



Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern

2026



Mecklenburg-Vorpommern
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Sport



Mecklenburg-Vorpommern
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Sport

Impressum

Herausgeber

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

www.sm.mv-regierung.de

Gestaltung & Druck:

Produktionsbüro TINUS

Stand

August 2026



Demenzplan

Mecklenburg-Vorpommern

2026



Stefanie Drese
Ministerin für Soziales, Gesundheit und Sport

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

„Als mein Mann die Diagnose Demenz bekam, waren wir überfordert. Und fragten uns, was da noch auf uns zukommt. Was machen wir denn jetzt? Ich fühlte mich im Umgang mit meinem Mann allein gelassen.“ (Zitat einer Teilnehmenden einer Angehörigenschulung)

Aussprüche wie diese begegnen mir oft, wenn ich auf Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden treffe. Viele Betroffene beschreiben Gefühle von Trauer, Verzweiflung, Zukunftsangst und Unsicherheit in Bezug auf Arbeit, Familie und Versorgung.

In Mecklenburg-Vorpommern sind rund 40.000 Personen an einer Demenz erkrankt. Auch wenn Demenzerkrankung längst in unserem gesellschaftlichen Alltag angekommen sind, erleben wir dennoch, dass das Thema allzu oft tabuisiert wird. Es gilt Aufmerksamkeit zu schaffen, Berührungängste abzubauen, aufkommenden Gefühlen zu begegnen und für das Thema zu sensibilisieren. Menschen mit Demenz gehören mitten in unsere Gesellschaft.

Der vorliegende Demenzplan für das Land Mecklenburg-Vorpommern zielt darauf ab, die individuelle Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihnen Nahestehenden zu erhalten bzw. zu stärken. Die Teilhabe in der Gesellschaft und das Wissen um die Erkrankung sollen verbessert werden, um Menschen mit Demenz bestmöglich zu begleiten. Wir möchten, dass Betroffene selbstbestimmt und würdevoll ganzheitlich versorgt werden.

Für ein gutes Leben mit Demenz müssen in ganz unterschiedlichen Lebensbereichen Veränderungen angestoßen werden, da die Erkrankung so vielschichtig ist. Dieser Demenzplan soll die auf Bundesebene bestehende und auch ab 2027 fortgeführte Nationale Demenzstrategie ergänzen und regionale Bedarfe und Herausforderungen für unser Bundesland in den Blick nehmen. In den zehn herausgearbeiteten Handlungsfeldern werden Handlungsempfehlungen formuliert, deren Umsetzung gemeinschaftlich mit den Akteuren des Gesundheits- und Pflegesystems im Sinne einer Verantwortungsgemeinschaft erfolgen sollen.

Die Erarbeitung des Demenzplans erfolgte im Kontext des „Pakts für Pflege“ Mecklenburg-Vorpommern, welcher zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vom Landespflegeausschuss ins Leben gerufen und u. a. Demenz als eine zentrale Herausforderung benennt. Weitere angrenzende Themenbereiche sind insbesondere der Landesplan Pflege 2026 inkl. des Schwerpunktthemas Demenzmonitoring, die Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention, der Runde Tisch gegen Einsamkeit im Alter, die Engagementstrategie sowie der Geriatrieplan Mecklenburg-Vorpommern.

Mein Dank gilt allen Beteiligten, die mit ihrer Expertise an der Erarbeitung dieses Plans mitgewirkt haben. Ausdrücklich danke ich den Betroffenen und Nahestehenden, die ihr Erfahrungswissen mit uns teilten, um es hier einfließen zu lassen. So möchten wir mit diesem Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern das Thema Demenz stärker in den Fokus rücken und deutlich machen – zusammen ist man weniger allein!

Mit freundlichen Grüßen

Stefanie Drese

Inhaltsverzeichnis

1	Demenz als gesamtgesellschaftliche Herausforderung	7
2	Rahmenbedingungen eines Demenzplans für Mecklenburg-Vorpommern	12
2.1	Nationale Demenzstrategie	12
2.2	Handlungsrahmen Mecklenburg-Vorpommerns	13
2.2.1	Pakt für Pflege Mecklenburg-Vorpommern	13
2.2.2	Landesplan Pflege für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern	13
2.2.3	Weitere angrenzende Themenbereiche	14
3	Auf dem Weg zu einem Demenzplan für Mecklenburg-Vorpommern	15
3.1	Adressaten des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern	15
3.2	Entwicklungsansatz des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern	16
3.3	Einrichtung und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe „Herausforderung Demenz“	16
3.4	Initiierung und Durchführung eines Konsensus-Formates	17
3.5	Einrichtung eines wissenschaftlichen Expertenbeirates „Herausforderung Demenz“	17
4	Ziele, Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern	18
4.1	Leitziele	18
4.2	Handlungsfelder und -empfehlungen	19
	■ Handlungsfeld 1: Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit	20
	■ Handlungsfeld 2: Gesundheitsförderung und Prävention	22
	■ Handlungsfeld 3: Ganzheitliche Versorgung	24
	■ Handlungsfeld 4: Informations-, Beratungs- sowie Hilfs- und Unterstützungsangebote	26
	■ Handlungsfeld 5: Unterstützung für Nahstehende von Menschen mit Demenz	28
	■ Handlungsfeld 6: Wohnen	30
	■ Handlungsfeld 7: Teilhabe von Menschen mit Demenz in der Kommune	32
	■ Handlungsfeld 8: Demenz und Netzwerkarbeit	34
	■ Handlungsfeld 9: Menschen mit Demenz in stationärer Krankenhausbehandlung	36
	■ Handlungsfeld 10: Monitoring, Grundlagen- und Versorgungsforschung	38
5	Umsetzung und Evaluation	41
5.1	Umsetzung der Handlungsempfehlungen	41
5.2	Evaluation und Fortschreibung	42
6	Ausblick	42

Abkürzungsverzeichnis

AAL	ambient assisted living
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V.
Gesundheitskommission Mecklenburg-Vorpommern	Expertenkommission zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern
KI	Künstliche Intelligenz
Landesverband Deutsche Alzheimer Gesellschaft	Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. Selbsthilfe Demenz
LAGuS	Landesamt für Gesundheit und Soziales
LPflegeG	Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern
LUCAS	Longitudinale Urbane Cohorten-Alters-Studie
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
NDS	Nationale Demenzstrategie
PART – Patientenbeirat	PART – Patientenbeirat für partizipative Forschung Mecklenburg-Vorpommern am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WiDO	Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Demenz Erkrankungsrate nach Landkreisen.....	8
Abb. 2: Erstellung des Landesplans Pflege Mecklenburg-Vorpommern.....	13
Abb. 3: Handlungsfelder des Demenzplans.....	19

1 Demenz als gesamtgesellschaftliche Herausforderung

Eine Demenz verändert das Leben Betroffener und ihrer Familien¹ grundlegend. Das demenzielle Syndrom tritt zumeist als Folge chronischer oder fortschreitender Krankheit des Gehirns auf.² Die Erkrankung ist vielschichtig.³ Der Abbau bzw. Verlust kognitiver Fähigkeiten betrifft sogenannte exekutive Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Orientierung, Denken, Auffassung und Urteilsvermögen sowie die soziale Kognition, was mit Einschränkungen in Sprache, Motorik und Fähigkeiten des sozialen Austausches einhergeht. Dies gemeinsam erschwert die Bewältigung des Alltags.⁴ Damit ist Demenz eine Hauptursache von Unterstützungsbedarf vor sowie mit Eintreten von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit älterer aber auch jüngerer Menschen. Es bedarf neben Informations-, Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangeboten

für Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden auch eine qualitativ-hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung. Da die Erkrankung bislang nicht heilbar ist und nahezu alle Lebensbereiche Betroffener und ihrer Nahestehenden beeinflusst, bedürfen diese besonderer gesellschaftlicher Unterstützung.⁵

In Deutschland sind circa 1,8 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt.⁶ In Deutschland wird der jährliche Anstieg der neurodegenerativen Erkrankung nach Einschätzung von Alzheimer Europe nicht auch zuletzt aufgrund des demographischen Wandels mit circa 40.000 Personen geschätzt, so dass für das Jahr 2050 die Prävalenz an Demenz erkrankter Personen auf 2,8 Millionen Menschen geschätzt wird.⁷

Infokasten: Prävalenz der Demenzerkrankung in Mecklenburg-Vorpommern

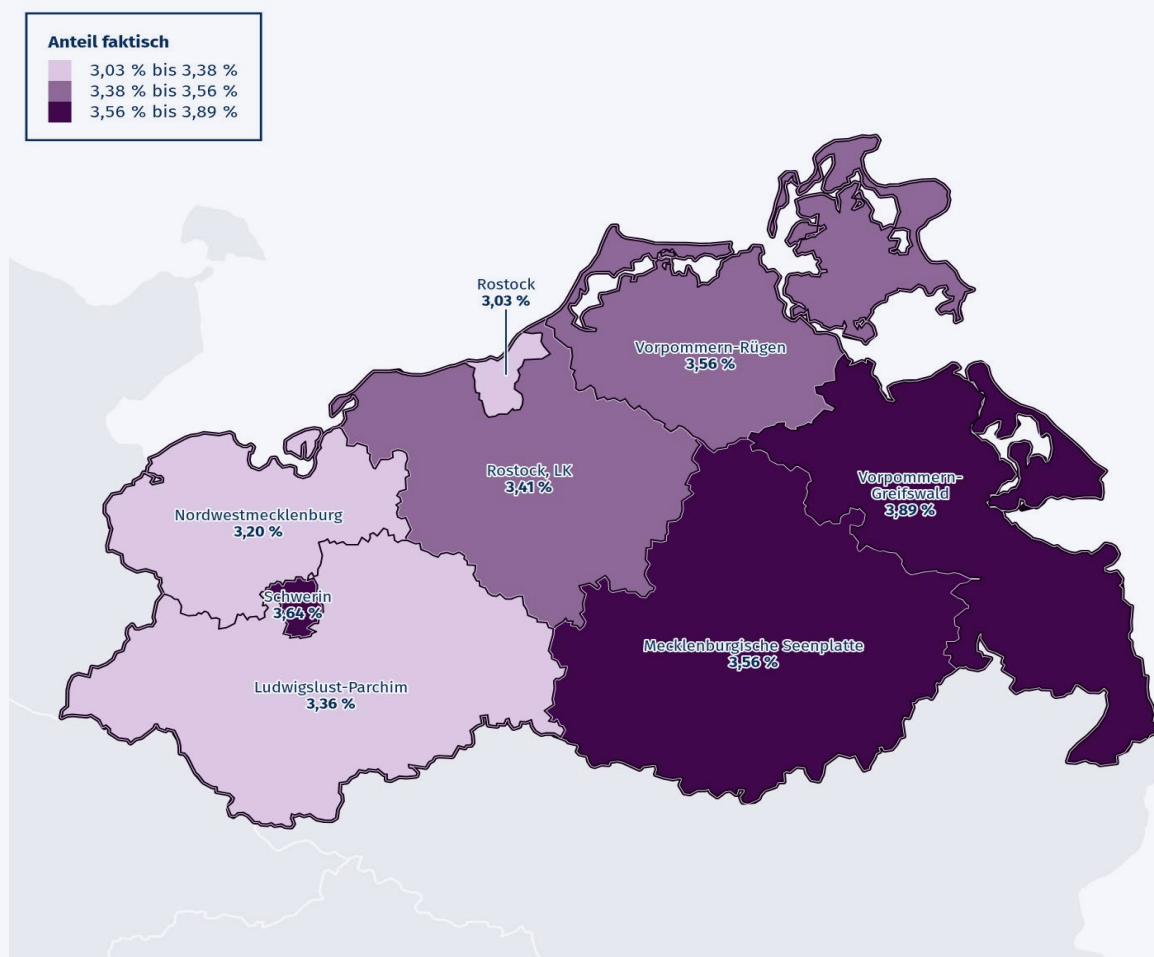
In Mecklenburg-Vorpommern sind circa 39.000 Personen über 65 Jahre an einer Demenz erkrankt.⁸ Bei einer Bevölkerung von 1,57 Millionen Personen⁹, entspricht dies einer Erkrankungsrate (Prävalenz) von 2,5 Prozent. Sie liegt damit über dem Bundesdurchschnitt von 2,04 Prozent.¹⁰ Damit zählt Mecklenburg-Vorpommern im Bundesdurchschnitt zu den Bundesländern, die am stärksten von der Demenzerkrankung betroffen sind.¹¹ Wie auch in allen anderen Bundesländern steigt die Häufigkeit der Erkrankung mit zunehmendem Alter an. Unter Nutzung von Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO), das Erkrankungsfälle bei Personen ab dem 40. Lebensjahr zählt, beträgt der Anteil an Demenz erkrankter Menschen sogar 3,62 Prozent. Der Vergleich der Prävalenzraten der Landkreise zeigt ebenso unterschiedlich starke Belastungen (s. Abb. 1).

1 Im Dokument wird zur Verbesserung der Lesbarkeit zur Beschreibung von An- und Zugehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden subsummiert der Begriff der Nahestehenden verwendet.
2 Vgl. BfArM (2026).
3 Vgl. WHO (2017).
4 Vgl. Blotenberg I et al. (2024a).
5 Vgl. BMFSFJ, BMG (2020).
6 Vgl. Blotenberg I et al. (2023).
7 Vgl. Alzheimer Europe (2019).
8 Vgl. Blotenberg I et al. (2024a).
9 Vgl. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2025).
10 Vgl. Thyrian JR (2020).
11 Vgl. Rommel A et al. (2025).

Infokasten: Prävalenz der Demenzerkrankung in Mecklenburg-Vorpommern

Demenz in 2023: Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern

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



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

Stand: 2.4.2026

Abb. 1: Demenz Erkrankungsrate nach Landkreisen¹²

Hinweis: 1-Jahres-Prävalenz = Als Erkrankung gilt, wenn die Krankheit im zurückliegenden Jahr dokumentiert wurde.

Eine aktuelle Studie des WIdO schätzt ergänzend die Entwicklung der Demenzerkrankungen für Mecklenburg-Vorpommern nach Landkreisen bis zum Jahr 2060. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede im prognostizierten Anteil der Bevölkerung mit Demenz. So werden hohe Demenzquoten vor allem für den Süden und Osten Mecklenburg-Vorpommerns berichtet; demnach könnten in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock im Jahr 2060 ca. 2,7 Prozent der Bevölkerung an Demenz erkrankt sein, im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte ca. 4,6 Prozent.¹³

¹² Vgl. WIdO (2023).

¹³ Vgl. Schüssel K et al (2026) sowie die dazugehörige Pressemitteilung unter: <https://www.aok.de/pp/nordost/pm/demenzfaelle-2060-mv/> (Abruf 22.06.2026).

Demenz betrifft auch jüngere Menschen. Allerdings ist Demenz eines der häufigsten Krankheitsbilder der Bevölkerung ab 65 Jahren. So sind von den bundesweit rund 1,8 Millionen erkrankten Personen, rund 1,7 Millionen Personen älter als 65 Jahre alt. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz der

Demenerkrankung deutlich an.¹⁴ So liegt die mittlere Erkrankungsrate bei den über 65-Jährigen bei 8,46 Prozent, bei den über 90-Jährigen beträgt sie 36,32 Prozent. Im höheren Lebensalter sind von den Betroffenen circa zwei Drittel weiblich und ein Drittel männlich.¹⁵

Infokasten: Demenzformen¹⁶

Es gibt verschiedene Demenzformen, die sich in ihren Ursachen und Symptomen unterscheiden.

Alzheimer-Demenz

Die Alzheimer-Erkrankung macht 50 bis 70 Prozent aller Demenz-Erkrankungen aus und betrifft in der Regel Personen, die älter als 65 Jahre sind. Aufgrund bisher ungeklärter Ursachen kommt es im Gehirn der Betroffenen zu krankhaften Veränderungen, die zum Zellsterben führen. Symptome sind unter anderem Gedächtnisstörungen, Schwierigkeiten beim Planen und Problemlösen, der Verlust der räumlichen und zeitlichen Orientierung sowie Sprachstörungen.

Vaskuläre Demenz:

Anders als die Alzheimer-Erkrankung entsteht vaskuläre Demenz aufgrund von Durchblutungsstörungen im Gehirn und geht unter anderem auch mit Veränderungen im Verhalten der Betroffenen einher. Sie macht circa 15 bis 20 Prozent der Demenzfälle aus. Das Krankheitsbild kann sich durch plötzliche oder schrittweise Verschlechterung der geistigen Fähigkeiten zeigen.

Lewy-Body-Demenz:

Die Lewy-Body-Demenz gilt als dritthäufigste Demenzform. Charakteristisch sind Halluzinationen, Bewegungsstörungen, ähnlich der Parkinson Erkrankung, und Schwankungen im Bewusstseinszustand.

Frontotemporale Demenz

Diese Art der Demenerkrankung betrifft vor allem jüngere Menschen oft zwischen 45 und 65 Jahren. Sie führt zu Veränderungen im sozialen Verhalten, Persönlichkeit und der Sprachfähigkeiten.

Andere Mischformen

Dazu zählen seltenere Demenzarten wie die Parkinson-Demenz oder die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.

Allen Formen gemein ist, dass mit fortschreitender Erkrankung die Betroffenen immer mehr auf Hilfe angewiesen sind. Dafür existieren bereits eine Vielzahl von Angeboten und Strukturen zur Unterstützung und Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden.

Neben gesellschaftlichen Herausforderungen stellen demenzielle Erkrankungen auch finanziell eine Herausforderung dar. Schon jetzt zeigen Kostenanalysen und -vorausrechnungen, dass Demenerkrankungen mit erheblichen Belastungen für die Kostenträger sowie die Gesamtgesellschaft verbunden sind.¹⁷

¹⁴ Vgl. Blotenberg I et al. (2023). Zwar berichten aktuellere Studien einen Rückgang der Inzidenz und Prävalenz von Demenerkrankungen; dies betraf aber v. a. jüngere Altersgruppen und Frauen. Gleichzeitig zeigte sich eine deutliche Zunahme von Personen mit leichten kognitiven Störungen (mild cognitive impairment). Die Relevanz der Erkrankung bleibt unbenommen, vgl. Michalowsky B et al. (2025).

¹⁵ Vgl. Blotenberg I et al. (2024a).

¹⁶ Vgl. Dick S et al. (2017).

¹⁷ Vgl. Michalowsky B et al. (2019).

Infokasten: Kosten der Demenzerkrankung¹⁸

Auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive ist Demenz eine relevante Erkrankung, da sie v. a. die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung vor enorme finanzielle Herausforderungen stellt. So werden aus Perspektive der Kostenträger für das Jahr 2020 jährliche Gesamtkosten für Menschen über 65 Jahre von 181.066 Mio. Euro¹⁹ berichtet, wovon 38.361 Mio. Euro den Menschen mit Demenz zugeordnet wird. Die Zusatzkosten für die Demenz werden mit 20.808 Mio. Euro beziffert (11 Prozent der Gesamtkosten). Für das Jahr 2060 wird geschätzt, dass sich diese jährlichen Kosten aus Perspektive der Kostenträger für Menschen über 65 Jahre auf 331.839 Mio. Euro belaufen werden, wovon 90.098 Mio. Euro den Menschen mit Demenz zugeschrieben werden; die Zusatzkosten für die Demenz werden auf 48.878 Mio. Euro geschätzt (15 Prozent der Gesamtkosten).

Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ergibt sich eine noch größere Kostensteigerung:

In 2020 werden die jährlichen Gesamtkosten für Menschen über 65 Jahre mit 219.702 Mio. Euro ausgewiesen, 82.926 Mio. Euro werden den Menschen mit Demenz zugeordnet. Die Zusatzkosten für die Demenz werden mit 61.628 Mio. Euro beziffert (28 Prozent der Gesamtkosten). Die Schätzungen für 2060 weisen aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive jährlichen Kosten für Menschen über 65 Jahre mit 402.646 Mio. Euro aus; davon werden 194.768 Mio. Euro den Menschen mit Demenz zugeschrieben; die Zusatzkosten für die Demenz werden auf 144.768 Mio. Euro geschätzt (36 Prozent der Gesamtkosten).

Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass Demenz eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung darstellt, die Betroffene und Nahestehende sowie das Gesundheits- und Sozialsystem, aber auch jede Bürgerin und jeden Bürger betrifft. Denn:

Demenz kann jede und jeden treffen. Es ist eine Volkskrankheit, der nur mit gemeinschaftlicher Anstrengung begegnet werden kann.

¹⁸ Vgl. Michalowsky B et al. (2019).

¹⁹ Zur Erklärung: Entspricht gerundet 181 Mrd €.

Sicht einer pflegenden Angehörigen - Herausforderungen und Geschenke zugleich

Ich lebe in einer Wohngemeinschaft mit meinen Eltern, meiner Schwester und ihrem Schwager und meinem Mann. Für dieses Wohnmodell hatten wir uns entschieden, um unsere Eltern im Alter zu betreuen.

Inzwischen sind mein Vater 85 und meine Mutter 81 Jahre alt. Die Demenz meines Vaters ist schon lange Jahre erkennbar. Inzwischen braucht mein Vater eine 24-Stundenbetreuung. Meine Mutter leistet die Betreuung im Sinne eines „an seiner Seite Daseins“. Der Rest der Familie teilt sich die notwendigen Alltagsaufgaben, die er nicht mehr alleine durchführen kann: Kochen und das Einnehmen der gemeinsamen Mahlzeiten, Körperhygiene, Frisörbesuche, Einkäufe, Arztbesuche, Spaziergänge und und und.

Hinzu kommt die Belastung durch meine Mutter: Sie ist aufopfernd und liebend für ihn da und gleichzeitig leidet sie darunter, dass er nicht mehr der Mann und „starke“ Partner ist, der er mal war. Sie wird mitunter böse und vergisst, dass Demenz eine Krankheit ist und er sie nicht absichtlich „ärgern“ will. Es ist eine Achterbahnfahrt der Gefühle, die für mich unter allen Herausforderungen eine der Größten darstellt. Mein Vater besucht an zwei Tagen in der Woche die Tagespflege. Auf diese Tage freut er sich und gerade für meine Mutter sind diese Tage Erholungsphasen.

Besonders herausfordernd sind aber auch Zeiten der „Demenzschübe“, die mit völliger Orientierungslosigkeit einhergehen. Seine nächtlichen Spaziergänge im Haus oder auch Tage, die einfach mal nicht so gut waren, belasten mich sehr und rauben mir die bitter notwendige Erholung in der Nacht. Die Sorgen rauben den Schlaf. Die Situation bestimmt meinen Alltag enorm und es gibt wenig Zeiten für mich selbst und meinen Partner.

Es gibt aber auch „Geschenke“: Mein Vater ist der Sonnenschein in unserer Familie. Er spricht nicht mehr viel, aber er hat oft ein Lächeln im Gesicht und strahlt eine grundlegende Zufriedenheit aus. Ich spüre sein blindes Vertrauen in mich und seine tiefe Dankbarkeit für die Geborgenheit in unserer Lebensgemeinschaft und genau das trägt mich und gibt mir Kraft. Manchmal sind seine Lebensgeister ganz plötzlich da: Wenn er Besucherinnen und Besucher in unserem Haus mit einem freundlichen Lächeln und liebevollen Worten begrüßt, ist er wieder ganz „der Alte“. Oder auch ein Einwurf, in eine unserer hitzigen Diskussionen, die uns zeigen, dass er doch noch teilnimmt an unserem Leben. Kleine Momente, die gut tun und für die ich dankbar bin.

Aber sie gleichen aktuell die Belastung durch die Herausforderungen nicht aus: Die Doppelbelastung mit Erwerbsarbeit und Pflege hat dazu geführt, dass ich aktuell nicht arbeitsfähig bin und meinen Beruf nicht ausüben kann. Einmal im Monat versuche ich, mir mit meinem Mann ein freies Wochenende zu gönnen um raus zu kommen.

Von der Angehörigenschulung habe ich von meinem Hausarzt erfahren. In einer Phase, in der ich ziemlich kraft- und hoffnungslos war, habe ich sehr viel über Demenz und den Umgang im Alltag erfahren. Dadurch wurde ich im Umgang im Alltag mit meinem Vater sicherer, konnte viele Dinge wahrnehmen, die vorher für mich nicht erkennbar waren. Außerdem konnte ich meiner Mutter viele wichtige Informationen weitergeben, um auch ihr die „Schwere“ ein wenig zu nehmen. Die Angehörigenschulung ist ein sehr wichtiges Element im Umgang mit den demenzkranken Menschen. Wir haben vor ein paar Jahren meine demenzkranke Schwiegermutter gepflegt und mit dem heutigen Wissen nach der Schulung hätten wir vieles anders gemacht. Heute tut mir einiges leid, aber wir haben es nicht besser gewusst. Umso wichtiger ist es, dass es diese Schulungen gibt!

Auch die Abende in der Selbsthilfegruppe sind für mich besonders wertvoll, weil ich dort mein Schicksal mit Menschen teilen kann, die in vergleichbaren Situationen leben und mich verstehen. Es ist ein geschützter Raum, indem ich mich nicht zurücknehmen muss, wenn ich erzähle, dass mir gerade mal wieder alles über den Kopf wächst und die Tränen nicht mehr zu halten sind. Die Unterstützung und fachliche Begleitung helfen mir mit positiven Gedanken die kommende Zeit anzugehen. Für mich ist es ganz wichtig, Perspektiven zu haben und den Mut nicht zu verlieren.

2 Rahmenbedingungen eines Demenzplans für Mecklenburg-Vorpommern

Die Erstellung eines Demenzplans für das Land Mecklenburg-Vorpommern erfolgt vor dem Hintergrund bereits bestehender Aktivitäten.

2.1 Nationale Demenzstrategie

Die Bundesregierung hat im Jahr 2020 die Nationale Demenzstrategie (2020-2026)²⁰ mit dem Ziel verabschiedet, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Deutschland zu verbessern und tragfähige Strukturen für die Zukunft zu schaffen. In den vier Handlungsfeldern

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

sind über 160 Maßnahmen vereinbart, die von mehr als 70 Akteuren aus Politik, Gesellschaft und Forschung umgesetzt werden. Gemäß des Koalitionsvertrages der Bundesregierung 2025 soll die Fortführung der Nationalen Demenzstrategie über das Jahr 2026 hinaus erfolgen.²¹

Hintergrund der Erarbeitung dieser Nationalen Demenzstrategie ist auch der „Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025“²² der Weltgesundheitsorganisation (WHO - Globaler Aktionsplan für die öffentliche Gesundheitsreaktion auf Demenz), der den weltweiten Umgang mit Demenz vorantreibt. Übergeordnetes Ziel ist die Stärkung der öffentlichen Gesundheit, um Demenz frühzeitig zu erkennen, Pflege zu verbessern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen.²³

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auf unterschiedlichen Ebenen - weltweit und national - das gemeinsame übergeordnete Ziel verfolgt wird, die Lebensqualität für Menschen mit Demenz und ihrer Nahestehenden durch bewusste Aufklärung, verbesserte Versorgung, Unterstützung für Betroffene und ihre Familien sowie innovative Forschung zu verbessern. Dabei setzen die Ansätze auf eine enge Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene, um Ressourcen effizient zu nutzen und nachhaltige Strukturen für eine demenzgerechte Gesellschaft aufzubauen.

²⁰ Vgl. BMFSFJ, BMG (2020).

²¹ Vgl. CDU, CSU, SPD (2025).

²² Vgl. WHO (2017).

²³ Der WHO Global Action Plan beinhaltet fünf strategische Ziele: 1.) Förderung des Bewusstseins für die Demenzerkrankung, um Stigmatisierung abzubauen und frühzeitige Diagnosen zu fördern, 2.) Sicherstellung einer verbesserten Versorgung durch verbesserte Diagnostik und Behandlung, 3.) Stärkung der Unterstützungssysteme für Menschen mit Demenz und ihre Familien, inklusive Zugang zu Pflege und sozialen Diensten, 4.) Förderung von Forschung und Innovationen, um neue Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln sowie 5.) Verbesserung der Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene, um Ressourcen effizient zu nutzen und bewährte Praktiken zu teilen, vgl. WHO (2017).

2.2 Handlungsrahmen Mecklenburg-Vorpommerns

2.2.1 Pakt für Pflege Mecklenburg-Vorpommern

2024 wurde der Pakt für Pflege Mecklenburg-Vorpommern durch den Landespflegeausschuss beschlossen, welcher aus Vertreterinnen und Vertretern von den Verbänden der Leistungserbringer, den Verbänden der Leistungsträger, kommunaler Spitzenverbände sowie dem für Soziales zuständigen Ministerium besteht. Ziel des Pakts für Pflege ist, die pflegerische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern auch in Zukunft sicherzustellen. Dabei sollen pflegebedürftige Menschen möglichst lange ein selbständiges Leben führen können. Pflege soll dabei am Menschen mit seinen individuellen medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Unterstützungsbedarfen ausgerichtet sein. Folglich sollen Selbstpflegekompetenzen und Pflegekompetenzen von Nahestehenden sowie der professionell Pflegenden gestärkt werden. Ebenso soll mit einer Präventionsarbeit der Eintritt von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verzögert bzw. vermieden werden. In Arbeitsgruppen werden seit 2024 die acht benannten Themenfelder²⁴ systematisch bearbeitet. Ein Begleitausschuss stellt sicher, dass Schnittstellen bedacht und gemeinsam bearbeitet werden.

2.2.2 Landesplan Pflege für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Gemäß § 5 Absatz 3 des Landespflegegesetzes Mecklenburg-Vorpommern (LPflegeG M-V) stellt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M-V auf Grundlage der kommunalen Planungen nach § 5 Absatz 2 LPflegeG M-V im Benehmen mit dem Landespflegeausschuss alle fünf Jahre einen Landesplan Pflege mit Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen auf. Auch das Thema Demenz wird in den Fokus genommen und - soweit die Verfügbarkeit von Daten es ermöglicht - ein "Demenz-Monitoring" für Mecklenburg-Vorpommern entwickelt werden, das bei Planung, Steuerung und Kontrolle kennzahlenbasiert unterstützen soll (s. Abb. 2).

Abb. 2: Erstellung des Landesplans Pflege Mecklenburg-Vorpommern



Der im Landespflegeausschuss am 20. Mai 2026 vorgestellte Landesplan Pflege Mecklenburg-Vorpommern mit seinen Erkenntnissen und Handlungsempfehlungen wird in der Umsetzung des Demenzplanes für Mecklenburg-Vorpommern soweit möglich einbezogen.

²⁴ Der Pakt für Pflege M-V umfasst folgende acht Themenfelder: 1.) Unterstützung und Pflege in der Häuslichkeit, 2.) Personalsicherung in der Pflege, 3.) Wirtschaftliche Handlungsfähigkeit von Pflegeeinrichtungen sichern, 4.) Altern und Pflege im Sozialraum, 5.) Weiterentwicklung der Pflege- und -strukturplanung, 6.) Beratung und Case Management, 7.) Herausforderung Demenz sowie 8.) Weiterentwicklung in Bezug auf Resilienz und Katastrophenschutz sowie gesellschaftliche Transformationsprozesse.

2.2.3 Weitere angrenzende Themenbereiche

Darüber hinaus komplementiert ein Demenzplan für Mecklenburg-Vorpommern weitere Aktivitäten der Landesregierung, um zentralen Herausforderungen der Bevölkerungsgesundheit zu begegnen. Bezüge finden sich u. a. zu:

- Engagementstrategie²⁵
- Runder Tisch Einsamkeit im Alter²⁶
- Landeskonzeption Psychische Gesundheit im Rahmen der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention,²⁷ die als Arbeitsauftrag Nr. 2 von der Expertenkommission zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern (kurz: Gesundheitskommission Mecklenburg-Vorpommern) beschlossen wurde
- Gesundheitszieleprozess²⁸
- Geriatrieplan Mecklenburg-Vorpommern (Arbeitsauftrag Nr. 4 von der Gesundheitskommission Mecklenburg-Vorpommern)²⁹
- Maßnahmen zur Stärkung der Inklusion und Barrierefreiheit (unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen).

Sicht eines pflegenden Angehörigen: Demenz – eine Krankheit, die Leben verändert, auch in den Familien!

Zwischen der ersten Diagnose der Erkrankung meiner Frau an Demenz und ihrem Tod 2025 lagen 10 Jahre. In der ersten Hälfte der Krankheit wurde meine Frau durch die Familie betreut und danach in einer Demenzstation in einem Pflegeheim. Zu Beginn der Erkrankung ist es für alle Beteiligten schwer, überhaupt zu erfassen, was alles an Belastungen auf die Familien zukommen kann.

Deshalb ist es wichtig, sehr schnell die Hilfsangebote anzunehmen, die von entsprechenden Einrichtungen der Kommune angeboten werden. Nach meiner Erfahrung sind dies Einrichtungen, die gleichzeitig informieren, beraten und Angebote vorhalten. Hier können erste persönliche Gespräche geführt werden, die den Angehörigen eine größere Sicherheit geben, aus dem breiten Angebot entsprechende Bausteine für sich zu finden. Aus meiner Erfahrung waren dies die Beschäftigungsnachmittage für die Erkrankten und die Gesprächsrunden der Angehörigen. Der geschützte Raum ist für die Angehörigen besonders wichtig. Dieser Austausch vermittelt das Gefühl, dass man nicht allein ist. Ich war zunächst skeptisch, welchen Nutzen diese Gespräche bringen würden. Letztlich haben diese Zusammenkünfte dazu beigetragen, dass ich auch alle anderen Hilfsangebote nutzen wollte. Sowohl das Schulungsprogramm für Angehörige als auch das gemeinsame Chorsingen und der Sport der Erkrankten und ihrer Angehörigen haben dazu beigetragen, dass ich meiner Frau bis zu ihrem Tod unterstützend zur Seite stehen konnte.

Trotzdem blieben die psychischen und körperlichen Belastungen der engsten Angehörigen sehr hoch, und manchmal gehen diese über ein erträgliches Maß hinaus. Bei der Betreuung im Pflegeheim hat die zunehmende finanzielle Überlastung der Familien eine enorm hohe Bedeutung. Neben dem ständig wachsenden Leid, wenn der geliebte Partner Schritt für Schritt und unaufhaltsam sich vom Sinn des menschlichen Daseins entfernt und der Druck einer finanziellen Überforderung permanent wächst, können Existenzängste und psychische Erkrankungen die Folge für die Angehörigen sein.

In einer Sache bin ich mir sehr sicher: Ohne die Hilfsangebote, die auch in der Zukunft erhalten und an veränderte Lagen angepasst werden müssen, werden die Ängste, nicht genug für den geliebten Partner tun zu können, zu einer übergroßen Belastung für alle Angehörigen.

²⁵ Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern (2025a).

²⁶ Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern (2025b).

²⁷ Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern (2025c).

²⁸ Informationen zu den Gesundheitszielen für Mecklenburg-Vorpommern finden sich unter: <https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/Aktionsbuendnis/Gesundheitsziele-f%C3%BCr-Mecklenburg%E2%80%93Vorpommern/> (Abruf 25.03.2026)

²⁹ Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern (2026a).

3 Auf dem Weg zu einem Demenzplan für Mecklenburg-Vorpommern

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern legt einen Demenzplan für das Land Mecklenburg-Vorpommern vor, um den Handlungsrahmen konkret regional auszugestalten:

- Berücksichtigung vorliegender Bevölkerungsstruktur, Gesundheitsinfrastruktur sowie kultureller Gegebenheiten, um gezielt auf spezifische regionale Bedürfnisse und Herausforderungen einzugehen.
- Verbesserte Koordinierung und Nutzung regionaler Ressourcen, Fachkräfte und Angebote, zur Verbesserung der Versorgung Betroffener und Nahestehender.
- Erarbeitung von Lösungen, um Unterschiede in der Infrastruktur, dem Zugang zu Gesundheitsdiensten oder Unterstützungsangeboten auf regionaler Ebene berücksichtigen zu können.
- Förderung der regionalen Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren wie z. B. Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte und Unterstützungsangeboten vor Ort, um effiziente und akzeptierte Netzwerkstrukturen zu etablieren.
- Flexible und zügige Umsetzung regionalisierter Maßnahmen
- Partizipation der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern, um Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahmen zu erhöhen.

3.1 Adressaten des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern

Die Umsetzung der in diesem Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern formulierten Handlungsempfehlungen wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Zielgruppen sind Akteure des Gesundheits- und Pflegesystems in Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere:

- Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen sowie einzelne Kassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
 - Landesverbände und Träger der Leistungserbringer inkl. der ärztlichen ambulanten Versorgung (z. B. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, haus- und fachärztliche Versorgung) und der stationären Krankenhausversorgung (z. B. Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen), der pflegerischen ambulanten und stationären Versorgung, der therapeutischen Versorgung
 - Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern
 - Landkreistag, Städte- und Gemeindetag und die Landkreise und kreisfreien Städte sowie kreisangehörige Städte und Gemeinden Mecklenburg-Vorpommerns
 - Patientenvertretungen und Vertretungen der Nahestehenden, wie die Deutsche Alzheimer Gesellschaft,
 - Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. Selbsthilfe Demenz³⁰ oder der PART – Patientenbeirat
 - Interessenvertretungen wie der Landessenorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern und die Seniorenbeiräte vor Ort
 - Landesfachstelle Demenz Mecklenburg-Vorpommern,
 - Institutionen der Beratungsstrukturen, wie z. B. die Pflegestützpunkte
 - Landesfachstelle für Wohn- und Digitalisierungsberatung Mecklenburg-Vorpommern
 - Landespflegeausschuss Mecklenburg-Vorpommern³¹ sowie die Mitglieder der Arbeitsgruppen des von ihm initiierten Pakts für Pflege Mecklenburg-Vorpommern sowie
 - Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft.
- Durch abgestimmtes Handeln soll es gelingen, die Lebenssituation der Betroffenen und Nahestehenden nachhaltig zu verbessern und Unterstützung und Versorgung zu stärken.³²

³⁰ Im Folgenden wird die Abkürzung Landesverband Deutsche Alzheimer Gesellschaft verwendet.

³¹ S. dafür § 3 Absatz 1 der Landespflegeausschuss-Verordnung.

³² Es ist geplant den Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern auch in leichter Sprache für Bürgerinnen und Bürger zugänglich zu machen.

3.2 Entwicklungsansatz des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern

Zur Erarbeitung eines Demenzplans für Mecklenburg-Vorpommern wurden folgende Merkmale als wesentlich angesehen:

- Partizipativer Ansatz: Relevante Anspruchsgruppen (Stakeholder) im Kontext Demenz in Mecklenburg-Vorpommern sollten einbezogen werden.
- Entwicklung von unten nach oben: Zur Sicherstellung des Praxisbezugs sollte ein Demenzplan für Mecklenburg-Vorpommern aus der Praxis heraus entwickelt werden.
- Maßnahmen der kleinen Schritte: Die zu erarbeiteten Handlungsempfehlungen sollten bewusst kleine aber durchdachte Veränderungen oder Verbesserungen beinhalten.
- Modulares Vorgehen: Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen dieses Demenzplans soll modular erfolgen, um flexibel auf regionale Ausgangslagen, Bedarfe und sich ändernde Voraussetzungen reagieren zu

können. So kann vor Ort jeweils an bestehende Aktivitäten angeknüpft werden, um die Implementierungen von Handlungsempfehlungen zu erleichtern und auch Anpassungsbedarfe flexibel zu gestalten.

Der vorliegende Demenzplan für Mecklenburg-Vorpommern ist nicht abschließend, sondern kann fortgeschrieben werden. Der Wunsch der beteiligten Akteure ist, zügig in die Umsetzung von Maßnahmen zu kommen. Dafür können im Demenzplan benannte Maßnahmen priorisiert werden. Maßnahmen sollen gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus der Praxis formuliert werden und möglichst konkret sein. So soll es gelingen, die Versorgung für Menschen mit Demenz und ihrer Nahestehenden nachhaltig zu verbessern.

3.3 Einrichtung und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe „Herausforderung Demenz“

Über den Landespflegeausschuss Mecklenburg-Vorpommern wurde zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe „Herausforderung Demenz“ eingeladen. Regelmäßige Mitglieder der Arbeitsgruppe sind Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer, der kommunalen Landesverbände, Mitarbeitende der Abteilungen Soziales und Gesundheit des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommerns und des Landesseniorenbeirates. Die Koordination der Arbeitsgruppe teilten sich die Landesfachstelle Demenz sowie das Referat für die Belange pflegebedürftiger Menschen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommerns. Regelmäßig über den Arbeitsfortschritt informiert wurden die Mitglieder des Landespflegeausschusses.

In dieser Arbeitsgruppe wurden bei regelmäßigen Treffen ein Arbeitspapier aufgestellt. Dieses umfasste bereits erste Leitziele sowie Handlungsempfehlungen. Bei der Formulierung der Handlungsempfehlungen wurde nach Möglichkeit nach Lebenswelten differenziert:

- Lebenswelt übergreifend / Öffentliche Gemeinschaft,
- Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebend - Begleitung, Betreuung und ambulant oder teilstationäre Versorgung,
- Menschen mit Demenz im stationären Pflegebereich lebend.

3.4 Initiierung und Durchführung eines Konsensus-Formates

Für die Erarbeitung der Handlungsempfehlungen des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern wurde ein umfangreicher Beteiligungsprozess in Konsensus-Formaten von Oktober 2024 bis März 2025 durchgeführt. Dafür wurden relevante An-

spruchsgruppen einbezogen. In separaten Gruppen wurden World-Cafés durchgeführt und das vorab zur Verfügung gestellte Arbeitspapier mit Leitzielen und Handlungsempfehlungen diskutiert.

Infokasten: Konsensus-Format

Vertreterinnen und Vertreter folgender Anspruchsgruppen wurden bei der Erarbeitung eines Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern aktiv einbezogen:

- Pakt für Pflege „AG Case-Care Management“, auch stellvertretend für die pflegerischen Informations- und Beratungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern
- Lokale Allianzen und Netzwerke für Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden
- GeriCoaches³³ – Selbsthilfe Demenz, auch stellvertretend für pflegerische und therapeutische Berufe
- Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden über den Beirat Demenz des Projektes PART – Patientenbeirat für partizipative Forschung Mecklenburg-Vorpommern am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE, Standort Universitätsmedizin Rostock)
- Ärzteschaft und Apotheken³⁴

Die Rückmeldungen aus den durchgeführten World-Cafés mündeten in der Weiterentwicklung der Handlungsempfehlungen, die im vorliegenden Demenzplan für Mecklenburg-Vorpommern Eingang fanden.

3.5 Einrichtung eines wissenschaftlichen Expertenbeirates „Herausforderung Demenz“

Als weiteres partizipatives Element wurde ein wissenschaftlicher Expertenbeirat „Herausforderung Demenz“ im März 2025 ins Leben gerufen.³⁵ In Mecklenburg-Vorpommern besteht bereits eine umfangreiche Expertise im Themenfeld Demenz, z. B. mit dem DZNE sowie den Universitätskliniken und Hochschulen. Mit dem Ziel, Wissen zu bündeln, sollen Forschung,

Lehre und Praxis voneinander profitieren, um eine bessere Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden zu ermöglichen. Darüber hinaus verständigten sich die Mitglieder des Beirates darauf, diesen offen zu gestalten. So können auf Wunsch und Bedarf auch weitere wissenschaftliche Expertinnen und Experten mit einbezogen werden.

³³ GeriCoaches sind Personen mit Hintergrund in Gesundheitsfachberufen, die anhand eines Curriculums des Landesverbandes der Deutschen Alzheimer Gesellschaft speziell zu Bedarfen von Menschen mit Demenz und Nahestehenden geschult wurden. Sie stehen als Ansprechpartner bzw. -partnerin und Schulungsleiter bzw. -leiterin für Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden zur Verfügung. Es soll vorhandene Strukturen und Angebote wie beispielsweise die Unterstützung durch ehrenamtliche Helferkreise, Selbsthilfegruppen oder Pflegestützpunkte kennen und vermitteln, um die Sicherung der häuslichen Versorgung und Pflege zu unterstützen. Weiterführende Information unter: <https://alzheimer-mv.de/schulungen/gericoach-werden/> (Abruf 24.04.2026).

³⁴ Folgende Fachrichtungen waren dabei vertreten: Geriatrie, Neurologie, Gerontopsychiatrie/-psychosomatik sowie Krankenhauspharmazie.

³⁵ Für weiterführende Informationen: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Aktuell/?id=209436&processor=processor.sa.pressemitteilung> (Abruf 13.07.2026)

4 Ziele, Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern

4.1 Leitziele

Zur Konkretisierung des übergeordneten Ziels, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz sowie ihrer Nahestehenden zu verbessern, wurden drei Leitziele aufgestellt. Dadurch soll eine inklusive Gemeinschaft gefördert werden, die Menschen mit Demenz respektiert und bestmöglich begleitet.

Infokasten: Leitziele des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern

Die individuelle Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer Nahestehenden soll erhalten und gestärkt sowie durch Teilhabemöglichkeiten in der Gesellschaft gefördert werden.

Um Menschen mit Demenz selbstbestimmt und würdevoll zu begleiten, zu beraten, zu betreuen und zu versorgen, soll eine passgenaue präventive, medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung nach Erstdiagnose sichergestellt werden. Grundlage dessen ist die frühzeitige Erkennung von Warnsignalen und Symptomen einer Demenzerkrankung.

Das Wissen um Demenzen soll durch Grundlagen- und Versorgungsforschung ausgeweitet und der Bevölkerung allgemeinverständlich zugänglich gemacht werden. Die Möglichkeiten der Digitalisierung können hierbei unterstützen. So sollen Aufklärung und eine Enttabuisierung gestärkt werden.

Aussagen von Teilnehmenden von Angehörigenschulungen

Bei der Formulierung der Handlungsempfehlungen bedachte die Arbeitsgruppe auch Rückmeldungen aus Angehörigenschulungen:

- „Als ich Weihnachten meine Eltern besuchte, bemerkte ich sofort das etwas nicht stimmte. Wenn man so nah dran ist und die Person jeden Tag sieht, bemerkt man die Veränderung nicht.“
- „Mir macht der Persönlichkeitswandel am meisten zu schaffen. Ich erkannte meine Mutter nicht mehr. Mit der Demenz veränderte sich unsere Kommunikation.“
- „Wir mussten das Auto meines Mannes verkaufen, er konnte nicht mehr fahren. Jetzt steht er am Fenster und sucht es, er ist sehr wütend darüber und kann es nicht verstehen.“

Aussagen von Teilnehmenden von Angehörigenschulungen

- „Je nach Tagesform kann das Anziehen auch schon mal eine halbe Stunde dauern.“
- „Am schlimmsten ist die Tatsache, dass Menschen mit Demenz mit Schmerzmitteln unterversorgt sind. Denn sie äußern auf Nachfrage keine Schmerzen.“
- „Ich habe mich sehr geschämt, jetzt bin sehr froh, dass ich mich bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft gemeldet habe. Das hat mir sehr geholfen, über meine Probleme zu sprechen.“
- „Die Angehörigenschulungen sind großartig und es freut mich sehr, dass sie kostenlos sind für uns Angehörige. Ich habe Unterstützung gefunden, die ich gebraucht habe im Umgang mit meinen Eltern und Menschen getroffen, die mich und meine Gefühle verstanden haben.“
- „Es half meiner Mutter als der Vater drei Tage in der Woche in die Tagespflege ging. Obwohl er nicht hinwollte, hat es ihm dort gut gefallen und er kam immer entspannt und fröhlich nach Hause. Meine Mutter hatte trotzdem ein schlechtes Gewissen.“
- „Ich gab meinen Mann nach 7 Jahren häuslicher Pflege ins Heim. Für mich war es eine sehr schwere Entscheidung meinen Mann ins Pflegeheim zu geben. Aber ich hatte keine Kraft mehr und nun bin ich überrascht, wie gut es ihm dort geht.“

Zur Erreichung dieser Leitziele werden im folgenden Handlungsempfehlungen sortiert nach Handlungsfeldern aufgestellt.

4.2 Handlungsfelder und -empfehlungen

Der regionale Demenzplan dient als Leitfaden für eine koordinierte und bedarfsgerechte Versorgung im Land. Dafür wurden zehn Handlungsfelder definiert und konkrete Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Konsensus-Formates formuliert, die in Abbildung 3 dargestellt sind.

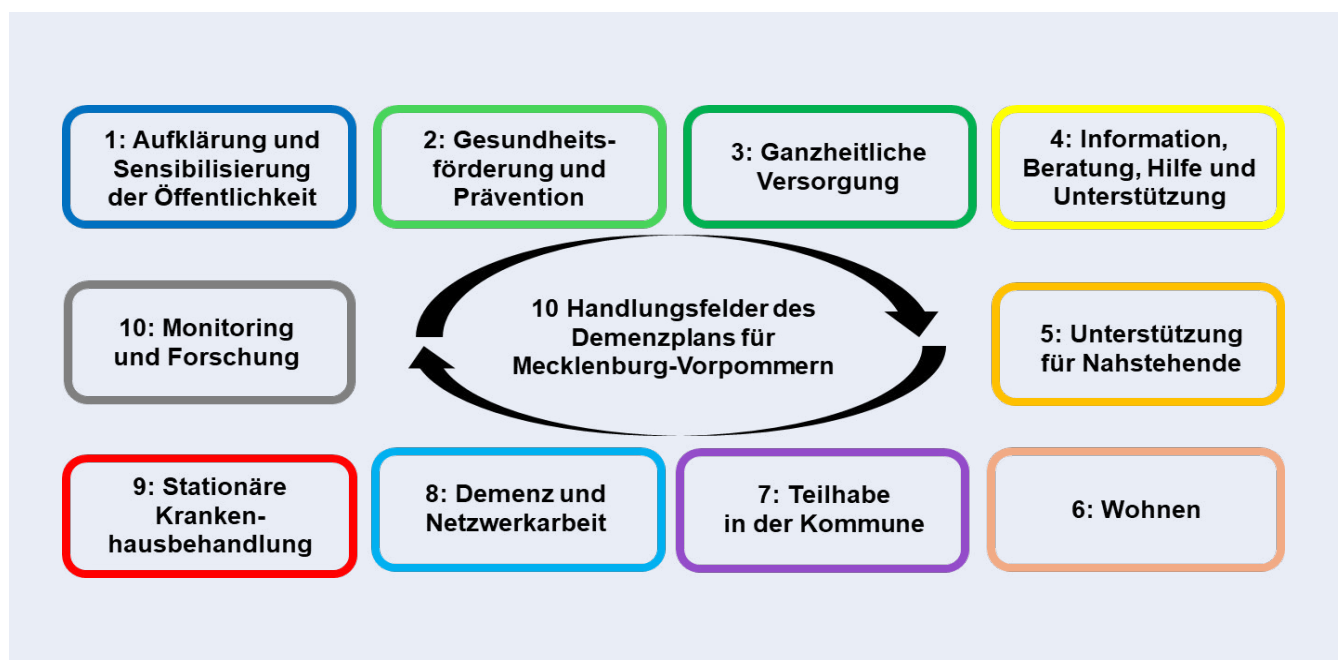


Abb. 3: Handlungsfelder des Demenzplans

Die aufgeführten Handlungsfelder stehen in Wechselwirkung zueinander. So können einzelne Handlungsempfehlungen auch mehreren Handlungsfeldern zugeordnet werden. Die Zuordnung der Handlungsempfehlungen zu den Handlungsfeldern erfolgte entsprechend der Gesprächsergebnisse der Konsensus-Formate. Es wird im Folgenden darauf verzichtet, zwischen den Handlungsfeldern zu verweisen. Neben diesen konkreten Handlungsfeldern wurde das Thema Digitalisierung als wesentliches Querschnittsthema identifiziert.

Handlungsfeld 1: Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Unsere Gegenwart ist eine „Digitale Welt“. Sie ist geprägt von Rationalität, Kognition, Leistung, Schnelligkeit; mit ständigen Entscheidungen für oder gegen unzählige Möglichkeiten.³⁶ Wenn wir dem Tempo nicht mehr standhalten können, fühlen wir uns hilflos ausgesetzt, es verunsichert existentiell – und genau das passiert bei einer Demenz: logisches Denken, komplexe Handlungsabläufe, Entscheidung für oder gegen viele Möglichkeiten nehmen progredient ab.³⁷

Deshalb macht das Thema Demenz in erster Linie Angst. Diese Angst lähmt und verdrängt. Häufig ist sie der Grund, sich dem Thema nicht zu nähern. Im zweiten Schritt trägt die Angst dazu bei, Menschen mit Demenz nicht bewusst wahrzunehmen und nicht ernst zu nehmen. Aufklärung und Wissen helfen.³⁸

Um die Öffentlichkeit über Demenz aufzuklären, muss eine Balance zwischen den individuellen Ängsten und den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz gelingen. Unser Wissen um die Risikofaktoren von Demenzen ist heute groß, so sind zurzeit gut ein Dutzend Risikofaktoren bekannt, wie z. B. Bewe-

gungsmangel, unausgewogene Ernährung, soziale Isolation.³⁹ Die Aufklärung darüber in den Vordergrund zu stellen ist wichtig, um das Wissen um Demenz insgesamt in der Bevölkerung zu vergrößern.

Auch die Adressierung aufkommender Schamgefühle mit Diagnosestellung ist wesentlich: Sie entstehen bei Betroffenen und Nahestehenden oft durch gesellschaftliche Stigmatisierung, was Selbstisolation treiben kann. Sowohl Betroffene als auch Nahestehende berichten, dass Verheimlichung von Symptomen oder das Vermeiden offener Gespräche zu einer Verstärkung von Stress und Belastung führen. Eine Offenheit in der Gesellschaft, respektvolle Kommunikation und unterstützende Pflegesettings können helfen, Scham abzubauen. Dies trägt dazu bei, dass Menschen mit Demenz sowie Nahestehende ihre eigenen Bedürfnisse wahrnehmen und Hilfe leichter annehmen. Der Zugang zu Hilfe wird dadurch erleichtert.⁴⁰ Durch Sensibilisierung des Themas in der Öffentlichkeit muss verdeutlicht werden, dass Menschen mit Demenz vollwertige Mitglieder unserer Gesellschaft sind.

³⁶ Vgl. Gronemeyer R (2025).

³⁷ Vgl. Guarino A. et al. (2019).

³⁸ Vgl. Bieber A et al. (2022).

³⁹ Vgl. Jones A et al (2024).

⁴⁰ Vgl. Baer U et al. (2019).

Handlungsempfehlungen: Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit	
Übergreifend	
1.	Im Kontext des Welt-Alzheimertages ⁴¹ wird empfohlen, Einzelveranstaltungen unter dem „Dach“ einer landesweiten Demenzwoche Mecklenburg-Vorpommern zu bündeln.
2.	Bekanntmachung der Initiative Demenz-Partner-Schulungen ⁴² - in Form des kostenlosen Online-Kurses oder auch als Präsenz-Angebot für unterschiedliche Institutionen.
3.	Bekanntmachung des Weiterbildungsangebotes zum GeriCoach, das umfangreiches Wissen vereint und demenzspezifische Informationen zur Verfügung stellt. ⁴³
4.	Verortung des Themas „Demenz“ in den Gesundheits- und Pflegekonferenzen vor Ort.
5.	Prüfung der Möglichkeiten für breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit.
6.	Prüfung der Möglichkeiten zur Unterstützung öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen vor Ort, z. B. durch Nutzung des Tools GERDA der Landesfachstelle Demenz.
7.	Prüfung der Möglichkeiten zum Einsatz eines/einer landesweit-aktiven Demenz-Botschafters bzw. Botschafterin.
8.	Prüfung der Möglichkeiten zur Umsetzung landesweiter öffentlichkeitswirksamer kultureller Aktivitäten zur Vermittlung von Informationen über Demenz, wie z. B. demenzgerechte Museumsführungen, SprachOper „Unvergessen Hörbar.“ ⁴⁴
9.	Prüfung der Möglichkeiten zum Ausbau von Medienarbeit durch die Akteure, die an der Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligt sind.
10.	Im Rahmen der Fortsetzung der Nationalen Demenzstrategie setzen sich das Land und die Landesfachstelle Demenz dafür ein, eine bundesweite Sensibilisierungskampagne rund um das Thema Demenz umzusetzen.
Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebend	
11.	Initiierung und Durchführung von Austauschformaten mit der Industrie- und Handelskammer und der Bundearbeitsagentur Nord zur Arbeitsplatzgestaltung für früherkrankte Menschen mit Demenz im Erwerbsalter (Wiederein- und Wiederausgliederungsmodelle, Arbeitszeitmodelle, Arbeitsplatzgestaltung, betriebliches Gesundheitsmanagement).

⁴¹ Informationen unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/welt-alzheimertag> (Abruf 22.04.2026).

⁴² Informationen unter: <https://www.demenz-partner.de/> (Abruf 22.04.2026).

⁴³ Information unter: <https://alzheimer-mv.de/schulungen/gericoach-werden/> (Abruf 24.04.2026).

⁴⁴ Informationen unter: <https://alzheimer-mv.de/sprachoper/> (Abruf 22.04.2026).

Handlungsfeld 2: Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention spielen eine zentrale Rolle, um gesundes Altwerden zu fördern und das Risiko für die Entwicklung von Demenzen zu verringern. So zeigen Studien, dass etwa 45 Prozent der Demenzfälle verhindert werden könnten durch modifizierbare Risikofaktoren wie z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Rauchen, hohes LDL-Cholesterin, hoher Alkoholkonsum, soziale Isolation, Depression. Auch Hörverlust und Visusverlust sind wichtige Risikofaktoren im mittleren bis höheren Lebensalter. Dabei können über die Lebensphasen hinweg schon im jüngeren Lebensalter kognitive Reserven gestärkt werden, um Risikofaktoren zu kontrollieren und so die Entwicklung von Demenz zu verzögern.⁴⁵ Multimodale Interventionen, die eine engmaschige Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren, körperliche Aktivität, geistige Stimulation und soziale Teilhabe kombinieren, zeigen vielversprechende Ergebnisse, um kognitive Reserven zu stärken und neurodegenerative Prozesse zu verlangsamen.^{46, 47}

Präventionsmaßnahmen für pflegende Nahestehende verfolgen das Ziel, eine Überlastung der Pflegepersonen zu vermeiden und die Pflegesituation durch gesundheitsfördernde Maßnahmen langfristig aufrechtzuerhalten. Somit kommt auch

der Stärkung des gesunden Altwerdens eine wichtige Rolle zu, indem der Aufbau und der Erhalt intrinsischer Kapazität unterstützt werden und indem Personen mit eingeschränkter funktionaler Kapazität dazu befähigt werden, Dinge weiterhin zu tun, die ihnen wichtig sind.⁴⁸ Die Nationale Demenzstrategie fokussiert deshalb auch den Ausbau präventiver und entlastender Angebote für pflegende Nahestehende sowie die Verbreitung von Informationen über entsprechende Angebote.⁴⁹

Im gesellschaftlichen Kontext bedeuten Investitionen in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme nicht nur die Verbesserung der individuellen Lebensqualität, sondern sie ermöglichen auch die Reduzierung der finanziellen Belastung des Gesundheitssystems. So zeigen gesundheitsökonomische Untersuchungen, dass zum einen Kosteneinsparungen durch gezielte demenzspezifische Interventionsprogramme erreicht werden können^{50, 51} und zum anderen bereits hohe Kosten bedingt durch formelle und informelle Pflege im frühen Stadium der Erkrankung auftreten. Frühzeitige präventive Maßnahmen helfen somit nicht nur das Fortschreiten der Erkrankung, sondern bergen auch das Potential, wirtschaftliche Belastungen zu verringern.^{52, 53, 54}

45 Vgl. Reetz et al. (2026) für eine Übersicht zu präventiven Maßnahmen von der primordialen bis zur quartären Prävention.

46 Vgl. Livingston G et al (2024).

47 Vgl. Schüssel K et al. (2026).

48 Vgl. WHO (2015).

49 Vgl. Nationale Demenzstrategie, 2025.

50 Vgl. Li W et al. (2023).

51 Vgl. Walsh S et al. (2022).

52 Vgl. Gläser E et al. (2025).

53 Vgl. Blotenberg I et al. (2025)

54 Vgl. Schüssel K et al. (2026)

Handlungsempfehlungen: Gesundheitsförderung und Prävention	
Übergreifend	
1.	Gesundheitszieleprozess: ⁵⁵ Sensibilisierung auf das bestehende Gesundheitsziels „1.8 Demenzvorbeugende Maßnahmen sind etabliert und frühzeitigere Erkennung demenzieller Erkrankungen ist ebenso wie die adäquate Versorgung und Entstigmatisierung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen verbessert“ innerhalb der Lebensphase „Gesund älter werden“.
2.	Umsetzung von Empfehlungen zur Verhinderung von Einsamkeit im Alter gemäß der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention. ^{56, 57}
3.	Erarbeitung einer Übersicht gesundheitsfördernder und präventiver Angebote zielgruppenspezifisch sortiert nach der funktionalen Gesundheit z. B. nach dem Vorbild des LUCAS Funktionsindex. ⁵⁸
4.	Prüfung und Information zu Tandem-Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention.
5.	Prüfung der Weiterentwicklung von Rehabilitationsangeboten für Nahestehende von Menschen mit Demenz. Dabei kann als Vorbild das „Ratzeburger Modell“ des Alzheimer Therapiezentrum Ratzeburg ⁵⁹ bzw. des Alzheimer Therapiezentrums Schön-Klinik Bad Aiblingen dienen.
Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebend	
6.	Prüfung der Möglichkeit für die Einrichtung präventiver Hausbesuche in den Kommunen in Kooperation mit Kranken- und Pflegekassen.
7.	Prüfung der Möglichkeiten des Auf- und Ausbaus niedrigschwelliger Präventionsmaßnahmen für Betroffene zur Verzögerung des Krankheitsverlaufes sowie zum Erhalt der funktionalen Gesundheit.
8.	Prüfung der Möglichkeit des Auf- und Ausbaus niedrigschwelliger Präventionsmaßnahmen für Nahestehende, um die eigene Gesundheit zu erhalten und mit Belastungssituationen besser umgehen zu können.
9.	Prüfung zur Nutzung des Wissens digitaler Angebote der Verhaltensprävention (z. B. Innovationsfonds-Projekt living@home). ⁶⁰
Menschen mit Demenz im stationären Pflegebereich lebend	
10.	Prüfung der Ermöglichung multimodaler Angebote, z. B. Bewegung und Ernährung.

55 Vgl. Kap. 2.2.3 sowie im Internet unter <https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/Aktionsb%C3%BCndnis/Gesundheitsziele-f%C3%BCr-Mecklenburg%E2%80%93Vorpommern/> (Abruf 25.03.2026).

56 Vgl. Kap. 2.2.3 sowie Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern (2025c).

57 Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern (2025b).

58 Vgl. Dapp U et al (2014) sowie Dapp U et al 2012. S. auch im Internet: Forschungsabteilung Albertinen-Haus (2018). LUCAS NAVIGATOR. Wohlbefinden und Funktionale Kompetenz erhalten, Frailty (gefährliche Gebrechlichkeit) und Pflegebedürftigkeit früh erkennen! Verfügbar unter: https://albertinen-zentrum-altersmedizin.de/assets/AH/2_Geriatrie-Klinik/07_forschung_und_lehre/albertinen-haus-forschung-und-lehre-LUCAS-navigator.pdf (Abruf 24.04.2026).

59 Weiterführende Informationen unter: https://www.ameos.de/reha-klinikum-ratzeburg/aktuelles/nachrichten/artikel/das-alzheimer-therapiezentrum-ratzeburg-erhaelt-einen-neuen-namen/?utm_source=chatgpt.com (Abruf 02.04.2026).

60 Weiterführende Informationen finden sich unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/livingathome.726> (Abruf 09.07.2026)

Handlungsfeld 3: Ganzheitliche Versorgung

Aufgrund der Komplexität des demenziellen Syndroms ist eine ganzheitliche Versorgung, die auf individuelle Krankheitsbedarfe abgestimmt ist, zentral. Demenz beeinflusst körperliche Gesundheit, Schmerz, Stimmung, Verhalten, Alltagskompetenzen und damit die Lebensqualität. Ziel ist somit, Betroffenen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, Beschwerden zu lindern, Komplikationen zu verhindern und Übergänge zwischen Versorgungsformen zu steuern.⁶¹ Eine integrierte, sektorenübergreifende Versorgung sollte daher berücksichtigen:

- Medizinische Bedürfnisse: Begleiterkrankungen, Medikamentenmanagement, Schmerz- und Begleittherapie,
- Therapeutische Ansätze: kognitiv-verhaltensorientierte, ergo-, musik- und kunsttherapeutische Angebote, sensorische Stimulation, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Musik-, Kunst- und Gartentherapie oder tiergestützte Therapie,
- Psychosoziale Aspekte: Begleitung der Nahestehenden, Lebensgeschichte, Würde, Kommunikation, Orientierung,
- Pflegerische Bedürfnisse: Unterstützung in den Basis- und erweiterten Aktivitäten des täglichen Lebens, der Alltagsorganisation, bedürfnisgerechte Beschäftigung, Mobilisierung und Sicherheit,
- Palliativversorgung: Linderung von Symptomen, Würde im Sterbeprozess und Unterstützung von Nahestehenden.

Voraussetzungen guter Versorgung sind: Demenzspezifische Versorgungskonzepte (medizinische Versorgung, Pflege, Therapie und Rehabilitation). Dabei sollten die Empfehlungen der S 3 Versorgungsleitlinie Demenz⁶² sowie der S 3 Leitlinie pflegende Angehörige von Erwachsenen⁶³ berücksichtigt werden. Ebenso kann der aktuell in Arbeit befindliche Versorgungspfad für Menschen mit Demenz Grundlage für regionale Anpassungen sein.⁶⁴ Im medizinischen Bereich spielen Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte eine zentrale Rolle in Diagnosestellung, Beratung, Behandlung und Koordination der Versorgung. Sie sind oft erste Ansprech- und Vertrauensperson und könnten weiterführende medizinische und verweisende Beratung anbieten. Enge Vernetzung und ein wirkungsvolles Schnittstellenmanagement zwischen Beteiligten der Versorgung ist essenziell, um dem komplexen Bedarf Betroffener gerecht zu werden. Ebenso ist eine koordinierte und im Sozialraum vernetzte Zusammenarbeit notwendig. Niedrigschwellige Kooperationsstrukturen tragen so dazu bei, dass Betroffene sowie Nahestehende – möglichst abgestimmt – Unterstützung erhalten. Relevante Berufsgruppen sollten in ausreichender Anzahl vorhanden und entsprechend qualifiziert sein, um mit individuellen Verhaltensformen Betroffener adäquat umgehen zu können.⁶⁵ Hilfreich sind ebenso demenzgerechte Ausgestaltungen von Versorgungseinrichtungen.

⁶¹ Vgl. Bergman H et al. (2023).

⁶² Vgl. DGPPN, DGN (2026).

⁶³ Vgl. DEGAM (2018). Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung.

⁶⁴ Vgl. Hahnel E et al. (2025).

⁶⁵ Vgl. Sánchez-Martínez I et al. (2023).

Handlungsempfehlungen: Ganzheitliche Versorgung	
Übergreifend	
1.	Umsetzung der Handlungsempfehlungen des Geriatrieplans Mecklenburg-Vorpommern.
2.	Prüfung der Versorgungskapazitäten und des Zugangs für eine adäquate, spezialisierte Versorgung von Menschen mit Demenz.
3.	Prüfung der erforderlichen Personalkapazitäten für die Versorgung von Menschen mit Demenz (medizinische, pflegerische, therapeutische Berufe, Neuro-Psychologie, etc.).
4.	Prüfung bestehender Angebote und Zugang zu möglichst frühzeitiger demenzgerechter palliativmedizinischer Betreuung.
5.	Schulungen für möglichst alle Berufsgruppen, die an der Versorgung von Menschen mit Demenz berührt sind, zu Umgang und Kommunikation mit Menschen mit Demenz sowie ihren Nahestehenden.
6.	Prüfung der Möglichkeiten zur Berücksichtigung spezifischer Bedarfe von Menschen mit Demenz und Behinderungen z. B. über Austauschformate mit Betroffenenverbänden, dem Inklusionsförrat der Landesregierung, etc.
Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebend	
7.	Information zur Wichtigkeit möglichst frühzeitiger, transparenter Zielabstimmung mit Betroffenen und Nahestehenden über erreichbare Behandlungsziele, Prioritäten und Wünsche zu Behandlungen und Maßnahmen (z. B. Nutzung der Patientenverfügung).
8.	Prüfung von Möglichkeiten zur Verbesserung der zeitnahen Diagnosestellung.
9.	Prüfung der Möglichkeiten zur Unterstützung der Erstberatung in der Hausarzt- und Facharztpraxis z. B. von Informationsmappen des Landesverbands der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.
10.	Prüfung und Unterstützung der Etablierung des Dementia Care Managements ⁶⁶ als besonderes speziell für Menschen mit Demenz konzipiertes Versorgungskonzept sowie deren Aufnahme in die Regelversorgung ⁶⁷ (Nationale Demenzstrategie).
11.	Prüfung der regionalisierten Umsetzung von Versorgungspfaden/-netzwerken für die Versorgung von Menschen mit Demenz.
12.	Prüfung der Notwendigkeiten für einen demenzgerechten Umgang in der ambulanten Versorgung.
13.	Prüfung von Weiterentwicklungen von Komm- und Bringstrukturen für die Sicherstellung der medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und palliativen Versorgung.
14.	Prüfung der Möglichkeiten des Ausbaus telemedizinischer sowie telepflegerischer Versorgungsmöglichkeiten.
Menschen mit Demenz im stationären Pflegebereich lebend	
15.	Prüfung der Notwendigkeiten für einen verbesserten demenzgerechten Umgang in Pflegeeinrichtungen.
16.	Prüfung zur Initiierung von Austauschformaten für Mitarbeitende zur Umsetzung demenzgerechter Maßnahmen im stationären Alltag.

⁶⁶ Vgl. Thyrian JR et al. 2017.

⁶⁷ Vgl. Michalowsky B et al. (2024).

Handlungsfeld 4: Informations-, Beratungs- sowie Hilfs- und Unterstützungsangebote

Der Ausbau sowie die Bekanntmachung von Informations-, Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden sind essentiell zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung. Da das Krankheitsbild der Demenz hoch komplex ist, sind Betroffene selbst, ihre Nahestehenden und das soziale Umfeld stark belastet.⁶⁸ Unsicherheiten bestehen in vielerlei Hinsicht, z. B.

- individuelle Entwicklung der Demenzerkrankung,
- Ausgestaltung des passenden medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgungsarrangements,
- rechtliche und finanzielle Fragen sowie
- Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung und Entlastung der Nahestehenden.

Eine frühzeitige Begleitung bereits bei Verdacht und insbesondere kurzfristig nach Vorliegen der Erstdiagnose ist dringend geboten. Durch zugängliche und verständliche Informationsangebote kann über die Krankheit, mögliche Unterstützungs- und Entlastungsleistungen sowie Pflegearrangements aufgeklärt und beraten werden.

Eine Beratung dient primär der Stärkung der Motivation des Weiterlebens mit der Erkrankung, der Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz sowie der Hilfe zur Selbsthilfe. Sie berücksichtigt psychische, physische, soziale und materielle Ebenen. Beratung kann zum Beispiel durch Nahestehende als „Expertinnen und Experten in eigener Sache“ oder durch Fachkräfte erfolgen. Die Beratung richtet sich an Menschen mit Demenz, Nahestehende, Fachpersonen und alle am Thema Demenz Interessierte.⁶⁹

Ein umfassendes Beratungsangebot hilft, individuelle Lösungen zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Betroffenen und ihren Nahestehenden gerecht werden und dadurch die Situation des Ratsuchenden und seiner Familie subjektiv und objektiv verbessern. Demenzberatung wird von verschiedenen Akteuren in Mecklenburg-Vorpommern in unterschiedlichen Formaten und Umfängen geleistet. Zu den Hauptakteuren zählen die Hausarzt- und Facharztpraxen, der Landesverband der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Pflegestützpunkte, Pflegekassen und private Pflegepflichtversicherung, regionale

Demenz-Netzwerke und lokale Allianzen, Mehrgenerationenhäuser, Pflegekassen sowie ambulante Pflegedienste.

Der „Demenzkompass“⁷⁰ des Landesverbands der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ist in diesem Kontext ein wichtiges Informationsinstrument, das Angebote im Kontext Demenz für Mecklenburg-Vorpommern ausweist. Er ermöglicht das Suchen und Finden regionaler Unterstützungs-, Entlastungs- und Teilhabeangebote. Folgende Themen sind wesentliche Beratungsinhalte u. a.:

- Krankheitsbild (Demenzformen, Diagnose, Verlauf, Therapie),
- Angebote der Aktivierung für Menschen mit Demenz (z. B. im frühen Stadium),
- Umgang mit Menschen mit Demenz (z. B. bei herausforderndem Verhalten),
- Entlastungsmöglichkeiten für Nahestehende (z. B. Angehörigengruppen),
- Versorgungsangebote (ambulant, teilstationär und stationär),
- Finanzielle und rechtliche Fragen (z. B. zur Pflegeversicherung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Fahrtauglichkeit usw.),
- Wissensvermittlung bzw. Schulungen (Angehörigenschulungen),
- Teilhabemöglichkeiten (betreute Urlaube u. a.),
- Vereinbarkeit von Krankheit und Beruf von jungbetroffenen Menschen,
- Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit von Pflegenden,
- Wohnraumanpassungen.

Erfahrungen im Umgang mit Betroffenen, Kenntnisse über die Situation pflegender Nahestehender und Kompetenz in Gesprächsführung werden für die Beratung vorausgesetzt. Für medizinisch-pflegerische Fachkräfte ist es essenziell, Angebote zu kennen, dazu zu informieren und aktiv in die Versorgung zu integrieren, um eine ganzheitliche Begleitung zu gewährleisten. Nur durch eine enge Zusammenarbeit und eine breite Öffentlichkeitsarbeit kann das Bewusstsein für die Bedeutung frühzeitiger Unterstützung erhöht werden, was zu einer verbesserten Versorgungssituation und einer Entlastung aller Beteiligten beiträgt.

⁶⁸ Vgl. Dhanda N et al. (2025).

⁶⁹ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2021).

⁷⁰ Im Internet unter: <https://alzheimer-mv.de/demenzkompass/> (Abruf 27.04.2026).

Handlungsempfehlungen: Informations-, Beratungs- sowie Hilfs- und Unterstützungsangebote	
Übergreifend	
1.	Bekanntmachung bestehender niedrigschwelliger Informations-, Beratungs- sowie Hilfs- und Unterstützungsangebote, z. B. im Rahmen des Welt-Alzheimer-tages.
2.	Bekanntmachung, Ausbau und Prüfung der Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Demenzkompasses gemäß den Empfehlungen der dazugehörigen wissenschaftlichen Evaluation.
3.	Prüfung von Möglichkeiten zum Ausbau der Bekanntmachung der Pflegestützpunkte (Komm-Struktur) sowie Prüfung der Notwendigkeit der Stärkung der Beratungskompetenz zum Thema „Demenz“.
4.	Entwicklung von Konzepten der aufsuchenden Information und Beratung (Bring-Struktur).
5.	Informationsveranstaltungen/Schulungen medizinischer Einrichtungen über vorhandene Angebote (Hausärzte, Neurologen, Psychiater, Geriater, Memory Clinic, Gedächtnisambulanzen) auch unter Nutzung der „Informationsmappe“ des Landesverbandes der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.
6.	Intensiviertere Beratung zu Nutzungsmöglichkeiten der Unterstützungsangebote im Alltag und des Entlastungsbeitrages gem. §§ 45 a, b SGB XI durch die Träger der sozialen und privaten Pflegeversicherung.
Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebend	
7.	Prüfung der Möglichkeiten zur Etablierung inkl. Finanzierung von Demenzzentren nach dem Vorbild des Zentrums Demenz Schwerin, die gleichzeitig informieren, beraten und Angebote vorhalten.
8.	Prüfung freiwilliger Nachschulungsmöglichkeiten eingetragener Nachbarschaftshelferinnen und Nachbarschaftshelfer zu spezifischen Aspekten der Demenzerkrankung.
9.	Prüfung der Möglichkeit zur Einrichtung eines Austauschformats (z. B. Stammtisch) für ehrenamtliche Nachbarschaftshelferinnen und Nachbarschaftshelfer, die Menschen mit Demenz betreuen.
10.	Bekanntmachung und Ermutigung zur Inanspruchnahme der Pflegekurs-Schulungen für Nahestehende, Interessierte sowie Ehrenamtlich tätige nach § 45 SGB XI.

Handlungsfeld 5: Unterstützung für Nahstehende von Menschen mit Demenz

Die Mehrheit der in Deutschland an Demenz erkrankten Personen wird im häuslichen Umfeld versorgt. Rund 3,5 Prozent der Personen in der zweiten Lebenshälfte unterstützen einen Menschen mit Demenz, wobei Frauen anteilig häufiger helfen als Männer. Nahestehende sind zu vergleichbaren Anteilen noch erwerbstätig oder bereits im Ruhestand.⁷¹ Dies verdeutlicht die Bedeutung der Nahestehenden als eine tragende Rolle in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Daher ist die wertschätzende Anerkennung ihrer Arbeit unverzichtbar.

Nahestehende von Menschen mit Demenz übernehmen eine zentrale Rolle – sie sind oft erste Ansprechpersonen, pflegerische Stütze, Bezugs- und Begleitpersonen zugleich. Diese verantwortungsvolle Aufgabe ist mit hohen emotionalen, physischen und organisatorischen Belastungen verbunden. Denn viele Nahestehende müssen über Jahre hinweg Beachtliches leisten – häufig still, neben Beruf und Familie. Ihre Leistung verdient neben Anerkennung, vor allem konkrete und verlässliche Unterstützung und Entlastung.^{72, 73}

So soll mit dem Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern die Rolle der Nahestehenden gestärkt werden, um sie zu entlasten und ihnen Orientierung zu geben. Dies bedingt gut erreichbare, verständliche und alltagsnahe Angebote, die sich an den tatsächlichen Bedürfnissen der Betroffenen sowie ihrer Nahestehenden orientieren. Ebenso spielen Wissen in der Kommunikation und im Umgang von Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle.⁷⁴ Dies trägt dazu bei, Stress- und Erschöpfungsempfinden der Nahestehenden zu reduzieren. Durch verbesserte Kommunikation kann eine stärkere emotionale Bindung und Empathie erzielt werden. So fühlen sich Nahestehende kompetenter im Umgang mit herausfordernden Situationen, Konflikte (auch Gewaltprävention) können verringert und der Alltag besser gemeistert werden.

Dieses Handlungsfeld setzt dabei bei der engen Zusammenarbeit aller Akteure – von kommunalen Einrichtungen über Pflegekassen und medizinische Versorgung bis hin zu Ehrenamt und Zivilgesellschaft – an. Langfristig soll das Ziel erreicht werden, dass Nahestehende sich wertgeschätzt und nicht alleingelassen fühlen, sondern sich auf ein starkes Netz an Unterstützungsangeboten verlassen können – unabhängig von Wohnort und Lebenssituation.

⁷¹ Vgl. Kelle N et al. (2022)

⁷² Vgl. Alltag S et al. (2019).

⁷³ Vgl. Sung H-C et al. (2026).

⁷⁴ Vgl. Nguyen H. et al, (2019).

Handlungsempfehlungen: Unterstützung für Nahestehende von Menschen mit Demenz	
Übergreifend	
1.	Prüfung der Möglichkeiten zur Stärkung von Austauschgruppen, Vorträgen und Selbsthilfeinitiativen, die Nahestehende miteinander vernetzen, Erfahrungen teilen lassen und emotionale Stabilität fördern.
2.	Prüfung der Möglichkeit zur Stärkung von Angeboten der Selbstfürsorge und Prävention für Nahestehende.
3.	Prüfung der Möglichkeiten zur Stärkung von Angeboten für Nahestehende, die im Umgang und der Kommunikation in der Demenzbetreuung unterstützen (inkl. Coping-Strategien).
4.	Prüfung von Möglichkeiten zur Stärkung der Bekanntmachung der Angebote der Verbraucherzentrale M-V zu rechtlichen Beratungen und Unterstützung bei der Erstellung von Dokumenten, die rechtliche Belange Betroffener und Nahestehender klären und ihre Entscheidungsfähigkeit stärken.
5.	Umsetzung der Engagementstrategie Mecklenburg-Vorpommern – Gemeinsam den Wandel gestalten.
Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebend	
6.	Erhalt und Prüfung des bedarfsorientierten Ausbaus niedrigschwelliger Unterstützungsangebote im Alltag, wie z. B. Betreuungsangebote und Helferkreise, die durch geschulte Ehrenamtliche und Hauptamtliche umgesetzt werden.
7.	Erhalt und Prüfung des bedarfsorientierten Ausbaus von Angeboten der Tages- und Kurzzeitpflege.
8.	Prüfung vorhandener Strukturen auf Verlässlichkeit im akuten Krisenfall (Seelsorge, Notruf, sozialpsychiatrischer Dienst).
9.	Prüfung der Möglichkeiten zur Stärkung der Bekanntmachung und des Ausbaus von Schulungen für Nahestehende sowie individuelle häusliche Schulungen (§ 45 SGB XI).
10.	Prüfung der Möglichkeiten zur Initiierung und Durchführung von Austauschformaten mit Arbeitgeberverbänden, der Industrie- und Handelskammer u. a. zum Thema bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf und Arbeitszeitmodellen.
Menschen mit Demenz im stationären Pflegebereich lebend	
11.	Prüfung der Möglichkeiten zur Stärkung der Bekanntmachung und des Ausbaus von Schulungen der Nahestehenden, die praktische Tipps für die Begleitung Schwerstbetroffener geben.

Handlungsfeld 6: Wohnen

Wohnen hat einen erheblichen Einfluss auf die subjektiv empfundene Lebensqualität. Individuelle Unterschiede bei der Ausgestaltung der Wohnform sind bedingt durch finanzielle Möglichkeiten, familiäre und geographische Bindungen sowie individuelle Vorlieben. Diese Faktoren können sich erheblich unterscheiden. Der Wunsch hingegen, im Alter lange und möglichst bis zum Lebensende in der eigenen Häuslichkeit leben zu können, ist bei den meisten Menschen gleich. Er ist verbunden mit dem Bestreben, auch im Alter möglichst lange selbstbestimmt und unabhängig leben zu können.⁷⁵

Bei Menschen mit Demenz ist das nicht anders. Vielmehr hat das Leben in der gewohnten Umgebung eine noch größere Bedeutung als bei Menschen, die ohne eine Demenz alt werden. Insbesondere bei Menschen mit einer Alzheimer Demenz verändert sich die räumliche Orientierung bereits in einem frühen Stadium der Erkrankung. Bekannte Abläufe und über Jahre eingeübte Wege bieten Sicherheit in der Orientierung. Dazu gehört maßgeblich die eigene Wohnung.⁷⁶

Schwerpunkte müssen somit die Sicherstellung, Planung und Unterstützung von Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit sein. Eine „Care Community“ im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft kann eine geeignete Basis für ein langes Leben im eigenen Zuhause sein.⁷⁷

Mit dem Fortschreiten einer Demenzerkrankung nehmen die (räumlichen) Orientierungsschwierigkeiten zu. Ein Leben in der eigenen Häuslichkeit wird nur mit Unterstützung (Nahestehende, Nachbarschaft, Betreuungsgruppe, ehrenamtliche Unterstützung, Tagespflege) möglich. Die eigene Häuslichkeit wird häufig nicht mehr erkannt. Das kann ein guter Zeitpunkt für einen Umzug sein:

Der Umzug in ein „Betreutes Wohnen“ ist dabei grundsätzlich weniger zu empfehlen, da alle Ortsveränderungen in diesem Stadium der Erkrankung eine Herausforderung für Menschen mit Demenz bedeuten und in der Regel zu einer Verschlechterung der Kognition führen. Das einzige gemeinsame Kriterium im „Betreuten Wohnen“ ist eine behindertengerechte (barrierefreie) Ausstattung. Dieses Kriterium spielt bei der Demenzerkrankung jedoch zunächst eine untergeordnete Rolle. Entscheidender ist für Menschen mit Demenz eine 24-Stunden Begleitung und Betreuung, später auch Pflege, die im betreuten Wohnen nicht gegeben ist.⁷⁸

Es stehen somit zwei weiterführende Wohnformen nach der eigenen Häuslichkeit zur Wahl: die Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz und die vollstationäre Pflegeeinrichtung.

Das Wohnen in einer Wohngemeinschaft ist vor allem dann förderlich, wenn Menschen mit Demenz noch aktiv sein können und sich unter Anleitung an der Gestaltung des Alltags beteiligen können.⁷⁹

Am Lebensende kann das Wohnen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden eine angemessene Wohnform darstellen. Bei Beachtung des erworbenen Wissens um geschützte Wohnbereiche, bei denen bauliche Besonderheiten beachtet werden, Personal für die Zielgruppe von Menschen mit Demenz geschult ist und auch organisatorischen Strukturen die Zielgruppe mit berücksichtigen, kann eine entsprechend ausgerichtete vollstationäre Pflegeeinrichtung eine gute Möglichkeit sein, in einer geschützten Atmosphäre und einer Reduktion von Reizen aus dem komplexen Alltag mit schnellen Abläufen und vielen parallelen Reizen, ein gutes Wohnen für Menschen mit Demenz zu ermöglichen.⁸⁰

⁷⁵ Vgl. Kaspar R et al. (2022).

⁷⁶ Vgl. Brijoux T et al. (2022).

⁷⁷ Vgl. BMFSFJ (2015).

⁷⁸ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2020).

⁷⁹ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2020).

⁸⁰ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2019).

Handlungsempfehlungen: Wohnen	
Übergreifend	
1.	Initiierung eines Austausches zu Wohnkonzepten und innovativen Wohnformen. Es kann geprüft werden, inwiefern dabei insbesondere Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden aktiv eingebunden werden (z. B. PART Patientenbeirat)
2.	Erarbeitung eines Konzeptes zum Thema Wohnen für Menschen mit Demenz.
3.	Initiierung eines Austausches zu Möglichkeiten und Grenzen für den Einsatz altersgerechter technischer Assistenzsysteme.
Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebend	
4.	Bereitstellung und Verbreitung von Informationen zur Unterstützung des Wohnens in der eigenen Häuslichkeit ggf. unter Nutzung altersgerechter technischer Assistenzsysteme (ambient assisted living - AAL) bzw. Smart-Home Lösungen durch die Landesfachstelle für Wohn- und Digitalisierungsberatung.
5.	Prüfung von Möglichkeiten zur Durchführung Demenz-spezifischer Wohnberatung.
6.	Informationsbereitstellung und ggf. – nach Prüfung des Bedarfs und finanzieller Möglichkeiten – Ausbau von alternativen Wohngemeinschaften.
7.	Entwicklung von Wohnkonzepten für früherkrankte, junge Menschen mit Demenz.
8.	Bekanntmachung von Musterwohnungen für Seniorinnen und Senioren (z. B. Netzwerk Demenz Parchim).
Menschen mit Demenz im stationären Pflegebereich lebend	
9.	Entwicklung eines Zukunftskonzeptes „Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen“ unter Beachtung vorhandenen Wissens zu Organisation des Stationsalltages und des Personaleinsatzes, Einbezug von Nahestehenden, Ansprache und Kommunikation im Alltag, Mediation und Supervision der Mitarbeitenden, Spezialisierungs- und „Mix-Stationen“.
10.	Pflege-Ausbildung: Prüfung der Möglichkeit eine Praxiswoche zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz.

Handlungsfeld 7: Teilhabe von Menschen mit Demenz in der Kommune

Menschen mit Demenz wollen selbstbestimmt mit guter Lebensqualität und bestmöglicher Unterstützung in der eigenen vertrauten Häuslichkeit leben und eingebunden zu sein, z. B. in eine aktive Nachbarschaft. Denn sie möchten weiterhin Entscheidungen treffen und ihren Alltag so weit wie möglich selbst gestalten.⁸¹ Teilhabe trägt in diesem Kontext zu folgenden Punkten bei:

- Inklusion von Menschen mit Demenz sowie ihren Nahestehenden,
- Vorbeugung von Einsamkeit und sozialer Isolation,
- Erleben positiver Erfahrungen,
- Soziale Kontakte,
- Nutzung vorhandener Ressourcen und Reserven und dadurch
- Erhalt und bestenfalls Förderung von Lebenserwartung, -qualität und Wohlbefinden.⁸²

Ein auf Wertschätzung und Respekt basierender Umgang hilft, die Würde der Betroffenen zu wahren, so dass sie sich als Person wahrgenommen fühlen. So kann Teilhabeplanung als gesamtgesellschaftlicher Diskurs verstanden werden, der Mitbestimmung von Menschen mit Demenz sowie ihren Nahestehenden ermöglicht und partizipatives Handeln fördert.⁸³

Es bedarf Angebote der Teilhabe und der Begegnung sowie auch Räumlichkeiten, um soziale Interaktion, soziale Aktivität und soziale Kontakte zu unterstützen. Dazu gehören Gemeinschaftseinrichtungen, sogenannte Dritte Orte, Veranstaltungen und Aktivitäten, die gesellschaftlichen Zusammenhalt auch im Sinne der Prävention stärken. Ebenso bedarf es einer unterstützenden Nachbarschaft.⁸⁴

Anknüpfungspunkt zur Förderung der Teilhabe ist das Leitbild der Caring Community bzw. Sorgenden Gemeinschaften – verstanden als einen Ansatz des zivilgesellschaftlichen Engagements zur Gestaltung des Gemeinwesens, das im siebten Altenbericht zur „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ geprägt wurde.⁸⁵ Mit Unterstützung von Politik, Pflegekassen, Leistungserbringern und Zivilgesellschaft können Kommunen eine zentrale Rolle einnehmen, um im Sozialraum:

- Netzwerke zu knüpfen (z. B. quartiersorientierte Versorgungsketten),
- Unterstützungsmaßnahmen und Entlastungsstrukturen vor Ort und im Quartier bereitzustellen,
- freiwilliges Engagement zu fördern,
- Anlaufstellen zu schaffen und Sensibilisierungskampagnen zu initiieren.⁸⁶

Gemeinsam können die Akteure so Steuerungs- und Gestaltungsverantwortung – koordinierend, planend, sozialraumbezogen – übernehmen. Menschen mit Demenz sowie ihre Nahestehenden sollten dabei partizipativ und pro-aktiv einbezogen werden, um sicherzustellen, dass Bedarfe und Bedürfnisse Berücksichtigung finden.⁸⁷ Dabei ist „ein Recht auf Demenz“ zu respektieren.⁸⁸

81 Vgl. Deutscher Ethikrat (2012).

82 Vgl. Blotenberg I et al. (2024b).

83 Vgl. Pinkert C et al. (2025).

84 Vgl. Körber-Stiftung (2023).

85 Vgl. BMFSFJ (2015).

86 Vgl. Gronemeyer R et al. (2022).

87 Vgl. Paus L (2025)

88 Vgl. Klie T (2021).

Handlungsempfehlungen: Teilhabe in der Kommune	
Übergreifend	
1.	Stärkung des Leitbildes der Sorgenden Gemeinschaft als Grundlage für den Auf- und Ausbau sozial- und lebenswelt-orientierter Netzwerke.
2.	Initiierung eines Austausches zur Kenntlichmachung von Rahmenbedingungen, die Teilhabe unterstützen (z. B. Kennzeichnung „Demenzgerecht“).
3.	Gewinnung und langfristige Begleitung Ehrenamtlicher, Bundesfreiwilliger z. B. durch Einbindung von Schulen, Universitäten/Hochschulen und Ermöglichung von Weiterbildungsangeboten.
4.	Einrichtung einer Unterarbeitsgruppe mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag für Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern systematisch zu analysieren und zu bewerten.
5.	Initiierung von Bürgerdialogen und Werkstattgesprächen.
Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebend	
6.	Prüfung der Möglichkeit von Kommunen zur Entwicklung von Initiativen zur Förderung sozialer Teilhabe und Inklusion.
7.	Prüfung der Kommunen, inwiefern Infrastruktur auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zugeschnitten ist und dadurch Teilhabe fördern kann: gut ausgeschilderte Wege (Orientierungshilfen), Barriere(wahl)freiheit ⁸⁹ , seniorengerechte und seniorenoffene Angebote (z. B. Begegnungsstätten) sowie gut erreichbare Dienstleistungen (z. B. medizinische Versorgung, Einkaufsangebote, Freizeitmöglichkeiten).
Menschen mit Demenz im stationären Pflegebereich lebend	
8.	Prüfung der Möglichkeiten für stationäre Pflegeeinrichtungen sich in lokale Räume mit dem Leitgedanken zu öffnen: Stationäre Pflegeeinrichtungen als Teilhabeorte im lokalen Lebensraum, an denen ältere Menschen, ihre Nahestehenden sowie die Nachbarschaft zusammenkommen, sich austauschen und gemeinsam aktiv bleiben. ⁹⁰

⁸⁹ Im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention verstanden als Möglichkeiten zu wählen, wie Barrieren individuell gehandhabt werden: z. B. Treppen, Lift oder Rolltreppe.

⁹⁰ Vgl. Kremer-Preiß U (o.J.).

Handlungsfeld 8: Demenz und Netzwerkarbeit

Die Begleitung und Versorgung von Menschen mit Demenz erfordern ein ganzheitliches und abgestimmtes Vorgehen über verschiedene Lebensbereiche hinweg. Eine funktionierende, gelebte und sektorenverbindende Netzwerkarbeit schafft Rahmenbedingungen für Koordination, Bündelung von Ressourcen, Kontinuität, ermöglicht ein gemeinschaftliches abgestimmtes und geplantes Vorgehen und trägt damit zur Transparenz bei. Darüber hinaus sichern Netzwerke Qualität, Kompetenz und Wissenstransfer, Qualifikation sowie Wissensvermittlung und können zu Kosteneinsparungen beitragen.⁹¹ Auf Basis gemeinsamer Bestands- und Bedarfsanalysen können Versorgungslücken identifiziert und darauf aufbauend Planungs- und Handlungsschritte abgestimmt werden. Der Aktionsrahmen von Unterstützungsnetzwerken sollte altersverbindend und inklusiv bedacht werden und sich auf die Aspekte Wohnen, Mobilität, Nachbarschaft und Unterstützung beziehen.

Das im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie geförderte Bundesprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz⁹² ermöglicht die Gewinnung von Akteuren, bietet Schulungen für Nahestehende und Ehrenamtliche an, informiert und berät rund um das Thema Demenz. Die Lokalen Allianzen bündeln Akteure aus den Bereichen Gesundheit (Hausarztpraxen, Facharztpraxen für Neurologie, Psychiatrie, Geriatrie und Apotheken), Soziales, Pflege, Kommunen, Wohnungswirtschaft, Bildung, Sport- und Nachbarschaftsvereine, Kirchen, Einzelhändler und lokal verankerten Unternehmen sowie Bürgerinnen und Bürger. Sie wirken zusammen, um eine Vernetzung vor Ort zu gestalten.⁹³ Derzeit gibt es in Mecklenburg-Vorpommern mehrere Netzwerke für Menschen mit Demenz, die sich über das gesamte Bundesland verteilen.⁹⁴

Des Weiteren ermöglichen die Regelungen des § 45 e SGB XI die Förderung von Netzwerkstrukturen:

- Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45 a SGB XI, d. h. Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung pflegender Nahestehender sowie Angebote zur Entlastung im Alltag,
- Auf-, Ausbau und Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger/bürgerschaftlich engagierter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen (Helferkreise; Selbsthilfe) und insbesondere
- Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige.

Funktionierende Netzwerke – gedacht als Querschnittsaufgabe – helfen, längst möglich, würdevoll und selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit zu leben, indem sie Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden Unterstützung im direkten Lebensumfeld bieten.

⁹¹ Vgl. Rößler J et al. (2025).

⁹² Die Netzwerkstelle der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz ist abrufbar unter: <https://www.netzwerkstelle-demenz.de/> (Abruf: 26.01.2026). Als problematisch wird benannt die einmalige Förderung und hoher Verwaltungsaufwand.

⁹³ Vgl. Rößler J et al. (2025)

⁹⁴ Vgl. Abfrage im Demenzkompass M-V: <https://alzheimer-mv.de/demenzkompass/?kategorie=netzwerkDemenzkompass> (Abfrage am 11.05.2026).

Handlungsempfehlungen – Demenz und Netzwerkarbeit	
Übergreifend	
1.	Die Landesregierung setzt sich dafür ein, dass auch in der Fortführung der Nationalen Demenzstrategie eine weitere Förderung des Bundes der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz vorgesehen wird.
2.	Die Akteure der Netzwerke für Menschen mit Demenz überlegen gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Akteuren, wie eine Überführung bestehender Netzwerke „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ in kommunale Netzwerke gelingen kann. Auch Möglichkeiten der Förderungen werden in diesem Kontext geprüft.
3.	Prüfung der Möglichkeit zur weiteren Etablierung von Geri Coaches als Multiplikatoren und Unterstützer der Vernetzung (Qualifikation).
4.	Prüfung der Möglichkeiten der Etablierung der Kommune als Netzwerkpartner (Leitbild Sorgende Gemeinschaft/ Caring Community); bestehende Lokale Allianzen und Netzwerke für Menschen mit Demenz könnten die Grundlage bilden.
5.	Prüfung der Möglichkeiten zur Stärkung der Förderungen nach §§ 45 c- 45 e SGB XI.
6.	Schaffung von Rahmenbedingungen, die berufsgruppenübergreifende Austauschformate zu demenzspezifischen Herausforderungen initiieren und ermöglichen.
7.	Prüfung der Möglichkeit zur Initiierung von Workshops zu den Themen: Finanzierung und Antragstellung von Netzwerkförderungen, rechtliche Aspekte.
8.	Erstellung eines Methodenkoffers/Tool-Box mit dem Ziel eines Wissenstransfers: „Wie baue ich ein Demenz-Netzwerk auf und pflege es.“
9.	Erstellung einer Übersicht zu bestehenden Netzwerken für Menschen mit Demenz inkl. Steckbriefen mit dem Ziel, Netzwerke bekannt zu machen und Wissen der Akteure miteinander zu teilen.

Handlungsfeld 9: Menschen mit Demenz in stationärer Krankenhausbehandlung

Ein Krankenhausaufenthalt ist für Menschen mit Demenz eine besonders sensible Situation, die mit erhöhten Komplikationen und Krankenhaussterblichkeit assoziiert ist. Ebenso kann es bedingt durch weiteren funktionellen und kognitiven Abbau zu erhöhten Einweisungen in Langzeitpflegeeinrichtungen kommen.⁹⁵ Die ungewohnte Umgebung, neue Routinen, medizinische Behandlungen und schmerzhaft oder belastende Situationen können bei Erkrankten Orientierungsverlust, Verwirrung, Kommunikationsschwierigkeiten, Angst und Verhaltensänderungen (z. B. im Schlafrhythmus) verstärken. Auch Nahestehende erleben nicht selten Gefühle von Ohnmacht, Unsicherheit, Sorge und Hilflosigkeit. Sie wünschen sich eine transparente, respektvolle Zusammenarbeit mit dem Krankenteam und klare Informationen über Abläufe, Ziele der Behandlung und Nachsorge.⁹⁶ Für das Krankenteam, insbesondere das Pflegepersonal, besteht erhöhter pflegerischer Aufwand und bei herausforderndem Verhalten ebenso starke emotionale Belastungen.⁹⁷ So sollte angestrebt werden, Würde, Selbstbestimmung und Sicherheit für Erkrankte, Nahestehende und Mitarbeitende im Gesundheitssystem zu erhalten.⁹⁸ Es benötigt Zeit, fachliches Wissen sowie organisatorische Strukturen, um eine demenzgerechte Versorgung zu ermöglichen.⁹⁹

Folgende Aspekte können dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz im Krankenhaus gut begleitet werden:¹⁰⁰

- Medizinische Sicherheit und Behandlung: Demenz ist als Einflussfaktor in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen und weitere Komorbiditäten zu beachten. So sind einschlägige Leitlinien, wie z. B. die S 3 Leitlinie Demenzen¹⁰¹ sowie als Abgrenzung die S 3 Leitlinie Delir im höheren Lebensalter¹⁰² zu berücksichtigen. Förderlich sind schmerzarme, schrittweise eingeführte Behandlungsabläufe.
- Personenzentrierte Kommunikation: Eine verlässliche, möglichst klare, einfache und offene Kommunikation mit Betroffenen und Nahestehenden sowie dem Krankenteam (v. a. Pflegeberufe) ist zentral. So schaffen transparente Informationen über geplante Untersuchungen, Behandlungsdauer, Medikation und mögliche Nebenwirkungen Sicherheit. Überreizungen sollten vermieden werden. Dies trägt insgesamt dazu bei, Selbstständigkeit, Würde und Autonomie zu erhalten. Informationsmaterialien können hier unterstützen.

- Alltagsstruktur: Alltagsstrukturen im Krankenhaus sollten so gestaltet sein, dass Verwirrung reduziert wird. Dafür sind konsistente Tagesabläufe und -prozesse, Orientierungshilfen (Uhren, Kalender, Fenster als Orientierung), ruhige Abteilungen, sinnvolle Beschäftigungsangebote, möglichst separierte Schlafphasen und verlässliche Ansprechpartner von großer Bedeutung.
- Weiterbildung: Speziell geschulte Fachkräfte, Demenz-Teams oder -Beauftragte unterstützen und können Konflikte im Krankenhausalltag minimieren.
- Bauliche Infrastruktur: Schaffung architektonischer und milieutherapeutischer Elemente kann die Sicherheit von Menschen mit Demenz erhöhen, z. B. „Verstecken“ von Türen, Farbkonzepte zur Erhöhung von Kontrasten, Lichtkonzepte, Verweilmöglichkeiten etc.¹⁰³

Wesentlich ist ebenso, realistische Ziele der Akutbehandlung mit den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen zu verknüpfen und gemeinsame Überlegungen zu treffen.¹⁰⁴

- Was ist erreichbar?
- Welche Behandlungen verbessern Lebensqualität oder verlängern Lebenszeit sinnvoll?
- Welche Maßnahmen könnten das Wohlbefinden beeinträchtigen?

In diesem Abwägungsprozess spielt die Patientenverfügung – sofern vorhanden – und die Einbindung von Nahestehenden eine zentrale Rolle. Relevant ist ebenso eine verlässliche, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus: Ärzteschaft, (Neuro-) Psychologen, Pflegefachpersonen, therapeutische Berufe (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) Sozialdienst und Seelsorge. So trägt eine demenzgerechte Krankenhauskultur dazu bei, Risiken zu erkennen und die Zufriedenheit von Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden zu erhöhen. Sie trägt auch zur Arbeitszufriedenheit des Krankenhauspersonals bei.¹⁰⁵ Entsprechend sieht § 30 Absatz 5 des Landeskrankenhausgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (LKHG M-V) vor, dass den besonderen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit geriatrischen oder psychischen Erkrankungen Rechnung zu tragen ist und Krankenhäuser insbesondere geeignete Maßnahmen ergreifen, um Menschen mit Demenz im Krankenhaus angemessen versorgen zu können.

95 Vgl. Zieschang T et al. (2019).

96 Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2025).

97 Vgl. Hessler JB et al. (2018).

98 Vgl. BMFSFJ (2026).

99 Vgl. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (2026).

100 Vgl. Kirchen-Peters S (2025).

101 Vgl. DGPPN, DGN (2026).

102 Vgl. DGPPN, DGG (2025).

103 Vgl. Rösler A et al. (2010).

104 Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2025).

105 Vgl. Kirchen-Peters S (2025).

Handlungsempfehlungen: Menschen mit Demenz in stationärer Krankenhausbehandlung	
Übergeordnet:	
1.	Umsetzung der Handlungsempfehlungen des Geriatrieplans Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere zur Thematik Schnittstellen- und Überleitungsmanagement. ¹⁰⁶
2.	Umsetzung der Vorgaben des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG), insbesondere § 30 Abs. 5 LKHG Mecklenburg-Vorpommern sowie Umsetzung der Vorgaben des Krankenhausplans Mecklenburg-Vorpommern 2026, insbesondere der Fachplanung 7.7 Geriatrie. ¹⁰⁷
Regulärer Krankenhausbetrieb:	
3.	Regelhafte Prüfung und Ermöglichung der geriatrischen Frührehabilitation / Komplexbehandlung während stationärer Krankenhausbehandlung.
4.	Prüfung zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen im Krankenhaus zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, wie z. B. Sturzprävention, Hinweise zu potentiell inadäquater Medikation, Hinweise zum Trinkmanagement.
5.	Bekanntmachung und Nutzung des Informationsbogens für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. ¹⁰⁸
6.	Nutzung und Berücksichtigung des Überleitungsbogens ambulanter Pflegedienste, Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz und stationärer Pflegeeinrichtungen bei Krankenhausaufnahme.
Weiterentwicklung der Versorgungsqualität im Krankenhaus:	
7.	Prüfung der Schaffung spezialisierter Stationen sowie spezialisierter Bereiche in den Zentralen Notaufnahmen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen als Nebendiagnose. ^{109, 110}
8.	Unterstützung zur Schaffung von Formaten des kollegialen Austausches über Erfahrungen in der Umsetzung demenzgerechter Maßnahmen im Krankenhaus.
9.	Prüfung der Umsetzungsmöglichkeiten demenzgerechter Maßnahmen im Krankenhaus. ^{111, 112}
10.	Prüfung der Möglichkeit zur Einbeziehung von Ehrenamtlichen als Bezugspersonen (z. B. Einsatz grüner Damen und Herren).
11.	Prüfung zur Nutzung der Geri-Coach- oder Demenz-Partner Schulungen, um Berufsgruppen im Krankenhaus im Umgang mit Menschen mit Demenz zu schulen.

¹⁰⁶ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern (2026a).

¹⁰⁷ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern (2026b).

¹⁰⁸ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2022).

¹⁰⁹ Vgl. Rösler A et al. (2010).

¹¹⁰ Vgl. Zieschang T et al. (2019).

¹¹¹ Vgl. BMFSFJ (2020).

¹¹² Vgl. Kirchen Peters S et al. (2019).

Handlungsfeld 10: Monitoring, Grundlagen- und Versorgungsforschung

Wie einleitend dargestellt, steigt mit einer höheren Lebenserwartung auch die Zahl an Demenz erkrankter Menschen. Auch mit dem Bestehen der Nationalen Demenzstrategie des Bundes wird die Relevanz der Erkrankung herausgestellt. Ein sichereres Beratungs-, Begleitungs-, Unterstützungs- und Versorgungssystem für Menschen mit Demenz und den ihnen Nahestehenden wird unerlässlich. Aus diesem Grund kommt dem Monitoring der Demenzerkrankung eine wichtige Rolle zu, dass auf Grundlage der Entwicklung von Prävalenz und Inzidenz bei Planung, Steuerung und Kontrolle kennzahlenbasiert unterstützen kann.

Beispielsweise nutzt das Robert Koch-Institut Routinedaten von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, die fortlaufend erhoben werden¹¹³. Nachteil an dieser Datenerfassung ist das Risiko einer Ergebnisverzerrung durch falsch oder gar nicht gestellte Diagnosen. Demzufolge ist das Monitoring auch von der Diagnosekompetenz des medizinischen Fachpersonals abhängig. Neben dieser Datenerfassung gibt es eine Reihe von deutschlandweiten Befragungen. Dabei besteht jedoch immer die Gefahr, dass die Ergebnisse durch Erinnerungslücken von Menschen mit Demenz und die geringe Teilnahme von direkt oder indirekt Betroffenen aufgrund (räumlicher) Zugangsbarrieren und fehlender (zeitlicher) Ressourcen verzerrt werden. Kleinräumige Informationen stehen zumeist auf Ebene eines Bundeslandes zur Verfügung.¹¹⁴ Schwieriger ist es, Daten zu Menschen mit Demenz sowie zu Informations-, Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden sowie zur medizinischen und pflegerischen Versorgung auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städten oder gar noch präziser auf Verwaltungseinheiten als Ämter, amtsfreie Städte und Gemeinden zu erhalten und für die Nutzung aufzubereiten.

Darüber hinaus ist das Verständnis über die Entstehung und Ursachen von Demenzen nach wie vor begrenzt und in vielen Aspekten weiter unklar. Es bedarf somit verstärkter Forschung, die nur dann qualitativ hochwertige Ergebnisse liefern kann, wenn der interdisziplinäre wissenschaftliche Austausch gelingt und Daten, Informationen und Erkenntnisse öffentlich zugänglich gemacht werden. Die Nationale Demenzstrategie setzt einen wichtigen Schwerpunkt bei der Forschungsförderung auf die Beteiligung von Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden, um Ergebnisse zu generieren, die für die Betroffenen im Alltag von Bedeutung sind und von der Theorie in die Praxis überführt werden können.¹¹⁵ Dabei sind insbesondere Menschen mit Demenz eine vulnerable Gruppe, sodass partizipative Forschungsansätze mit ethischen, rechtlichen und methodischen Herausforderungen verbunden sind. Eine aktuelle Untersuchung zu demenzbezogenen Forschungsschwerpunkten in Mecklenburg-Vorpommern zeigt, dass diese im Land etabliert ist und inhaltlich breit umgesetzt wird. So besteht umfassende Evidenz zur Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen. Auch die Forderungen der Nationalen Demenzstrategie werden mit der bereits etablierten Forschungsinfrastruktur und den Aktivitäten im Bereich der Versorgungsforschung am DZNE e. V. und den Hochschulen des Landes umfassend realisiert. Weiterentwicklungspotentiale in der Forschung liegen der Untersuchung zufolge im Ausbau von Routinedatenanalysen, Umsetzung EU-weiter Studien, sowie der Weiterentwicklung evidenzbasierter Präventions- und Versorgungskonzepten.¹¹⁶

¹¹³ Vgl. Rommel A et al. (2025).

¹¹⁴ Vgl. Rommel A et al. (2025).

¹¹⁵ Vgl. BMFSFJ, BMG (2020).

¹¹⁶ Vgl. Dreier-Wolfgramm et al. (2026).

Handlungsempfehlungen - Monitoring, Grundlagen- und Versorgungsforschung	
Übergreifend	
1.	Erarbeitung eines Demenzmonitorings für Mecklenburg-Vorpommern zur Abbildung der Demenzerkrankungen und der Versorgungslandschaft und Ableitung des Versorgungsbedarfes sowie Prüfung der Umsetzung daraus resultierender Empfehlungen.
2.	Prüfung zur Nutzung vertragsärztlicher Diagnose- und Abrechnungsdaten (§ 75 SGB V, Datenschutz) im Kontext eines Demenzmonitorings Mecklenburg-Vorpommern inkl. Prüfung von Möglichkeiten zur Verbesserung der ärztlichen Kodier- und Diagnosequalität (ICD-10 F00--F03).
3.	Nutzung der Ergebnisse eines Demenzmonitorings für eine integrierte Pflege(sozial)planung in Mecklenburg-Vorpommern.
4.	Etablierung und Beteiligung des wissenschaftlichen Expertenbeirats für Demenz mit regelmäßigem Austausch.
5.	Prüfung der Möglichkeit zur Erweiterung regelhafter Austauschformate zwischen dem DZNE und professionell in der Versorgung von Menschen mit Demenz Tätigen zu aktuellen Forschungsergebnissen, z. B. TanDem. ¹¹⁷
6.	Vernetzung von Forschungseinrichtungen, die Betroffenenbeteiligung umsetzen und öffentlich Informationen bereitstellen, wie Partizipation in der Demenzforschung gelingen kann (z. B. PART – Patientenbeirat).
7.	Übersetzung von Forschungsergebnissen für die Allgemeinbevölkerung.
8.	Prüfung der Möglichkeiten zur Weiterleitung erfolgreicher Modellprojekte (Wirksamkeits- sowie Kosten-Nutzen-Nachweis) an den Gemeinsamen Bundesausschuss mit dem Ziel, in die Regelversorgung aufgenommen zu werden.
9.	Prüfung von Forschungsinitiativen zu (technischen) Assistenzsystemen, insbesondere der Einbezug künstlicher Intelligenz (KI).
10.	Beteiligung etablierter Strukturen im Forschungskontext, z. B. Seniorenbeiräte, Landesverband der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.
11.	Prüfung der Möglichkeiten zur Stärkung der interdisziplinären Forschung zwischen Medizin, Pflege und Therapie.

¹¹⁷ Weiterführende Information unter: <https://demenzversorgung-forschungsnetzwerk.de/standorte> (Abruf 09.07.2026).

Querschnittsthema Digitalisierung

Das Thema Digitalisierung wurde in der Arbeitsgruppe als ein relevantes Querschnittsthema identifiziert. So soll bei der Umsetzung der in diesem Demenzplan vorgestellten Handlungsempfehlungen das Thema Digitalisierung mitgedacht werden.

Digitalisierung kann für Menschen mit Demenz sowie ihre Nahestehenden ein zentraler Bestandteil des Versorgungsarrangements sein. Intelligente und digitale Hilfen können beim Wunsch Betroffener, möglichst lange selbstständig, selbstbestimmt und sicher in der eigenen Häuslichkeit zu leben, helfen. Sie ermöglichen soziale Teilhabe, ohne dabei zwischenmenschliche Beziehungen zu ersetzen. Dabei ist zu berücksichtigen, inwiefern die Entwicklung der Demenzerkrankung den Einsatz technischer Unterstützungsmöglichkeiten zulässt.¹¹⁸ Ziel sollte daher sein, technische Assistenzsysteme individuell auf die Bedarfe des Nutzenden zuzuschneiden und diese möglichst frühzeitig gemeinsam mit den Nutzenden einzuführen. Neben Systemen des Patientenmanagements, der Telemedizin oder digitalen Plattformen sollten außerhäusliche und wohnraumbasierte technische Assistenzsysteme (ambient assisted living – AAL) mitgedacht werden. In Verbindung mit digitalen und KI-gestützten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten können diese Lösungen zu folgenden Punkten beitragen:

- Integrierte Versorgung im Sinne der Nationalen Demenzstrategie mit technischen Schnittstellen innerhalb der Versorger für eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung,
- Individuelle, bedarfsgerechte Unterstützung, für
 - Kommunikation und soziale Teilhabe in der Gemeinschaft,
 - Verrichtung alltäglicher Aufgaben,
 - Entlastung pflegender Nahestehender sowie professionell Pflegender.¹¹⁹

In einem Austausch kann erörtert werden, inwiefern digitale und intelligente Lösungen den Zugang zu beratenden, sozialen, kulturellen und unterstützenden Angeboten erleichtern (Partizipation), die Vernetzung und Koordination von Angeboten im Quartier verbessern sowie Kommunikation, Wissenstransfer und Austauschformate zwischen professionell Pflegenden, Nahestehenden, Nachbarn und anderen Leistungserbringern fördern.

Beim Einsatz telemedizinischer Angebote ist zu prüfen, inwiefern diese dienlich sind, präzise und zeitnahe Anpassungen in der Versorgung der Demenzerkrankung (Behandlung/Therapie) vorzunehmen. Telemedizin und Telematik-gestützte Überleitungen birgt das Potential, den zeitnahen Zugang zu Beratung gerade in ländlichen Regionen sicherzustellen und ermöglicht in unterversorgten Gebieten Videosprechstunden und Zugang zu spezialisierten Ärzten und Beratungsstellen, ohne Anfahrtswege.¹²⁰

Digitalisierung und künstliche Intelligenz durchdringen nahezu alle Lebensbereiche und können zur Modernisierung, Effizienzsteigerung und Neuausrichtung kommunaler Verwaltungsprozesse und -strukturen verhelfen. Dabei entstehen Fragen zu Datenschutz, Qualitäts- und Evaluationsstandards, digitaler Souveränität und der Balance zwischen Überwachung, Sicherheit und Autonomie sowie Ethik. Klare Leitlinien können hierbei helfen. Gleichzeitig bedarf es gezielter Qualifizierungsmaßnahmen für unterschiedlichste Berufsgruppen um bei Einsatz digitaler Unterstützungssysteme Akzeptanz, Kompetenz und Wirksamkeit zu gewährleisten. Es gilt, das Recht auf ein analoges Leben ausdrücklich anzuerkennen.

¹¹⁸ Vgl. Borges do Nascimento IJ et al. (2025).

¹¹⁹ Vgl. Ciciirelli G et al. (2021)

¹²⁰ Vgl. Rush KL et al. (2022).

5 Umsetzung und Evaluation

5.1 Umsetzung der Handlungsempfehlungen

Der Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern stellt einen strategischen Steuerungs- und Handlungsrahmen dar. Die in diesem Demenzplan aufgestellten Handlungsempfehlungen richten sich an die unter 3.1 aufgeführte Adressaten im Sinne einer Verantwortungsgemeinschaft.

Zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen werden die Ergebnisse dieses Demenzplans in den Landespflegeausschuss sowie in den Pakt für Pflege Mecklenburg-Vorpommern (Begleitausschuss und Arbeitsgruppen) zurückgespielt (s. 2.2.1). Es erfolgt ein Abgleich der im Landesplan Pflege (s. 2.2.2) formulierten Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung mit den Handlungsempfehlungen dieses Demenzplans, um koordiniert vergleichbare Maßnahmen umzusetzen. Drittens werden die Handlungsempfehlungen rückgekoppelt an die unter 2.2.3 benannten angrenzenden Themenbereiche.

Über die Koordination der Landesfachstelle Demenz sollen relevante Akteure einbezogen werden, um konkret die Umsetzung einzelner Handlungsempfehlungen zu planen, umzusetzen, zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Dabei sollen zusätzlich auch die Akteure einbezogen werden, die im Rahmen des Beteiligungsprozesses Stellung genommen haben.

Der Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern begründet für sich genommen grundsätzlich keine Finanzierungsansprüche. So erfolgt die Umsetzung nur im Rahmen vorhandener Haushaltsmittel und bestehender Personalstellen. Bisherige (Modell-)Förderungen, zeitlich befristete Vorhaben u. Ä. durch das Land begründen keine Fortsetzung oder Anschlussfinanzierung. Es wird klargestellt, dass den in diesem Demenzplan ebenfalls adressierten Kommunen keine neuen Aufgaben bzw. Verpflichtungen übertragen sowie für die Kommunen keine verbindlichen Standards gesetzt werden und der Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern insofern (auch mittelbar) keine Konnexitätsrelevanz im Sinne von Art. 72 Abs. 3 Verf M-V entfaltet. Im Rahmen der Umsetzung der Handlungsempfehlungen, die gegebenenfalls personelle, bauliche, beratende oder

dokumentarische Aufwände auslösen, wird gleichwohl zu prüfen sein, ob und inwiefern bestehende Finanzierungsinstrumente vollumfänglich ausgeschöpft werden. Hier bietet sich z. B. eine Erörterung innerhalb des Pakts für Pflege Mecklenburg-Vorpommers an.

Mecklenburg-Vorpommern fördert seit vielen Jahren – gemeinsam mit der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung – niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden vor Ort in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Auch Modellprojekte zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen und -konzepte, insbesondere für demenzerkrankte Menschen, werden, so wie Helferkreise und ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe, unterstützt.

Seit 2023 werden zudem die Landesfachstelle Demenz, angesiedelt bei dem Landesverband der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, sowie seit 2024 die Landesfachstelle für Wohn- und Digitalisierungsberatung¹²¹ über Landesmittel gefördert. Ebenso verfügt Mecklenburg-Vorpommern über ein flächendeckendes Netz an 19 Pflegestützpunkten, die kostenlos, neutral und fachkompetent beraten.

Ergänzend dazu wird die Forschung gefördert über die Finanzierung des DZNE mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie der anteiligen Landesfinanzierung.

Weitere Förderungen ergeben sich durch die Regelungen für Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier (§ 123 SGB XI), sofern Projektideen im erweiterten Sinne innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige und ihre Nahestehenden vor Ort adressieren. Auch die in 2026 initiierte Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für die Schaffung, den Ausbau und die nachhaltige Sicherung von Begegnungs- und Gemeinschaftsorten zur Stärkung des nachbarschaftlichen und gesellschaftlichen Zusammenhalts und zur Bekämpfung von Einsamkeit („Dritte Orte“)¹²² kann dabei hilfreich sein, konkrete Maßnahmen für Menschen mit Demenz umzusetzen.

¹²¹ <https://www.wohnberatung-mv.de/>

¹²² Informationen zur Förderung von Begegnungs- und Gemeinschaftsorten („Dritte Orte“) sind beim Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) abrufbar: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Foerderungen/MV/>.

5.2 Evaluation und Fortschreibung

Mit dem Ziel, Fortschritt, Wirksamkeit und Umsetzung der Handlungsempfehlungen des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern zu überprüfen, ist beabsichtigt, eine Evaluation durchzuführen. Dabei sollen Stärken und Schwächen identifiziert werden, damit Verbesserungsbedarfe erkannt und gegebenenfalls Anpassungen vorgenommen werden können. So soll der Demenzplan strukturiert, planvoll und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dafür kann auch ein Austausch oder eine Zusammenarbeit mit dem eingerichteten wissenschaftlichen Beirat „Herausforderung Demenz“ erfolgen. Die

Möglichkeiten, Daten hierfür nutzbar zu machen sowie eine Finanzierung für die Durchführung der Evaluation des Demenzplans Mecklenburg-Vorpommern bereitzustellen, sind dabei zu prüfen.

Das Vorgehen soll sicherstellen, dass der Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern die gewünschten Ergebnisse erzielt, um die Unterstützung und Versorgung für Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden bedarfs- und bedürfnisgerecht zu gestalten und kontinuierlich zu verbessern.

6 Ausblick

„Ich weiß nicht, wer ich bin, und ich weiß nicht, wo ich bin.“ – Auguste Deter, 1. dokumentierte Alzheimer-Patientin)

Dies zeigt uns, wie wichtig es ist, Menschen mit Demenz mit Mitgefühl und Unterstützung zu begegnen, gerade wenn sie sich in einer Welt voller Verwirrung befinden. Nur durch gemeinsames abgestimmtes Handeln, können wir dazu beitragen, ihre Lebensqualität zu verbessern.

Wie aufgezeigt, steigt die Relevanz des Themas Demenz. Für diese Entwicklung soll der Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern Weichen stellen und Grundlage sein, um die Unterstützung und Versorgung in unserem Bundesland nachhaltig zu gestalten und zu verbessern. Für die Zukunft ist es entscheidend, die bestehenden Strukturen weiter zu stärken und gezielt auf die sich wandelnden Bedürfnisse einzugehen.

Dabei spielt die enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren zur Umsetzung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen eine zentrale Rolle. Zudem sollten innovative Ansätze, wie niedrigschwellige Beratungsstellen und digitale Unterstützungsangebote, stärker integriert werden, um eine breitere Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Dafür werden auch die Ergebnisse zur Weiterentwicklung der Nationalen Demenzstrategie¹²³ sowie bundesgesetzliche Regelungen, beispielsweise einer anstehenden Pflegereform resultierend u. a. aus den Ergebnissen des Zukunftspakt Pflege¹²⁴, in den Blick genommen. Es gilt, den Demenzplan Mecklenburg-Vorpommern regelmäßig zu evaluieren und flexibel anzupassen, um auf gesellschaftliche Veränderungen und demografische Entwicklungen reagieren zu können. Dies trägt dazu bei, dass Menschen mit Demenz und ihre Familien auch in Zukunft die bestmögliche Unterstützung erhalten.

¹²³ Über <https://www.nationale-demenzstrategie.de/aktuelles> können aktuelle Entwicklungen nachverfolgt werden (Abruf 24.04.2026)

¹²⁴ Vgl. BMG (2025).

Literaturverzeichnis

- Alltag S, Conrad I, Riedel-Heller SG: Pflegebelastungen bei älteren Angehörigen von Demenzerkrankten und deren Einfluss auf die Lebensqualität. Eine systematische Literaturübersicht. Z Gerontol Geriatr 2019; 52:477-486.
- Alzheimer Europe. Dementia in Europe. Yearbook 2018. Comparison of national dementia strategies in Europe. Luxemburg, 2019. Im Internet unter: https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/dementia-europe-yearbook-2018-comparison-national-dementia-strategies-europe?language_content_entity=en (Abruf 02.04.2026).
- Baer U & Schotte-Lange G. Das Herz wird nicht dement. Beltz Verlag Weinheim, Basel, 2019.
- Bergman H, Borson S, Jessen F, Krolak-Salmon P, Pirani A, Rasmussen J, Rodrigo J, Taddeo D. Dementia and comorbidities in primary care: a scoping review. BMC Prim Care 2023; 24:277.
- Bieber A et al. (2022). Mit Living Labs Praxis und Wissenschaft vernetzen. Pflegezeitschrift 2022; 5.
- Brijoux T, Zank S. Auswirkungen kognitiver Einschränkungen (Demenz) auf Lebensqualität und Versorgung. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen. D80+ Kurzberichte Nr. 7. Köln, 2022. Im Internet unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaar-78948-9> (Abruf 08.05.2026).
- Blotenberg I, Hoffmann W, Thyrian JW. Demenz in Deutschland: Epidemiologie und Präventionspotenzial. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 470–6.
- Blotenberg I, Thyrian JT. Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.) Berlin, 2024a. Im Internet unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/publikationen/informationsblaetter/thema/allgemeines#pubList> (Abruf 22.07.2026).
- Blotenberg I, Boekholt M, Michalowsky B, Platen M, Rodriguez FS, Teipel S, Hoffmann W, Thyrian JR. What influences life expectancy in people with dementia? Social support as an emerging protective factor. Age Ageing 2024; 53:afae044.
- Blotenberg I, Thyrian JR. Toward targeted dementia prevention: Population attributable fractions and risk profiles in Germany. Alzheimers Dement (Amst) 2025; 17:e70225
- Borges do Nascimento IJ, Abdulazeem HM, Weerasekara I, Sharifan A, Grandi Bianco V, Kularathne I, Cunningham C, Sathian B, Deeken G, Østengaard L, Frederique-Djurdjevic R, van Hoof J, Lazzeri L, Redlich C, Marston HR, Sernizon Guimarães N, de Barros J, Dos Santos RA, Azzopardi-Muscat N, Yon Y, Novillo-Ortiz D. An Overview of Reviews on Telemedicine and Telehealth in Dementia Care: Mixed Methods Synthesis. JMIR Ment Health 2025; 12:e75266.
- Bühler F, Leinen A, Bieber A. Mit Living Labs Praxis und Wissenschaft vernetzen. Pflegezeitschrift 2022; 5.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10-GM Version 2024. Bonn, 2026. Im Internet unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/block-f00-f09.htm> (Abruf 02.04.2026).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin, 2015. Im Internet unter: <https://www.bmfsfj.bund.de/resource/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7-altenbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf> (Abruf 08.05.2026)

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Demenz und Krankenhäuser – Aufbau demenzfreundlicher Strukturen Handreichung zum Bundesmodellprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“. Berlin, 2021. Im Internet unter: <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/154490/45377868312c87eea1357196ddeedofe/demenz-und-krankenhaeuser-aufbau-demenzfreundlicher-strukturen-data.pdf> (Abruf 06.02.2026).
- Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Information: Demenzsensibles Krankenhaus. Berlin, 2026. Im Internet unter: <https://www.wegweiser-demenz.de/wwd/medizinisches/im-krankenhaus/demenzsensibles-krankenhaus> (Abruf 11.05.2026)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Nationale Demenzstrategie. Berlin, 2020. Im Internet unter: <https://www.nationale-demenzstrategie.de/die-strategie> (Abruf 02.04.2026).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung – Roadmap. Berlin, 2025. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/zukunftspakt-pflege-11-12-2025> (Abruf 24.04.2026).
- CDU, CSU, SPD. Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode. Berlin, 2025. Im Internet unter: https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf (Abruf 02.04.2026).
- Cicirelli G, Marani R, Petitti A, Milella A, D'Orazio T. Ambient Assisted Living: A Review of Technologies, Methodologies and Future Perspectives for Healthy Aging of Population Sensors (Basel) 2021; 21:3549.
- Dapp U, Anders J, Golgert S, von Renteln-Kruse W, Minder CE. Ressourcen und Risiken im Alter. Die LUCAS-I Marker zur Klassifizierung älterer Menschen als FIT, pre-FRAIL und FRAIL. Validierung und erste Ergebnisse aus der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS) Z Gerontol Geriatr 2012; 45:262-70.
- Dapp U, Minder CE, Anders J, Golgert S, von Renteln-Kruse W. Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens—results from the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). BMC Geriatr 2014;14:141.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. Umzug ins Pflegeheim. Entscheidungshilfen für Angehörige von Menschen mit Demenz. Berlin, 2019. Im Internet unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/publikationen/broschueren/thema/wohnung-und-technik#pubLis>. (Abruf 27.04.2026).
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. Informationsblatt 13. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz Berlin, 2020. Im Internet unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/publikationen/informationsblaetter/thema/allgemeines> (Abruf 27.04.2026)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. Leitsätze zur Qualität der Arbeit der Alzheimer Gesellschaften. Berlin, 2021. Im Internet unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/In_eigener_Sache/Leitsaetze_Qualitaet_2021.pdf (Abruf 27.04.2026).
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus. Berlin, 2022. Im Internet unter: <https://shop.deutsche-alzheimer.de/broschueren/33/patienteninformationsbogen>. (Abruf 11.05.2026).
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus. Berlin, 2025. Im Internet unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Broschueren/patienten_mit_demenz_im_krankenhaus_komplett.pdf (Abruf 27.04.2026).

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. Hilfe beim Helfen – Schulungsreihe der DAzG. Ein interaktives modulares Seminarprogramm, das sich an pflegende Angehörige wendet. Berlin, 2022. Im Internet unter: <https://shop.deutsche-alzheimer.de/broschueren/19/hilfe-beim-helfen-schulungsreihe-der-dalg>. (Abruf 27.04.2026).
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). S 3 Leitlinie – Pflegende Angehörige von Erwachsenen. Im Internet unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-006l_S3_Pflegende-Angehoerige-von-Erwachsenen_2019-03-abgelaufen.pdf (Abruf 25.03.2026).
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP), Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG). S 3-Leitlinie – Delir im höheren Lebensalter – Eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-interprofessionelle Leitlinie zu Delirprävention, -diagnostik und -therapie beim alten Menschen – Langfassung. AWMF-Register Nr. 109- 001. Im Internet unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/109-001l_S3_Delir-im-hoeheren-Lebensalter_2026-01-1.pdf (Abruf 25.03.2026).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN). S 3 Leitlinie- Demenzen Living Guideline – Langfassung. AWMF-Register Nr. 038-013. Im Internet unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013> (Abruf 25.03.2026).
- Deutscher Ethikrat. Demenz und Selbstbestimmung, Stellungnahme. Berlin, 2012.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. Krankenhäuser: Handreichung zum Aufbau demenzfreundlicher Strukturen. Berlin, 2026. Im Internet unter: <https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/krankenhaeuser-handreichung-zum-aufbau-demenzfreundlicher-strukturen/> (Abruf 11.05.2026).
- Dhanda N, Scaria EB. Dementia and communication comorbidities within the context of caregiver support systems: a scoping review. BMC Geriatr 2025; 25:995.
- Dick S, Häusler A, Krause-Köhler K, Nordheim J, Rapp MA. Demenzielle Erkrankungen im Alter. In: Kuhlmei A, von Renteln-Kruse W (Hrsg.). Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt, Band 6. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, 2017.
- Dreier-Wolfgramm A, Schulz A, Lichy D. Demenzforschungsthemen in Mecklenburg-Vorpommern zum Abgleich der Nationalen Demenzstrategie: eine systematische Literatursuche. Pflege 2026 – under review.
- Gläser E, Kilimann I, Platen M, Hoffmann W, Brosseron f, Buerger F, Coenjaerts M, Düzel E, Ewers M, Fliessbach K, Frommann I, Gemenetzi M, Glanz W, Hellmann-Regen J, Incesoy EI, Janowitz D, Jessen F, Peters O, Priller J, Ramirez A, Schneider A, Spottke A, Spruth EJ, Teipel S, Wagner M, Michalowsky B. The economic burden of subjective cognitive decline, mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia: excess costs and associated clinical and risk factors. Alzheimers Res Ther 2025; 17:142.
- Gronemeyer R, Ritter M, Schultz O, Träger J. (Hrsg.). Demenz im Quartier: Ehrenamt und Sozialraumorientierung für das Alter (Alter – Kultur – Gesellschaft, 8). Transcript Verlag, Bielefeld, 2022.
- Gronemeyer, Reimer. Die Abgelehnten – Warum Altersdiskriminierung unserer Gesellschaft schade. Droemer, München, 2025.
- Guarino A. et al. (2019). Executive Functions in Alzheimer Disease: A Systematic Review. Front Aging Neurosci 2019, 15:10:437.
- Hahnel E, Pörschmann-Schreiber U, Schwanemann E, Oehse I, Pantel J, Tesky V, Schall A. Entwicklung eines Versorgungspfades für Menschen mit Alzheimer-Demenz (und ihrer Angehörigen). Erkenntnisse eines Rapid Reviews und erste

Implikationen für die Entwicklung des Versorgungspfades. IGES Institut, Berlin, 2025. Im Internet unter: <https://www.versorgungspfad-demenz.de/Home/Aktuelles> (Abruf 22.04.2026).

- Hessler JB et al. (2018). Behavioural and psychosocial symptoms in general hospitals patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care. Results of the General Hospital Study Epidemiol Psychiatr Sci 2018; 27:278-287.
- Jones A, Ali MU, Mayhew A, Mokashi V, He H, Lin S, Yavari E, Paik K, Subramanian D, Dydynsky R, Aryal K, Correia RH, Dash D, Manis DR, O'Connell M, Liu-Ambrose T, Taler V, McMillan JM, Hogan DB, Kirkland S, Costa AP, Wolfson C, Raina P, Griffith L. Potentially Modifiable Risk Factors for Dementia and Mild Cognitive Impairment: An Umbrella Review and Meta-Analysis. Dement Geriatr Cogn Disord 2024, 53:91-106.
- Kaspar R, Ernst AC, Zank S. Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden in der Hochaltrigkeit. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen. D80+ Kurzberichte Nr. 10. Köln, 2022. Im Internet unter: https://ceres.uni-koeln.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Dokumente/NRW80plus_D80plus/20221007_D80_Forschungsbericht_Nummer_10_-_Oktober_2022.pdf (Abruf 08.05.2026).
- Kelle N, Ehrlich U. Situation unterstützender und pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA, Hrsg.). DZA aktuell. Deutscher Alterssurvey. Heft 04/2022.
- Kirchen-Peters S. Demenz als pflegerische Herausforderung im Krankenhaus. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2025. Versorgung Hochbetagter. Springer, Berlin, 2025. Im Internet unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-70947-4> (Abruf 08.05.2026).
- Kirchen Peters S, Rupp E. Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Stuttgart, 2019. Im Internet unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-11/Praxisleitfaden_demenzsensibile_Krankenhaeuser.pdf (Abruf 06.02.2026).
- Kremer-Preiß U. Wohnen 6.0 - Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege. In Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V (KDA, Hrsg.). Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Berlin, o.J. Im Internet unter: https://kda.de/wp-content/uploads/2021/11/KDA_Wohnen_6.0.pdf (Abruf 02.04.2026).
- Klie T. Recht auf Demenz. Ein Plädoyer, Kirzel, Stuttgart, 2021.
- Körber-Stiftung. Dritte Orte. Begegnungsräume in der altersfreundlichen Stadt. Hintergrund und gute Praxis. Hamburg, 2023. Im Internet unter: https://koerber-stiftung.de/site/assets/files/34668/spotlight_demografie_dritte_orte.pdf (Abruf 27.04.2026)
- Li W, Kim K-WR, Zhang D, Liu B, Dengler-Criss CM, Wen M, Shi L, Pan X, Gu Y, Li Y. Cost-effectiveness of physical activity interventions for prevention and management of cognitive decline and dementia-a systematic review. Alzheimers Res Ther 2023; 15:159.
- Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, Ames D, Banerjee S, Burns A, Brayne C, Fox NC, Ferri CP, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Nakasujja N, Rockwood K, Samus Q, Shirai K, Singh-Manoux A, Schneider LS, Walsh S, Yao Y, Sommerlad A, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024; 10;404:572-628.
- Michalowsky B, Kaczynski A, Hoffmann W. Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland – Eine Metaanalyse. Bundesgesundheitsbl 2019; 62:981-99.

- Michalowsky B, Blotenberg I, Platen M, Teipel S, Kilimann I, Portacolone E, Bohlken J, Rädke A, Buchholz M, Scharf A, Mühlichen F, Xie F, Thyrian JR, Hoffmann W. Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness of Collaborative Dementia Care: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open 2024;7:e2419282.
- Michalowsky B, Hoffmann W, Riedel-Heller S, Kohring C, Teipel S, Akmatov MK, Bohlken J, Holstiege J. Decline in Incidence and Prevalence of Dementia: An Analysis of Outpatient Claims Data. Dtsch Arztebl Int 2025; 122:373-378.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern. Engagementstrategie Mecklenburg-Vorpommern - Gemeinsam den Wandel gestalten. Schwerin, 2025a. Im Internet unter: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1685490 (Abruf 30.01.2026)
- Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht „Runder Tisch gegen Einsamkeit im Alter“. Schwerin, 2025b. Im Internet abrufbar unter: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1679740 (Abruf 25.03.2026)
- Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern. Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention – Gesamtausgabe sowie die Schwerpunkte psychische Gesundheit, Bewegungsförderung, Gesundheitskompetenzen, Suchtprävention. Schwerin, 2025c. Im Internet unter: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/gesundheit/Expertenkommission-zur-Weiterentwicklung-des-Gesundheitswesens/> (Abruf 25.03.2026)
- Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern. Geriatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin, 2026a. Im Internet unter: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1687827 (Abruf 22.04.2026)
- Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport Mecklenburg-Vorpommern. Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern 2026 - Rahmenplan. Schwerin, 2026b. Im Internet unter: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/gesundheit/Gesundheitsversorgung/Krankenhauswesen/> (Abruf 11.06.2026)
- Nguyen H, Terry D, Phan H, Vickers J, McInerney F. Communication training and its effects on carer and care-receiver outcomes in dementia settings: A systematic review. J Clin Nurs 2019; 28:1050-1069.
- Paus L. Menschen mit Demenz gehören in unsere Mitte Demenzpolitik als teilhabeorientierte Gesellschaftspolitik. In: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.). Angehörige von Menschen mit Demenz Forschungsergebnisse und Perspektiven. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, 2025, S. 11-18. Im Internet unter <https://beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik-soziale-arbeit/angehoerige-von-menschen-mit-demenz/BEL448036> (Abruf 13.07.2026).
- Pinkert C, Köhler K, Holle B. Angehörige von Menschen mit Demenz im Fokus. In: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.). Angehörige von Menschen mit Demenz Forschungsergebnisse und Perspektiven. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, 2025, S. 19-23. Im Internet unter: <https://beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik-soziale-arbeit/angehoerige-von-menschen-mit-demenz/BEL448036> (Abruf 13.07.2026).
- Reetz K, Liepelt-Scarfone I, Häger A, Flöel A, Schulz JB; Dementia Commission of the German Society for Neurology (DGN). The best treatment is prevention: prevention of cognitive decline and dementia - current state, gaps and next steps. Neurol Res Pract 2026;8:30.
- Rösler A, Hofmann W, von Renteln-Kruse W, Flesch P, Greuel HW, Hoffmann J, Hofmann W, Kopf D, Meyer AK, Merk B, Nehen HG, Püllen R, Schwab J, von Renteln-Kruse W, Weil K. Spezialisierte Station zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. Z Gerontol Geriatr 2010;43:249-253.

- Rößler J, Ludwig M. Evaluation des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“. Abschlussbericht für den Berichtszeitraum 09/2020 bis 12/2024. Insitut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (Hrsg.). Saarbrücken, 2025, Im Internet unter: <https://www.publikationen-bundesregierung.de/pp-de/publikationssuche/evaluation-allianzen-demenz-2403902> (Abruf 11.05.2026)
- Rommel A, Gärtner B, Neuhauser H, Yessimova D, Schröder H, Brückner G, Schüssel K, Porst M. Demenzerkrankungen – Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten. J Health Monit 2025;10: e13078.
- Rush KL, Singh S, Seaton CL, Burton L, Li E, Jones C, Davis JC, Hasan K, Kern B, Janke R. Telehealth Use for Enhancing the Health of Rural Older Adults: A Systematic Mixed Studies Review. Gerontologist 2022; 62(10):e564-e577.
- Sánchez-Martínez I, Celdrán M, Jerez-Roig J. „Now I Understand You“: Changes in the Communication of Professionals in Nursing Homes After Receiving Training in the Validation Method. J Contin Educ Nurs 2023; 54:157-168.
- Schüssel K, Brückner G, Schröder H, Doblhammer G, Jessen F, Ernst J, Caratiola C, Münnich R. Forecast of dementia prevalence in Germany and subnational regions until 2060 using microsimulation. Eur J Epidemiol 2026; doi: 10.1007/s10654-026-01392-4 (e-pub ahead of print).
- Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern. Statistisches Taschenbuch 2025 Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin, 2025. Im Internet unter: <https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Statistik/Dateien/Publikationen/Statistisches%20Jahrbuch/Z011T%202025%2000%20%28Online%29.pdf> (Abruf 02.04.2026).
- Sung H-C, Su H-F, Lee W-L, Chin M-Y, Wang H-M, Huang H-J, Chu C-H. A multicomponent dementia education and support program for family caregivers: A randomized controlled trial. Int Psychogeriatr 2026; online ahead of print; doi: 10.1016/j.inpsyc.2026.100202.
- Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Eichler T, Michalowsky B, Dreier-Wolffgramm A, Zwingmann I, Kilimann I, Teipel S, Hoffmann W. Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2017;74:996-1004.
- Thyrian JR, Boekholt M, Hoffmann, W, Leiz M, Monsees J, Schmachtenberg T, Schumacher-Schönert F, Stentzel U. Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. Nervenarzt 2020; 94(1):10258-1061.
- Walsh S, Brain J, Mukadam N, Anderson R, Greene L, Govia I, Kuhn I, Anstey JA, Knapp M, Stephan BCM, Brayne C. A systematic review of the cost-effectiveness of community and population interventions to reduce the modifiable risk factors for dementia. Maturitas 2022; 166:104-116.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Gesundheitsatlas Deutschland. Krankheiten des Nervensystems Demenz, Stand 2023. Berlin, 2026. Im Internet unter: <https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/demenz?activeValuetype=praevalence&activeLayerType=county&statel=MV> (Abruf 02.04.2026).
- World Health Organization (WHO). World report on ageing and health. Genf, 2015. Im Internet unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042> (Abruf 11.05.2026).
- World Health Organization (WHO). Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025. Genf, 2017. Im Internet unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2098e5be-c7f3-4365-aebf-36204459794f/content> (Abruf 02.04.2026).
- Zieschang T et al. (2019). Spezialstationen für Patienten mit kognitiver Einschränkung. Ergebnisse einer Umfrage in Kliniken für Geriatrie in Deutschland. Z Gerontol Geriatr 2019; 52:598-606.

