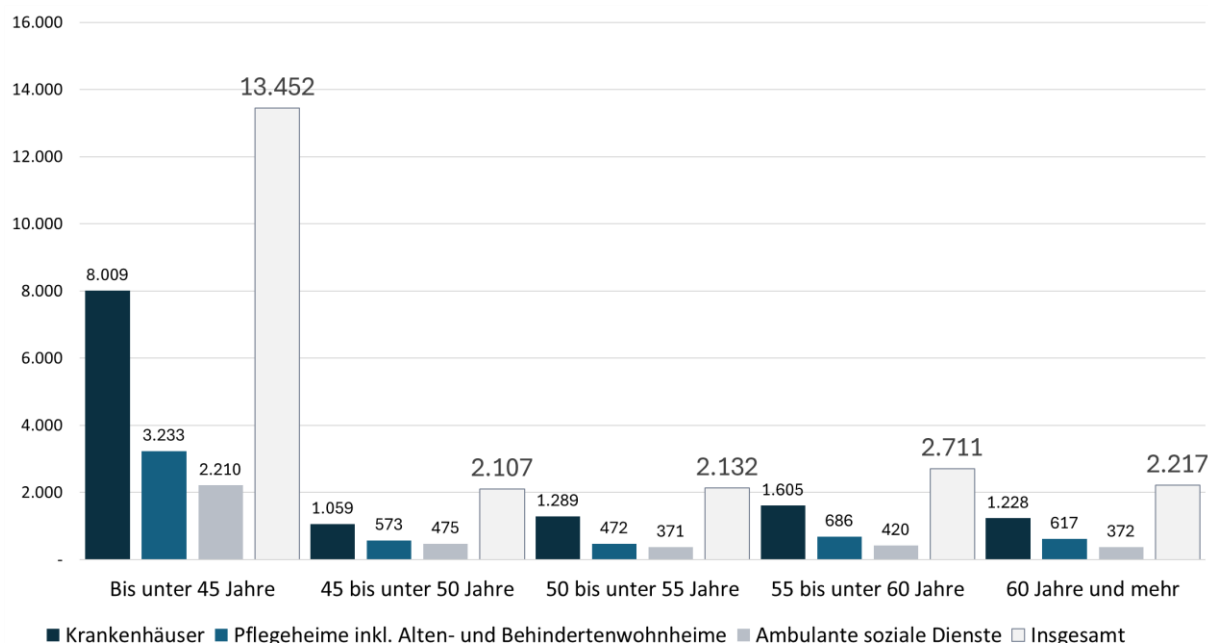


Abb. 94: Altersstruktur der Pflegenden nach Altersklassen und Wirtschaftszweigen 2025¹¹⁰

Zu erkennen ist, dass erwartungsgemäß der Krankenhaussektor die meisten Pflegefachpersonen (13.190 Personen) in allen Altersgruppen beschäftigt, was mehr als die Hälfte (58,3 Prozent) des gesamten Personals in Mecklenburg-Vorpommern umfasst.

Betrachtet man die Altersverteilung so fällt auf, dass mehr als die Hälfte der Personen (59,5 Prozent) jünger als 45 Jahre ist; dies trifft in Summe in allen Sektoren auf 13.452 Personen zu. Allerdings zeigt die Altersverteilung auch, dass knapp ein Drittel der Berufsgruppe (31 Prozent) in Mecklenburg-Vorpommern 50 Jahre oder älter ist.

Wird diesem Befund ein mittleres Renteneintrittsalter von 65 Jahre zugrunde gelegt, so werden in den nächsten 15 Jahren ca. 7.060 Pflegenden in die Rente übergehen und stehen dem Arbeitsmarkt somit nicht mehr zur Verfügung.

Diese berufsdemografische Entwicklung gilt es insbesondere vor dem Hintergrund wachsender Bedarfe zu kompensieren. Hier muss v. a. ein gezielter Ausbau der Ausbildungskapazitäten sowie die Sicherstellung einer umfangreichen und qualitätsgesicherten Berufseinmündung wirksam werden.

matikpositionen 8130 Gesundheits-, Krankenpflege (o.S.), 8131 Fachkrankenpflege, 8132 Fachkinderkrankenpflege, 8138 Gesundheits-, Krankenpflege (ssT), 8139 Aufsicht, Führung – Pflege, Rettungsdienst, 821 Altenpflege (einschließlich Führung) der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010)

¹¹⁰ Die Summe der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachpersonen in der Auswertung der Altersverteilung (n = 22.637) weicht von der Summe der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachpersonen des Landes insgesamt (N = 26.022) ab. Die Ausweisung der Altersverteilung erfolgt sektorenspezifisch, wodurch 3.385 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegefachpersonen nicht berücksichtigt werden können, da diese in anderen Sektoren, wie z.B. Arztpraxen, der Industrie, Ämter etc. angestellt sind.

Die berufsdemografische Entwicklung der Pflegenden wird vor diesen Hintergründen auf dem Pflegemarkt in Mecklenburg-Vorpommern deutlich früher erlebbar sein als die demografische Entwicklung der Bevölkerung, die eher mittel- und langfristig steigende Bedarfen nach sich ziehen wird.

5.1.9 Erwerbsdauer Pflegender

Neben der Altersstruktur der beruflich Pflegenden wird auch die Dauer ihrer Erwerbstätigkeit thematisiert. Hier ist v. a. die Frage relevant, wie lange Pflegefachpersonen im Beruf verbleiben.

Zu dieser Fragestellung liegen bislang keine systematischen Kennzahlen im Rahmen eines kontinuierlichen Monitorings vor. Analysen der Bundesagentur für Arbeit deuten jedoch darauf hin, dass Fachkräfte mit einer dreijährigen Qualifikation in der Regel länger im Pflegeberuf verbleiben als Helferinnen und Helfer (Wrobel et al. 2019; Fuchs et al. 2018).

Ein Berufsverbleib lässt sich dann abbilden, wenn Pflegefachpersonen anhand ihrer Sozialversicherungsnummer über einen längeren Zeitraum hinweg nachverfolgt werden. Dies erfordert spezielle Analyseverfahren und stellt sowohl methodisch als auch datenanalytisch eine Herausforderung dar. Für die nachfolgende Auswertung wurden Daten zur Nettodauer der Beschäftigung Pflegender in Mecklenburg-Vorpommern zum Stichtag 30. Juni 2024 untersucht.^{111 112 113}

Die Analyse basiert auf einer Querschnittsbetrachtung zum Stichtag und gibt Hinweise darauf, wie lange Pflegende zu diesem Zeitpunkt bereits sozialversicherungspflichtig beschäftigt und tätig sind. Im Unterschied zur Bruttodauer der Erwerbstätigkeit ist die Nettodauer bereinigt um Zeiten der Unterbrechung, etwa durch Elternzeit oder andere Erwerbspausen. Berücksichtigt werden dabei unterschiedliche Beschäftigungsdauern in einem sozialversicherungspflichtigen Hauptberuf. Auszubildende sind in der dargestellten Auswertung nicht enthalten (Hüser et al. 2018).

Für Mecklenburg-Vorpommern konnten Daten von insgesamt 23.295 Pflegefachpersonen in die Analyse einbezogen werden, die jedoch nicht vollständig in der nachfolgenden Abbildung aufgenommen werden. Hier wurde eine Reduzierung für drei zentrale Klassen der Nettoerwerbsdauer durchgeführt. Unterschieden werden Beschäftigungsdauern von aktuell drei bis unter sechs Jahren, von sechs bis unter zehn Jahren sowie von zehn Jahren und länger.¹¹⁴ Die Gruppe der über zehnjährig Beschäftigten kann derzeit nicht weiter differenziert werden, da die Erfassungsmethodik der Bundesagentur für Arbeit erst seit Januar 2000 angewendet wird und längere Erwerbsdauern somit nicht exakt kodiert vorliegen.

Für die Gruppen ergeben sich die folgenden Summen: Eine Nettodauer von drei bis unter sechs Jahre kann bei 1.666 Pflegenden ermittelt werden. Sechs bis unter zehn Jahre beschäftigt sind in der Nettodauer 2.309 Pflegende und zehn Jahre oder länger 19.134 Pflegende in Mecklenburg-Vorpommern in der ausgewiesenen Berufsgruppe beschäftigt.

¹¹¹ Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Erstellungsdatum: 27.01.2025, Statistik-Service Südwest, Auftragsnummer 375288

¹¹² Die Nettodauer (bisherige Dauer der Beschäftigungsverhältnisse) ist die Summe der Dauern aller Beschäftigungsverhältnisse seit Aufnahme der ersten Beschäftigung. Sie kann sowohl als Summe für alle Beschäftigungsverhältnisse als auch für sozialversicherungspflichtige und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse getrennt ausgewiesen werden. Dabei wird immer die Hauptbeschäftigung berücksichtigt.

¹¹³ https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodenberichte/Beschaeftigungsstatistik/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Dauer-der-Beschaeftigung-von-Personen.pdf?__blob=publicationFile

¹¹⁴ Die Gruppen 6 bis unter 6 Monate, bis unter 12 Monate, 1 bis unter 2 Jahre wurden nicht mit aufgenommen; hier werden die Daten aufgrund der geringen Anzahl in der regionalen Darstellung nur in Teilen ausgewiesen und sind unvollständig.

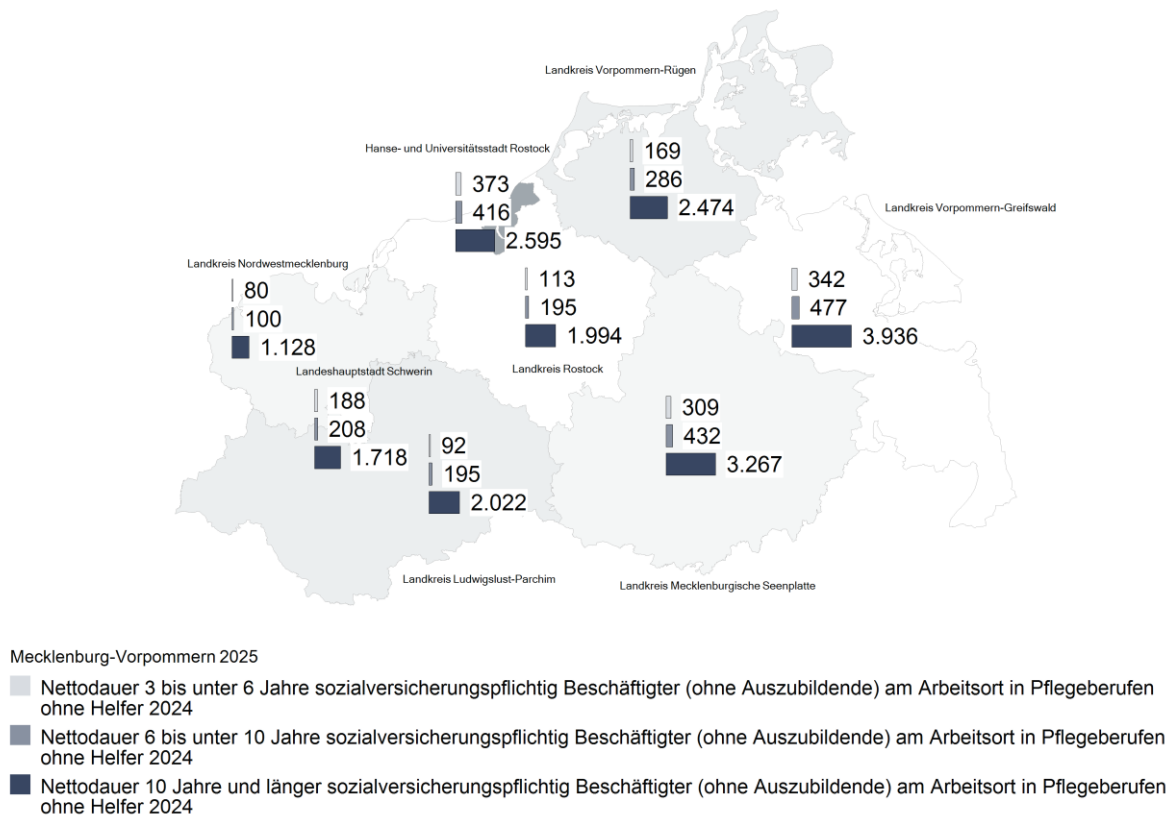


Abb. 95: Nettodauer unterbrechungsfreie Beschäftigung Pflegende ohne Helferinnen und Helfer 2024

Die Auswertung zeigt für alle Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern, dass die überwiegende Mehrheit der qualifizierten Pflegenden bereits seit zehn Jahren oder länger im Beruf tätig ist, bzw. ergeben sich in der Addition der jeweiligen Beschäftigungen die Nettoerwerbsdauern. Diese Gruppe stellt den größten Anteil dar (82,2 Prozent der 23.295 ausgewiesenen Beschäftigten in der vorliegenden Statistik). Hinweise auf eine stark verkürzte Berufsverweildauer lassen sich aus den vorliegenden Daten somit nicht ableiten; lediglich 7,2 Prozent entfallen auf eine Nettodauer von drei bis unter sechs Jahren und 9,9 Prozent sind zwischen sechs und zehn Jahren tätig. Die fehlenden 0,8 Prozent weisen geringere Nettoerwerbsdauern auf.

Einschränkend ist zu beachten, dass die Analyse ausschließlich die aktuell in der Pflege beschäftigten Berufsangehörigen umfasst: Personen, die bereits aus dem Pflegeberuf ausgeschieden sind, bleiben daher unberücksichtigt.

Zusätzlich lässt sich auf der Basis der vorliegenden Kennzahlen der Median der Beschäftigungsdauer zum Juni 2024 bestimmen. Dieser teilt die Anzahl der untersuchten Pflegenden in zwei gleich große Hälften auf und benennt die Berufsdauer der mittleren Person. Für Mecklenburg-Vorpommern liegt dieser bei 237,7 Monaten, was einer mittleren Nettoerwerbsdauer von 19,8 Jahren entspricht. Das bedeutet: Die Hälfte der Pflegefachpersonen im Land ist bereits länger als 19,8 Jahre im Beruf tätig, die andere Hälfte kürzer. Diese Daten sind deutliche Indizien dafür, dass Pflegende, die im Beruf tätig sind, meist langjährig im Beruf verweilen. Es kann von einer starken Berufstreue ausgegangen werden.

5.2 Ausbildung und Qualifizierung in der Pflege

Nach Angaben des Pflegeausbildungsfonds M-V, der vom Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) verwaltet wird, bestehen im Jahr 2024 insgesamt 28 Pflegeschulen in Mecklenburg-Vorpommern, an denen eine Qualifizierung zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann möglich ist. In Mecklenburg-Vorpommern ist der Pflegeberuf der am stärksten nachgefragteste Ausbildungsberuf.

Die Ausbildung von Pflegefachpersonen ist nicht nur im Hinblick auf den demografischen Wandel und den damit verbundenen Anstieg pflegebedürftiger Menschen von zentraler Bedeutung. Auch die berufsdemografische Entwicklung verdeutlicht, dass eine kontinuierliche Ausbildung erforderlich ist, um die absehbaren Renteneintritte in den kommenden Jahren auszugleichen.

5.2.1 Schulen und Schulstandorte Pflegefachmann/-fachfrau

Auf Grundlage des Adressverzeichnisses der Pflegeschulen des LAGuS wurde die nachfolgende Karte mit den Standorten der Pflegeschulen erstellt. Die Größenunterschiede der Pflegeschulen wird auf Basis der in der zugesendeten Tabelle erfassten Anzahl der neu aufgenommenen Auszubildenden im Ausbildungsjahr 2024/2025 mit in die Grafik übertragen, wobei dies eine Momentaufnahme darstellt.

Die Abbildung verdeutlicht die regionale Verteilung der Pflegeschulen in Mecklenburg-Vorpommern, die als grundlegende Voraussetzung für eine flächendeckende Versorgungssicherung betrachtet werden kann.

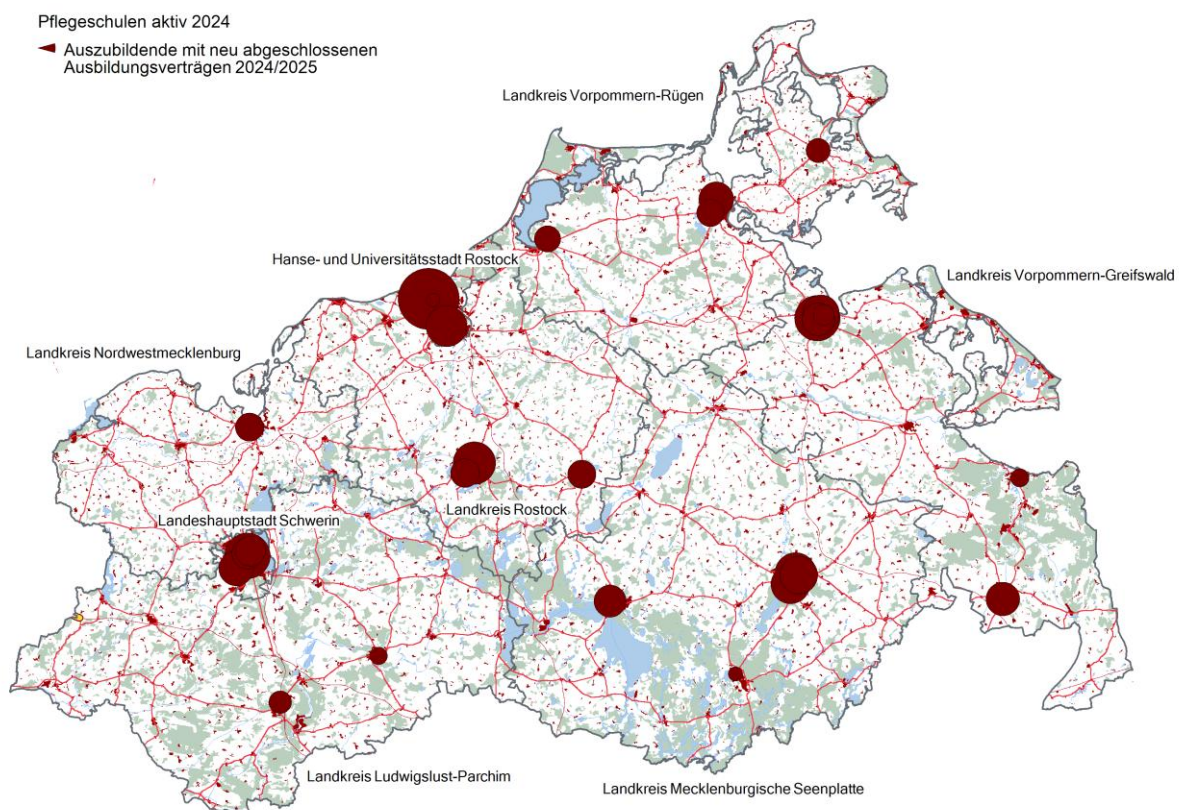


Abb. 96: Ausbildungsstandorte und neu aufgenommene Auszubildende Pflege in 2024/2025

Erwartungsgemäß sind in größeren Städten mehrere Pflegeschulen ansässig. Die Gesamtverteilung im Land Mecklenburg-Vorpommern weist auf eine flächendeckende Verteilung hin.

Pflegefachpersonen sind überwiegend regional tätig, wie der große Anteil der ortsgebunden lebenden und arbeitenden Pflegenden untermauert. Vor diesem Hintergrund sind auch wohnortnahe Ausbildungsmöglichkeiten von Bedeutung. Gegenüber einer Zentralisierung einiger weniger Standorte ist eine in der Fläche wirksame Angebotsstruktur, wie sie hier abgebildet ist, von Vorteil. Die ortsnahe Ausbildungsmöglichkeit sichert einen Zugang für interessierte Personen in der Region und ermöglicht es den in den Regionen tätigen Einrichtungen, selbst Auszubildende einzustellen und im Betrieb zu übernehmen.

Im Rahmen einer ergänzenden Analyse wurde für die Pflegeschulen eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt. Zielführend war die Fragestellung, inwieweit die Siedlungsgebiete im Land als Wohnorte von Ausbildungsinteressierten einen räumlichen Zugang zu einer Pflegeschule aufweisen. Für Mecklenburg-Vorpommern konnte in diesem Zusammenhang festgestellt werden, dass alle Siedlungsgebiete in einem Radius von maximal 45 Minuten Anfahrtsweg (mit dem PKW) erreichbar sind und erschlossen werden können.

5.2.2 Schulen und Schulstandorte Kranken- und Altenpflegehilfe

Neben der Ausbildung zum Pflegefachmann, bzw. Pflegefachfrau, bzw. Pflegefachperson besteht mit der Qualifizierung zu einem Helferberuf der Zugang zum Berufsfeld. In Mecklenburg-Vorpommern existiert die Ausbildung zum Kranken- und Altenpflegehelfer bzw. zur Kranken- und Altenpflegehelferin, die durch die bundeseinheitliche Ausbildung zur Pflegefachassistenz abgelöst werden wird.

Perspektivisch wird mit einer zunehmenden Bedeutung der Ausbildung in der Pflegefachassistenz gerechnet. Die Zugänge über die Qualifizierung ermöglichen einerseits auch den Einstieg in die dreijährige Fachausbildung und werden als wichtiger Baustein in der Fachkräftesicherung verstanden. Darüber hinaus gehen auch Gutachten zur Personalsicherung in der stationären Langzeitpflege davon aus, dass ein erhöhter Bedarf in den Einrichtungen besteht. Die Einführung der Personalbemessung in der Langzeitpflege (PeBeM) wird mit einem Aufwuchs an Pflegefachassistentinnen und -assistenten in Verbindung gebracht. Darüber hinaus wird angesichts der demografischen Entwicklung im Beruf sowie in der Bevölkerung davon ausgegangen, dass in Skill-Mix-Modellen mit einer Aufgabenteilung zwischen Personen unterschiedlicher Qualifikationsstufen und Bildungsniveaus die Versorgung insgesamt besser abgesichert werden kann als mit einer Fokussierung auf die dreijährig ausgebildeten Fachkräfte allein.

In einem ersten Überblick werden die Bildungsstandorte für die Pflegehilfe dargelegt¹¹⁵. Diese überschneiden sich mit den Standorten der Ausbildung zur dreijährigen Qualifizierung, wobei nicht in allen Standorten parallel beide Ausbildungsbereiche der dreijährigen Qualifizierung und der Qualifizierung zur Pflegehilfe angeboten werden, sodass die Anzahl der Pflegeschulen, in denen eine Ausbildung in der Pflegehilfe aufgenommen werden kann, niedriger ausfällt. Aufgenommen wurden in der vorliegenden Grafik die Standorte sowie die im Schuljahr 2024/2025 neu aufgenommenen Auszubildenden.

¹¹⁵ Die Daten basieren auf einer Sonderabfrage beim Referat für Gesundheits- und Heilberufe, Aufsicht über Körperschaften der Selbstverwaltung. Antwort vom Dienstag, 7. Oktober 2025

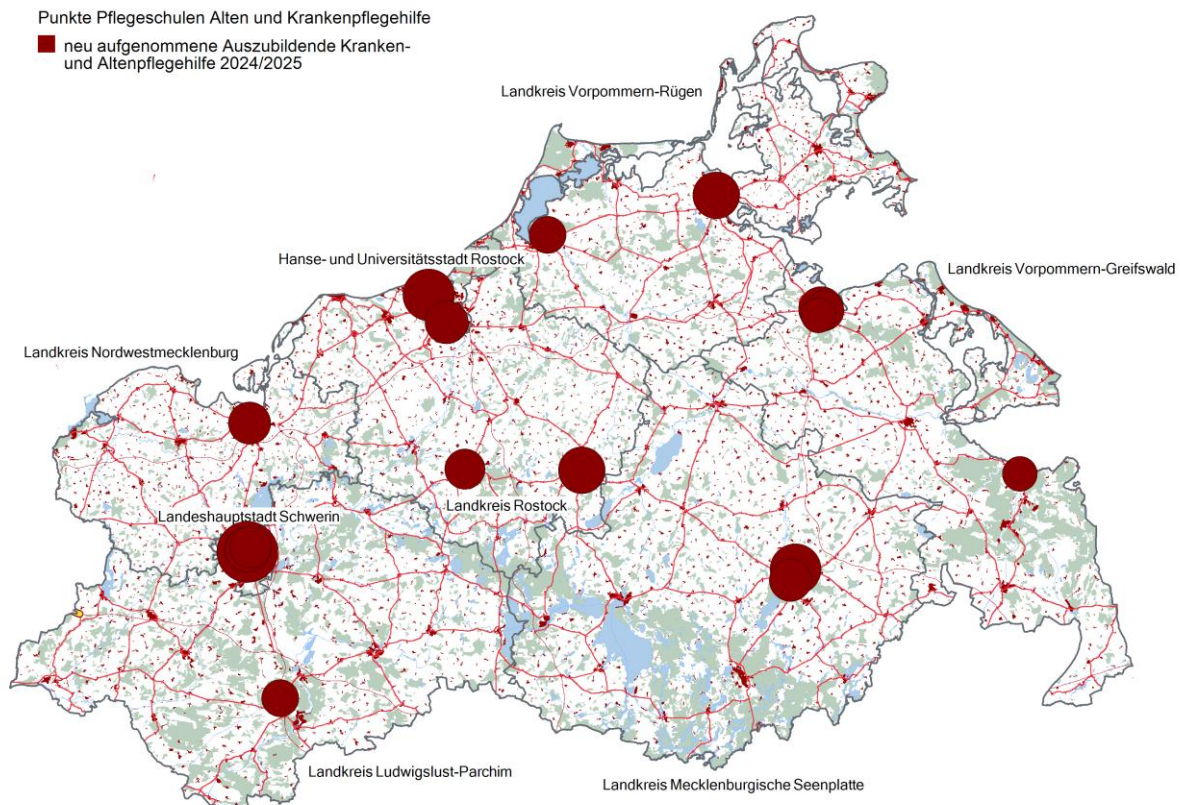


Abb. 97: Ausbildungsstandorte und neu aufgenommene Auszubildende Pflegehilfe in 2024

Im Schuljahr 2024/2025 wurden in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt an 17 Pflegeschulen entsprechende Qualifizierung der Kranken- und Altenpflegehilfe angeboten. Insgesamt werden aktuell 20 Pflegeschulen geführt, die im Laufe der vergangenen drei Jahre Auszubildende aufnehmen. Drei der erfassten Pflegeschulen weisen für das aktuelle Jahr keine Auszubildenden aus, bzw. beziffern die Anzahl mit Null.

Neben der Erfassung und Verteilung der Standorte ist die Ausbildungskapazität bzw. die regionale Ausbildung von Interesse, da die Absolventinnen und Absolventen in unterschiedlichen Sektoren der Versorgung tätig werden können und in der Regel keine große Wegzugsbereitschaft haben. Eine heimatortnahe Ausbildung von Pflegefachassistentinnen und -assistenten sorgt für regional verfügbare Personalressourcen in diesem durch Wachstum gekennzeichneten Bereich.

Wie bei der dreijährigen Qualifizierung, zeigt sich auch in der Kranken- und Altenpflegehilfe, dass in den größeren Städten nicht nur mehrere Schulträger tätig sind, sondern auch größere Klassen bestehen. Die Spannweite, der in den Pflegeschulen neu aufgenommenen Auszubildenden in 2024/2025 reicht von 17 bis 92 in den Landkreisen und den beiden kreisfreien Städten und rangiert zwischen 15 und 46 in einzelnen Pflegeschulen.

Korrespondierend zur Analyse der räumlichen Verteilung wurde auch für die Schulstandorte der Pflegefachassistenz eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt, die drei Werteklassen (15 Minuten, 30 Minuten, 45 Minuten) einschloss. Die bisherige Standortverteilung ermöglicht es in allen Siedlungsgebieten, innerhalb von 45 Minuten Fahrtzeit mit dem PKW einen Standort der Pflegeschulen zu erreichen. Auch für diesen Bereich kann daher von einer flächendeckenden Angebotsstruktur ausgegangen werden.

5.2.3 Kennzahlen und Entwicklung Pflegefachmann/ -fachfrau

Die Fachkräftequalifizierung ist eine der wesentlichen Einflussgrößen für die pflegespezifische Versorgungssicherheit des Landes. Hierfür ist es zielführend, sich mit den Ausbildungskennzahlen der Pflegeausbildung nach PflBG auseinanderzusetzen. Dabei gilt es einen wichtigen, einschränkenden Aspekt zu berücksichtigen:

Das PflBG trat zum 01. Januar 2020 in Kraft und brachte wesentliche Veränderungen für die theoretische sowie praktische Ausbildung mit sich. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes durchliefen erst zwei Ausbildungsjahrgänge ihre komplette Ausbildung. Die im Folgenden vorgestellten Kennzahlen im Rahmen der Ausbildung zum Pflegefachfrau bzw. -mann unterliegen damit zwei maßgeblichen Effekten:

- Zum einen die Einführung der neuen Ausbildungsform selbst und den Umstand, dass die neugeschaffenen Ausbildungsstrukturen und -prozesse im tatsächlichen Arbeitsalltag erprobt werden und häufig noch Justierungen benötigen, bis sich eine Routine einstellt.
- Zum anderen fallen die Ausbildungen zeitlich in den Ausbruch der Corona-Pandemie. Durch die Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen mussten entwickelte schulinterne Curricula ad hoc als digitale Lehre mit angeboten werden. Für eine Berufsausbildung mit einem Umfang von 2.100 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht stellt dies eine besondere Herausforderung dar. Auch die praktische Ausbildung wurde durch die Pandemie beeinflusst, sodass die Auszubildenden ihre Pflichteinsätze in den unterschiedlichen Versorgungssektoren unter erschwerten Bedingungen wahrnehmen mussten.

Damit markieren und beschreiben die bislang vorliegenden Daten eine Sondersituation, die keine normale Ausbildungsrealität widerspiegeln. Dennoch enthalten sie wichtige Informationen und müssen unter der Berücksichtigung der beschriebenen Aspekte betrachtet und eingeordnet werden.

Im Jahr 2024 sind laut der Bundesstatistik^{116 117} insgesamt 1.086 Auszubildende mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag nach Art der praktischen Trägerschaft in Mecklenburg-Vorpommern registriert. Der amtlichen Schulstatistik von Mecklenburg-Vorpommern zufolge sind es hingegen 1.214. Diese Datendiskrepanz lässt sich mutmaßlich mit dem Meldeverhalten der Ausbildungsträger erklären. Im Folgenden bezieht sich der Bericht auf beide Datensätze. Es wird jeweils ausgewiesen, welche Datengrundlage für bestimmte Darstellungen oder Berechnungen genutzt werden, da die Datensätze unterschiedliche Differenzierungen enthalten und komplementär genutzt werden müssen.

Von den 1.086 in 2024 Personen mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag entfallen 549 Auszubildende auf die Krankenhäuser des Landes.¹¹⁸ Weitere 330 Auszubildende sind in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie 180 in ambulanten Pflegediensten für die Ausbildung angestellt. Für 27 Auszubildende lag die Art des Trägers der Meldestelle nicht vor.

¹¹⁶ Statistisches Bundesamt. Statistik nach der Pflegeberufe- Ausbildungsfinanzierungsverordnung. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/21241/details>

¹¹⁷ In diesem Kapitel wird die „Statistik nach der Pflegeberufe- Ausbildungsfinanzierungsverordnung (mit der Stichtagserhebung zum 31.12 jeden Jahres)“ aus Gründen der Lesbarkeit lediglich als „Bundesstatistik“ bezeichnet.

¹¹⁸ Dabei handelt es sich um die Datengrundlage der Bundesstatistik.

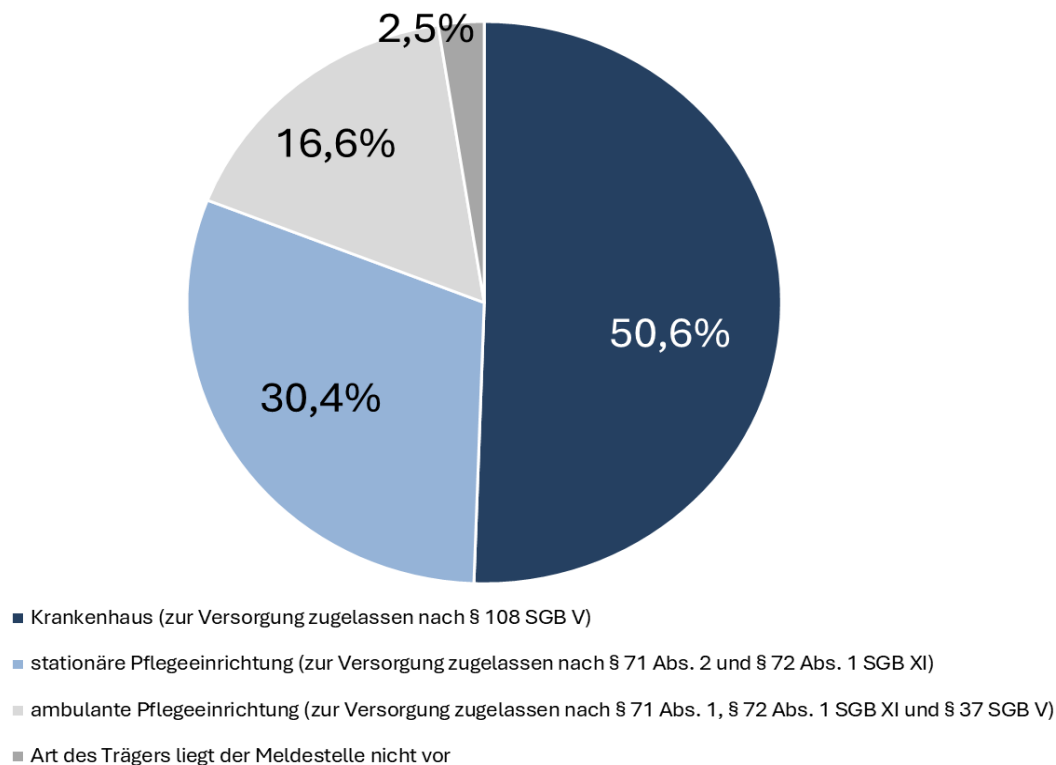


Abb. 98: Prozentuale Anteile der Träger der praktischen Ausbildung in 2024

Prozentual betrachtet ergibt sich aus der statistischen Erfassung, dass für rund die Hälfte der Auszubildenden (50,6 Prozent) mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag nach dem PflBG der Träger der praktischen Ausbildung ein Krankenhaus ist. Dies unterstreicht die Bedeutung der Krankenhäuser als Ausbildungsbereich für die Pflegeberufe mit Wirkungen auch über den eigenen Sektor hinaus. Bezogen auf Anzahl der aktiven Träger in der Ausbildung bestand bei 30,4 Prozent Auszubildenden mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag ein Vertrag mit vollstationären Einrichtungen sowie für 16,6 Prozent mit ambulanten Diensten im Jahr 2024.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes, liegen keine Erkenntnisse darüber vor, ob die Absolventinnen und Absolventen aus den bisherigen Kohorten, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, in den ursprünglichen Versorgungssektoren verbleiben oder ob es „Verschiebungen“ hin zur Beschäftigung im Krankenhaussektor oder umgekehrt zur Langzeitpflege gibt.

Die Anzahl der Auszubildenden mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag schwankt von Jahr zu Jahr. In der nachfolgenden Tabelle werden die Zahlen der Bundesstatistik und der amtlichen Schulstatistik des Landes gegenübergestellt:

Jahr	Anzahl Auszubildende am Stichtag 31.12. mit im Berichtsjahr neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag nach Ausbildungs- statistik des Bundes	Anteil Frauen (nach Bun- desstatistik)	Anzahl neu aufgenom- mener Auszubildender nach amtl. Schulstatis- tik
2020	1.299	72,7 %	1.301
2021	1.461	76,8 %	1.487
2022	1.269	72,1 %	1.302
2023	1.275	75,8 %	1.209
2024	1.086	75,4 %	1.214

Tab. 31: Entwicklung neu aufgenommene Auszubildende und Anteil weiblicher Auszubildender

Im Betrachtungszeitraum der in der Bundesstatistik geführten Kennzahlen seit 2020 wurde der bisherige Höchststand der Auszubildenden mit neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen im Jahr 2021 erreicht. Die Daten der amtlichen Schulstatistik weichen von der Ausbildungsstatistik des Bundes ab, weisen aber ebenso für das Jahr 2021 die höchste Gesamtzahl der Auszubildenden mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag aus.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Jahr 2021 im Zeichen der Corona-Pandemie stand. Aufgrund temporärer Schließungen in Branchen wie Einzelhandel, Gastronomie und Hotellerie könnten sich Ausbildungsinteressierte verstärkt für eine Pflegeausbildung entschieden haben, da der Beruf als krisensicher und systemrelevant wahrgenommen wurde. Zugleich standen andere Wirtschaftsbereich der Hotellerie und des Gaststättengewerbes ebenso wie der Einzelhandel oder andere personennahe Dienstleistungen (z. B. Friseurhandwerk) aufgrund von Quarantänebestimmungen stark unter Druck. Dies ist ein möglicher Erklärungsansatz für die hohe Zahl neu aufgenommener Auszubildender im Jahr 2021 und sollte entsprechend als möglicher Verzerrungseffekt berücksichtigt werden.

Betrachtet man die Ausbildungsentwicklung in den Schuljahren vor und nach der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung, so zeigen sich insgesamt positive Entwicklungen gegenüber den vorherig getrennten Berufen. Beispielsweise befinden sich im Schuljahr 2024/2025 in Summe 1.131 mehr Auszubildende in einer Pflegeausbildung, als es noch im Schuljahr 2017/2018 der Fall war. Das entspricht einer prozentualen Zunahme von 45,3 Prozent und zeigt auf, dass die Pflegeausbildung insgesamt nicht an Attraktivität verloren, sondern zugewonnen hat.

Die jeweiligen Jahressummen in der nachfolgenden Tabelle dokumentieren den Aufbau der Ausbildungskapazitäten insgesamt. Die Jahressummen bilden die Anzahl des Jahresbestands an Schülerinnen und Schüler in den unterschiedlichen Jahrgängen ab. Seit dem Schuljahr 2020/2021 ist ein deutlicher Zuwachs zu erkennen, der sich insgesamt über die nachfolgenden Jahre stabil hält.

Schuljahr	Auszubildende (GKP; ALP; GKiP ¹¹⁹)	Auszubildende nach PflBG (amtliche Schulstatistik)	Summe
2017/2018	2.497	---	2.497
2018/2019	2.884	---	2.884
2019/2020	3.201	---	3.201
2020/2021	2.139	1.301	3.440
2021/2022	1.211	2.568	3.779
2022/2023	286	3.493	3.779
2023/2024	13	3.673	3.686
2024/2025	---	3.628	3.628

Tab. 32: Ausbildungskennzahlen Auszubildende vor und nach Einführung der Ausbildung nach PflBG

Neben den Fragen, wie viele Auszubildende mit neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen zu verzeichnen sind oder wie viele Auszubildende insgesamt an den Pflegeschulen verzeichnet werden können, ist auch zu berücksichtigen, wie die Erfolgsquoten in der Ausbildung sind, also wie viele Auszubildende, die eine Ausbildung beginnen, diese auch erfolgreich beenden. Die Diskussionen um Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung werden schon länger geführt und sind Gegenstand von Analysen und Maßnahmenbeschreibungen, um die Ausbildungserfolge zu stabilisieren (Garcia González und Peters 2021).

In der negativen Umkehrung der Erfolgsrate wird beobachtet, wie viele den Ausbildungsvertrag mit dem Ausbildungsträger vorzeitig lösen. Relevant sind hier u. a. die Lösungs- und Abbruchquoten der Auszubildenden.

Zu diesen Indikatoren liegen unterschiedliche methodische Grundlagen und Logiken sowie heterogene Datengrundlagen vor. In diesem Zusammenhang wird der Begriff der „Lösungsquote“ sowie der „vorzeitigen Vertragslösung“ mit eingeführt (Uhly und Gericke 2011; Uhly 2015). Diese werden zentral als Indikatoren für Ausbildungserfolge beim Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) verwendet.

Zwischen „Vertragslösungen“ und tatsächlichen Ausbildungsabbrüchen besteht ein relevanter Unterschied.

Nach einer Vertragslösung ist nicht zwingend gesagt, dass der oder die Auszubildende die Ausbildung tatsächlich abbricht und die pflegerische Ausbildung verlässt. Es kommt vor, dass lediglich der Ausbildungsträger gewechselt wird oder die Ausbildung pausiert wird aufgrund der individuellen Familienplanung etc.. Im Falle eines Trägerwechsels (mit Kündigung des vorherigen Ausbildungsvertrags= Vertragslösung) wird der Ausbildungsvertrag durch einen neuen Träger fortgeführt und die Vertragslösung ist irrelevant bezogen auf die Perspektive der Person und ihrer beruflichen Qualifizierung, die fortgeführt wird.

Die Ermittlung einer „Abbruchquote“ hingegen bezieht sich auf Auszubildende, die den Ausbildungsvertrag auflösen und das Berufsfeld nachfolgend verlassen. Dementsprechend gibt es eine Anzahl an Personen innerhalb der Gruppe der Vertragslösungen die als Ausbildungsabbrüche verstanden werden müssen. Jedoch ist ohne entsprechende Analysen auf der Ebene der einzelnen Personen nicht quantifizierbar, wie groß der Anteil tatsächlicher Ausbildungsabbrüche in der

¹¹⁹ GKP = Gesundheits- und Krankenpflege; ALP = Altenpflege, GKiP = Gesundheits- und Kinderkrankenpflege)

Gruppe der Auszubildenden ist, die ihren Vertrag vorzeitig gelöst haben. Diese Ungenauigkeit muss aktuell in Kauf genommen werden.

In der Bundesstatistik werden Daten ausgewertet, die in der Gegenüberstellung Aussagen zur jeweiligen Lösungsquote eines Jahrgangs ermöglichen. Dazu werden die Gesamtsummen der Auszubildenden nach Bundesstatistik ausgewiesen.¹²⁰ Die Gesamtzahl der in Ausbildung registrierten Auszubildenden kann den entsprechenden Tabellenblättern entnommen werden (Tabelleblatt 21241-16).

Im Folgenden werden die entsprechenden Kennzahlen der Bundesstatistik für Deutschland insgesamt und für Mecklenburg-Vorpommern dargestellt, in denen die vorzeitigen Vertragslösungen im jeweiligen Berichtsjahr ausgewiesen werden (Tabelleblatt 21241-22). Dabei ist zu beachten, dass im ersten Berichtsjahr nur eine Kohorte an Auszubildenden in der Ausbildung war. Im zweiten Jahr waren es zwei und ab dem dritten Jahr sind es drei Kohorten. Vertragslösungen im Berichtsjahr steigen dadurch bedingt zunächst an, weil im dritten Berichtsjahr mehr Personen in der Ausbildung sind, die ihre Ausbildung beenden könnten, unabhängig davon, in welchem Ausbildungsjahr sie die Ausbildung beenden (im ersten Jahr z. B. mit Beendigung der Probezeit).

Die Daten weisen nicht die kohortenspezifischen Vertragslösungen im Verlauf aus, sondern die Gesamtsummen im Berichtsjahr über alle Kohorten. Die Perspektive ist die der Jahrgänge. Aus der Gegenüberstellung lässt sich dabei ab dem Jahr 2022 im Vergleich zu den beiden Jahren 2023 und 2024 ermitteln, ob vermehrt Ausbildungslosungen zu beobachten sind.

¹²⁰ https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/statistischer-bericht-pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401247005.xlsx?__blob=publicationFile&v=2

Kenn- zahl	2020		2021		2022		2023		2024	
	Bund	M-V	Bund	M-V	Bund	M-V	Bund	M-V	Bund	M-V
Auszubildende insgesamt	53.610	1.299	102.873	2.526	143.091	3.330	146.880	3.723	146.685	3.465
Vorzeitige Lösungen	3.681	60	12.699	312	17.982	453	21.141	471	24.081	375
Lösungsquote in % im Jahr	6,4	4,4	11,0	11,0	11,2	12,0	12,6	11,2	14,1	9,8

Tab. 33: Vertragslösungen in der Pflegefachausbildung nach PflBG

Aus der Tabelle wird deutlich, dass die Vertragslösungen im Berichtsjahr im Jahr 2023 sowie im Jahr 2024 unterhalb der durchschnittlichen Zahl für Gesamtdeutschland liegen.

Um die Lösungsquote der Ausbildung aus der Perspektive der Kohorten differenziert einschätzen zu können, ist ein anderes Berechnungsverfahren erforderlich, das als „Schichtenmodell“ bezeichnet werden kann. Vereinfacht wird hierbei berücksichtigt, dass die Auszubildenden aus dem Jahr des Beginns der Ausbildung in Beziehung gesetzt werden.¹²¹ Für die Berechnung mit dem Schichtenmodell bedarf es eines vollständigen „Durchlaufs“ der Ausbildung einer Kohorte einschließlich eines nachgelagerten Jahres, um Teilzeitausbildung mit berücksichtigen zu können. Für die Ausbildungsstatistik liegt dies erstmalig für das Jahr 2024 vor und kann aufgrund fehlender Vergleichsdaten und längerfristiger Beobachtungszeiträume noch nicht als Ausgangswert für Prognosen verwendet werden. Die Beeinflussung durch die Corona-Pandemie muss hier ebenso berücksichtigt werden wie die offenbar noch abweichenden Daten der Ausbildungsstatistik von den Daten der amtlichen Schulstatistik in Mecklenburg-Vorpommern. Dennoch ist dies eine erste Orientierungskennzahl. Für Mecklenburg-Vorpommern wird die erste erfasste Lösungsquote des Durchgangs 2020 bis 2024 mit 28,1 Prozent angegeben. Dies liegt unter dem Bundesdurchschnitt (33,4 Prozent) und gibt annäherungsweise an, wie hoch der Anteil an Auszubildenden ist, die den Vertrag innerhalb der gesamten Ausbildungsverlaufs vorzeitig gelöst haben. Dies ist nicht zu verwechseln mit dem Anteil von Ausbildungsabbrecherinnen und -abbrecher.

Vergleicht man die jährliche Lösungsquote der Pflegefachausbildung mit jener aus dem Bereich der dualen Berufsausbildung, liegt der Wert im bundesweiten Durchschnitt. In den Jahren 2022 betrug der vom Bildungsinstitut für berufliche Bildung (BIBB) ausgewiesene Wert in der betrieblichen Ausbildung 29,5 Prozent und für 2023 durchschnittlich 29,7 Prozent. Dabei besteht auch ein Zusammenhang zur jeweiligen wirtschaftlichen Lage. Liegt eine große Personalnachfrage vor, so erhöhen sich in aller Regel die Lösungsquoten in den Ausbildungen, weil Alternativen zur Verfügung stehen. Bestehen negative Entwicklungen, verringert sich die Lösungsquote und an den bestehenden Ausbildungen wird tendenziell eher festgehalten. Der mittlere Schwankungsbereich wird vom BIBB mit zwischen 20 und 25 Prozent angegeben. Die Vertragslösungsquote in der dualen Berufsausbildung zeigt seit dem Jahr 2008 eine überwiegend konstante und sukzessive Steigung (BIBB 2025). Vor diesem Hintergrund sind die aktuellen Lösungsquoten in der Pflegefachausbildung als tendenziell im Normbereich zu bewerten. Sie stellen keine Ausnahme im Vergleich zu anderen Berufen dar.

¹²¹ https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/content/user_upload/Berichte/Abschlussbericht_Die_Ausbildungssituation_in_der_Pflege_Mai_2025.pdf

Um die Pflegefachausbildung aus der Perspektive der regionalen Verteilung besser einschätzen zu können, werden im Folgenden die Ausbildungszahlen für die letzten fünf Schuljahre nach Landkreisen und kreisfreien Städten dargestellt. Dabei wurden die Zahlen der amtlichen Schulstatistik des Landes herangezogen, da die Bundesstatistik keine regionale Aufschlüsselung auf Landkreisebene beinhaltet:

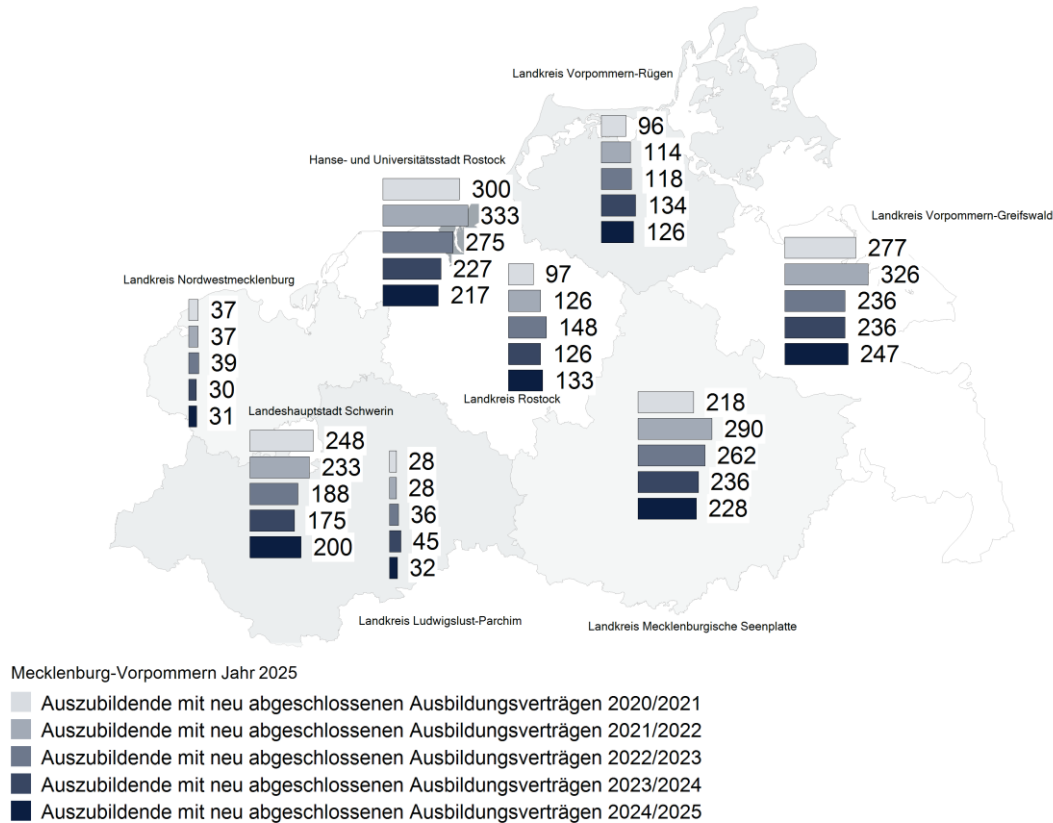


Abb. 99: Entwicklung der neu aufgenommenen Auszubildenden in Pflegeschulen 2020 bis 2024

Im landesweiten Vergleich zeigt sich eine unterschiedlich ausgeprägte relative Verteilung der Auszubildenden in Mecklenburg-Vorpommern auf Basis der Grundgesamtheit von 1.214 (Anzahl der neu aufgenommenen Auszubildenden im Schuljahr 2024/2025).

Die Anteile variieren im Schuljahr 2024/2025 zwischen 2,6 Prozent in den Landkreisen Nordwestmecklenburg und Ludwigslust-Parchim sowie bis zu 20,3 Prozent im Landkreis Vorpommern-Greifswald, gefolgt vom Landkreis Mecklenburgische Seenplatte mit 18,8 Prozent. Ebenfalls eine hohe Beteiligung an der Ausbildungsaktivität kann in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock (17,9 Prozent) und der Landeshauptstadt Schwerin (16,5 Prozent) beobachtet werden. Die übrigen Landkreise verzeichnen 10,4 Prozent (Landkreis Rostock) und 11,0 Prozent (Landkreis Vorpommern-Rügen) an den neu aufgenommenen Auszubildenden in der Pflegefachausbildung.

Betrachtet man die Anzahl der Auszubildenden mit neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen bezogen auf die Pflegeschulen im Schuljahr 2020/2021 gegenüber dem Schuljahr 2024/2025 fällt auf, dass in der Hälfte der Landkreise und kreisfreien Städte ein Rückgang stattgefunden hat: besonders ausgeprägt ist dieser in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock (27,7 Prozent) und der Landeshauptstadt Schwerin (19,4 Prozent) sowie im Landkreis Nordwestmecklenburg (-6,2 Prozent).

Dagegen fand ein deutlicher Aufbau in den Landkreisen Rostock (37,1 Prozent) und Vorpommern-Rügen (31,3 Prozent) statt; diese umfassten in Summe 259 Auszubildende, was rund 21,3 Prozent der Gesamtausbildungsaktivität ausmacht.

Um die regionale Ausbildungsaktivität vor dem Hintergrund möglicher Personalbedarfe differenzierter bewerten zu können, wurde das Verhältnis zwischen der Anzahl der Auszubildenden mit neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen im Jahr 2024 und der Zahl der sozialversicherungspflichtig sowie geringfügig Beschäftigten in der Pflege je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt berechnet:¹²²

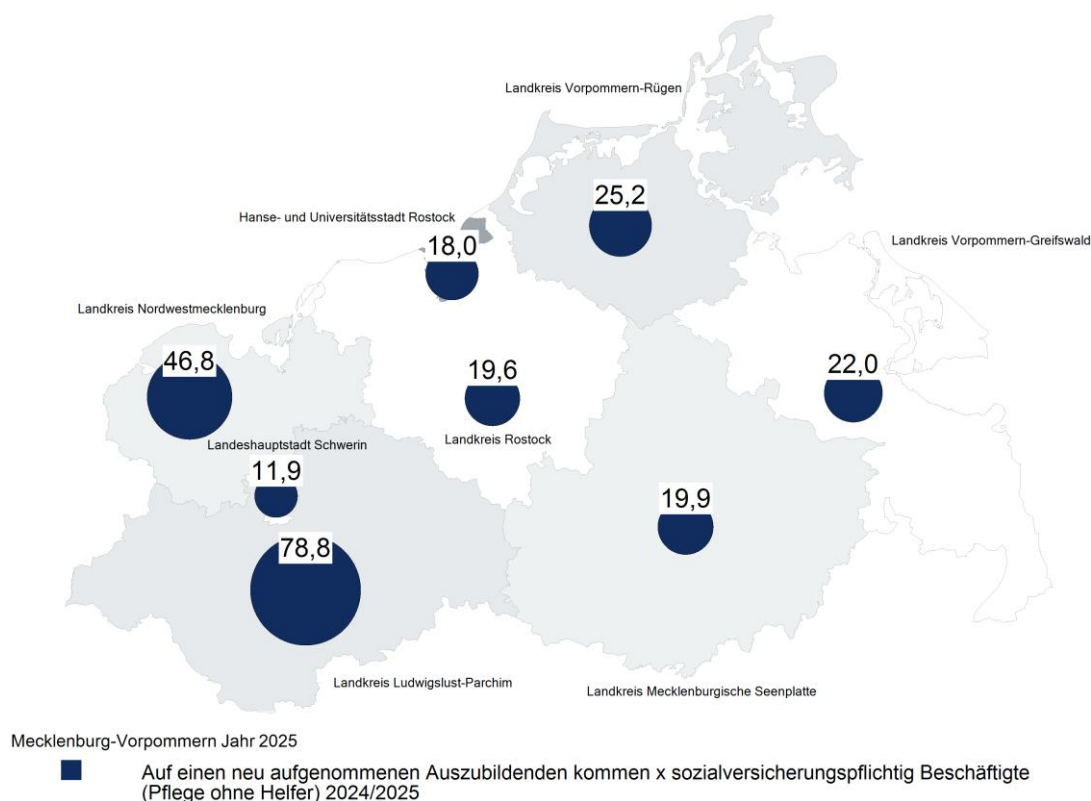


Abb. 100: Regionale Ausbildungsaktivität 2024/2025

Im landesweiten Durchschnitt¹²³ entfallen in Mecklenburg-Vorpommern auf eine Person mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag 30,3 bereits beschäftigte Pflegefachpersonen. Die Spannweite der regionalen Ausbildungsintensität reicht dabei von 11,9 Beschäftigten je einem neuen Auszubildenden in der kreisfreien Stadt Schwerin bis zu 78,8 im Landkreis Ludwigslust-Parchim. Ein höherer Wert weist auf eine geringere Ausbildungsdichte hin, da mehr Pflegekräfte auf einen Auszubildenden entfallen. Umgekehrt bedeutet ein niedriger Wert eine vergleichsweise stärkere

¹²² Bezogen auf die Ausbildungsdaten wurden für die Berechnung der Verhältniszahlen die amtliche Schulstatistik des Landes M-V genutzt.

¹²³ Aufgrund großer Abweichungen in den Landkreisen Nordwest-Mecklenburg und Ludwigslust-Parchim ist eine deutliche Verzerrung des Landesdurchschnitts zu beobachten; die Standardabweichung beträgt $\pm 22,1$. Daher ist hier insbesondere die regionale Kenngröße zu beachten, wenngleich hier Verzerrungen in benachbarten kreisfreien Städten und Landkreisen nicht ausgeschlossen werden können.

Ausbildungsaktivität. In diesem Sinne zeigt die Landeshauptstadt Schwerin ein deutlich günstigeres Verhältnis als der Landkreis Ludwigslust-Parchim.¹²⁴ Dies ist vor dem Hintergrund der Verteilung der beruflichen Schulen für die Pflegeausbildung auch erwartbar.

Besonders deutlich wird dies am Beispiel des Landkreises Ludwigslust-Parchim: Dort sind im Jahr 2024 insgesamt 2.523 Pflegende sozialversicherungspflichtig beschäftigt (inkl. geringfügig Beschäftigte), jedoch wurden im Schuljahr 2024/2025 lediglich 32 neue Ausbildungsverhältnisse registriert. Im Vergleich dazu sind es im gleichen Zeitraum in der Landeshauptstadt Schwerin 2.389 Pflegende und 200 Auszubildende mit neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen.

Die Landkreise Rostock, Mecklenburgische Seenplatte und die Hanse- und Universitätsstadt Rostock bewegen sich hingegen mit 18,0 bis 19,9 Pflegenden je neu begonnener Ausbildung in einer ähnlichen Ausbildungsaktivität; ähnlich verhält es sich in den Landkreisen Vorpommern-Rügen (Quote von 1 zu 25,2) und Vorpommern-Greifswald (Quote von 1 zu 22,0). Oberhalb des Landesdurchschnitts befindet sich der Landkreis Nordwestmecklenburg, jedoch ist der Sogeeffekt der Landeshauptstadt Schwerin zu berücksichtigen, der die Quote mit hoher Wahrscheinlichkeit beeinflusst.

Die regionalen Kennzahlen erlauben eine Einordnung inwieweit die bestehenden Versorgungskapazitäten und Beschäftigtenzahlen durch die jeweils eigene Ausbildungstätigkeit künftig gesichert werden können. Eine entscheidende Frage dazu besteht allerdings darin, wo die Auszubildenden nach Abschluss ihrer Qualifizierung zur Pflegefachperson nach PflBG verbleiben, z. B., ob diese weiterhin in die Landeshauptstadt Schwerin einpendeln oder in den Landkreisen tätig sind, die auch ihrem Wohnort entsprechen (vgl. Kapitel 5.1.6). Diese individuelle Entscheidung hat Konsequenzen bezogen auf die regionale Kompensation (berufs-)demografischer Entwicklungen.

Eine ergänzende Perspektive umfasst die Altersstruktur der Auszubildenden, was auch vor dem Hintergrund der Gewinnung von Ausbildungsinteressierten wichtig ist: Denn die Altersstruktur der Auszubildenden liefert darüber Hinweise auf die Relevanz des Pflegeberufs für Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger. Zugleich gibt sie Hinweise, wie wichtig die Rolle von Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen in der Region ist.

Vor diesen Hintergründen wird die Altersverteilung der Auszubildenden in der Ausbildung nach PflBG im Jahr 2024 betrachtet. Für diese Analyse wurde die Bundesstatistik herangezogen, aus der Daten für 1.086 Auszubildenden die Altersverteilung vorliegen.

Bei den jüngeren Auszubildenden (insbesondere bis zum Alter von 20 Jahren) kann weitgehend davon ausgegangen werden, dass es sich überwiegend um direkte Übergänge aus allgemeinbildenden Schulen handelt. Diese Gruppe von Auszubildenden beträgt in Summe 681 Personen, was einem Anteil von 62,7 Prozent aller Auszubildenden im Jahrgang 2024 entspricht.

Demgegenüber machen ältere Auszubildende ab 25 Jahren mit 249 Personen einen Anteil von 22,9 Prozent aus. Dies deutet darauf hin, dass die Pflegeausbildung auch für Umschülerinnen und Umschüler, Studienabbrecherinnen und -abbrecher sowie Personen mit vorheriger Helferausbildung attraktiv ist. Im Vergleich zu anderen Ländern ist der Anteil der 25 Jahre alten und älteren Auszubildenden um rund 12 Prozentpunkte geringer (Isfort et al. 2025; Isfort und Klie 2023b, 2025).

¹²⁴ Zu beachten ist, dass bei diesen Quoten auch Verzerrungen inkludiert sein können, insbesondere bei benachbarten kreisfreien Städten- und Landkreisen. Beispielsweise könnten sich Personen aus dem Landkreis Ludwigslust-Parchim auch in einer Pflegeausbildung an einer Schule in Schwerin befinden. In diesem Beispiel wäre eine Überschätzung der Ausbildungsaktivität in der kreisfreien Stadt Schwerin und eine Unterschätzung des Landkreises Ludwigslust-Parchim die Folge.

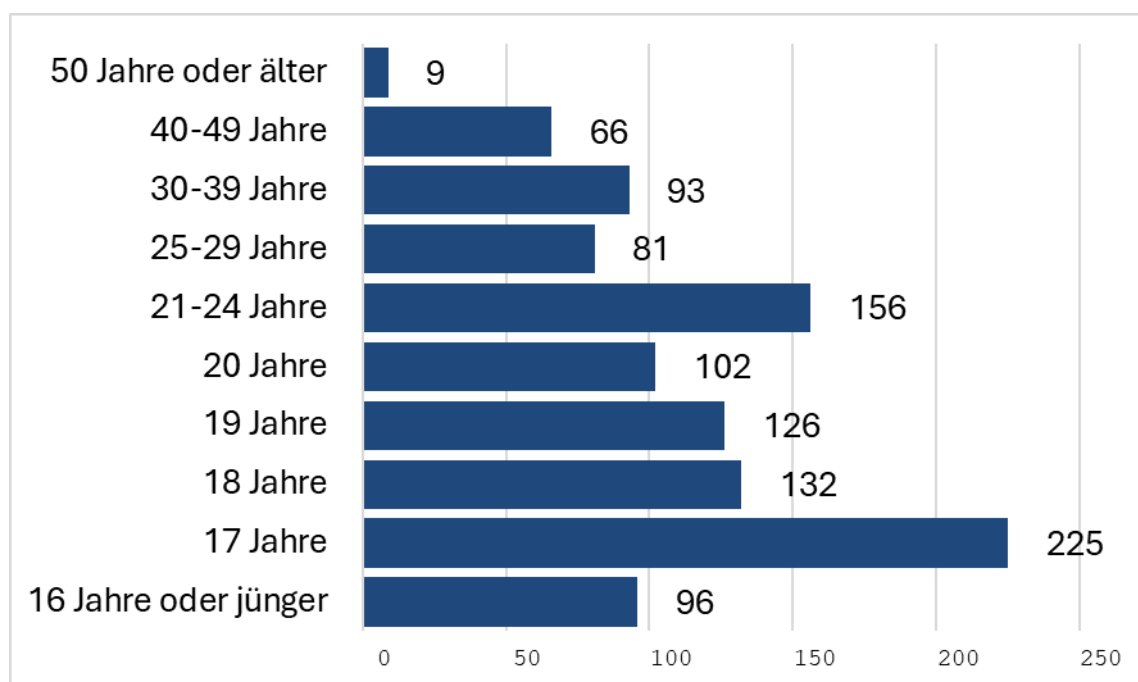


Abb. 101: Altersverteilung der neu aufgenommenen Auszubildenden Pflegefachmann/-fachfrau 2024

Es ist davon auszugehen, dass diese Alterskohorte der Auszubildenden vor Beginn einer Pflegeausbildung bereits berufspraktische Erfahrungen oder Tätigkeiten in anderen Bereichen gesammelt haben. Vor diesem Hintergrund ist die isolierte Betrachtung der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen nicht ausreichend. Stattdessen stellt sich die Frage, wie bisher weniger berücksichtigte Zielgruppen, z. B. Personen mit beruflicher Vorerfahrung, Umsteigerinnen und Umsteiger oder Personen in späteren Bildungsphasen, gezielt angesprochen und als Potenzial für die Pflegeausbildung gewonnen werden können, zumal sie im Jahr 2024 einen hohen Anteil der Auszubildenden stellen.

5.2.4 Kennzahlen und Entwicklung der Akademisierung

Ergänzend zur berufsfachschulischen Ausbildung besteht auch die Möglichkeit einer hochschulischen Ausbildung. Neben einer Primärqualifizierung bestehen zudem Möglichkeiten einer ausbildungsintegrierten oder ausbildungsbegleitenden Form oder auch aufbauen auf bereits abgeschlossenen Qualifizierungen (additiv). Bezogen auf die Einmündung in den Arbeitsmarkt (als Ergänzung zu den bisher vorgestellten Daten) ist hier vor allem das primärqualifizierende Pflegestudium von Interesse, welches im Zuge der Einführung des PflBG als zusätzliche Qualifizierungsmöglichkeit vorgesehen ist.

Aktuell besteht an zwei Standorten (Greifswald¹²⁵ und Neubrandenburg¹²⁶) in Mecklenburg-Vorpommern die Möglichkeit einen primärqualifizierenden Studiengang in der Pflege zu absolvieren. Nachfolgend werden die Zahlen der aufgenommenen Studierenden je Wintersemester und Hochschule sowie die Absolventinnen- und Absolventenzahlen pro Jahr und Hochschule ausgewiesen.¹²⁷

¹²⁵ Studiengang: „Klinische Pflegewissenschaft“

¹²⁶ Studiengang: „Pflege - berufsanererkennendes Studium zur Pflegefachperson“

¹²⁷ Datengrundlage sind übermittelte Kennzahlen vom Ministerium für Wissenschaft, Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten M-V. Die Datenerhebung stammt von den Hochschulen selbst und sind nicht Teil der amtlichen Statistik.

Studierende im 1. Fachsemester		
Studienjahr	Hochschule Neubrandenburg Bachelorstudiengang Pflege	Universitätsmedizin Greifswald Bachelorstudiengang Klinische Pflege
WS 2020/2021	10	
WS 2021/2022	2	26
WS 2022/2023	3	30
WS 2023/2024	3	23
WS 2024/2025	4	24
WS 2025/2026	7*	43*
Absolventenzahlen		
Abschlussjahr	Hochschule Neubrandenburg Bachelorstudiengang Pflege	Universitätsmedizin Greifswald Bachelorstudiengang Klinische Pflege
2023	4	
2024	0	25
2025	2	17 ¹²⁸

Tab. 34: Kennzahlen der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge in M-V

Quelle: Eigene Darstellung; *Information noch nicht final, Daten beruhen auf Rückmeldungen der Universität

Die Zahlen der Studierenden im 1. Fachsemester lassen erst für das aktuelle Wintersemester 2025/2026 einen deutlichen Anstieg in der Universitätsmedizin Greifswald wahrnehmen. Ein Umstand der mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der Einführung des Pflegestudiumstärkungsgesetz zum 01. Januar 2024 zusammenhängt. Die Studierendenzahlen an der Hochschule Neubrandenburg hingegen haben davon noch nicht profitiert.

Die durchschnittliche Zahl Absolvierender der beiden Studiengänge liegt bei 16 pro Jahr. Der Beobachtungszeitraum ist noch sehr gering. Eine Zunahme der Bachelorabsolventinnen und -absolventen ist für die Zukunft zu erwarten. Dennoch stellt die Akademisierungsquote bei den aktuellen Studierendenzahlen noch keine nennenswerte Annäherung an die vom Wissenschaftsrat bundesweit geforderte Quote von 10 Prozent (Wissenschaftsrat 2023) dar.

5.2.5 Kennzahlen und Entwicklung Kranken- und Altenpflegehilfe

Die Berufe der Kranken- und Altenpflegehilfe sind bisher von den Ländern jeweils nach eigener Fassung definiert worden. Aktuell bestehen bundesweit 27 unterschiedliche ein- bis zweijährige Ausbildungen für den Bereich der Pflegehilfe bzw. -assistenz (Jürgensen 2023). Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat im Jahr 2004 die Verordnung über den Beruf der Kranken- und Altenpflegehelferin und des Kranken- und Altenpflegehelfers (KrAlpflVO M-V) eingeführt. Die Ausbildung ist unter der Berücksichtigung der Anlagen 2 und 3 sowie deren Dauer von 18 Monaten als generalistisch einzustufen, auch wenn von Jürgensen dies anders klassifiziert wurde (ebd.).

Dies Vielfalt an landesrechtlichen Regelungen führt dazu, dass die Bundesagentur für Arbeit keine detaillierten Daten über diese Berufsgruppen ausweist bzw. erhebt, weil keine Vergleichbarkeit über die Länder hinweg gegeben ist und entsprechend für jedes Land eine oder mehrere eigene Klassifikationen geführt werden müssten. Dies wird sich durch die Einführung des Pflegefachas-

¹²⁸ Dies ist nur eine vorläufige Zahl, da das Bewertungsverfahren der Bachelorarbeiten und weiterer Modulleistungen zum Zeitpunkt der Datensammlung und -bereitstellung noch nicht vollständig abgeschlossen war.

sistenzgesetz ändern. Unklar bleibt indes, ob und wie eine Klassifikation für die niedrigeren Qualifikationsstufen¹²⁹ vorgesehen und umsetzbar ist, da diese weiterhin nicht bundeseinheitlich definiert sind bzw. auf absehbarer Zeit definiert werden.

Aufgenommen wurden nachfolgend die Entwicklungen der Ausbildungszahlen für die jeweils im Jahrgang neu aufgenommenen Auszubildenden in die Qualifizierung.

Jahr	Anzahl der Auszubildenden in der ersten Jahrgangsstufe
2020/2021	268
2021/2022	275
2022/2023	325
2023/2024	403
2024/2025	407

Tab. 35: Entwicklung der Schülerzahl für den Bildungsgang „Kranken- und Altenpflegehilfe“¹³⁰

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, stieg die Anzahl der in den ersten Jahrgang aufgenommenen Auszubildenden über die beobachtete Zeitreihe kontinuierlich an und bewegt sich aktuell auf einem stabilen Niveau von rund 400 Auszubildenden im ersten Jahrgang. Im Beobachtungszeitraum von 2020/2021 bis 2024/2025 entspricht die Zunahme einem prozentualen Zuwachs von 51,9 Prozent. Es ist davon auszugehen, dass die Bedarfe an Pflegehilfskräften bzw. an Pflegefachassistenzkräften in Zukunft noch weiter steigen werden. Einerseits zeigen Konzepte, die einen Pflegequalifikationsmix nutzten, positive Erfahrungen (Schubert und Weidner 2022). Auf der anderen Seite ist durch die Pflegepersonalbemessung nach § 113c SGB XI davon auszugehen, dass der Bedarf noch einmal steigen wird.

Vor diesem Hintergrund ist die regionale Verteilung der Ausbildungskennzahlen bedeutsam. Insgesamt wurden für 2024 im Land Mecklenburg-Vorpommern 407 neu aufgenommene Auszubildende erfasst.

¹²⁹ Gemeint sind Pflegehilfskräfte deren Ausbildung einen geringeren Umfang hat bzw. haben wird als die Ausbildung zur Pflegefachassistenz.

¹³⁰ Die Kennzahlen beziehen sich auf die die Schülerzahl an den beruflichen Schulen in Mecklenburg-Vorpommern seit dem Schuljahr 2020/2021

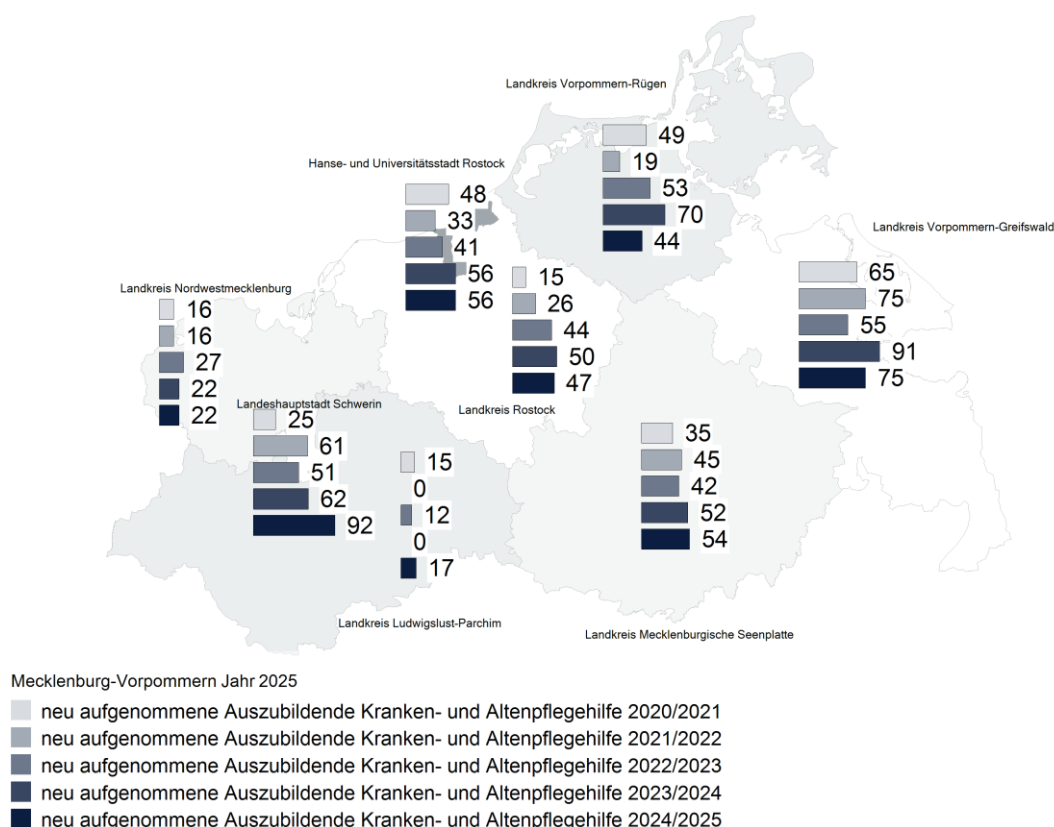


Abb. 102: Entwicklung der neu aufgenommenen Auszubildenden Pflegehilfe 2020 bis 2024

Die kartografische Aufbereitung zeigt, dass die Entwicklungen der Auszubildendenzahlen sehr heterogen ausfallen. Im Schuljahr 2024/2025 ist die höchste Anzahl an neu aufgenommenen Auszubildenden in der Kranken- und Altenpflegehilfe in der Landeshauptstadt Schwerin und der Hanse- und Universitätsstadt Rostock sowie in den Landkreisen Vorpommern-Greifswald und Mecklenburgische Seenplatte zu beobachten. Geringere Zahlen sind hingegen in den Landkreisen Nordwestmecklenburg und Ludwigslust-Parchim zu verzeichnen. Die zum Teil deutlichen Schwankungen zwischen den Erhebungsjahren hängen mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der 18-monatigen Ausbildungsdauer zusammen, sodass nicht in jeder beruflichen Schule jedes Jahr eine neue Ausbildungskohorte an den Ausbildungsstart geht. Daneben kann ab dem Jahr 2024 die Einführung der Schulgeldfreiheit für die Ausbildung in der Kranken- und Altenpflegehilfe an staatlich genehmigten oder anerkannten Ersatzschulen in freier Trägerschaft einen positiven Einfluss auf das Ausbildungsinteresse und die Ausbildungsaktivität an einzelnen Schulen genommen haben; bspw. lässt sich in der Landeshauptstadt Schwerin eine deutliche Zunahme erkennen.

Insgesamt unterliegen die Entwicklungen der Ausbildungsaktivität regionalen Spezifika, die vor Ort reflektiert und eingeschätzt werden müssen.

5.2.6 Prognose zur Berufseinmündung von Pflegefachpersonen

Für die strategische Ausrichtung bzw. die landes- und pflegepolitische Agenda ist eine Prognose zur zukünftigen Entwicklung im Pflegebereich von zentraler Bedeutung.

Aufbauend auf den bereits dargestellten berufsdemografischen Daten wurde im Folgenden eine Abschätzung vorgenommen, wie viele Pflegefachpersonen in den kommenden Jahren voraussichtlich altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden werden.

Für die nachfolgende Berechnung wurde ein durchschnittliches Renteneintrittsalter von 65 Jahren zugrunde gelegt, welches sich künftig in Abhängigkeit der tatsächlichen Renteneintritte auf 67 Jahre verschieben könnte, da ab dem Jahr 2031 das Renteneintrittsalter für alle nachkommenden Generationen auf das 67. Lebensjahr festgelegt ist.

Daten der Rentenversicherung aus dem Jahr 2023 zeigen, dass Pflegenden in Bezug auf das reguläre Renteneintrittsalter die nachfolgend genannten Kennzahlen aufweisen. 96 Prozent der Pflegefachpersonen in Deutschland traten im Jahr 2023 nicht vor dem 63. Lebensjahr in den Ruhestand (Erwerbsminderungsrenten ausgenommen). In Mecklenburg-Vorpommern lag das Durchschnittliche Alter beim Rentenzugang bei 63,7 Jahren (ohne Erwerbsminderungsrente). Die im Modell getroffene Annahme des Renteneintritts von 65 Jahren ist vor diesem Hintergrund überwiegend plausibel zu nennen.

Parallel zur Kalkulation der in die Altersrente eintretenden Pflegefachpersonen wurde auf Basis der vorliegenden Ausbildungszahlen im Pflegebereich eine realitätsnahe Schätzung vorgenommen, wie viele Berufseinmündungen in den nächsten Jahren zu erwarten sind. Dabei wurden die folgenden Annahmen basierend auf Projekten in anderen Ländern zugrunde gelegt:

- Die Absolventinnen und Absolventen der Pflegeausbildung treten in der Regel nicht unmittelbar nach Ausbildungsende vollständig in den Arbeitsmarkt ein.¹³¹ Daher wird bei der Berechnung davon ausgegangen, dass Auszubildende mit Abschluss zum Ende eines Jahres, beispielsweise im Oktober 2023, erst im darauffolgenden Jahr, also 2024, vollständig in die Erwerbstätigkeit eingemündet sind. Entsprechend werden die jährlichen Absolvierenden jeweils dem Folgejahr als Arbeitsmarkt zugerechnet.
- Es wird angenommen, dass 70 Prozent (ab 2026) der Auszubildenden, die zum Stichtag 31. Dezember eines Jahres in der Pflegeausbildung registriert sind (vorzeitige Ausbildungsabbrüche bereits ausgenommen), ihre Ausbildung erfolgreich abschließen werden.
- Von den Absolventinnen und Absolventen mit erfolgreichem Abschluss der Pflegeausbildung wird davon ausgegangen, dass etwa 80 Prozent tatsächlich in den Pflegeberuf einmünden und eine entsprechende Beschäftigung aufnehmen.

Für die Folgejahre (ab 2028) wird für die berufseinmündenden Personen die Zahl der Auszubildenden mit neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen auf dem Niveau des Jahres 2024 fortgeschrieben. Die noch geringe Anzahl an Ausbildungskohorten sowie die noch nicht konsolidierte Schwankungsbreite sprechen gegen die Nutzung eines Durchschnittswertes.

Die benannten Annahmen stützen sich auf Studien aus unterschiedlichen Ländern (Evers et al. 2018; Isfort et al. 2022; MAGS NRW 2023b) und Einschätzungen von Schulleitungen aus unterschiedlichen Befragungen z. B. im Rahmen des benannten Sondergutachtens aus NRW. Bei Veränderungen einzelner Parameter verändert sich das Modell in moderaten Schwankungsbreiten. Es bietet ein plausibles Szenario der zukünftigen Entwicklung auf Basis der aktuell verfügbaren Daten.

In der nachfolgenden Abbildung ist die Anzahl der Pflegefachpersonen dargestellt, die (bei einem regulären Renteneintritt mit 65 Jahren) voraussichtlich aus dem Beruf ausscheiden werden (blaue Fläche). Die graue Fläche weist die Zahl der voraussichtlich in den Beruf und auf den Arbeitsmarkt

¹³¹ Als Datengrundlage wurde die amtliche Schulstatistik genutzt, die vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M-V zur Verfügung gestellt wurde. Ergänzend dazu wurden die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichtes bestehende Zahlen über die Absolventinnen und Absolventen der Pflegefachausbildung übermittelt. <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Bildung-und-Kultur/>

einmündenden Pflegefachpersonen aus, die aus der regulären Ausbildung sowie aus den primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen erwartet werden, sofern sich die genannten Annahmen in der Realität bestätigen und der Status Quo stabilisiert wird.

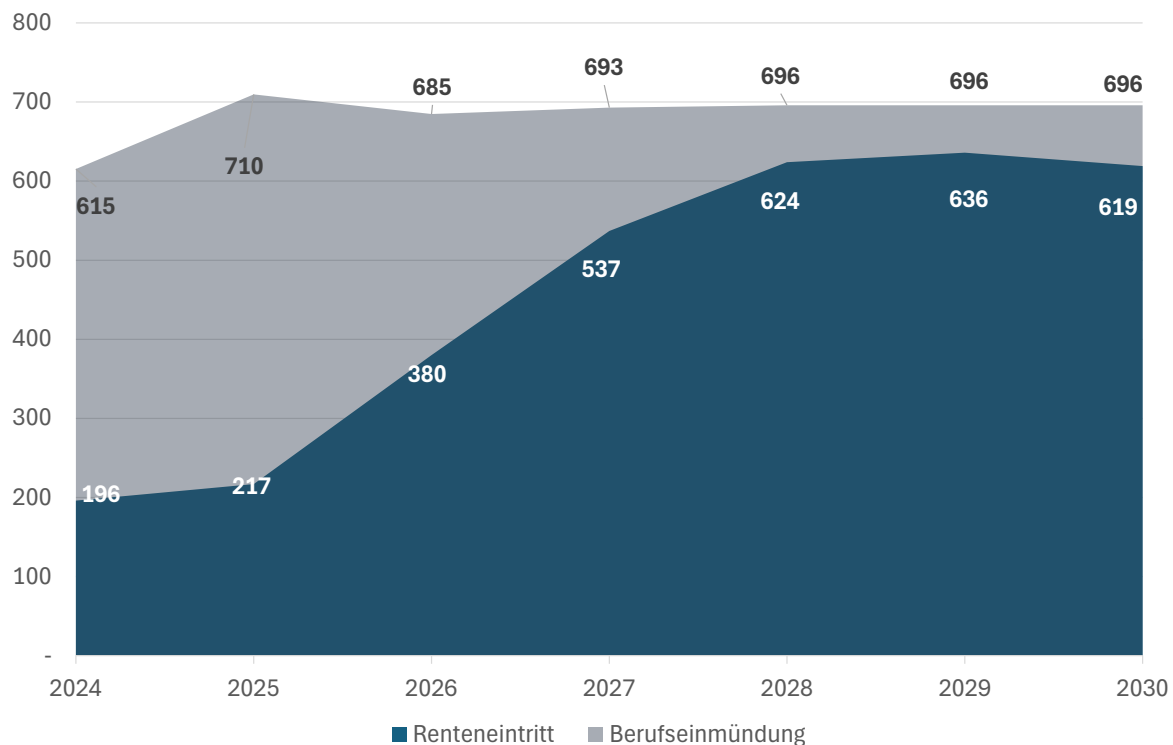


Abb. 103: Modellkalkulation zu Berufseintritten- und Berufsaustritten bis 2030

Aus den Modellrechnungen zur zukünftigen Entwicklung in der Pflege ergeben sich folgende Tendenzen: Für das Jahr 2024 ist mit dem altersbedingten Ausscheiden von rund 196 Pflegefachpersonen aus dem Beruf zu rechnen.

Die Anzahl der in den Beruf einmündenden neuen Pflegefachpersonen unterliegt einer etwas komplexeren Berechnung. Im Jahr 2023 haben insgesamt 769¹³² Pflegenden erfolgreich die Ausbildung nach PflBG abgeschlossen. Bezogen auf die 1.299 Auszubildenden, die zum 31.12.2020 erfasst waren, entspricht dies einer Erfolgsquote von 46,7 Prozent in der Regelausbildungszeit.¹³³ Für die zweite Ausbildungskohorte, die zum 31.12.2021 erfasst wurde, haben 887 Auszubildende (davon zwei mit der Spezialisierung Altenpflege) die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen. Für diese Kohorte liegt eine Erfolgsquote von 57,2 Prozent vor.¹³⁴ Die im Modell angenommene und für die Zukunft der Absolventinnen und Absolventen berechnete Quote liegt mit 70 Prozent höher

¹³² 610 Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner; darunter 5 mit Spezialisierung Altenpflege sowie 4 Bachelorabsolventinnen und -absolventen der Universität Greifswald und der Hochschule Neubrandenburg. Hinzu kommen 159 Absolventinnen und Absolventen der alten, auslaufenden Berufsausbildungen.

¹³³ Grundlage dieser Berechnung sind 606 Absolventinnen und Absolventen nach PflBG im Schuljahr 2022/2023 gemäß amtlicher Schulstatistik.

¹³⁴ Grundlage dieser Berechnung sind 836 Absolventinnen und Absolventen nach PflBG im Schuljahr 2023/2024 gemäß amtlicher Schulstatistik gegenüber den 1.461 Ausbildungseintritten in 2021. Die vergleichsweise niedrige Erfolgsquote in der Regelausbildungszeit des ersten Ausbildungsjahrgangs wird als Artefakt betrachtet, das mit den besonderen Rahmenbedingungen während der Corona-Pandemie und der Einführung der neuen Ausbildungsform im Zusammenhang zu sehen ist. Dies gilt auch für die zweite Ausbildungskohorte, die schon eine rund 10 Prozent bessere Erfolgsquote aufweist. Wie sich die Erfolgsquote in Regelausbildungszeit zukünftig entwickeln wird, lässt sich aktuell nicht prognostizieren. Sollten sich diese Werte stabilisieren, so wäre eine methodische Revision des Modells notwendig, z. B. das nicht von einer Quote von 70 Prozent ausgegangen werden kann. Daher ist das derzeitige Modell tendenziell optimistisch ausgerichtet.

und geht von einer weiteren Konsolidierung und Stabilisierung der Ausbildung aus. Durch die Verstetigung und Routinebildung der neuen Ausbildung ist von einer sukzessiven Verbesserung der Erfolgsquote in dem angenommenen Bereich auszugehen.

„Störvariablen“, wie die Corona-Pandemie belasten die Ausbildung nicht mehr, wie es zu Beginn der neuen Ausbildungsform der Fall war. Ferner wurden im Modell eine durchschnittliche Anzahl von 20 Bachelorabsolventinnen und -absolventen der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge kalkuliert.

Aus dem Abschlussjahrgang 2023 wird unter Berücksichtigung einer Berufseinmündungsquote von 80 Prozent eine arbeitsmarktwirksame Zahl von 615 neu eintretenden Pflegekräften für das Jahr 2024 berechnet.

Für das Jahr 2025 wird von einem Anstieg der Berufseinmündungen im Zuge der größeren Anzahl erfolgreicher Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen ausgegangen (710 der insgesamt 887 Absolventinnen und Absolventen), während die Zahl der in Rente gehenden Pflegefachkräfte nur leicht steigt. Zwischen den Jahren 2025 und 2028 ist jedoch ein deutlicher Anstieg bei den Renteneintritten zu erwarten, der sich ab 2028 auf einem Plateau fort schreibt. Bis zum Jahr 2030 steigt die Zahl der jährlich aus dem Beruf ausscheidenden Pflegefachpersonen auf rund 620 bis 636 Personen an. Diese müssten durch Ausbildungsabsolventinnen und Absolventen kompensiert werden.

Unter der Annahme, dass die Anzahl der Auszubildenden stabil bleibt, zeigt das Modell, dass die Renteneintritte voraussichtlich kompensiert werden können. Hier sind natürliche Schwankungen in einem gewissen Maß zu erwarten. Die visualisierten Entwicklungen stellen ein Warnhinweis dar, denn das voraussichtlich positive Delta wird gering ausfallen und reicht im Modell von 60 bis 77 neuen Pflegefachpersonen, die nicht für die Kompensation von in die Rente eingetretene Pflegefachpersonen gebraucht werden. Dies lässt wenig Spielraum für substanzielle Entwicklungen, um die Pflegeinfrastruktur im Land deutlich auszuweiten. Zugleich ist, wie im Kapitel über die Demografie dargestellt wurde, der eigentliche Anstieg an durch das Alter bedingte versorgungsbedürftige Menschen erst noch zu erwarten und wird sich erst ab 2035 richtig entfalten.

Vor dem Hintergrund aktueller berufspolitischer Entwicklungen, z. B. der Einführung von Personalbemessungsinstrumenten (PeBeM) in stationären Pflegeeinrichtungen sowie im Krankenhausbereich, bleibt offen, ob ein Mehrbedarf an Pflegefachpersonen künftig erwartet werden muss, oder ob sich ggf. ein Bedarfsrückgang aufgrund des im PeBeM geforderten Qualifikationsmixes für den stationären Langzeitpflegebereich einstellt.

5.3 Absolventinnen und Absolventen allgemeinbildender Schulen

Die Altersverteilung der im Jahr 2024 neu aufgenommenen Auszubildenden zeigt, dass rund 53 Prozent 19 Jahre alt oder jünger sind. Damit stellen die Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen für die Pflegeberufe eine relevante Größe dar.

Die Betrachtung der potenziellen Adressaten einer Pflegeausbildung hilft einzuordnen, wie groß die Nachfrage für diesen Beruf im Land ist und wie sich mögliche Interessenten über die Landkreise und kreisfreien Städte verteilen. Die Daten der Absolventinnen und Absolventen werden in der Regionalstatistik des Bundes geführt und lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichtes bis zum Jahr 2023 vor. Einbezogen in die nachfolgenden Daten sind die Gesamtzahl der Absolventinnen und Absolventen eines Jahrgangs.

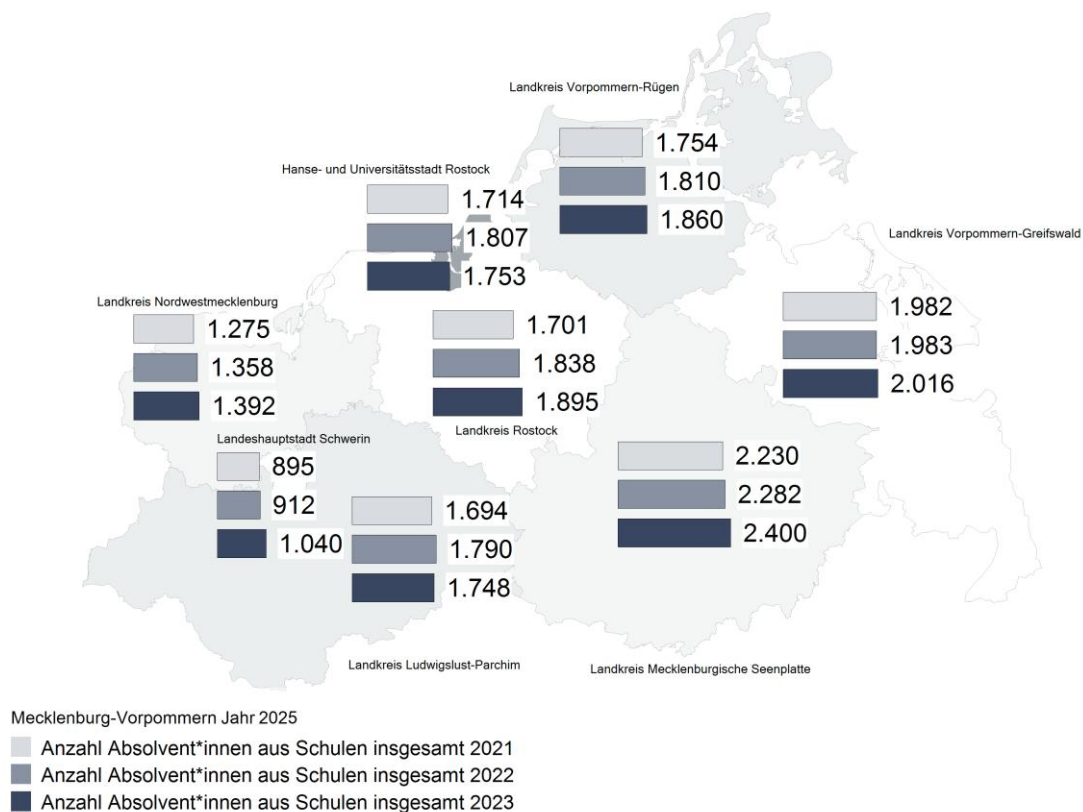


Abb. 104: Anzahl Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen insgesamt

In der Gesamtübersicht der Absolventinnen und Absolventen ist in allen Landkreisen und den beiden kreisfreien Städten eine leichte Zunahme zu verzeichnen. Diese positive Entwicklung zwischen 2021 und 2023 weist auf eine stabile Situation bei den Schulabgängerinnen und -abgängern hin.

Nicht weiter differenziert wurde hierbei die Geschlechterverteilung der Absolventinnen und Absolventen, sodass es sich um die Darstellung des Gesamtpotenzials handelt, das in eine 18-monatige Pflegeassistentenausbildung oder in die dreijährige Fachpflegeausbildung einmünden könnte. Für die Pflegeberufe gelten unterschiedliche Eingangsvoraussetzungen zur Aufnahme einer Berufsausbildung. Nachfolgend wurden aus diesem Grund die Absolventinnen und Absolventen aus den letzten drei Jahren betrachtet, die mindestens über einen mittleren Schulabschluss verfügen (einschließlich der Abiturientinnen und Abiturienten). Diese Gruppe hat die Möglichkeit, direkt in eine dreijährige Ausbildung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau einzumünden.

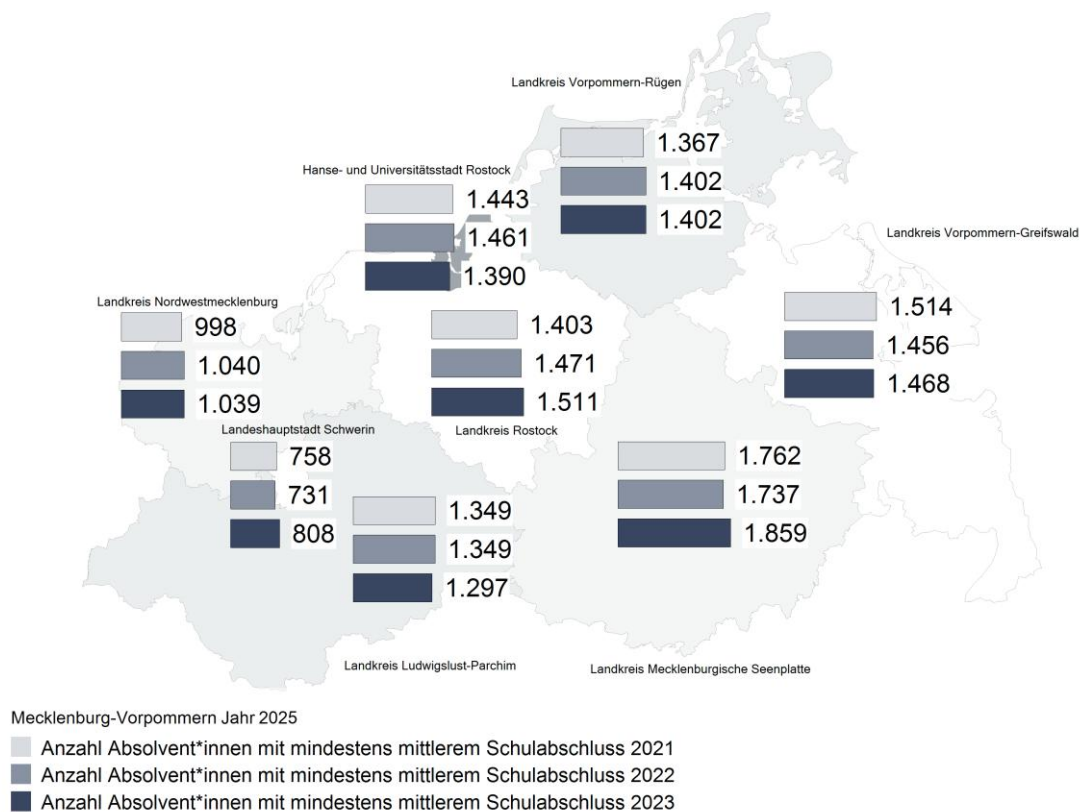


Abb. 105: Anzahl Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss

Die regionale Verteilung weist an dieser Stelle auf unterschiedliche Entwicklungen hin. So sank in der Stadt Rostock und auch im Landkreis Ludwigslust-Parchim die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit einem mittleren oder höheren Bildungsabschluss. Auch wenn die regionalen Zahlen variieren und teilweise abnehmen, ist die Anzahl an Schulabsolventinnen und -absolventen insgesamt über die drei Jahre konstant gestiegen. Waren es im Jahr 2021 noch 10.594 Absolvierende, sind es 10.650 im Jahr 2022 und 10.774 im Jahr 2023. Entsprechend hat sich das Potenzial an möglichen Ausbildungsinteressenten für die Pflegefachausbildung regional verändert, insgesamt steigt sie jedoch.

5.4 Empfehlungen

Während sich die demografische Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern mit Blick auf ältere Menschen und typischerweise pflegenaher Jahrgänge als durchaus moderat zeigt, verweist das Monitoring Pflegepersonalbedarf auf die berufsdemografischen Dynamiken, die die bereits von der Landesregierung ergriffenen Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes, sowohl der Ausbildungsplätze im Pflegefachberuf als auch in der Pflegeassistenz und in akademischen Qualifikationsstrategien bestätigt. Um eine flächendeckende fachpflegerische Versorgung sicherstellen zu können, bedarf es aber einer Reihe von (ergänzenden oder weiteren) Maßnahmen.

Die Empfehlungen lassen sich thematisch wie folgt zusammenfassen und werden in den nachfolgenden Teilkapiteln entsprechend ausgeführt:

1. Ausbildungsplätze in der Pflegefach / -assistenzausbildung regional sicherstellen
2. Passgenauigkeit bei der Anwerbung von Ausbildungsinteressierten herstellen
3. Förderung von Durchlässigkeit und Aufstiegsperspektiven
4. Kompetenzorientierter Einsatz von Pflegefachpersonen
5. Integrierte Registrierung von Pflegefachpersonen und Pflegeassistentenkräften
6. Sektorenübergreifendes und regionalisiertes Personalmonitoring verstetigen

5.4.1 Ausbildungsplätze für Pflegefachpersonen und Pflegeassistentenkräfte regional sicherstellen

Zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist in Mecklenburg-Vorpommern zu prüfen, wie Ausbildungsanstrengungen intensiviert werden können. Bei der Krankenhausplanung ist auch die Sicherstellung von Ausbildungskapazitäten im Hinblick auf die generalistische Pflegeausbildung zu berücksichtigen. Nur in einer sektorenübergreifenden Betrachtung lassen sich Aussagen zur Gesamtsituation präzisieren. Zugleich weisen die bestehenden regionalen Daten zur Ausbildung eine Limitierung auf: Erfasst werden die Auszubildenden nach Standort der Pflegeschule. Ergänzend sind für die Analyse der regionalisierten Betrachtung auch Daten hilfreich, die Aussagen zur Anzahl der Auszubildenden nach den Standorten der Träger der praktischen Ausbildung erlauben. So lässt sich kleinräumig und standortbezogen ermitteln, wie viele Auszubildende aus einem Landkreis für die theoretische Ausbildung in eine kreisfreie Stadt einpendeln, im Anschluss an die Ausbildung aber ggf. beim Träger in den umgebenden Landkreisen verbleiben und dort für die regionale pflegerische Versorgung zur Verfügung stehen. Für die Analyse und regionale Planung ist die Erfassung einer „Haltequote“ der Auszubildenden bei den Trägern entscheidend. Diese sollte gegenwärtig in regionalen Pflegekonferenzen von den Trägern der praktischen Ausbildung selbst erfasst und gemeinsam diskutiert werden.

5.4.2 Passgenauigkeit bei der Anwerbung von Ausbildungsinteressierten herstellen

Die Analyse zeigt auf, dass rund 60 Prozent der Auszubildenden in 2024 in der Altersklasse bis 20 Jahre zu finden ist. In der Umkehr sind rund 40 Prozent aller Auszubildenden älter und münden nicht direkt im Anschluss an einen allgemeinbildenden Schulabschluss in die Pflegeausbildung ein. Dieses Potenzial ist groß und könnte ggf. weiter gesteigert werden. Dazu müssen passgenaue Strategien der Zielgruppenerreichung entwickelt werden, um z.B. Studienabbrecherinnen und -abbrecher, Umschülerinnen und Umschüler sowie Personen mit einem Wunsch nach einer Berufsfeldveränderung oder einem späten Berufseinstieg anzusprechen. Es sollte geprüft werden, ob weitere Ausbildungsmessen oder aber „Schulbesuche“ zur Vorstellung des Berufsbilds der Pflege in allgemeinbildenden Schulen hier weitere potentielle Auszubildende erreichen. Gemeinsam mit den regionalen Jobcentern können gezielt Informationsveranstaltungen durchgeführt werden, um ggf. zusätzliche Ausbildungsinteressierte zu gewinnen.

5.4.3 Förderung von Durchlässigkeit und Aufstiegsperspektiven

Um junge Menschen mit Affinität zu Verantwortungsrollen für die Pflege zu gewinnen und in diesem Beruf zu halten, sind eine Durchlässigkeit von Aufgaben und Kompetenzniveaus in der Pflege sowie attraktive Aufstiegschancen erforderlich.¹³⁵ Dies ist zunächst Aufgabe der Personalentwicklung der Träger von Einrichtungen und Diensten. Zum anderen liegt darin aber auch die Obliegenheit, die pflegerischen Weiterbildungen – bundesweit abgestimmt und harmonisiert – in eine konsistente und transparente Ordnung zu bringen.

5.4.4 Kompetenzorientierter Einsatz von Pflegefachpersonen

Ob in den Kliniken, in den Heimen – unterstützt durch das neue Personalbemessungssystem – oder in der ambulanten Pflege: Es muss jeweils darum gehen, Pflegefachpersonen angesichts der knappen Ressource von fachlich qualifizierten Pflegenden kompetenzorientiert einzusetzen. Hierzu sind die im Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege angelegten leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Optionen zu nutzen. Auch die Ausübung der Heilkunde gilt es für Pflegefachkräfte zu erschließen und zu fördern – in absehbarer Zeit unterstützt durch das in Arbeit befindliche APN-Gesetz. Mittelfristig ist der Einsatz von Pflegefachpersonen in ein Gesamtkonzept der gesundheitlichen und pflegerischen Primärversorgung zu integrieren, um flächendeckend fachpflegerische Unterstützung sicherzustellen. Dabei sind die Möglichkeiten digitaler Beratungs- und Unterstützungsangebote (Televisiten) ebenso zu nutzen wie der Ausbau und die Nutzung von KI-gestützten Wissensportalen fachpflegerischer Expertise.

5.4.5 Integrierte Registrierung von Pflegefachpersonen und -assistenzkräften

Um eine aktuelle, verlässliche und spezifizierte Datengrundlage über die beruflich tätigen Pflegefach- und -assistenzpersonen in der regionalen Verteilung auf Landesebene zu erhalten, bedarf es der Prüfung der Möglichkeiten eines verpflichtenden (integrierten) Berufsregisters, das Angaben zu den beruflichen Pflegenden nach Berufsabschluss, Weiterbildung, akademischer Qualifikation, Alter, Beschäftigungsort und -sektor enthält. Zur Entbürokratisierung ist es mit dem BEVAP, der Ausstellung des elektronischen Heilberufsausweises und anderen, teils landesrechtlich normierten Registrierungen zu verbinden. Das Register dient sowohl als Grundlage für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und die Planung von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen als auch für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Pandemiesituationen oder Katastrophenfällen.

5.4.6 Sektorenübergreifendes und regionalisiertes Personalmonitoring verstetigen

Die dynamischen Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung sowie die leistungsrechtlichen Anpassungen in der Pflegeversicherung wirken sich unmittelbar auf die verfügbaren pflegerischen Kapazitäten aus und beeinflussen somit den Personalbedarf sowie den refinanzierten Personalbestand. Prognosemodelle mit einem langen Horizont können diese Änderungen nicht antizipieren und unterliegen höheren Fehlerwahrscheinlichkeiten. Zur regionalen Steuerung und Beurteilung der gegenwärtigen Situation der Versorgungssicherheit im Land ist daher ein kontinuierliches Monitoring notwendig, das diese Veränderungen berücksichtigt und Wechselwirkungen schneller identifiziert. Ein sektorenübergreifendes und regionales Personalmonitoring muss mit den Zeitpunkten der Zugänglichkeit von relevanten Daten (z. B. der Pflegestatistik) synchronisiert

¹³⁵ Zum August 2025 ist die Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachpersonen (WPrVO-PFF) in Mecklenburg-Vorpommern in Kraft getreten, wodurch ein weiterer Ausbau im Land möglich wurde. In Folge fand eine Erweiterung um zwei Weiterbildungseinrichtungen statt.

sein, damit die Aktualität der Datenanalyse gewährleistet ist. Es wird vorgeschlagen, ein Personalmonitoring im Abstand von ca. drei Jahren durchzuführen. Relevante Kennzahlen wie das Modell der Berufseinmündung im Vergleich zu den Renteneintritten sind zu aktualisieren und anzupassen (z. B. auf Basis stabilerer Erfolgsquoten und Vertragslösungsquoten).

Für das „Monitoring Pflegepersonalbedarf“ erscheinen perspektivisch weitere Analysen möglich. Beispielsweise wären für eine weiterführende Interpretation und kontextuelle Einordnung der Daten ergänzende Primärerhebungen, z. B. in Form von Einrichtungsbefragungen, Befragungen der Pflegeschulen oder Expertinnen- und Experteninterviews hilfreich. Dies konnte im Rahmen dieses Monitorings hinsichtlich des zeitlichen und finanziellen Rahmens nicht realisiert werden.

6 Ausblick und Überblick über die Empfehlungen im Landesplan Pflege Mecklenburg-Vorpommern

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat den Auftrag zur Erstellung eines Landesplans Pflege erteilt und sich damit einer der drängendsten gesellschaftlichen Fragen zugewandt: Der Sorge um die Versorgung und Pflege einer älter werdenden Gesellschaft. Der Landesplan Pflege gliedert sich in fünf Kapitel: Demografie, Infrastruktur der pflegerischen Versorgung, Pflegesozialplanung, Demenz-Monitoring und Monitoring Pflegepersonalbedarf. Diese Kapitel sind inhaltlich eng miteinander verknüpft, fokussieren sich jedoch auf unterschiedlich zu profilierende landespolitische Zugänge und Governance-Bereiche einer zukunftsorientierten Landespflegepolitik. Sie enthalten systematische Bestandsaufnahmen der informellen und formellen Versorgung sowie Vorausberechnungen künftiger Entwicklungen und Bedarfssituationen, verbunden mit Fragen der verfügbaren Ressourcen. Es zeigt sich, dass Mecklenburg-Vorpommern einerseits bereits seit Jahren über Erfahrungen mit demografischen Entwicklungen verfügt, die andere Regionen in Deutschland erst noch erwarten. Andererseits fällt die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger in den meisten Landkreisen und Städten weniger stark aus als noch vor wenigen Jahren prognostiziert. Anpassungen der Infrastruktur bleiben zwar notwendig, jedoch in einem deutlich geringeren Umfang als einst befürchtet. Die in den unterschiedlichen Beteiligungsformaten und durch die Einbeziehung von Expertinnen und Experten gewonnenen Einschätzungen wurden im Bericht gewürdigt. Jedes Kapitel schließt mit Empfehlungen. Letztere werden nachfolgend in kondensierter Form vorgelegt und ans Ende des Landesplan Pflege gestellt.

Die Empfehlungen zur **Pflegesozialplanung** stellen entsprechend dem Auftrag eines Landesplans Pflege den Schwerpunkt dar (vgl. Kapitel 3.7). Zunächst würdigen sie die bundesweit vorbildliche Ausrichtung einer systematischen, auf integrierte Sozialplanung ausgerichtete Pflegesozialplanung, die in Mecklenburg-Vorpommern landesrechtlich verbindlich geregelt wurde. Um diese weiterzuentwickeln und die mit ihr verfolgten Ziele zu erreichen, ist eine Qualifizierung der empirischen Grundlagen maßgeblich, die für eine regional differenzierte und nach Möglichkeit kleinräumige Planung entscheidend ist. Diese Ziele können nur im Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen erreicht werden. Auf Bundesebene gilt es, insbesondere die relevanten GKV- und SPV-Daten für die kommunale Pflegesozialplanung zugänglich zu machen. Zudem muss dafür gesorgt werden, dass die Pflegestatistik aktueller zur Verfügung steht als heute. Auf Landesebene gilt es zu prüfen, wie die Bevölkerungsprognosen gemeinsam mit den Daten vom Bund im Sinne eines „Data Warehouse“ zusammengeführt werden und in einer Weise verfügbargemacht werden können, dass sie den regionalen Besonderheiten in Mecklenburg-Vorpommern Rechnung tragen. Auf kommunaler Ebene müssen lebenslagenrelevante Daten der auf Pflege angewiesenen Bevölkerung mit den von Bund und Ländern zur Verfügung gestellten Daten verknüpft werden.

Die immer wieder formulierten Erwartungen an eine allein indikatorengestützte Pflegeinfrastrukturplanung entsprechen nicht mehr den heutigen Anforderungen an eine moderne, agile und die Ressourcensituation sowie die regionalen Besonderheiten berücksichtigende Planung. Daher wird eine Szenariotechnik empfohlen, die unterschiedliche Entwicklungsdynamiken und ihre Beeinflussung als Grundlage kommunalpolitischer und partizipativ ausgerichteter Planungsprozesse anbietet. Für die kommunale Pflegesozialplanung ist die Einbeziehung von Erkenntnissen und Befunden des regionalen Care- und Case-Managements von größter Bedeutung, wobei die Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern eine zentrale Rolle spielen. Auch und gerade für besondere Zielgruppen können Bedarfe und Formen der Unter- und Fehlversorgung nur mithilfe

von Care- und Case-Management-basierten Befunden ermittelt werden. Mit Blick auf die im Zukunftspakt Pflege vorbereitete Implementation pflegefachlicher Begleitung gilt es, eine entsprechende, regional ausgerichtete Beratungs- und Begleitstruktur für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre Angehörigen populations- und morbiditätsbezogen und unter Berücksichtigung bestehender Strukturen und Ressourcen aufzubauen. Hinsichtlich des Personalbestands und -bedarfs sollten die Länder und der Bund eine Registrierung von beruflich Pflegenden im Sinne einer integrierten Registrierung vorsehen und regulatorisch abstimmen.

Die Perspektive der kommunalen Pflegesozialplanung liegt in einer KI-gestützten Aufbereitung von Daten, die es den Kommunen ermöglicht, ihre Planungsleistung in den Vordergrund zu stellen, anstatt sich auf die Ermittlung und Aufbereitung von Daten zu konzentrieren. Der Landesplan Pflege empfiehlt für die Pflegesozialplanung kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen. Diese reichen von der im Landesplan Pflege zur Verfügung gestellten und aufbereiteten Daten für die kommunale Planung, über die im Zukunftspakt Pflege zu erwartenden neuen Regelungen, bis hin zu einer sektorenübergreifenden, KI-gestützten Planung.

Die für die Pflegesozialplanung typischen Planungsphasen und -schritte verlangen nach der systematischen Nutzung kommunaler Expertise für die Weiterentwicklung und Anpassung der pflegerischen Infrastruktur und Sorgestrukturen. Hier reichen die kurz-, mittel- und langfristig empfohlenen Maßnahmen von Zukunftswerkstätten über die systematische Weiterentwicklung der Pflegesozialplanung, bis hin zu sektorenübergreifenden Versorgungsstrategien. Im Rahmen der kommunalen Pflegesozialplanung kommt der Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger vor Ort eine zentrale Bedeutung zu. Pflege ist ein hochgradig demokratierelevantes Thema.

Die Sorge um und die Pflege von pflegebedürftigen Menschen ist und bleibt im Wesentlichen eine solidaritätsbasierte Aufgabe der Bevölkerung, die in informellen Netzwerken, in Familiennachbarschaften, in Freundeskreisen und „Caring Communities“ geleistet wird. In Zeiten demografischer und gesellschaftlicher Wandlungsprozesse gilt es, die kulturellen Voraussetzungen für die Gewährleistung von Sorge und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu stärken, zu stabilisieren und weiterzuentwickeln. Auch die zivilgesellschaftlichen Potenziale bei der Entwicklung örtlicher infrastruktureller Angebote für die Pflege werden für eine wohnortnahe Versorgung unverzichtbar sein - und sind es heute bereits. Insofern ist der in der Pflegesozialplanung Mecklenburg-Vorpommerns vorgesehene partizipative Ansatz zielführend. Auch hier enthalten die Empfehlungen kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen. Insgesamt gilt es, die sich aus den vorherigen Planungsschritten und -phasen ergebenden Maßnahmen jeweils regional und lokal angepasst zu gestalten.

Ein eigenständiges Kapitel und ein eigenständiger Auftrag im Rahmen des Landesplans Pflege stellte die Initiierung eines **Demenz-Monitorings** dar. Die Empfehlungen im Themenfeld Demenz und zum Monitoring selbst wurden in Kapitel 4.11 detailliert ausgeführt. Der verfolgte Ansatz, der sich auch als Landesstrategie im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie versteht, ist zielführend, birgt aber weitergehende Potenziale. In den Empfehlungen finden sich Maßnahmen zur medizinisch-pflegerischen Versorgung, zur Integration von Beratungsstrukturen und zur Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Demenz wieder. Auch die Datenlage über die Prävalenz von Menschen mit Demenz in den unterschiedlichen Demenzformen muss verbessert werden, was allerdings nicht ohne eine verbesserte Datenlage auf nationaler und internationaler Ebene möglich sein wird. Die Empfehlungen enthalten spezifische Maßnahmenvorschläge zu den genannten Themenfeldern - inklusive der Weiterentwicklung des vielversprechenden Demenzkompasses der Alzheimer Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern.

Das fünfte Kapitel des Landesplans Pflege befasst sich mit dem **Monitoring Pflegepersonalbedarf** (im Detail siehe Kapitel 5.4). Die Empfehlungen beziehen sich auf die regionale Sicherstellung der Ausbildungsplätze für Pflegefachpersonen und Pflegeassistentenkräfte, die Passfähigkeit bei der Anwerbung von Ausbildungsinteressierten, die Förderung von Durchlässigkeit und Aufstiegsperspektiven für die in der Pflege Beschäftigten kommen auf einen kompetenzorientierten Einsatz von Pflegefachpersonen, eine integrierte Registrierung von Pflegefachpersonen und -assistentenkräften, sowie auf die Verstärkung eines sektorenübergreifenden und regionalisierten Personalmonitorings.

Übersicht der Empfehlungen nach Akteuren

Aus den vielfältigen Empfehlungen, die im Landesplan Pflege unterbreitet wurden, werden nun die maßgeblichen Akteure in Mecklenburg-Vorpommern – ihrerseits gut abgestimmt und ggf. moderiert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M-V – Schlussfolgerungen zu ziehen und Priorisierungen vorzunehmen haben. So werden sowohl mit Blick auf die aktuellen Dynamiken in der Bundesgesetzgebung zum Zukunftspakt Pflege und der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung als auch im Verhältnis zu den im Landespflegeausschuss vertretenden Akteuren in Mecklenburg-Vorpommern Governance basierte Handlungsstrategien zu entwickeln sein. Es ist nicht Aufgabe der Gutachter, bis ins Detail in dem komplexen Themenfeld des Landesplans Pflege einen Maßnahmenkatalog zu entwickeln. Die Empfehlungen der Gutachter sind wie ein Werkzeugkoffer zu verstehen und wurden in den relevanten Kapiteln differenziert dargelegt und formuliert. Sie müssen geprüft werden, dort wo sie als zielführend angesehen werden, von den relevanten Akteuren entsprechend ausgewählt und in einer Reform Roadmap zusammengeführt werden. Der Landesplan Pflege bietet für alle relevanten Akteure der Langzeitpflege empirisches Material, Zukunftsszenarien und Empfehlungen, die sie in ihrer jeweiligen Verantwortungsrolle nutzen können – für unternehmerische Entscheidungen, Investitionen und konzeptionelle Weiterentwicklungen.

In der nachfolgenden Übersicht werden von Seiten der Gutachter exemplarisch Bausteine für Empfehlungen in eine Matrix integriert, die deutlich macht, dass die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, an der die unterschiedlichen Akteursgruppen in ihrem eigenen Verantwortungs- und Pflichtenkreis gefragt sind und ihre Verantwortung abgestimmt einzulösen haben. Sie veranschaulicht exemplarisch, dass nach Auffassung der Gutachter die Umsetzung des Landesplans Pflege eine konzertierte Aktion unterschiedlicher Beteiligter erfordert. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie ist ein gesellschaftliches Topthema und im hohen Maße demokratierelevant. Gerade vor diesem Hintergrund sind allein konzertierte Bemühungen zielführend, um die pflegerische Versorgung in den aktuellen und zukünftigen demografischen Wandlungsprozessen zu gewährleisten. Einfache Antworten wie der Ausbau von Heimkapazitäten, eine Pflegevollversicherung, die Deregulierung von Qualitätsanforderungen für die Pflege oder der Rückgriff auf traditionelle familiäre Rollenmuster und Versorgungserwartungen greifen zu kurz.

Die aufgelisteten Maßnahmen greifen Empfehlungen aus dem Landesplan Pflege auf und ergänzen diese um mögliche Maßnahmen der verschiedenen politischen Ebenen (Bund, Land, Kommunen) sowie der verschiedenen Akteure: von den Leistungsträgern und Leistungserbringern über die Wissenschaft und die verschiedenen Berufsgruppen und Professionen bis hin zur Zivilgesellschaft.

1. Pflegesozialplanung: Empirische Grundlagen qualifizieren und zugänglich machen

(Vorschläge der Gutachter als Grundlage für den weiteren Arbeitsprozess)

Land	Bund	Landkreise und kreisfreien Städte
Aufbau einer Datenplattform (DataWareHouse) mit aktuellen und für eine integrierte Sozialplanung relevanten Datensätzen, Dashboard-basiert, aus denen sich die regionalen Planenden die relevanten Datensätze, die in der bisherigen Pflegesozialplanung vorgesehen sind, abrufen und für die unterschiedlichen Planungsanlässe nutzen können.	Der GKV-Spitzenverband und die zuständigen Stellen nach dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz schaffen die Voraussetzung für den Abruf von für Planungszwecke relevanten, aktuellen GKV und SPV-Routinedaten.	Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen die ihnen zur Verfügung stehenden Daten auf Landkreisebene (Transferleistungsempfänger, Haushaltsgrößen, Bezieher von Sozialhilfeleistungen etc.) für die Dashboard-basierte Nutzung zur Verfügung, die kreisangehörigen Gemeinden und Städte ergänzen ihrerseits die Daten um geoshape-basierte Differenzierung und nutzen sie für ihre jeweilige Stadt, Gemeinde Planungs- und Entwicklungs- sowie für Partizipationsprozesse.
Leistungserbringende	Leistungstragende	Zivilgesellschaft
Die Leistungserbringenden stellen ihrerseits Daten über die Platzkapazitäten, freie Plätze, abgelehnte Bewerberinnen und Bewerber respektive Klienten und Klientinnen im Rahmen des Care- und Case-Managements zur Verfügung und nutzen die Daten für ihre unternehmerische und Einrichtungsplanung. Die Leistungserbringerverbände unterstützen eine integrierte Registrierung zur Nutzung der BeVaP-Daten für Planungszwecke.	Die Leistungstragenden nutzen die regionalisierten und auf kleinräumiger Ebene abgebildeten Daten für die Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrages, gegebenenfalls in Modifikation des Kontrahierungszwanges, sobald die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür geschaffen werden.	Die zivilgesellschaftlichen Akteure sowohl auf Landes- als auch auf örtlicher Ebene erhalten Zugang zu den relevanten Datensätzen und beteiligen sich mit ihren Initiativen an wohlfahrtspluralistischen Antworten auf die Herausforderung eines präferenzorientierten Versorgungssystems.
Wissenschaft	Berufsverbände	Ausbildungsstellen
Die wissenschaftlichen Akteure in Mecklenburg-Vorpommern engagieren sich weiterhin in der Aufbereitung von relevanten Gesundheitsdaten und der Erarbeitung epidemiologischen Studien, um die Datenqualität zu erhöhen.	Die Berufsverbände beteiligen sich an der Entwicklung eines kompetenzbasierten Einsatzes von Fachpersonen durch die (Weiter-)Entwicklung von Fort- und Weiterbildungskonzepten und Kompetenzfeststellungsverfahren, um mit Blick auf die Bedarfs- und Ressourcenentwicklung ihrerseits einen Beitrag zur effizienten Versorgung zu leisten.	Ausbildungsstellen, Hochschulen nutzen die Daten, um ihre Ausbildungskapazitäten, ihre Weiterbildungsangebote sowie die Hochschulstudiengänge auf den jeweils regionalen Bedarf hin auszurichten – quantitativ und qualitativ.

2. Demenzmonitoring: Weiterentwicklung inklusive Demenzkompass (Vorschläge der Gutachter als Grundlage für den weiteren Arbeitsprozess)		
Land	Bund	Landkreise und kreisfreien Städte
Fortführung des Demenzkompasses und seiner Finanzierung, Einbettung des Demenzkompasses in eine integrierte Pflegesozialplanung unter besonderer Berücksichtigung der Teilhabedimension.	Verbesserung der Prävalenzdaten für Menschen mit Demenz nach unterschiedlichen Diagnose- und Altersgruppen sowie Wohnort, Unterstützung des Ansatzes des Demenzkompasses im Rahmen der nationalen Demenzstrategie, gegebenenfalls durch ein Teilhabegesetz für Menschen mit Demenz.	Integration des Demenzkompasses in die Pflegesozialplanung, Integration der Daten aus dem Demenzkompass in eine Dashboard-basierte Abbildung von Infrastrukturen einerseits und Prävalenzen andererseits, Unterstützung von Ansätzen demenzfreundlicher Landkreise und Kommunen.
Kreisangehörige Gemeinden und Städte	Leistungserbringende	Leistungstragende
Die Etablierung von Konzepten demenzfreundlicher Kommunen, regionaler und lokaler Demenzkompassformate für lokale Angebote sowie ihre Pflege, Stabilisierung, Ausbau und Förderung von Teilhabeangeboten für Menschen mit Demenz.	Mitwirkung bei der Pflege des Demenzkompasses, Aufnahme von sichtbaren Desideraten in der Angebotsstruktur für Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen, transparente Darstellung von eigenen Angeboten, Kompetenzen sowie der Kooperationsbereitschaft mit zivilgesellschaftlichen Akteuren.	Kranken- und Pflegekassen sowie Krankenversicherungen und Sozialhilfeträger wirken aktiv an präventionsorientierten Ansätzen der Infrastrukturentwicklung für Menschen mit Demenz mit und kommen so ihrem Sicherstellungsauftrag bezogen auf nichtadäquat versorgte Gruppen und nichtadäquat versorgte Regionen nach.
Zivilgesellschaft	Wissenschaft	Berufsverbände
Zivilgesellschaftliche Akteure wie die Alzheimergesellschaft Mecklenburg-Vorpommern etablieren sich als Tragende des Pflegekompasses, arbeiten eng mit den Planerinnen und Planern auf Kreisebene zusammen und unterstützen den Auf- und Ausbau von Netzwerken, die auf Angebote und Teilhabenoptionen für Menschen mit Demenz gerichtet sind.	Wissenschaft stellt relevante Informationen für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen zur Verfügung und aktualisiert diese (auch) für die Nutzung im Demenzkompass.	Berufsverbände bringen ihre spezifische professionelle Kompetenz in die Begleitung von Menschen mit Demenz und die Unterstützung und Flankierung von zivilgesellschaftlichen Angeboten und Unterstützungsstrukturen ein und entwickelten entsprechende gerontopsychiatrische Qualifikationen.
Ausbildungsstellen, Hochschulen		
In den Qualifikationen, Ausbildungen und Studiengängen werden Wissensbestände für die Begleitung von Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen konsequent berücksichtigt und wohlfahrtspluralistische Konzepte als tragfähige Antworten auf		

künftige Bedarfe, operationalisiert und praxisnah vermittelt.		
3. Pflegepersonal: Verstetigung des Monitorings und Aufbau einer integrierten Registrierung (Vorschläge der Gutachter als Grundlage für den weiteren Arbeitsprozess)		
Land	Bund	Landkreise und kreisfreien Städte
Das Land schafft die rechtlichen Voraussetzungen für eine integrierte Registrierung von Angehörigen von Pflegeberufen in einem ASMK-abgestimmten bundeseinheitlichen Vorgehensweise.	Auf Bundesebene werden die rechtlichen Voraussetzungen für eine integrierte Registrierung (Beteiligung an der elektronischen Patientenakte, Heilberufe-Ausweis, BeVaP) geschaffen, eine Dachorganisation (gegebenenfalls nationale Stiftung Pflege) der maßgeblichen Organisationen der Pflege installiert, die die berufsrechtliche Registrierung auf Landesebene koordiniert und supervidiert. Die diesbezüglichen Aktivitäten werden verschränkt mit dem Aufbau eines Monitorings über Gesundheitsberufe, dass das BMG bereits in Auftrag gegeben hat.	Landkreise und kreisfreie Städte erhalten regionalisierte Bestands- und Bedarfsanalysen für Pflegeberufe und unterstützen die Vorhaltung und den Ausbau von Ausbildungsplätzen und Ausbildungskapazitäten im jeweiligen Landkreis oder kreisfreien Stadt.
Kreisangehörige Gemeinden und Städte	Leistungserbringende	Leistungstragende
Kreisangehörige Gemeinden und Städte bemühen sich ihrerseits datenbasiert um die Attraktivität von Sozial- und Pflegeberufen und unterstützen Auszubildende in der Pflege durch geeignete Mobilitätsförderung, Wohnangebote und Integrationsmaßnahmen für Auszubildende mit Migrationshintergrund.	Leistungserbringende beteiligen sich im Rahmen ihrer Personalentwicklungs- und Personalgewinnungsstrategien am Monitoring Pflegepersonalbedarf und zu einer trägerübergreifenden Art und Weise, um den regionalen Bedarf an Pflegefachpersonen zu decken und die Qualifikationsreserve zu erhöhen.	Die Leistungstragenden unterstützen attraktive Ausbildungskonzepte, etwa Ausbildungsstationen und Wohnbereiche durch Flexibilisierung der Qualitätsanforderungen an die Einrichtungen und Dienste.
Zivilgesellschaft	Berufsverbände	Ausbildungsstellen, Hochschulen
Zivilgesellschaftliche Akteure fördern Formen ehrenamtlicher Tätigkeit in Pflegekontexten. Diese entfalten wichtige Sozialisationsvoraussetzungen für das Ergreifen sozialer und pflegerischer Berufe.	Berufsverbände sorgen durch den Aufbau von Kompetenzfeststellungsstrategien und -verfahren für attraktive Berufsbilder und die Durchlässigkeit von Bildungsabschlüssen und Qualifikationswegen. Damit tragen sie zur Sicherung des Fachkräftebedarfs bei.	Bei der Planung von Kapazitäten für Qualifizierungsmaßnahmen, Weiterbildungen und hochschulische Ausbildungen orientieren sich Schulen und Hochschulen am jeweils regional festgestellten Personalbedarf sowie an den berufsdemografischen Dynamiken.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Regionale Entwicklung Bevölkerungsstand über 75 Jahre 2017 bis 2024	12
Abb. 2: Anzahl Bevölkerung über 75 Jahre (Gemeinden in 2024).	13
Abb. 3: Anteile der Bevölkerung über 75 Jahre an der Gesamtbevölkerung (Gemeinden 2024).	14
Abb. 4: Bevölkerung 2023: Differenz der Fortschreibung des Zensus 2011 vs. Zensus 2022.....	17
Abb. 5: Bevölkerungsstand und Prognose Personen 67+ bis 2040.	18
Abb. 6: Bevölkerungsstand und Prognose Menschen 80+ bis 2040.	19
Abb. 7: Entwicklung der Altersklassen 30 bis 69 Jahre 2017 bis 2024.	21
Abb. 8: Zuzüge und Fortzüge (Bevölkerungswanderung) 2023.	22
Abb. 9: Bevölkerungsstand und Prognose Menschen 35 bis 67 Jahre bis 2040.....	23
Abb. 10: Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern 2023.	24
Abb. 11: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger nach Leistungsart 2017 bis 2023.	25
Abb. 12: Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach Leistungsart und Pflegegrad 2023.....	26
Abb. 13: Altersverteilung Pflegebedürftige 2023	27
Abb. 14: Entwicklung der Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Altersgruppen 2017 bis 2023	28
Abb. 15: Entwicklung Anzahl Pflegebedürftige insgesamt 2013 bis 2023	30
Abb. 16: Entwicklung Leistungsempfängerinnen und -empfänger ambulant 2017 bis 2023.....	32
Abb. 17: Anteile der ambulant betreuten Pflegebedürftigen 2019 bis 2023.....	33
Abb. 18: Entwicklung Leistungsempfängerinnen und -empfänger vollstationär 2017 bis 2023	34
Abb. 19: Anteile der in vollstationärer Dauerpflege betreuten Pflegebedürftigen 2019 bis 2023.....	35
Abb. 20: Entwicklung Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger 2017 bis 2023	36
Abb. 21: Anteile der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger 2019 bis 2023.....	37
Abb. 22: Erläuterung zur Darstellung des Landesschnitts in den Kreisprofilen.....	38
Abb. 23: Basisdaten – Teil 1. Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (Landkreis Rostock)	39
Abb. 24: Basisdaten – Teil 2. Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (Landkreis Mecklenburgische Seenplatte)	42
Abb. 25: Beruflich und informell Pflegende – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (Hanse- und Universitätsstadt Rostock).....	46
Abb. 26: Bevölkerungsvorausberechnung 2020-2040 – Beispiel Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	48
Abb. 27: Szenario 1 (Status Quo): Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten in M-V.....	54
Abb. 28: Szenario 2 (Stationäre Pflege konstant): Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten in M-V	55
Abb. 29: Szenario 1 (Status Quo): Regionale Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten.....	56
Abb. 30: Szenario 2 (Stationäre Pflege konstant): Regionale Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten	57
Abb. 31: Entwicklung Anzahl ambulanter Pflegedienste 2017 bis 2023	59
Abb. 32: Anzahl der pro Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen 2017 bis 2023.....	60
Abb. 33: Erreichbarkeit der ambulanten Pflegedienste 2025	61
Abb. 34: Entwicklung der Plätze in Pflegeheimen mit vollstationärer Dauerpflege 2017 bis 2023	63
Abb. 35: Standorte und Plätze für Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege 2025.....	64
Abb. 36: Entwicklung der Plätze vollstationärer Dauerpflege je 1.000 Einwohner über 75 Jahre	65
Abb. 37: Erreichbarkeit der vollstationären Pflegeeinrichtungen 2025	67
Abb. 38: Standorte und Plätze solitärer Kurzzeitpflege 2025	69
Abb. 39: Standorte und Plätze Tagespflegeeinrichtungen 2025	70
Abb. 40: Erreichbarkeit der Tagespflegeeinrichtungen 2025	71
Abb. 41: Regionale Standorte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote	72
Abb. 42: Angebote niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote	73
Abb. 43: Auswahl regionale Angebote niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote	73
Abb. 44: Standorte Hospize 2025.....	75
Abb. 45: Krankenhäuser und Planbetten 2024.....	77
Abb. 46: Standorte und Angebote der tagesklinischen Betreuung.....	78
Abb. 47: Entwicklung Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2017 bis 2023	79
Abb. 48: Aufgaben der Kommunen im SGB XI.....	82
Abb. 49: Weitere kommunale Aufgaben im Kontext der Langzeitpflege.	83

Abb. 50: Altenhilfe gem. § 71 SGB XII.....	84
Abb. 51: Profil der Hilfe zur Pflege.	85
Abb. 52: Kompensation von Infrastrukturdefiziten im Rahmen fürsorgerechter Verpflichtungen.....	85
Abb. 53: „Verantwortungs- und Zuständigkeitsdiffusion“.....	86
Abb. 54: Typen von kommunaler Pflegestrukturplanung.....	88
Abb. 55: Zyklus der integrierten Pflegesozialplanung.....	90
Abb. 56: Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung (Gesamter Planungsprozess).....	91
Abb. 57: Ausschnitt aus der Evaluation der Handlungsempfehlungen des vergangenen Planungszeitraums.....	95
Abb. 58: Auszug aus der Indikatorenanalyse: Demografische Daten.....	98
Abb. 59: Problemskizze kommunaler Pflegeplanung.....	102
Abb. 60: Erforderlichkeit von datengestützter, partizipativer, sozialraumorientierter Pflegeplanung.....	103
Abb. 61: Pflegefachliche Begleitung nach Settings.....	106
Abb. 62: Vier Schritte der Pflegesozialplanung.....	112
Abb. 63: Ziele einer integrierten Registrierung von Pflegepersonen.....	115
Abb. 64: Pflegestrukturplanung nach Versorgungsarten.....	116
Abb. 65: Kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen.....	118
Abb. 66: Bedarfstypen Kurzzeitpflege.....	119
Abb. 67: Kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen.....	122
Abb. 68: Kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zur Partizipation.....	124
Abb. 69: Maßnahmentypen in den analysierten Pflegesozialplänen.....	125
Abb. 70: Vulnerabilitätszyklus.....	128
Abb. 71: Menschenrechte in Gefahr – auch für Menschen mit Demenz.....	129
Abb. 72: Übersicht über unterschiedliche Demenzformen.....	133
Abb. 73: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz 2024.....	136
Abb. 74: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz nach Altersgruppen.....	137
Abb. 75: Prävalenzschätzung auf Basis der Gesamtprävalenz bis 2040.....	138
Abb. 76: Anteil (%) der an Demenz erkrankten Menschen nach Landkreisen in M-V, faktisch.....	140
Abb. 77: Anteil (%) der an Demenz erkrankten Menschen nach Landkreisen in M-V, fair.....	141
Abb. 78: Entwicklung der Inanspruchnahme zusätzlicher ambulanter Betreuungs- und Entlastungsleistungen vor und nach dem Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt.....	143
Abb. 79: Lage der sozialpsychiatrischen Dienste sowie der Pflegestützpunkte inkl. Außenstellen.....	145
Abb. 80: Sonstige eingetragene Beratungsstellen.....	146
Abb. 81: GeriCoaches in Mecklenburg-Vorpommern.....	147
Abb. 82: Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf und Demenz in Mecklenburg-Vorpommern.....	157
Abb. 83: Krankenhausstrukturen für Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern.....	159
Abb. 84: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023.....	162
Abb. 85: Die vier Handlungsfelder der Nationalen Demenzstrategie.....	166
Abb. 86: Teilhabedimensionen.....	171
Abb. 87: Entwicklung sozialversicherte Beschäftigte Pflegeberufe ohne Helfer.....	181
Abb. 88: Arbeitslose und offen gemeldete Arbeitsstellen im Jahresdurchschnitt 2024.....	189
Abb. 89: Regionale Arbeitslosenquote Jahresdurchschnitt 2024.....	190
Abb. 90: Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme Pflegenden aus Drittstaaten.....	191
Abb. 91: Intra- und intersektorielle Fluktuation Pflegenden 2024.....	194
Abb. 92: Pendlerinnen und Pendler Pflegeberufe vom Wohnort zum Arbeitsort 2024.....	196
Abb. 93: Anteil der ortsnah arbeitenden Pflegenden an regional wohnenden den Pflegenden.....	198
Abb. 94: Altersstruktur der Pflegenden nach Altersklassen und Wirtschaftszweigen 2025.....	201
Abb. 95: Nettodauer unterbrechungsfreie Beschäftigung Pflegenden ohne Helferinnen und Helfer 2024.....	203
Abb. 96: Ausbildungsstandorte und neu aufgenommene Auszubildende Pflege in 2024/2025.....	204
Abb. 97: Ausbildungsstandorte und neu aufgenommene Auszubildende Pflegehilfe in 2024.....	206
Abb. 98: Prozentuale Anteile der Träger der praktischen Ausbildung in 2024.....	208
Abb. 99: Entwicklung der neu aufgenommenen Auszubildenden in Pflegeschulen 2020 bis 2024.....	213

Abb. 100: Regionale Ausbildungsaktivität 2024/2025.....	214
Abb. 101: Altersverteilung der neu aufgenommenen Auszubildenden Pflegefachmann/-fachfrau 2024.....	216
Abb. 102: Entwicklung der neu aufgenommenen Auszubildenden Pflegehilfe 2020 bis 2024	219
Abb. 103: Modellkalkulation zu Berufseintritten- und Berufsaustritten bis 2030	221
Abb. 104: Anzahl Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen insgesamt	223
Abb. 105: Anzahl Absolventinnen und Absolventen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss.....	224

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Rangliste der größten Städte mit der höchsten Anzahl an Personen über 75 Jahre in 2024	15
Tab. 2: Entwicklung der prozentualen Zunahme der Pflegeprävalenz in Altersgruppen 2017 bis 2023.....	29
Tab. 3: Pflegebedürftige insgesamt ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1.....	31
Tab. 4: Pflegequoten der Regionen in Mecklenburg-Vorpommern bezogen auf die Gesamtbevölkerung	40
Tab. 5: Anteile der Versorgungsarten in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns (ohne PG 1).....	41
Tab. 6: Anteile teilstationärer Pflege nach Regionen, bezogen auf alle privaten Pflegehaushalte	42
Tab. 7: Pflegequoten Altersgruppe 80+ in den Regionen in M-V, bezogen auf die Bevölkerung 80+.....	43
Tab. 8: Anteil PG 4+5 je Versorgungsart in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns.....	44
Tab. 9: Personalfaktoren 2023 in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns (Personal pro 100 Pflegebedürftige).....	45
Tab. 10: Informelles Pflegepotential in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns	47
Tab. 11: Veränderung der Pflegebedürftigen - Prognose auf Basis des Zensus 2022	53
Tab. 12: Entwicklungen der teil- und vollstationären Pflege 2017 bis 2023	62
Tab. 13: Pflegebedürftige pro Heimversorgungsplatz in Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege	66
Tab. 14: Relation der Pflegebedürftigen zu Serviceangeboten.....	74
Tab. 15: Charakteristika der kommunalen Pflegesozialpläne	94
Tab. 16: Annahmen Modellrechnung „pflegefachliche Begleitung“	108
Tab. 17: Rechnerischer Aufwand für die pflegefachliche Begleitung nach Regionen V1: 1h/Monat	109
Tab. 18: Rechnerischer Aufwand für die pflegefachliche Begleitung nach Regionen V2: 1h/Quartal.....	109
Tab. 19: Schätzung der dementiell Erkrankten in Mecklenburg-Vorpommern, unterschieden nach Demenz-Subtypen	135
Tab. 20: Demenz-Prävalenzen nach Altersgruppen im Vergleich.....	136
Tab. 21: Geschätzte Inzidenz von Demenz-Erkrankungen ab 65 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern.....	142
Tab. 22: Schulungsangebot im Kontext Demenz gemäß § 45 SGB XI.....	149
Tab. 23: Einschlägige Förderprogramme im Themenfeld Demenz.	153
Tab. 24: Menschen mit Demenz und Tagespflegeplätze regional.....	155
Tab. 25: Empfehlungen Demenz-Monitoring.	179
Tab. 26: Personalentwicklung nach Berufen in stationären Pflegeeinrichtungen.....	183
Tab. 27: Personalentwicklung nach Berufen in ambulanten Pflegediensten	185
Tab. 28: Personalentwicklung nach Berufen in Krankenhäusern	186
Tab. 29: Personalentwicklung nach Berufen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.....	188
Tab. 30: Leiharbeiterinnen/ -nehmer Pflegeberufe (ohne Helferinnen und Helfer) 2017 bis 2024.....	200
Tab. 31: Entwicklung neu aufgenommene Auszubildende und Anteil weiblicher Auszubildender.....	209
Tab. 32: Ausbildungskennzahlen Auszubildende vor und nach Einführung der Ausbildung nach PflBG	210
Tab. 33: Vertragslösungen in der Pflegefachausbildung nach PflBG.....	212
Tab. 34: Kennzahlen der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge in M-V	217
Tab. 35: Entwicklung der Schülerzahl für den Bildungsgang „Kranken- und Altenpflegehilfe“	218

Literaturverzeichnis

Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: (3), S. 173–180. In: Wirtschaft und Statistik 3, 2014, S. 173–180.

AFI - Alzheimer Forschung Initiative e.V. (Hg.) (o.J.a): Alles Wissenswerte zur Alzheimer-Krankheit. Online verfügbar unter <https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/#c16783>, zuletzt aktualisiert am 28.11.2025, zuletzt geprüft am 28.11.2025.

AFI - Alzheimer Forschung Initiative e.V. (Hg.) (o.J.b): Chronisch Traumatische Enzephalopathie (CTE). Online verfügbar unter <https://www.alzheimer-forschung.de/demenz/formen/chronisch-traumatische-enzephalopathie/>, zuletzt aktualisiert am 02.12.2025, zuletzt geprüft am 02.12.2025.

AFI - Alzheimer Forschung Initiative e.V. (Hg.) (o.J.c): Gedächtnisambulanzen und Gedächtnissprechstunden. Datenbank mit bundesweiten Gedächtnisambulanzen. Online verfügbar unter https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/diagnose/gedaechtnisambulanz/seite-1/?tx_fpgedaechtnisdatenbank_pi1%5Bbundesland%5D=Mecklenburg-Vorpommern&cHash=f06e8d1b61a0fe6ec7dbcd2e9df08556, zuletzt geprüft am 10.12.2025.

AFI - Alzheimer Forschung Initiative e.V. (Hg.) (o.J.d): Lewy-Körperchen Demenz: Ursachen, Symptome, Verlauf. Online verfügbar unter <https://www.alzheimer-forschung.de/demenz/formen/lewy-koerperchen-demenz/>, zuletzt aktualisiert am 28.11.2025, zuletzt geprüft am 28.11.2025.

AFI - Alzheimer Forschung Initiative e.V. (Hg.) (o.J.e): Parkinson-Demenz. Online verfügbar unter <https://www.alzheimer-forschung.de/demenz/formen/parkinson-demenz/>, zuletzt aktualisiert am 02.12.2025, zuletzt geprüft am 02.12.2025.

AFI - Alzheimer Forschung Initiative e.V. (Hg.) (o.J.f): Vaskuläre Demenz. Ursachen, Symptome, Verlauf & Therapie. Online verfügbar unter <https://www.alzheimer-forschung.de/demenz/formen/vaskulaere-demenz/>, zuletzt aktualisiert am 28.11.2025, zuletzt geprüft am 28.11.2025.

Albrecht, Martin; Ochmann, Richard; Sonnenberger, David (2025): Eigenanteilsbegrenzung in der vollstationären Pflege. Kurzanalyse zu den finanziellen Auswirkungen der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI. Policy Paper für den PKV-Verband. Hg. v. IGES Institut. Berlin.

Alscher, Dominik; Augurzky, Boris; Karagiannidis, Christian (2025): Die Gesundheit der Zukunft. Wie wir das System wieder fit machen. 1. Auflage. Stuttgart: S. Hirzel Verlag GmbH.

Alzheimer's Society (Hg.) (2021): Going on Holiday when a person has dementia. Factsheet 474.

AOK-Bundesverband (2022): Sind Pflegeroboter die Zukunft? In: AOK Gesundheitsmagazin, 15.12.2022.

Arend, Stefan; Klie, Thomas (Hg.) (2017): Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte - Analysen, Erfahrungen, Konzepte (Altenheim). Hannover: Vincentz Network.

BA - Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2024): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Mai 2024). Nürnberg.

Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2017): Pflege von Menschen mit Demenz. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart, S. 51-62.

BIBB - Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.) (2025): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2025. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Bonn.

Bienwald, Werner; Sonnenfeld, Susanne; Hoffmann, Birgit (2011): Betreuungsrecht. Kommentar. 5. Aufl. Bielefeld: Giesecking.

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die "Kasseler Studie". Hannover: Vincentz Network.

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2006): Die Zeiten der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (3), S. 202-210.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Sachverständigenkommission "Sechster Altenbericht der Bundesregierung" (Bundesdrucksache, 17/3815). Berlin.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2016): Siebter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission "Siebter Altenbericht der Bundesregierung" (Bundesdrucksache, 18/10210).

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2024): Andere Wohnformen - Wegweiser Demenz. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-demenz.de/wwd/alltag-und-pflege/wohnen/andere-wohnformen>, zuletzt geprüft am 03.12.2025.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2025): Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung - Roadmap. Pressekonferenz vom 11.12.25, zuletzt geprüft am 30.12.2025.

Braeseke, Grit (2020): Studie über Pflegestützpunkte. Einheitliche Standards weiterentwickeln. Hg. v. IGES Institut.

Braeseke, Grit; Engelmann, Freja; Pörschmann-Schreiber, Ulrike; Schwanemann, Esther; Nyarko, Mary (2025): Kommunale Pflegeplanung. Gutachten für die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung. IGES Institut. Berlin.

Bühner, Markus (2021): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. München: Pearson.

Bundesagentur für Arbeit - Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (Hg.) (2024): Entwicklungen in der Zeitarbeit. Nürnberg.

Bund-Länder Demografieportal (2025): Fakten - Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern. Online verfügbar unter <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-mecklenburg-vorpommern.html>, zuletzt aktualisiert am 28.11.2025, zuletzt geprüft am 28.11.2025.

Büscher, Andreas; Karagiannidis, Christian; Klie, Thomas (2026 im Erscheinen): Pflege und Primärversorgung für die Boomer-Jahrgänge – Wege zu sektorübergreifender Zusammenarbeit und interprofessioneller Kooperation.

Büscher, Andreas; Klie, Thomas (2023): Fokus Häusliche Pflege – der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung. In: Antje Schwinger, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Klaus Jacobs (Hg.): Pflege-Report 2023. Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten. 1. Auflage 2023. Berlin: Springer Berlin; Springer, S. 175–185.

Büttner, Helen; Kalff, Tanja (2024): 2. Fortschreibung zum Bericht zur Integrierten Pflegesozialplanung für den Landkreis mecklenburgische Seenplatte. Berichtszeitraum: 2018-2023. Hg. v. Landkreis Mecklenburgische Seenplatte.

Cramer, Henning; Schönberg, Frauke (2020): Chancen und Herausforderungen integrierter Tagespflege aus Nutzer- und Mitarbeiterperspektive. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. In: Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft 25 (3), S. 228–241.

Culmsee, Thorsten; Klie, Thomas (2026 im Erscheinen): KI-gestützte kommunale Pflegeplanung. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.

DAK-Gesundheit (Hg.) (o.J.): Pflegeleicht: Pflege demenzkranker Menschen. Mit Sophie Rosentreter. Online verfügbar unter https://www.dak.de/dak/gesundheit/pflege/pflegeleicht_21436, zuletzt geprüft am 12.12.2025.

DAlzG LV M-V - Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2023): Aufbau von Helferkreisen. Online verfügbar unter <https://alzheimer-mv.de/mitmachen/aufbau-von-helferkreisen/>, zuletzt geprüft am 05.12.2025.

DAlzG LV M-V - Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. (Hg.) (2025): Individuelle häusliche Schulungen (nach § 45 SGB XI) - Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Online verfügbar unter https://alzheimer-mv.de/schulungen/individuelle-haeusliche-schulungen-nach-%C2%A7-45-sgb-xi/?utm_source=chatgpt.com, zuletzt aktualisiert am 25.04.2025, zuletzt geprüft am 02.12.2025.

DAlzG - Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (o.J.): Die Alzheimer-Krankheit. Hg. v. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DAlzG). Online verfügbar unter <https://www.deutsche-alzheimer.de/demenz-wissen/die-alzheimer-krankheit>, zuletzt aktualisiert am 28.11.2025, zuletzt geprüft am 28.11.2025.

DAlzG - Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2017): Informationsblatt 11 - Die Frontotemporale Demenz.

DAlzG - Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2018): Informationsblatt 14 - Die Lewy-Körperchen-Demenz.

DAlzG - Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2021): Tablets, Sensoren & Co. Technische und digitale Hilfen für das Leben mit Demenz.

DAlzG - Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2024): Informationsblatt 1 - Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen.

data experts (Hg.) (2025): SAHRA-Pflegekennzahlen. Förderprojekt „Digitalgestützte Pflegestrukturanalyse in Sozialraum und Quartier in Baden-Württemberg“. Abschlussbericht.

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.) (2020): Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

DGP - Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (2024): Vorbehaltsaufgaben der Pflege. Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP). Duisburg.

Donath, Carolin; Pendergrass, Anna; Gräsel, Elmar (2023): Zuhause-Pflegen und trotzdem gesund bleiben? Risiko- und Schutzfaktoren für dysfunktionales Coping bei pflegenden Angehörigen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 73 (7), S. 290–299.

Dreier-Wolfgang, Adina; Teipel, Stefan; Zwingmann, Ina (2021): Pflegenden Angehörige: eine wichtige Ressource bei der Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen. In: Johanne Pundt und Michael Rosentreter (Hg.): Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet. Aktuelle Tendenzen. Themenband. Bremen: Apollon University Press, S. 169–188.

DV - Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2025a): Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. für eine integrierte Senior*innenpolitik. Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen vor Ort (Alter und Pflege, DV 3/25).

DV - Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2025b): Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege. Die Empfehlungen (DV 4/25) wurden am 3. Dezember 2025 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet. Pflege und Rehabilitation. Berlin.

DZNE - Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e.V. (Hg.) (2025a): Demenz: Neues Modell der häuslichen Versorgung bewährt sich im Praxistest. Innovationsausschuss beim G-BA empfiehlt

Einsatz in der Regelversorgung. Online verfügbar unter <https://www.dzne.de/aktuelles/pressemitteilungen/presse/demenz-neues-modell-der-haesuslichen-versorgung-bewaehrt-sich-im-praxistest/>, zuletzt geprüft am 21.01.2026.

DZNE - Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e.V. (Hg.) (2025b): Der Demenzkompass M-V: Wie gut hilft er beim Finden von Hilfsangeboten? Ein Bericht im Rahmen der Evaluation des KoDem 2.0 Projektes der DALzG M-V.

DZNE - Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e.V. (Hg.) (2025c): Faktenzentrale: Demenz. Online verfügbar unter <https://www.dzne.de/aktuelles/hintergrund/faktenzentrale/>, zuletzt aktualisiert am 02.12.2025, zuletzt geprüft am 02.12.2025.

Engels, Dietrich; Fakdani, Ferzane; Froese, Linda (2020): Pflegesozialplanung der Hanse- und Universitätsstadt Rostock. Bericht im Auftrag der Hanse- und Universitätsstadt Rostock zum Stand 31.12.2018. Hg. v. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG).

Engels, Dietrich; Frie, Thorben (2023): Beratungsdienstleistung zu den Anforderungen an eine rechtssichere Pflegestrukturplanung. Abschlussbericht. Im Auftrag der Senatsverwaltung Wissenschaft, Gesundheit und Pflege des Landes Berlin. Hg. v. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG). Köln, Freiburg.

Engels, Dietrich; Frie, Thorben; Heck, Julia; Lukasch, Henrietta (2025): Fortschreibung der Pflegesozialplanung der Landeshauptstadt Schwerin. zum Stand Dezember 2023. Hg. v. Insitut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG). Köln.

Engler, Stefanie; Bleck, Christian; Kricheldorf, Cornelia (2024): Gerontologisches Gutachten zu fachlich begründeten Einzelleistungen nach § 71 SGB XII. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.

Evers, Thomas; Isfort, Michael; Fecke, Markus; Riebandt, Sebastian; Rottländer, Ruth; Tucman, Daniel (2018): Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen durch Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Merkmale, Entwicklungen und Handlungsempfehlungen. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW). Düsseldorf.

Fuchs, Michaela; Richter, Bernd; Sujata, Uwe; Weyh, Antje; (Keine Angabe) (2018): Der Pflegearbeitsmarkt in Sachsen. Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (IAB-Regional, 2/2018). Nürnberg.

Garcia González, Daniel; Peters, Miriam (2021): Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege. Ein integratives Review. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Bonn.

Gronemeyer, Reimer (2025): Die Abgelehnten. Warum Altersdiskriminierung unserer Gesellschaft schadet. München: Droemer Verlag.

Gronemeyer, Reimer; Ritter, Martina; Schultz, Oliver; Träger, Jutta (Hg.) (2022): Demenz im Quartier. Ehrenamt und Sozialraumorientierung für das Alter (8). Bielefeld, Germany: Transcript Verlag.

Haberstroh, Julia; Müller, Tanja (2017): Einwilligungsfähigkeit bei Demenz. Interdisziplinäre Perspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 50 (4), S. 298–303.

Haberstroh, Julia; Müller, Tanja; Knebel, Maren (2014): Menschen mit Demenz zu selbstbestimmten Entscheidungen über medizinische Maßnahmen befähigen- Das Projekt EmMa. In: BtPrax (5), S. 195–197.

Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hg.) (2021): Sozialgesetzbuch (SGB) XII: Sozialhilfe. Kommentar (Sozialgesetzbuch (SGB) – Gesamtkommentar). Berlin: Erich Schmidt.

Haumann, Wilhelm (2017): Leben mit Demenz. Einstellungen und Beobachtungen der deutschen Bevölkerung. Untersuchungsbericht für den DAK Pflegereport 2017. In: Thomas Klie: Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 18–49.

Heinze, Rolf G.; Klie, Thomas; Kruse, Andreas (2015): Subsidiarität revisited. In: Sozialer Fortschritt 64 (6), S. 131–138.

Herrmann, Judith; Rebaudo, Mara; Calahorrano, Lena (2022): Daten zur informellen Pflege. Pflegebedürftige und Pflegende. Hg. v. Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT). Sankt Augustin.

Hoffmann, Birgit; Klie, Thomas (2012): Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungs- und Kind-schaftsrecht. Voraussetzungen, Verfahren, Praxis. 2. Aufl. Heidelberg: C. F. Müller.

HTA Austria - Austrian Institute for Health Technology Assessment (Hg.) (2017): Methoden und Definitionen zu „Unmet needs in healthcare“.

Hüser, Cornelia; Renn, Maren; Singer, Kirsten (2018): Die Dauer von Beschäftigung von Personen. Methodenbericht. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit (BA).

Isfort, Michael (2024): Qualifizierung und Berufsaustritte in der Pflege. In: Andreas Storm (Hg.): Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege - Beruflich Pflegende im Fokus. Heidelberg, S. 91–121.

Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln.

Isfort, Michael; Klie, Thomas (2023a): Monitoring Pflegepersonalbedarf Baden-Württemberg 2022. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) und AGP Sozialforschung. Köln/Freiburg.

Isfort, Michael; Klie, Thomas (2023b): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Hg. v. Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). München.

Isfort, Michael; Klie, Thomas (2025): Landespflegebericht Niedersachsen 2024. Schwerpunkt Regionale Perspektiven der Langzeitpflege. Hg. v. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (NDS MSGG). Hannover.

Isfort, Michael; Tucman, Daniel; Hüskens, Johann-Moritz (2025): Teilbericht zur Ausbildungssituation in den Pflege- und Gesundheitsberufen in NRW 2023. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2025). Düsseldorf.

Jürgensen, Anke (2023): Pflegehilfe und Pflegeassistent. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. 2. Auflage. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Bonn.

Klasen, Bernd; Klasen, Christine (2020): Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen: interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis. Eine juristisch-medizinische Praxisbetrachtung. In: Juris - Die Monatszeitschrift, S. 398–404.

Klemm, Britta; Kremer-Preiß, Ursula (2022): Betreutes Seniorenwohnen 2022. Aktuelle Strukturen und Entwicklungen eines zukunftsweisenden Wohnangebotes. Hg. v. BFS Service GmbH und Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Köln, Berlin.

Klie, Thomas (2011): ReduFix ambulant - Freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege. Eine betreuungsrechtliche Betrachtung. In: BtPrax (4), S. 154–158.

Klie, Thomas (2015a): Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz und Autonomie. In: Andrea Diekmann und Gerold Oeschger (Hg.): Wunsch und Wille der Betroffenen. Berichte vom 14. Betreuungsgerichtstag vom 20.-22. November 2014 in Erkner und Stellungnahmen und Positionen des BGT e.V. 2013-2015. Bochum, S. 54–62.

Klie, Thomas (2015b): Sieben Thesen zur Monetarisierung des freiwilligen Engagements. Hg. v. Wegweiser Bürgergesellschaft. Stiftung Mitarbeit.

Klie, Thomas (2018): Der Zweite Engagementbericht der Bundesregierung. Zwischen politischer Relevanz und politischer Rezeption. In: Ansgar Klein, Rainer Sprengel und Johanna Neuling (Hg.): Annäherung an die digitale Welt. Jahrbuch Engagementpolitik 2018. 1. Aufl. Frankfurt (am Main): Wochenschau-Verlag, S. 61–67.

Klie, Thomas (2021a): Der sorgende Landkreis Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen - Ein Projektbericht. In: BtPrax 30 (4), S. 132–134.

Klie, Thomas (2021b): Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen. Hg. v. Andreas Storm (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 35). Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Klie, Thomas (2021c): Recht auf Demenz. Ein Plädoyer. 1. Aufl. Stuttgart: Hirzel Verlag.

Klie, Thomas (2021d): Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 12. überarbeitete Auflage. Hannover: Vincentz Network (Lehrbuch Altenpflege).

Klie, Thomas (2022): Berliner Gesetz „Gutes Leben im Alter“. Ein erstes Altenhilfestrukturegesetz auf Landesebene? In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. 102 (2), S. 60–67.

Klie, Thomas (2024a): Der fixierungsfreie Landkreis. In: Der Landkreis - Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung 94 (7), S. 352–353.

Klie, Thomas (2024b): Pflegenotstand? Eine Streitschrift. Stuttgart: Hirzel.

Klie, Thomas (2024c): Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege - Teil 2. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (10), S. 443–447.

Klie, Thomas (2024d): Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege. Teil 1. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. 104 (7), S. 303–309.

Klie, Thomas (2025a): Pflegereport 2025. Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Klie, Thomas (2025b): Was verstehen wir unter Caring Community? Ein Bestimmungsversuch zur Diskussion. In: die Hospiz Zeitschrift 27 (3), S. 27–28.

Klie, Thomas (2026 i.E.): Juristische Expertise zur Weiterentwicklung der Nationalen Demenzstrategie. Hg. v. Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie.

Klie, Thomas (2026a): Juristische Expertise zur Weiterentwicklung der Nationalen Demenzstrategie. Im Auftrag der Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie.

Klie, Thomas (2026b): Pflegearmut. Eine explorative Studie. Freiburg, Berlin.

Klie, Thomas (2026 im Erscheinen): Wohnen und Demenz. Kolumne: Recht auf Demenz. In: Demenz - Das Magazin (68).

Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2025): Pflegefachliche Begleitung – ein Beitrag zur Stärkung der Pflegekompetenz und einer Strukturreform der Langzeitpflege. In: PflegeRecht 29 (11), 629–637.

Klie, Thomas; Dehne, Peter (Hg.) (2025): Die Kunst der Daseinsvorsorge. Freiburg: AGP/zze-Verlag.

Klie, Thomas; Ennulat, Olga Sophie (2024): Der fixierungsfreie Landkreis. Über zwanzig Pflegeeinrichtungen im Landkreis Rastatt ReduFix-zertifiziert. In: CAREkonkret 27, 02.02.2024 (5).

- Klie, Thomas; Heislbetz, Claus; Schuhmacher, Birgit; Keilhauer, Anne; Rischard, Pablo; Bruker, Christine (2017): Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Hg. v. AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V. Berlin.
- Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2025a): Reset Pflegeversicherung. Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Klie, Thomas; Rischard, Pablo (2025): Kommunale Pflegeplanung. In: Antonio Brettschneider, Stephan Grohs und Nora Jehles (Hg.): Handbuch Kommunale Sozialpolitik. Wiesbaden: Springer VS.
- Klie, Thomas; Schwierk, Sam; Di Cianno, Fabio (2025b): Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem. Der DAK-Landespflegereport 2025 für Mecklenburg-Vorpommern. Hg. v. DAK-Gesundheit.
- Klie, Thomas; Tesky, Valentina A.; Pantel, Johannes; Haberstroh, Julia (2022): Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen. People with dementia's consent to medical treatment. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 68 (1), S. 39–47.
- Klie, Thomas; Vollmann, Jochen; Pantel, Johannes (2014): Autonomie und Einwilligungsfähigkeit bei Demenz als interdisziplinäre Herausforderung für Forschung, Politik und klinische Praxis. In: Informationsdienst Altersfragen 41 (4), S. 5–15.
- Klie, Thomas; Wittmann, Michael (2025): Registrierungspflicht für Pflegefachpersonen - auf dem Weg zur integrierten Registrierung? Professionalisierung der Pflege, Heilkundenausübung/Planung im Transformationsprozess des Gesundheits- und Pflegewesens. In: PflegeRecht 29 (3), S. 138–152.
- Köcher, Renate; Klie, Thomas; Storm, Andreas (2025): Pflege am Kipppunkt. DAK Pflegereport 2025/2026.
- Köpke, S.; Meyer, G. (2009): Leitlinie FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg; Universität Witten/Herdecke. Hamburg, Witten.
- Kraehmer, Stefanie; Schmidt, Stefan (2019): Integrierte Pflegesozialplanung Mecklenburg-Vorpommern. Vortrag Fachtagung: Chancen integrierter Planungsansätze Hochschule Neubrandenburg, 29. Mai 2019. Anhang 1 zum "Kompass Integrierte Sozialplanung".
- Kraehmer, Stefanie; Schmidt, Stefan; Schirmer, Ursula (2018): Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung. Integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns. Langfassung. Überarbeitete Fassung 2018. Hochschule Neubrandenburg (HSNB).
- Kretschmer, Christian (2022): Korsakow-Syndrom. In: Vidal MMI Germany, 20.05.2022.
- Kuhlmey, Adelheid; Budnick, Andrea (2023): Pflegende Angehörige in Deutschland. Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66 (5), S. 550–556.
- Kunaschk, Max; Stephan, Gesine (2024): Pflegeberufe und Covid-19-Pandemie: Befürchtete Kündigungswelle ist ausgeblieben. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (IAB Kurzbericht, 2). Nürnberg.
- Landkreis Ludwigslust-Parchim (Hg.) (2025): Pflegesozialplanung im Landkreis Ludwigslust-Parchim. Bericht über die Pflegesozialplanung 2023. Schwerin.
- Landkreis Vorpommern-Greifswald (Hg.) (2024): Pflegesozialplanung Landkreis Vorpommern-Greifswald. Planungszeitraum: 2025-2030/35. Greifswald.
- Lauxen, Oliver; Blattert, Barbara (2020): Ausländisches Fachpersonal besser integrieren. In: Pflegezeitschrift 73 (5), S. 18–21.

Lewin, Philip; Mähs, Mareike; Wendel, Pascal; Zeptner, Marco; Hildebrandt, Helmut (2025): Analyse von Routinedaten zur Pflegeberatung. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 61–94.

Logroscino, Giancarlo; Piccininni, Marco; Graff, Caroline; Hardiman, Orla; Ludolph, Albert C.; Moreno, Fermín et al. (2023): Incidence of Syndromes Associated With Frontotemporal Lobar Degeneration in 9 European Countries. In: JAMA neurology 80 (3), S. 279–286.

LPA M-V - Landespflegeausschuss Mecklenburg-Vorpommern (Hg.) (2024): Pakt für Pflege M-V.

MAGS M-V - Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2013): Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2013. (Berichtszeitraum 2008 – 2011).

MAGS NRW - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2021): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2019. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Düsseldorf.

MAGS NRW - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2023a): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2023. Düsseldorf.

MAGS NRW - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2023b): Vorzeitige Ausbildungsvertragslösungen und Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung. Ergänzungsgutachten zur Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2023. Düsseldorf.

Mantovan, Franco; Ausserhofer, Dietmar; Huber, Markus; Schulc, Eva; Them, Christa (2010): Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege 23 (04), S. 223–239.

Michalowsky, Bernhard; Hoffmann, Wolfgang; Riedel-Heller, Steffi; Kohring, Claudia; Teipel, Stefan; Akmatov, Manas K. et al. (2025): Decline in Incidence and Prevalence of Dementia: An Analysis of Outpatient Claims Data. In: Deutsches Arzteblatt international 122 (14), S. 373–378.

Monzer, Michael (2018): Case Management Organisation. 1. Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Monzer, Michael; Klie, Thomas; Böhnert, Hannah (2025 im Erscheinen): Sektorenübergreifende, solitäre Case Management-basierte Kurzzeitpflege 2025. Projektabschlussbericht.

MSGs M-V - Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern (Hg.) (2025): MV gründet wissenschaftlichen Beirat zum Thema Demenz. Drese: Wissenschaft und Politik enger verzahnen. Online verfügbar unter <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Aktuell/?id=209436&processor=processor.sa.pressemitteilung>, zuletzt geprüft am 16.12.2025.

Nationale Demenzstrategie (Hg.) (2020): Die Strategie: Nationale Demenzstrategie. Online verfügbar unter <https://www.nationale-demenzstrategie.de/umsetzung-1-1>, zuletzt geprüft am 12.12.2025.

NDS MSGG - Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2024): Landespflegebericht Niedersachsen 2024. Schwerpunkt Regionale Perspektiven der Langzeitpflege. Hannover.

Ngandu, Tiia; Lehtisalo, Jenni; Solomon, Alina; Levälähti, Esko; Ahtiluoto, Satu; Antikainen, Riitta et al. (2015): A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER). A randomised controlled trial. In: Lancet 385 (9984), S. 2255–2263.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (NDS MSGG) (2021): Landespflegebericht Niedersachsen 2020. Schwerpunkt Fachkräfte in der Pflege. Hannover.

Pantel, Johannes; Haberstroh, Julia; Knebel, Maren; Müller, Tanja; Oswald, Frank (2016): Zwischen Paternalismus und Autonomie - Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung bei Menschen mit Demenz am Beispiel der Einwilligungsfähigkeit. In: Stephan Ernst (Hg.): Alter und Altern : Herausforderungen für die theologische Ethik. Internationale Vereinigung für Moraltheologie und Sozialethik 37. 2015 Würzburg (Studien zur theologischen Ethik 147), S. 109–121.

Pundt, Johanne; Rosentreter, Michael (Hg.) (2021): Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet. Aktuelle Tendenzen. Themenband. Bremen: Apollon University Press.

Rädke, Anika; Michalowsky, Bernhard; Kleinke, Fabian; Platen, Moritz; Scharf, Annelie; Pfaff, Michelle et al. (2025): Efficacy and cost-effectiveness of extended nursing roles in dementia care: Results of the cluster-randomized trial InDePendent. In: Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association 21 (10).

Räker, Miriam; Schwinger, Antje; Klauber, Jürgen (2020): Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 65–95.

Riedlinger, Isabelle; Fischer, Gabriele; Lämmel, Nora; Höß, Tanja (2020): "Leasing ist wie ein stummer Streik" - Zeitarbeit in der Pflege. Mannheim: SSOAR, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften e.V.

Ritzi, Sebastian (2023): Freiheitseinschränkende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz in professionellen Sorgebeziehungen. Kritische Darstellung und ethisch-fachliche Reflexion. 1. Aufl. 1 Band. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Ritzi, Sebastian; Klie, Thomas (2021): Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Eine kritische Bestandaufnahme aus pflegfachlicher und juristischer Perspektive. In: BtPrax 30 (2), S. 58–61.

Roes, Martina; Heislbetz, Claus; Laporte Uribe, Franziska; Götz, Vanadis; Sprenger, Lara; Gotteshaskamp, Gesine (2025): Studie zur Versorgungssituation von Menschen mit Frontotemporaler Demenz und Empfehlungen zu Weiterentwicklungen bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen (FTD-Bayern). Abschlussbericht. Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE). Witten.

Rommel, Alexander; Gaertner, Beate; Neuhauser, Hannelore; Yessimova, Dinara; Schröder, Helmut; Brückner, Gabriela et al. (2025): Demenzerkrankungen – Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI).

Schäfer, Holger; Stettes, Oliver (2023): Zeitarbeiterbefragung -Zeitarbeit in der Pflegebranche. Hg. v. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Köln.

Scheerbaum, Petra; Gräbel, Elmar; Wasic, Catharina; Pendergrass, Anna (2024): Wunsch und Wirklichkeit: Diskrepanz zwischen tatsächlicher und beabsichtigter Nutzung von ambulanten Entlastungsangeboten. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) 86 (1), 13–20.

Schmidt, Thorsten Ingo (2018): Daseinsvorsorge aus rechtswissenschaftlicher Perspektive. In: Thomas Klie und Anna Wiebke Klie (Hg.): Engagement und Zivilgesellschaft. Expertisen und Debatten zum Zweiten Engagementbericht. Wiesbaden: Springer-Verlag (Bürgergesellschaft und Demokratie), S. 269–338.

Schröder, Dorit (2021): Bewegung bei Demenz. In: Pflegezeitschrift 74 (8), S. 53–56.

Schubert, Christina; Weidner, Frank (2022): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“. im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln.

Schultz, Oliver (2022): Menschen mit Demenz nicht alleine lassen: Der Beitrag des Ehrenamts. In: Reimer Gronemeyer, Martina Ritter, Oliver Schultz und Jutta Träger (Hg.): Demenz im Quartier. Ehrenamt und Sozialraumorientierung für das Alter. Bielefeld, Germany: Transcript Verlag (8), S. 157–177.

Schulz-Nieswandt, Frank (2021): Vita activa oder Vom lebendigen Wohnen in der Polis. In: Pro Alter 53 (3), S. 5–7.

Schweizer, Pia; Staudt, Emma; Yossa, Larissa; Mustafaeva, Diana; Chibvongodze, Kathryn; Stolle, Claudia (2023): Freiheitseinschränkende Maßnahmen reduzieren. In: Pflegezeitschrift 76 (6), S. 61–63.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (Hg.) (2025): Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern. Teil 1: Kreisergebnisse. 2024 (Statistische Berichte). Schwerin.

Strümke, Inga (2024): Künstliche Intelligenz. Wie sie funktioniert und was sie für uns bedeutet. Bonn: Rheinwerk Verlag.

Tesky, Valentina A.; Schall, Arthur; Pantel, Johannes (2023): Nichtmedikamentöse Interventionen für Menschen mit Demenz. In: Die Innere Medizin 64 (2), S. 139–146.

Thyrian, Jochen, R.; Boekholt, Melanie; Hoffmann, Wolfgang; Leiz, Maren; Monsees, Jessica; Schmachtenberg, Tim et al. (2020): Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. In: Der Nervenarzt, S. 1058–1061.

Uhly, Alexandra (2015): Vorzeitige Vertragslösungen und Ausbildungsverlauf in der dualen Berufsausbildung. Forschungsstand, Datenlage und Analysemöglichkeiten auf Basis der Berufsbildungsstatistik. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Bonn.

Uhly, Alexandra; Gericke, Naomi (2011): Vorzeitige Lösung von Ausbildungsverträgen. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2011. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Bonn.

vdek - Verband der Ersatzkassen e. V. (Hg.) (2025): Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern. Online verfügbar unter <https://www.vdek.com/LVen/MVP/Vertragspartner/Aerzte.html>, zuletzt geprüft am 10.12.2025.

VdPB - Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Hg.) (2024): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. München.

Weber-Fiori, Barbara (2025): Sorge gemeinsam gestalten: Warum CaringCommunities alle kommunalen Ebenen brauchen. Veranstaltung: CaringCommunities – Wer sorgt mit? Freiwilliges Engagement in der Kommune zwischen Pflege, Verantwortung und Vielfalt. Hochschule Kempten; Bayerisches Zentrum Pflege Digital (BZPD). Essen, 01.12.2025.

WHO - World Health Organization (2017): Global action plan on the public health response to dementia. 2017 - 2025. Hg. v. World Health Organization (WHO). World Health Organization (WHO). Genf.

WHO - World Health Organization (Hg.) (2025): Dementia. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, zuletzt geprüft am 03.12.2025.

Wick, Robert; Quade, Julia (2025): Bürgerbeteiligung in Mecklenburg-Vorpommern – hinter dem Trend? Erkenntnisse aus der Beteiligungspraxis. Hg. v. vhw - Bundesverband Wohnen und Stadtentwicklung (Forum Wohnen und Stadtentwicklung, 3/2025).

WidO - Wissenschaftliches Institut der AOK (Hg.) (2025): Daten zur Erkrankung Demenz in Deutschland. – AOK Gesundheitsatlas Deutschland. Online verfügbar unter <https://gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/demenz?activeValueType=prevalence&activeLayerType=county>, zuletzt aktualisiert am 28.11.2025, zuletzt geprüft am 28.11.2025.

Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Hg. v. Wissenschaftsrat (Drucksache, 1548-23). Köln.

Wißman, Peter (2021): Partizipation, Selbsthilfe und Selbstvertretung, frühbetroffene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Stellungnahme zur nationalen Demenzstrategie. Was ist drin? Was fehlt? Was sollte getan werden? Demenz Support Stuttgart gGmbH.

Wrobel, Martin; Fuchs, Michaela; Weyh, Antje; Althoff, Jörg (2019): Der Pflegearbeitsmarkt in Niedersachsen. Eine Bestandsaufnahme. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (IAB-Regional, 3/2019). Nürnberg.

ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) (2013): Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. ZQP Themenreport. Berlin.

zze - Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung; HSNB - Hochschule Neubrandenburg; DSEE - Deutsche Stiftung für Engagement und Ehrenamt (Hg.) (2025): Kunst der Daseinsvorsorge. Güstrower Thesen. Güstrow.

Impressum

Wissenschaftliche Leitung

AGP Sozialforschung Interdisziplinäre Care Forschung gGmbH Bugginger Straße 38 79114 Freiburg	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Hülchrather Straße 15 50670 Köln
Prof. Dr. Thomas Klie Pablo Rischard Sam Schwierk Unter Mitarbeit von: Jorid Wempe, Hannah Böhnert	Projektleitung und Berichtswesen (Autoren- schaft): Prof. Dr. Michael Isfort (DIP e.V.) Unter Mitarbeit von: Dr. Daniel Tucman, Johann-Moritz Hüsken, Helga Gessenich

Herausgeber:

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 124
19055 Schwerin

© 2026 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern