

Auswertung BMG-Workshop Versorgungspfad

Inhalt

Begrüßung und Vorstellungsrunde.....	1
Impulsvortrag zur Expertise und Einführung in die Gruppenarbeit	2
Vorstellung der Gruppenergebnisse.....	2
Vorstellung des Projekts LOTTA	5
Zusammenfassung, Abschlussdiskussion und Schlusswort BMG	6
Anhang	8
Liste der Workshop-Teilnehmenden	8

Begrüßung und Vorstellungsrunde

Die **Begrüßung** der Teilnehmenden erfolgte durch die Leiterin der Unterabteilung 42 „Pflegerstärkung“ im BMG Maria Becker. Sie bedankte sich für das rege Interesse am Workshop und berichtete, dass der Start der Arbeitsgruppe zum Versorgungspfad aus ihrer Sicht etwas holprig verlief. Auf die Bekanntmachung für ein Projektvorhaben hatten sich mehrere Interessenten gemeldet. Die vom BMG gesichteten Anträge waren sehr vielfältig, trafen aber nicht den Kern der Bekanntmachung. Man kam dann zu der Entscheidung, zunächst keinen Antrag auszuwählen und eine Phase voranzuschalten, in der zunächst die verschiedenen Facetten des Themas sortiert werden und Cluster gebildet werden sollten. Daraufhin wurde das iso-Institut mit einer Expertise beauftragt, um diese Vorstrukturierung in die Wege zu leiten. Des Weiteren sollten die Ergebnisse der Expertise in einem Workshop mit den Akteuren der Maßnahme besprochen werden.

Ziel des Workshops ist es, auf der Grundlage der Expertise durch den Workshop mit den beteiligten Akteuren weitere Erkenntnisse zu gewinnen und Anforderungen für ein geplantes Projekt zu formulieren. Die Erwartungen an den Workshop beständen nicht darin, bereits elaborierte Lösungen zu generieren, sondern zum Einstieg in die Arbeit am Versorgungspfad einen gemeinsamen Informationsstand zu schaffen und die wesentlichen Eckpfeiler für den Versorgungspfad zu formulieren.

Nach der Begrüßung übernahm das iso-Institut die Gesamtmoderation der Veranstaltung. Zunächst fand eine **Vorstellungsrunde** statt, anlässlich derer sich die Teilnehmenden (vgl. Liste im Anhang) zur Impulsfrage „Versorgungspfad – wo soll es hingehen?“ äußerten. Unter anderem wurde auf die Bedeutung von Transparenz und Vernetzung hingewiesen („Demenznetzwerke stärken“). Versorgungspfade könnten einen sektorenübergreifenden Informationsfluss unter Einbindung der Angehörigen, aber auch die Individualität von Hilfen stärken und die Verbreitung von technischen Hilfsmitteln verbessern. Versorgungspfade würden zu einer Entstigmatisierung der Demenz beitragen und eine Kultur der Bedürfnisorientierung zwischen den Akteuren fördern. Bei ihrer Entwicklung sollte Expertise aus der Selbsthilfe einbezogen werden. Die Rolle der Hausärzte könnte gestärkt, Unterstützungsangebote für die Angehörigen ausgebaut werden. Angestrebt werden sollte, dass unter

Einbeziehung semiprofessioneller Akteure Hilfmixe definiert und Menschen mit Demenz schon in einer früheren Erkrankungsphase adressiert werden.

Impulsvortrag zur Expertise und Einführung in die Gruppenarbeit

Anschließend wurden die Ergebnisse der den Teilnehmenden in Schriftform bereits vorliegenden Expertise durch das iso-Institut vorgestellt (vgl. Folien im Anhang). Der **Impulsvortrag** von Dr. Sabine Kirchen-Peters und Prof. Dr. Jürgen Stausberg befasste sich zunächst mit Argumenten für einen Versorgungspfad sowie mit den Zielsetzungen und dem methodischen Ansatz der Expertise. Überdies wurden ausgewählte Ergebnisse des Scoping Reviews und der Interviews mit Stakeholdern aus der Expertise vorgestellt. Abschließend verwiesen die Referent*innen auf die Empfehlungen aus der Expertise.

Die Expertise wurde in der Diskussion von den Teilnehmenden begrüßt und deren Ergebnisse befürwortet. Weiterführende Fragen zur Umsetzung bestimmten die Diskussion, etwa wie Qualitätsstandards aussehen müssten und gleichzeitig eine Flexibilität für regionale Vorbedingungen gegeben sein könnte. Die Nachhaltigkeit eines Versorgungspfades beschäftigte die Akteure ebenso wie die Fragen, an welche Institution ein Versorgungspfad anzubinden wäre und wer die Steuerung übernehmen könnte.

Diese und andere Fragen wurden in vier Arbeitsgruppen vertieft: „1. Qualitätsstandards/Flexibilitätsanforderungen“, „2. Rolle von Steuerung“, „3. Monitoring, Evaluation, Implementationshilfen“ sowie „4. Darstellungsformate/Regelung der Zusammenarbeit“. Zur Vorbereitung der Gruppenarbeit erfolgte zunächst eine **Einführung** durch das iso-Institut (vgl. Präsentation im Anhang). Die Zuordnung der Teilnehmenden auf die Gruppen wurde per Zufallsauswahl festgelegt und ggf. nachgesteuert, falls mehrere Beteiligte aus einer Institution derselben Gruppe zugeteilt waren. Auf Grundlage der Expertise waren Anregungen und offene Fragen formuliert worden, die den Gruppen als Diskussionsgrundlage dienen sollten. Die Gruppen bestimmten im Rahmen der Einführung in die Gruppenarbeit jeweils eine*n Gruppenmoderator*in, der/die auch für die Ergebnissicherung mit Hilfe vorbereiteter Protokollfolien verantwortlich war.

Vorstellung der Gruppenergebnisse

Nach der Gruppenphase erfolgte die **Vorstellung der Gruppenergebnisse** durch die Moderator*innen.

Gruppe 1 „Qualitätsstandards/Flexibilitätsanforderungen“ orientierte sich an folgenden Fragen und Diskussionspunkten aus der Expertise. Welche Fachstandards sind erforderlich (S3-Leitlinien angepasst an Stadien der Demenz, PIM-Listen, fachliche Vorgaben für Case-Management; Einigung auf Minimalstandard ist zu vermeiden!)? Wie ist der Datenaustausch zwischen den Beteiligten zu gestalten (Sektorenübergreifende Dokumentation, möglichst digitales Format, Berücksichtigung Datenschutz, Menschen mit Demenz bzw. Angehörigen sind am Datenaustausch beteiligt)? Wie können regionale Bedingungen Berücksichtigung finden (Angebotsstruktur vor allem im ländlichen Bereich defizitär, Fachkräftemangel führt zur Angebotsverknappung)?

Unter Moderation von Barbara Boos (BAGFW) arbeiteten die Teilnehmenden der Gruppe 1 Siirii Ann Doba (BAG Selbsthilfe), Dr. Leonie Mallmann (bpa), Dr. Sabine Köhler (SPIZ ZNS) und Prof. Dr. Martina Roes (DZNE) folgende Ergebnisse heraus:

Wo stehen wir beim Gruppenthema 1 und wie ist das zu bewerten? Angebote stehen eher nebeneinander und sind wenig vernetzt. Das Versorgungssystem ist in jeder Hinsicht fragmentiert. Es besteht eine große Ratlosigkeit der Patient*innen und ihrer An- und Zugehörigen. Wissen fehlt über Anlaufstellen (Ärzte, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen, Pflege-Stützpunkte) sowie über Ansprüche, Hilfen und Angebote. Ebenso fehlt eine unterstützende Navigation durch das System; Unterstützungs- und Entlastungsangebote sind nicht bekannt.

Was ist in Bezug auf das Gruppenthema 1 zu tun und von wem? Die Vernetzung ist zu verbessern. Dies schließt eine verbesserte Finanzierung durch Bund/Länder/Kommunen/Kassen ein. Menschen mit Demenz, Angehörige und Öffentlichkeit sind über bestehende Angebote und Zugangsmöglichkeiten zu informieren. Dies kann über die Alzheimer Gesellschaft, Leistungserbringer, den GKV-SV, Kommunen, den Bund, die Länder oder über Bildungsarbeit geschehen. Zentrale Koordinationsangebote sind erforderlich (z. B. Dementia Care Manager, KSV-Richtlinie, §92 Abs. 6 SGB V). Die S3-Leitlinie bildet nur den medizinischen Teil der Versorgung ab. Zuständig wären das BMG sowie die Akteure im G-BA.

Gruppe 2 „Rolle von Steuerung“ orientierte sich an folgenden offenen Fragen und Diskussionspunkten aus der Expertise. Ist eine Lotsenfunktion notwendig? Durch wen ist diese ggf. zu leisten (je nach Region: engagierte Akteur*in mit Fachexpertise; zu klären: Rolle der Kommunen, Rolle des Hausarztes/der Hausärztin)? Wie weit geht die Steuerung (Schwerpunkt auf sozial-pflegerischen Leistungen; Ablaufplan mit Regelterminen)? Wie kann ein flexibler Einstieg in den Versorgungspfad gestaltet werden (Erstkontakt erfolgt in verschiedenen Stadien der Demenz und bei unterschiedlichen Instanzen wie Beratungsstellen, Hausarztpraxis usw.)?

Unter Moderation von Karla Hautzer (BMG) arbeiteten die Teilnehmenden der Gruppe 2 Mark Biedermann (KBV), Martin Polter (BMG), Prof. Dr. Horst Christian Vollmar (DEGAM) und Prof. Dr. Tania Zieschang (DGG) folgende Ergebnisse heraus:

Wo stehen wir beim Gruppenthema 2 und wie ist das zu bewerten? Derzeit übernimmt oftmals der Hausarzt eine gewisse „Lotsenfunktion“, da er der erste Ansprechpartner ist. Er ist als grundsätzlicher Lotse allerdings nicht geeignet, da ein*e Patient*in auf ihn zugehen muss und der Hausarzt die Lotsenfunktion neben seiner eigentlichen Tätigkeit nicht erfüllen kann. Externe Lotsenstelle sollte außerhalb des Hausarztbereichs eingerichtet werden. Dazu bieten sich ambulante Strukturen mit multiprofessionellem Personalmix an - zukünftig in Gesundheitszentren.

Was ist in Bezug auf das Gruppenthema 2 zu tun und von wem? Ein aktueller Stand sollte skizzieren, was in Deutschland in Bezug auf das Thema „Lotsen – Strukturen“ bereits etabliert ist. Auch sollten mögliche ambulante Strukturen aufgezeigt werden, die für eine Lotsenfunktion geeignet wären (Welche Kooperationen, Zusammenschlüsse, Netzwerke, Praxisnetzwerke usw. gibt es bereits, die genutzt werden können?). Die Tätigkeit eines Lotsen sollte definiert werden. Sie sollte eine individuelle Beratung und Begleitung beinhalten. Die Aufgaben umfassen die Steuerung durch die medizinische Versorgung, die Vermittlung von Hilfsangeboten und einer sozialen Beratung, insgesamt die Führung durch das medizinische und soziale System. Die Berufsgruppe sollte offen bleiben. Generell eignen sich qualifizierte medizinische Fachangestellte, Dementia Care Manager, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter*innen und andere.

Was sind die nächsten Schritte? Geklärt werden sollte der Anschluss an bestehende Netzwerke und Strukturen. Die Tätigkeit eines Lotsen sollte bundesweit geklärt werden.

Gruppe 3 „Monitoring, Evaluation, Implementationshilfen“ orientierte sich an folgenden offenen Fragen und Diskussionspunkten aus der Expertise. Wie ist ein gemeinsames Verständnis für einen Versorgungspfad zu erreichen (Formulierung einer international abgesicherten Definition z. B. auf der

Grundlage der Empfehlungen des Europarats und der European Pathway Association)? Wo bestehen Forschungslücken (Analyse ausweiten auf nicht englischsprachige Literatur, Auswertung und Aufbereitung von Teilpfaden als Best-Practice-Beispiele)? Wie ist ein Monitoring zu gestalten (Entwicklung von Kennzahlen zu den Kategorien Strukturen, Prozesse, Ergebnisse sowie Integration betriebswirtschaftlicher Aspekte)? Welche Unterstützung der Implementierung ist erforderlich (Belastung der Fachakteure beim Aufbau der erforderlichen Strukturen und Abläufe mitdenken und dafür Ressourcen bereitstellen)?

Unter Moderation von Dr. Kathrin Bernateck (BMFSFJ) arbeiteten die Teilnehmenden der Gruppe 3 Heike Schwabe (DED), Prof. Dr. Frank Jessen (DGPPM) und Prof. Dr. René Thyrian (DZNE) folgende Ergebnisse heraus:

Wo stehen wir beim Gruppenthema 3 und wie ist das zu bewerten? Ein gemeinsames Verständnis des Versorgungspfades sollte vom Ziel hergedacht werden: Was soll der Versorgungspfad bringen? Ein Versorgungspfad ist dabei mehr als ein Behandlungspfad. Der Versorgungspfad ergänzt Aspekte der (medizinischen, pflegerischen, therapeutischen) Behandlung um Lebensweltaspekte (auch Subjektivität) und bezieht gesamtgesellschaftliche Dimensionen ein. Die Kommune ist hierbei ein wichtiges Element. Ein Versorgungspfad bildet den gesamten Krankheitsverlauf ab. Erkenntnisse aus der Forschung liegen reichlich vor; nun gilt es, in die praktische Erprobung zu gehen. Regional abhängig werden sich tragbare Lösungen herauskristalisieren. Ein partizipativer Konsens-Prozess ermöglicht, zu definieren, welche Kriterien für ein Monitoring benötigt werden und gewollt sind. Zu klären sind z. B. Funktion und Verhältnis von ökonomischen/statistischen Zahlen zu Kennzeichen der Zufriedenheit/Lebensqualität usw. bei Menschen mit Demenz und Angehörigen. Hierbei sollten Betroffene einbezogen werden. Eine Implementierung setzt die Sicherung der Finanzierung unter Berücksichtigung eines ausreichenden Zeitrahmens für eine Etablierung/Erprobung voraus. Hierbei sind Flexibilität und Heterogenität entsprechend regionaler sowie lokaler Bedarfe und Bedingungen zuzulassen. Die Einbeziehung Betroffener von Anfang an kann unnötigen Aufwand verringern und die Akzeptanz erhöhen. Zudem wirkt sie entstigmatisierend und sensibilisierend.

Was ist in Bezug auf das Gruppenthema 3 zu tun und von wem? Was sind die nächsten Schritte? In einem partizipativen Konsensprozess wäre das Konzept eines Versorgungspfades zu definieren. Das sollte beinhalten, wie die Akteure die Maßnahme verstehen und weiterverfolgen wollen. Zur Festlegung von Kriterien und Kennzahlen eines Monitorings sollten die Akteure aller Maßnahme eingebunden und ggf. weitere Expertise beteiligter Akteure aus Forschung, Versorgung und Praxis, aber auch von Menschen mit Demenz und Angehörigen berücksichtigt werden.

Gruppe 4 „Darstellungsformate/Regelung der Zusammenarbeit“ orientierte sich an folgenden offenen Fragen und Diskussionspunkten aus der Expertise. Welches Darstellungsformat sollte für den Versorgungspfad gewählt werden (graphische und textliche Elemente verbinden, begleitende Materialien wie Flyer für die Öffentlichkeitsarbeit)? Wie ist Verbindlichkeit herzustellen (Charta als Selbstverpflichtung auf Grundzüge der Zusammenarbeit und auf fachliche Zielsetzungen, Kooperationsverträge mit den operativen Akteuren mit Regelungsinhalten wie Fragen des Datenschutzes und der Vergütung von (Schnittstellen)-Leistungen)? Besteht die Notwendigkeit von Netzwerken (Begleitende regionale Netzwerke Demenz mit Koordinator*innen z. B. für den Zusammenhalt der Akteure, Informationstransfer und Öffentlichkeitsarbeit)?

Unter Moderation von Stefanie Köhler (DZNE) arbeiteten die Teilnehmenden der Gruppe 4 Nadine Gold (BAGSO), Hannah Freisheim (VDAB) und Britta March (BMG) folgende Ergebnisse heraus:

Was ist in Bezug auf das Gruppenthema 4 zu tun und von wem? Es sollte eine verständliche Darstellung gewählt werden, einfacher Text und graphische Darstellung. Auch neue Formate erhalten zunehmend

Bedeutung: youtube, Podcast, BLOGs. Für unterschiedliche Zielgruppen sollten unterschiedliche Darstellungen angeboten werden. Hierbei sind die jeweiligen Bedarfe zu berücksichtigen. Eine systematische Öffentlichkeitsarbeit müsste organisiert werden. Der Versorgungspfad muss verstehbar sein – „keep it simple“. Die Darstellung der Akteure muss vollständig sein, da nur so die „Weiterleitung“ der Betroffenen richtig erfolgen kann. Der Einsatz von KI ist mitzudenken.

Was sind die nächsten Schritte? Beratungsangebote müssen zugänglich und bekannt gemacht werden. Die Bedarfe für Ziele und richtige Formate sind für konkrete Zielgruppen zu ermitteln.

Nach **Vorstellung der Gruppenergebnisse** bestand für das Plenum die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen und die Ausführungen zu ergänzen. Folgende Aspekte wurden dabei herausgehoben.

- Im Hinblick auf Qualitätsstandards für einen Versorgungspfad wurde das Erfordernis formuliert, einen methodischen Diskurs zu führen, auf welcher Grundlage solche Standards definiert werden. Überdies sollten Aspekte der Zielgruppendifferenzierung und der Nachhaltigkeit hierbei eine Rolle spielen.
- Die Rolle von S3-Leitlinien zur Setzung des Standards in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Therapie wurde unterstützt. Allerdings sei klar zu definieren, welche Akteure in diesem Feld welche Schritte in einem Pfad vornehmen. Die Prozesse seien konkret zu beschreiben.
- Von zentraler Bedeutung wurde die Frage der Steuerung angesehen. Die Demenz- und Vernetzungsexpertise der betreffenden Akteure bzw. Institutionen sei der entscheidende Faktor. Man könne sich darauf einstellen, dass an dieser Stelle weiterer Qualifizierungsbedarf entstehen werde. Als geeignete Berufsgruppe wurden Pflegekräfte mit akademischem Abschluss genannt.
- Richtlinien, die sich mit der Frage der Steuerung und deren Finanzierung beschäftigen, sollten so offen formuliert werden, dass regionale Kompetenzen Berücksichtigung finden können. Gleichzeitig sei zu bedenken, dass es „blinde Flecken“ geben könnte, in denen Institutionen mit Demenzexpertise, die eine Steuerung übernehmen sollen, erst noch aufgebaut werden müssten.
- Dem Monitoring von Wirkungen wurde eine große Bedeutung beigemessen. Dabei seien nicht nur der ökonomische Erfolg, sondern auch weichere Faktoren wie die Zufriedenheit der Betroffenen in Betracht zu ziehen.

Vorstellung des Projekts LOTTA

Eine zusätzliche Anregung zum Thema schloss sich durch die **Vorstellung eines Praxisprojekts** an, in dem ein „Teil-Versorgungspfad“ umgesetzt worden war. Es handelte sich dabei um das Projekt LOTTA vom PARITÄTISCHEN Minden-Lübbecke/Herford. Die Vorstellung übernahm Prof. Dr. Peter Löcherbach, der für die Evaluation des Projekts verantwortlich gewesen war (vgl. Präsentation im Anhang).

Im Anschluss an den Vortrag äußerten sich die Teilnehmenden zu verschiedenen Aspekten des Vortrags. U. a. ging es darum, wie Patient*innen im Versorgungspfad Leistungen durchsetzen können, die mit zusätzlichen Kosten verbunden sind. Auch wurde angemerkt, dass durch die Implementierung des Pfades Kosten auf Systemebene entstehen, z. B. durch die Vernetzung der Akteure. Ein weiterer Diskussionspunkt bezog sich auf geeignete Monitoring-Variablen. Der Referent bezeichnete das Monitoring als Teil des Regelkreislaufs eines Case Managements. Das Monitoring solle an ein regionales Netzwerk angebunden sein, welches versorgungsrelevante Entscheidungen zu treffen hat.

Darüber hinaus wurde begrüßt, wenn im Versorgungspfad der gesamte Verlauf vom Beginn der Demenz bis zur Palliativversorgung dargestellt ist. Es wurde betont, dass der Aufbau von Vernetzungsstrukturen in einem Zeithorizont von fünf bis zehn Jahren zu betrachten sei. Ein

professionelles Netzwerkmanagement würde u. a. die Auswahl der Partner, die Definition von Zugangsregelungen, die Etablierung einer Netzwerkarchitektur sowie die Evaluation der Wirkungen beinhalten. „Wenn das Netzwerk vor sich hindümpelt, werden nach drei Sitzungen die Hälfte der Leute wegbleiben. Ist hingegen das Netzwerk gut gesteuert, werden sich die Akteure einbringen.“

Diskutiert wurde überdies die Frage, wie Betroffene in die Versorgungsplanung einbezogen werden sollen. Dazu sei zunächst ein möglichst niedrighschwelliger Zugang zum Versorgungspfad zu schaffen. Es müsse klar ersichtlich sein, an welche Stellen sich Betroffene zum Einstieg in den Pfad hinwenden können. Grundlage der Steuerung durch den Pfad könne ein Regelkreislauf von Unterstützungsleistungen sein - beginnend mit einem Assessment über die Diagnosestellung bis zu weiteren Leistungen wie Beratung und Versorgung. Bei jedem Schritt seien Patient*in und Angehörige aktiv zu beteiligen. Auch Krankenhäuser seien in den Pfad zu involvieren, da ein stationärer Aufenthalt immer eine besondere Krisensituation darstelle.

Zusammenfassung, Abschlussdiskussion und Schlusswort BMG

Vor der Abschlussdiskussion erfolgte durch das iso-Institut eine **Zusammenfassung aus der bisherigen Diskussion**. Darüber hinaus wurden Schlussfolgerungen aus den Beiträgen und offene Fragen bilanziert.

Allen Teilnehmer*innen war es wichtig, bei der Umsetzung eines Versorgungspfades die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen einzubinden. Regionale Unterschiede sollten beachtet und alternative Vorgehensweisen akzeptiert werden. Allerdings wäre in Übereinstimmung mit der internationalen Literatur davon auszugehen, dass auch bei den bestehenden nationalen Initiativen Verbesserungspotential bestehe.

Die Bedeutung einer Informierung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber auch einer Informierung der Leistungserbringer und anderer Beteiligter über Leistungsangebote und Versorgungskonzepte wurde mehrfach betont. Die Informierung allein würde allerdings nicht die Definition eines Versorgungspfades erfüllen, wie sie sich in der Literatur findet. Ein Versorgungspfad wird dort als komplexe Intervention verstanden, bei der die Informierung nur einen Teilaspekt ausmache.

Dass die Etablierung eines Versorgungspfades mit Aufwänden und Ressourcenbedarf verbunden ist, kam immer wieder zur Sprache. Demgegenüber wurden in der Literatur auch Einsparpotentiale beschrieben. Zur Gesamtbilanz liegen jedoch keine Informationen vor. Ein Teil der Aufwände wird für die Moderation von Reibungsverlusten eingesetzt werden müssen, die bei der Durchsetzung von Veränderungen der Versorgung zu erwarten sind. Dieser Aufwand ist unabhängig davon, ob ein Versorgungspfad als Mittel zur Prozessoptimierung oder als Netzwerk verstanden wird. Finanzielle Mittel müssten auch zur Schaffung von Motivation und zur Einbindung aller Akteure eingesetzt werden.

Prof. Dr. Löcherbach stellte den Versorgungspfad in seinem Vortrag als Netzwerk in Form eines Sterns dar. Die Expertise hatte hingegen herausgearbeitet, dass sich ein Versorgungspfad als eine Aneinanderreihung von Aktivitäten in ihren zeitlichen und logischen Beziehungen verstehen ließe. Die Akteure leisten dabei definierte Beiträge an bestimmten Punkten im Pfad. Diese Beiträge, aber auch die Kommunikations- und Dokumentationsanforderungen orientieren sich an den im Pfad definierten Anforderungen. Dieses in der Expertise herausgearbeitete Konzept eines Pfades zur Steuerung der Versorgung stellt einen Unterschied dar zu dem im Vortrag vorgestellten Gedanken eines Netzwerks zum Austausch prinzipiell unabhängig agierender Akteure.

Entsprechend der Literatur kann ein Case Management einen Beitrag zu einem Versorgungspfad leisten, ohne zwingend Bestandteil sein zu müssen. Auch stellt ein alleiniges Case Management noch keinen Pfad dar. In der Verknüpfung von Versorgungspfad und Case Management ließe sich ein Lotse installieren, der verfügbare Ressourcen, Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sowie Versorgungsziele im konkreten Einzelfall koordiniert. Der Versorgungspfad würde dann die Optionen für das Case Management beschreiben und Leitplanken für die Akteure definieren. Um in dieser Weise die Beratung und Begleitung für Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu verbessern, wird im Rahmen der Maßnahme 2.1.1 der Nationalen Demenzstrategie die Einführung eines Dementia Care Managements im SGB XI geprüft.

Im Scoping Review war bereits darauf hingewiesen worden, dass ein Pfad auch als Beschreibung des Status Quo verstanden werden kann, also eine Beschreibung des Ist-Zustands der Versorgung. Das Konzept des Versorgungspfads sei jedoch als idealtypisches Sollkonzept definiert. Es wäre dann zu diskutieren, inwieweit sich ein Versorgungspfad von den vorhandenen Strukturen und den verfügbaren Ressourcen der Gesundheitsversorgung löst. In der anfänglichen Diskussion bestand Konsens, dass ein abgehobenes Idealbild ohne Berücksichtigung der Rahmenbedingungen kein sinnvolles Ziel darstellen würde. Hingegen ließe sich ein Versorgungspfad für Menschen mit Demenz als eine Optimierung existierender Best-Practice-Beispiele einschließlich ihrer Dissemination und Implementierung umsetzen. Dies könnte für die Fortschreibung der Initiative ein wichtiges Zwischenergebnis sein.

Bei der **Abschlussdiskussion** beschäftigte die Teilnehmenden insbesondere die Planung der weiteren Arbeit am Thema Versorgungspfad. Das BMG betonte, dass der Workshop als Auftakt zu verstehen sei, um auf einer soliden Grundlage die weiteren Schritte in Angriff zu nehmen. Dazu solle gemeinschaftlich mit den Teilnehmenden und auf Grundlage der bislang vorliegenden Erkenntnisse und Umsetzungsempfehlungen ein Konzept entworfen werden, dies betreffe z. B. die Frage, in welchem Umfang weitere Gruppentreffen geplant werden oder ob es eine kleinere Untergruppe geben solle, um die Konzeption des Projektes vorzubereiten. Es sei ausdrücklich geplant, das bestehende Gremium als Kompetenznetzwerk zu nutzen und schrittweise mit dem, was im Workshop als Basis gelegt wurde, zu einer soliden Konzeption zu kommen.

Das **Schlusswort** übernahm Referatsleiterin Britta March vom BMG. Für das weitere Vorgehen sei nun eine gute Grundlage gelegt und ein gemeinsames Verständnis unter den Akteuren entwickelt worden. Ein Versorgungspfad werde offensichtlich gebraucht. Ein Einstieg über definierte Teilversorgungspfade sei eine Option, um in machbaren Schritten voranzukommen. Sie kündigte an, dass die Expertise des iso-Instituts um die Workshopergebnisse ergänzt und anschließend veröffentlicht werde. Alle Akteure würden umfassend zum weiteren Prozess informiert, verbunden mit der Bitte, sich weiter mit der eigenen Expertise und Sichtweise an den bevorstehenden Diskussionen zu beteiligen. Der Zusammenarbeit sehe das BMG mit Zuversicht und Freude entgegen.

Anhang

1. Liste der Workshop-Teilnehmenden
2. Präsentation Dr. Sabine Kirchen-Peters und Prof. Dr. Jürgen Stausberg, iso-Institut „Umsetzung von Versorgungspfaden Demenz. Impulsvortrag zur Expertise“
3. Präsentation Dr. Sabine Kirchen-Peters, iso-Institut „Einführung in die Gruppenarbeit“
4. Präsentation Prof. Dr. Peter Löcherbach, Katholische Hochschule Mainz „Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aller relevanten Akteure“

Liste der Workshop-Teilnehmenden

<i>Name</i>	<i>Akteurin/Akteur</i>
Barbara Boos	BAGFW
Britta March	BMG
Dr. Kathrin Bernateck	BMFSFJ
Dr. Leonie Mallmann	bpa
Dr. Siiri Ann Doka	BAG Selbsthilfe
Dr. Sabine Köhler	SPIZ ZNS
Hannah Freisheim	VDAB
Heike Schwabe	DED
Karla Hautzer	BMG
Marc Biedermann	KBV
Martin Polter	BMG
Nadine Gold	BAGSO
Prof. Dr. Frank Jessen	DGPPN
Prof. Dr. Horst Christian Vollmar	DEGAM
Prof. Dr. Jochen René Thyrian	DZNE
Prof. Tania Zieschang	DGG
Saskia Weiß	DAIzG
Stefanie Köhler	DZNE

