



# Von guten Ideen zu tragfähigen Lösungen vor Ort

Erfahrungen und Perspektiven Nationaler Demenzstrategien:  
Wie Unterstützung vor Ort nachhaltig gelingt

Christian Heerdt | Kuratorium Deutsche Altershilfe



Kuratorium  
Deutsche Altershilfe

A photograph of a forest path covered in fallen autumn leaves. The path is flanked by tall, thin trees. In the distance, a red car is visible on the path. The text is overlaid on the left side of the image.

Leitfrage

# Woran merkt ein Mensch mit Demenz vor Ort, dass Deutschland eine Nationale Demenzstrategie hat?

Nicht die Zahl der Maßnahmen ist entscheidend – sondern ob daraus vor Ort  
verlässliche Wege, Zuständigkeiten und Unterstützung entstehen.

## Die NDS 2020–2026: ein breites Bündnis



Beschluss der  
Strategie



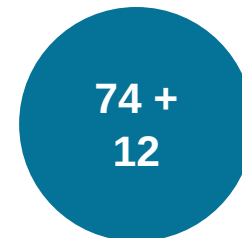
Handlungsfelder



Ziele



Maßnahmen



Akteure im Netzwerk

Teilhabe am Lebensort

Menschen mit Demenz  
und Angehörige  
unterstützen

Medizinische und  
pflegerische Versorgung

Forschung zu Demenz

**142**

**bis Ende 2025 fällige Maßnahmen**

70 % abgeschlossen  
28 % in Umsetzung

**166**

**Maßnahmen insgesamt**

99 abgeschlossen  
40 in Umsetzung

**4**

**Handlungsfelder**

Abschlussquoten um 70 %

**Erfolg der Mobilisierung und Umsetzung – noch kein Nachweis strategischer Wirkung vor Ort**

# Umsetzungsgrad ist noch kein Wirkungsgrad

## Aktivität

Maßnahme durchgeführt

Veranstaltung durchgeführt

Material entwickelt

Netzwerk aufgebaut

## Wirkung

Menschen finden Unterstützung

Übergänge funktionieren

Angehörige werden entlastet

Zuständigkeiten klären sich



**Die Spannung bleibt: Lebenslagen der Person treffen auf Organisationslogiken des Systems.**





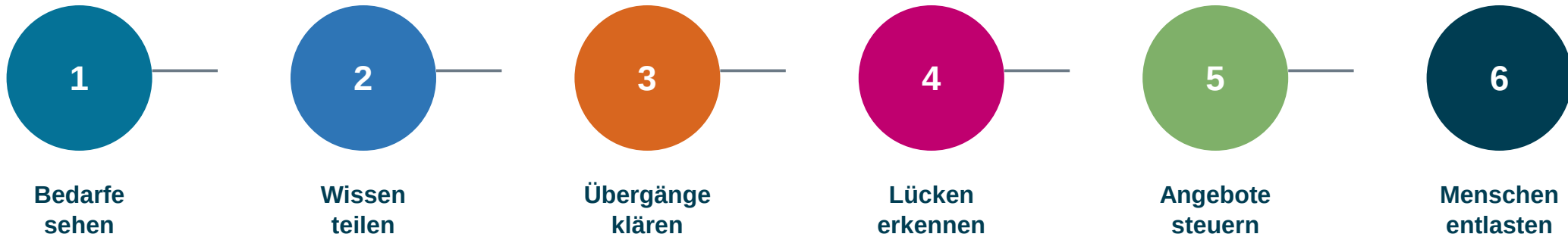
Was macht eine Strategie wirksam?

1. Gelingensbedingungen vor Ort
2. Fokus und Priorisierung von Handlungsfeldern und Maßnahmen



Verankerung und  
Rahmenbeding-  
ungen vor Ort

Angebote, Modellprojekte  
(>20Jahre), Innovationen,



**Der Mehrwert eines Netzwerks entsteht, wenn Kooperation Zugänge, Zuständigkeiten, Fallverläufe und Planung verändert.**

## Kommune als Akteur und Handlungsraum

### Sehen

Bedarfe, Lücken, nicht erreichte Gruppen

### Verbinden

Beratung, Pflege, Medizin, Wohnen,  
Teilhabe, Selbsthilfe

### Gestalten

Planung, Infrastruktur, Zugänge, lokale  
Kooperation



**Kommune heißt nicht Alleinverantwortung – sondern Koordination verteilter  
Verantwortung.**

### Schottland: Post-Diagnostic Support

Mindestanspruch: ein Jahr Unterstützung nach Diagnose  
Evaluation 2026: Nutzen für Orientierung, emotionale und praktische Unterstützung  
Lernpunkt: gute Struktur braucht funktionierende Zugänge und Daten

### Niederlande: Casemanagement früh im Verlauf

Begleitung bereits in der „Nicht-pluis“-Phase  
Zorgstandaard Dementie: Verlauf vom Verdacht bis Lebensende  
Lernpunkt: Beziehung zum Unterstützungssystem früh aufbauen

**Strategischer Mehrwert: aus Diagnose wird nicht nur Information, sondern ein verlässlicher Unterstützungsprozess.**



### Irland

Model of Care:  
Symptomwahrnehmung,  
Assessment, Diagnose, Care  
Planning und Post-Diagnostic  
Support als  
zusammenhängender Pfad.

### Norwegen

Kommunale Demenz-  
/Gedächtnisteam, Koordination  
und feste Ansprechpunkte über  
den Krankheitsverlauf.

**Lernpunkt: Nicht nur Angebote planen, sondern  
Wege durch ein fragmentiertes System  
organisieren.**



## Landesdemenzstrategien: warum relevant?

- regionale Bedarfe und Prioritäten übersetzen
- Landesnetzwerke, Fachstellen und Programme verankern
- Transfer zwischen Bund, Land und Kommunen stärken
- gute Praxis erproben und verstetigen



**Bund setzt den strategischen Rahmen**



**Länder übersetzen und flankieren**



**Kommunen organisieren lokale Umsetzung**



**internationale Lehren:** Schottland, Niederlande, Irland, Norwegen

## Neue Grundlogik

Orientierung an sieben WHO-Handlungsfeldern  
89 Organisationen im Netzwerk  
priorisierte strategische Ziele statt bloßer Breite  
Maßnahmen: evidenzbasiert, messbar, realistisch,  
wirksam

## Vorgesehene Arbeitsgruppen

1

Prävention

2

Teilhabe & Sensibilisierung

3

Beratung & Unterstützung

4

Rechte & Rechtsdurchsetzung

5

vernetzte Versorgung

**Das nimmt zentrale KDA-Punkte auf: Wirkung, Pfade, Kontinuität und strukturierte Zusammenarbeit.**

### AG 3: Beratung und Unterstützung

frühzeitige, niedrigschwellige und kontinuierliche Beratung  
verlässlich erreichbar, passgenau, anschlussfähig  
kommunale Beratungs- und Vernetzungsstrukturen  
stärken  
Angehörige gezielt entlasten

### AG 5: Vernetzte Versorgung

sektorenübergreifender Versorgungspfad  
Schnittstellen: Haus-/Fachärzte, Krankenhaus, Pflege,  
Reha, Beratung, Kommune, Palliativversorgung  
besondere Risiken: Krisen, Krankenhaus, Delir,  
fortgeschrittene Demenz

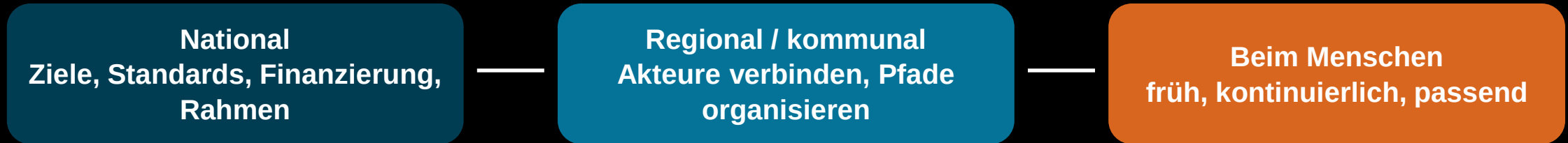
**Entscheidend bleibt: Wie wird daraus lokale Praxis – mit Zuständigkeit, Ressourcen und Verbindlichkeit?**

## Der neue Arbeitsprozess: Chance mit Bewährungsprobe



**Die offene Frage: Wie wird aus freiwilliger Kooperation eine verlässliche Umsetzungsstruktur vor Ort?**

# Von guten Ideen zu tragfähigen Strukturen



**Erfolgsfrage der nächsten NDS: Entstehen vor Ort Strukturen, auf die sich Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen verlassen können?**

Es gibt nichts Gutes,  
außer man tut es



# Danke!



## **KONTAKT**

Christian Heerdt

Wissenschaftliche Leitung KDA

T: 02 21-93 18 47 -22

Mail: [Christian.Heerdt@kda.de](mailto:Christian.Heerdt@kda.de)