

Änne-Dörte Latteck, Christa Büker, Christina Ising und Jerome Major

Pflegeberatungskonzept nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Menschen mit geistiger Behinderung

Der Artikel beinhaltet die Entwicklung eines pflegewissenschaftlich fundierten Konzepts der Pflegeberatung für Menschen mit geistiger Behinderung. Auftraggeber des Projekts war eine Einrichtung der Eingliederungshilfe mit dem Ziel der Implementierung der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Einleitung

In einer Einrichtung der Eingliederungshilfe im ostwestfälischen Brakel (Kreis Höxter) mit mehreren Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung bestand der Wunsch nach Implementierung eines Pflegeberatungskonzeptes, da zahlreiche Bewohnerinnen und Bewohner einen Pflegebedarf aufweisen.

Durch das vermehrte Auftreten von Erkrankungen, Gesundheitsproblemen und Unterstützungsbedarfen bei der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung kommt es häufig zu einem steigenden Pflegebedarf und damit zu einem wachsenden Bedarf an pflegerischer Betreuung. Vor diesem Hintergrund wächst die Bedeutung von Pflege und Pflegeberatung für Menschen mit geistiger Behinderung (Büker 2014).

Die Entwicklung des Beratungskonzeptes erfolgte unter pflegewissenschaftlicher Begleitung. Nachfolgend wird das Konzept vorgestellt, das zunächst die gesundheitliche Situation von Menschen mit geistiger Behinderung beschreibt, anschließend die Leitperspektive der Pflegeberatung für die Zielgruppe vorstellt und sich dann den Beratungskompetenzen sowie dem konkreten Beratungsgeschehen inkl. der Anforderungen an die Dokumentation widmet.

1. Hintergrund

Seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung im Jahr 1995 besteht für Personen mit anerkannter Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und dem Bezug von Geldleistungen die Verpflichtung,



Jerome Major
(Diplom Kaufmann), Geschäftsführung,
Lebenshilfe Brakel Wohnen Bildung
Freizeit gGmbH



Christina Ising
(Dipl. Sozialpädagogin), Bereichsleitung
Wohnen, Lebenshilfe Brakel Wohnen
Bildung Freizeit gGmbH



Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck
Professorin für Pflegewissenschaft,
Fachhochschule Bielefeld Fachbereich 6
– Gesundheit
<https://www.fh-bielefeld.de/personenverzeichnis/aenne-doerte-latteck>



Prof. Dr. Christa Büker
Professorin für Pflegewissenschaft,
Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich
Gesundheit

je nach Pflegegrad zwei- bis viermal jährlich einen Beratungsbesuch durch eine anerkannte Pflegeeinrichtung abzurufen. Ziel der Beratung ist die „Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegen-

den“ (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Durch die wiederholten Besuche soll die Pflegesituation regelmäßig beobachtet, potenzielle Problembereiche erfragt, auf bestehende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht und eine Hilfestellung für den Bedarfsfall signalisiert werden. Pflegebedürftigen und Pflegenden sollen Kenntnisse über weitergehende Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten vermittelt sowie Informationen über die Gestaltung des Pflegemixes im Rahmen des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Abs. 4 SGB XI vermittelt werden. Ferner sollen Hilfestellung und praktische Unterstützung bei der häuslichen Pflege geboten werden, erste Lösungsschritte aufgezeigt, Kurzinterventionen durchgeführt und eine Information über weiterführende Beratungsangebote gegeben werden (GKV Spitzenverband 2019).

Anspruch auf einen halbjährlichen Beratungsbesuch – jedoch keine Verpflichtung zum Abruf – haben nach § 43a SGB XI auch Menschen mit Behinderung und anerkannter Pflegebedürftigkeit, die in einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe leben. Bei der Lebenshilfe Brakel handelt es sich um eine solche Einrichtung. Sie erbringt im Kreis Höxter für ca. 800 Menschen Dienstleistungen. Dazu gehören Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, Wohnstätten für Menschen mit Behinderung sowie ein Jugendwohnhaus und verschiedene Wohn- und Freizeitangebote in den Bereichen Ambulant Begleitetes Wohnen, Begleitete Elternschaft, Betreutes Wohnen in Familien, ambulante Jugendhilfe und Familienunterstützende Dienste. Seit Juli 2019 gehört ein ambulanter Pflegedienst zum Angebotsportfolio der Lebenshilfe. Dieser erbringt Leistungen im Sinne des SGB XI (Grundpflege) und SGB V (Behandlungspflege) sowie Pflegeberatungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Diese können neben dem klassischen Einsatzgebiet der eigenen Häuslichkeit bei Pflegegeldbezug auch für Menschen erbracht werden, die in den Wohnstätten der Lebenshilfe leben. Für sie ist § 43a SGB XI einschlägig, d.h. es können keine Pflegesachleistungen abgerufen werden, obwohl entsprechende Pflegegrade vorliegen. Wunsch der Verantwortlichen der Lebenshilfe war es, für die Durchführung der Beratungsbesuche ein zielgruppenspezifisches, pflegewissenschaftlich fundiertes Konzept zu entwickeln. Ein derartiges Konzept existierte nicht. Lediglich zielgruppenunspezifische Handlungsempfehlungen, entwickelt aus zwei Projekten – „Qualitätsstandard Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI“ (Kreis Soest 2002/2009) und „Modellprojekt zur Qualitätssicherung von Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI in der Landeshauptstadt Potsdam“ (Landeshauptstadt Potsdam 2017) – sowie den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche (GKV-Spitzenverband 2019) liegen vor.

2. Gesundheitliche Situation von Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung weisen besondere Gesundheitsprobleme und Erkrankungsrisiken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf, die teilweise zu komplexen Versorgungssituationen führen (Latteck/Weber, 2015). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung entwickeln Menschen mit geistiger Behinderung zahlreiche Beeinträchtigungen und Erkrankungen häufiger und früher (Mau et al. 2015). Die Sterblichkeitsrate ist abhängig vom Grad der Behinderung; je höher ihr Grad, desto geringer ist die Lebenserwartung (Ding-Greiner/Kruse 2010). Die dennoch steigende Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung ist mit einer erhöhten Anfälligkeit für chronische Krankheiten (Havemann/Stöppler 2010) und Multimorbidität vergesellschaftet. Zugleich stellt eine Reihe nicht-chronischer Erkrankungen und Funktionseinschränkungen Menschen mit geistiger Behinderung vor enorme Herausforderungen. Menschen im Erwachsenenalter mit einer geistigen Behinderung leiden vermehrt an Herz-Kreislaufstörungen, Epilepsieerkrankungen, neuromuskulären Störungen, Arthritis und rheumatischen Folgeerkrankungen, Osteoporose, Schilddrüsenerkrankungen und Hautproblemen. Auch Verdauungsstörungen sowie sensorische Einschränkungen wie Hör- und Sehstörungen und Störungen des Geschmacksempfindens treten gleichfalls häufiger auf. Zusätzlich zu den funktionalen Einbußen und der Reduktion von Beweglichkeit und Kraft leiden Menschen mit einer geistigen Behinderung häufiger an Sprach- und Kommunikationsstörungen sowie an Defiziten im sozialen Verhalten (Beange et al. 1999; Havemann/Stöppler 2010; Emerson/Hatton 2014).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung treten bei älteren Menschen mit geistiger Behinderungen zahlreiche Beeinträchtigungen häufiger und oftmals früher auf, z.B. Zunahme von Übergewicht und Adipositas, Störungen des Verdauungstraktes und Obstipationen, Einschränkung der Mobilität und Veränderung des Stütz- und Bewegungsapparates (Havemann/Stöppler 2010; Ding-Greiner/Kruse 2010; Dieckmann/Metzler 2013; Mair/Offergeld 2014). Eine Abnahme der Leistungsfähigkeit im Alter ist mit einem Nachlassen der Kräfte und der Beweglichkeit, einer schnelleren Ermüdbarkeit und einem erhöhten Ruhe- und Schlafbedarf verbunden. Zudem lässt mit steigendem Alter die Eigen- und Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten insbesondere in den Bereichen Körperpflege, Zähneputzen und An-/Ausziehen der Bekleidung sowie der Kontinenz nach. Der Anteil derer, die pflegerische Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen, vergrößert sich mit dem Alter. Durch das vermehrte Auftreten von Erkrankungen, Gesundheitsproblemen und Unterstützungsbedarfen kommt es zu einem steigenden Pflegebedarf und damit zu einem wachsenden Bedarf an pflegerischer Unterstützung insbesondere

bei der Versorgung der älteren Adressaten im Vergleich zu jüngeren. In der Folge steigt die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung durch die Betroffenen (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2001; Ding-Greiner/Kruse 2010; Dieckmann et al. 2013; Dieckmann/Metzler 2013).

Menschen mit geistiger Behinderung zeigen im Verhalten oftmals Auffälligkeiten, die eine Anpassung des gängigen Betreuungsprozesses und zeitintensive Kommunikation von den Gesundheitsdienstleistern erfordern. Beispielsweise weisen Menschen mit einem Down-Syndrom im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger eine Alzheimer Demenz, psychische Verhaltensstörungen, Schilddrüsenerkrankungen und dermatologische Probleme auf (Dieckmann/Metzler 2013; Mair/Offergeld 2014).

Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Pflege, Pflegebedarfe und Inhalte von Pflegeberatung für Menschen mit geistiger Behinderung liegen nur in sehr begrenztem Umfang vor. Ein linearer Transfer von vorhandenen Erkenntnissen, z.B. aus der Altenpflege, kann nicht direkt auf Menschen mit geistiger Behinderung erfolgen (Seifert et al. 2008). Ein über das bisher von Pflegenden im Handlungsfeld der Behindertenhilfe erworbene Alltagswissen hinausgehendes Wissen ist notwendig, um die o.g. Herausforderungen theoretisch fundiert und gezielt für Menschen mit geistiger Behinderung in der Pflegeberatung aufzugreifen (Latteck/Weber 2015).

3. Leitperspektive der Pflegeberatung

Professionelle Pflege benötigt zur Wahrnehmung beratender Aufgaben für Menschen mit geistiger Behinderung einen besonderen Zugang und ein geeignetes Konzept, bei denen sowohl die langjährig gewachsenen und rechtlich verankerten Leitideen der Pflegeberatung als auch der Behindertenhilfe wie Teilhabe, Selbstbestimmung, Förderung der Autonomie, Normalisierung und Inklusion Berücksichtigung finden. So kann zur Verbesserung von gesundheitsbezogener Lebensqualität und der Überwindung von personenbezogenen, sozialen und umweltbedingten Barrieren beigetragen werden (Büker 2014). National wie auch international gilt das Konzept der Lebensqualität als Zielperspektive für die Arbeit mit behinderten Menschen und als zentrales Schlüsselkonzept (Beck 2001).

Das Ziel der Pflegeberatung besteht darin, den Menschen mit geistiger Behinderung in seiner Lebenswelt zu verstehen, sein Wohlbefinden zu erfahren, um Ansatzpunkte für pflegebezogene Veränderungen in seinem Interesse zu gewinnen. In diesem Sinne müssen die Menschen mit geistiger Behinderung als Experten ihres Alltages und ihrer Lebensqualität zu Wort kommen (Seifert et al. 2008). Die Menschen mit geistiger Be-

hinderung mit Pflegebedarf und ihre familialen sowie professionellen Bezugsbetreuenden sind die primäre Zielgruppe der Pflegeberatung. In das Setting sollten die Bezugsbetreuenden als Expertinnen und Experten mit einbezogen werden, die mit dem individuellen Menschen kommunikationsfähig sind und eine anwaltschaftliche Funktion für die Menschen mit Behinderung übernehmen.

4. Beratungskompetenzen

Den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands (2019) zufolge sind für die Beratungsbesuche „geeignete Kräfte“, d.h. Pflegefachpersonen, einzusetzen. Zur Fachkompetenz gehört neben dem Wissen auch die praktische Erfahrung aus der beruflichen Tätigkeit. Für die Beratung von Menschen mit Behinderung bedeutet dies, dass die Pflegefachpersonen über spezifisches Wissen zu den besonderen Gesundheitsproblemen und Erkrankungsrisiken von Menschen mit Behinderung sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs wie auch über besondere Beratungskompetenz verfügen müssen und befähigt sind, entsprechend der individuellen Situation und des Umfeldes zu beraten. Unerlässlich sind zudem die Kenntnis der Konzeption der ICF mit den zentralen Komponenten der Partizipations- bzw. Teilhabeorientierung sowie sozialrechtliche Kenntnisse insbesondere im Behindertenrecht, aber auch im Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsrecht. Die Beraterinnen und Berater sollten ferner über Wissen um die Versorgungs- und Beratungsstrukturen in der Region verfügen. Wichtig sind zudem personale Kompetenzen, d.h. kommunikative Kompetenz und Reflexionsfähigkeit. Die beraterische Grundhaltung sollte die Eigenverantwortlichkeit des Menschen mit geistiger Behinderung im Fokus haben. Zudem bedarf es der Schulungs- und Anleitungskompetenz.

Menschen mit geistiger Behinderung zeigen im Verhalten oftmals Auffälligkeiten, die eine Adaption des gängigen Betreuungsprozesses und zeitintensive Kommunikation erfordern. Als Folge ergibt sich ein Mehraufwand an Zeit im Vergleich zur Beratung der Allgemeinbevölkerung. Aufgrund der überwiegend eingeschränkten verbalen Kommunikationsmöglichkeiten der Betroffenen bedarf es aufseiten der Pflegeberaterinnen und -berater einer hohen zielgruppenspezifisch ausgerichteten Kommunikations- und Diagnosekompetenz (Mau et al. 2015). Die Berater/innen sollten sich einer leichten und einfachen Sprache bedienen (BMAS 2014).

5. Beratungsprozess und -inhalte

Die Pflegeberatung für Menschen mit geistiger Behinderung beinhaltet sowohl allgemeine als auch spezifisch-individuelle Aspekte. Zu den allgemeinen Aspekten gehören in Orientie-

rung an den Qualitätsdimensionen nach Donabedian (1980) sowie den o.g. Handlungsempfehlungen (Kreis Soest 2002/2009; Landeshauptstadt Potsdam 2017; GKV-Spitzenverband 2019):

Anforderungen an die Strukturqualität

- ▶ Die Einrichtung verfügt über eine Dokumentensammlung (s.u.) mit relevanten Dokumenten für die Durchführung der Beratungsbesuche (Leitfaden zur systematischen Erfassung der spezifischen Pflegesituation von Menschen mit einer Behinderung, Assessmentinstrumente, Nachweisformular für die Pflegekasse etc.).
- ▶ Der Beratungsbesuch wird durch eine Pflegefachperson mit Erfahrung in der Versorgung von Menschen mit Behinderung sowie mit den o.a. Beratungskompetenzen durchgeführt.
- ▶ Der Beratungsbesuch wird in der Häuslichkeit bzw. der Wohnstätte der pflegebedürftigen Person durchgeführt. Eine Anwesenheit weiterer Betreuungspersonen (Wohnbetreuer/in, Angehörige, gesetzliche Betreuer/in) ist gewünscht.
- ▶ Der Beratungsbesuch und seine ungefähre zeitliche Dauer werden mehrere Tage im Vorfeld angekündigt. Der Termin findet nach Zustimmung durch die pflegebedürftige Person und in Orientierung an deren zeitlichen Wünschen statt.
- ▶ Der Beratungsbesuch wird möglichst stets durch dieselbe Pflegefachperson durchgeführt. Dies dient der Herstellung von Vertrauen und der Gewährleistung von Kontinuität und Effektivität der Beratung.
- ▶ Im Vorfeld der Beratung erfolgt eine Vorabinformation über die pflegebedürftige Person. Dazu sichtet der/die Pflegeberater/in die in der Einrichtung vorliegenden Unterlagen, um sich einen Eindruck von der Pflegesituation zu verschaffen. Gesichtet werden auch die Protokolle vorheriger Beratungsbesuche und die darin ausgesprochenen Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation.

Anforderungen an die Prozessqualität

- ▶ Zu Beginn erfolgen eine persönliche Vorstellung sowie eine Aufklärung über den Auftrag und den Ablauf der Beratung.
- ▶ Zur Erfassung des subjektiven Beratungsbedarfs werden zunächst potenzielle dringende Beratungsanliegen der pflegebedürftigen Person erfragt.

- ▶ Eine umfassende Erhebung und Analyse der Ist-Situation (Ressourcen, Probleme) wird vorgenommen: Diagnosen, häusliche Situation, Heil- und Hilfsmittel, Selbstversorgung, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Alltagsleben und soziale Kontakte, Bewegung/Mobilität, Kontinenz, Bewältigung von und Umgang mit Krankheit/Behinderung, Beschäftigung und Teilhabe, Unterstützungsmaßnahmen, Hauswirtschaft, Belastung der Pflegeperson(en) etc.
- ▶ Nach Erlaubnis durch die pflegebedürftige Person erfolgt eine Besichtigung des Wohnraums im Hinblick auf bereits vorhandene oder notwendige Hilfsmittel oder eine Optimierung des Wohnumfelds durch bauliche Anpassungen.
- ▶ Eine körperliche Untersuchung wird nur bei Bedarf und mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person vorgenommen.
- ▶ Die Beratung erfolgt leitfadengestützt in Orientierung am individuellen Beratungsbedarf und entsprechend der Analyse der Ist-Situation (s.o.).
- ▶ Die Ergebnisse der Ist-Analyse, der Beratungsschwerpunkte sowie der vorgeschlagenen und vereinbarten Unterstützungsmaßnahmen werden protokolliert.

Anforderungen an die Ergebnisqualität

- ▶ Die Durchführung und die Ergebnisse des Beratungsbesuchs sind dokumentiert, das Mitteilungsformular an die Pflegekasse ausgefüllt.
- ▶ Die pflegebedürftige Person erhält sowohl mündlich als auch schriftlich Kenntnis von dem Ergebnis des Beratungsbesuchs. Eine Durchschrift des Dokumentationsbogens sowie des Mitteilungsformulars an die Pflegekasse wird ausgehändigt.
- ▶ Notwendige Maßnahmen (z.B. Beantragung von Hilfsmitteln) sind eingeleitet.
- ▶ Bei Folgebesuchen erfolgt eine Befragung zu erlangten Verbesserungen durch die vorhergehenden Beratungsbesuche (z.B. Sicherheit der Bezugspersonen im Handling, Erhalt oder Verbesserung von Selbstständigkeit im Alltagsleben, Einleitung von weiterführenden Beratungen, Erweiterung des sozialen Netzes).

Bezogen auf die spezifischen Besonderheiten im Beratungsprozess kommen auf die Pflegeberaterinnen und -berater neue Aufgaben zu. Dazu gehört, altersbedingte, gesundheitsrelevante Prozesse zu erkennen, präventive und gesundheits-

förderliche Maßnahmen zu begleiten und dazu anzuleiten. Im Einzelnen ist es notwendig, dass das Beratungssetting die spezifischen Bedarfslagen der Menschen mit geistiger Behinderung berücksichtigt. Das bedeutet, dass insbesondere kurze, d.h. je nach Hilfebedarf ca. 5- bis 20-minütige und wiederholende Gesprächssequenzen erforderlich sind, um die Betroffenen vor Überforderung und sozial erwünschtem Antwortverhalten zu schützen. Zudem sollten die spezifischen gesundheitlichen Risiken von Menschen mit geistiger Behinderung bekannt sein und im Beratungssetting erkannt werden. So muss z.B. die erhöhte Prävalenz von Hörstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung bekannt sein, um mögliche Kommunikationsprobleme interpretieren zu können. Professionelle Pflegeberatung sollte die besonderen Anforderungen, die sich an Kommunikation und Interaktion richten (u.a. leichte Sprache), beherrschen und den damit verbundenen Aufwand (qualifikatorisch und zeitlich) beachten. Leichte Sprache ermöglicht – wie auch andere technische Hilfsmittel zur Kommunikationsunterstützung – den Beratenden den kommunikativen Zugang zur Zielgruppe. Jedoch sichert sie nicht den Zugang zur Bedeutungswelt der Betroffenen und ermöglicht nicht automatisch ein Verstehen der Reaktionen der Beratenden. Die Interpretation und Validierung der Verhaltensweisen und Antworten der Menschen mit geistiger Behinderung erfordert eine hohe Deutungs- und Interpretationskompetenz der Pflegeberater/innen.

Die Pflegeberater/innen sollten die Selbsteinschätzungen der Menschen mit einer geistigen Behinderung vor dem Hintergrund eines auf Selbstbestimmung und Unabhängigkeit von Pflege ausgeprägten Selbstverständnisses der Eingliederungshilfe interpretieren. Menschen mit geistiger Behinderung haben – wie andere Menschen in unserem Kulturkreis auch – das Bedürfnis, die Kontrolle über ihr Leben selbst in der Hand zu haben. Sie empfinden sich auch dann oft als unabhängig und selbstbestimmt, wenn sie zur Realisierung ihrer Wünsche und Vorstellungen auf die Assistenz anderer angewiesen sind. Insofern ist die Überzeugung von der eigenen Selbstständigkeit nicht gleichzusetzen mit von Hilfe unabhängiger Realisierung. Vor diesem Hintergrund können in der Pflegeberatung defizitorientierte Fragen, z.B. nach fehlender Selbstständigkeit, bei den Betroffenen störend auf deren Selbstbild von Selbstständigkeit wirken (Latteck/Weber 2017).

6. Dokumentensammlung

Die durchführenden Institutionen sollten eine Dokumentensammlung mit folgenden Inhalten vorhalten:

- ▶ Leitfaden zur strukturierten, systematischen und einheitlichen Erfassung der Pflege- und Betreuungssituation, Wünsche und Beratungsbedarfe der pflegebedürftigen Person,
- ▶ Assessmentinstrumente in Orientierung an den vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegebenen Nationalen Expertenstandards in der Pflege zur Erhebung spezifischer Bedarfe (z.B. Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege; Sturzprophylaxe in der Pflege; Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen),
- ▶ Häusliche Pflegeskala (HPS) zur Feststellung der Belastung der Pflegeperson,
- ▶ PURFAM-Checkliste als Orientierungshilfe bei Hinweisen auf Gewaltphänomene,
- ▶ Checkliste zur Einleitung von Sofortmaßnahmen bei Hinweisen auf eine akute Gefährdung der pflegebedürftigen Person,
- ▶ Nachweisformulare des Beratungseinsatzes für die Pflegekasse.

7. Fazit

Die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung verfügt aufgrund ihrer Behinderung oftmals über einen schlechteren Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Dies kann dazu führen, dass später als bei Menschen ohne eine geistige Behinderung auf Einschränkungen und Erkrankungen reagiert wird (Wilson/Goodman 2011). Mit dem hier entwickelten Konzept der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI wird eine Grundlage gelegt, eine zielgruppenspezifische Versorgungsleistung zu ermöglichen.

Der Pflegeberatungsprozess für Menschen mit geistiger Behinderung stellt hohe Anforderungen an die durchführenden Pflegefachpersonen. Bei gelingender Umsetzung ist davon auszugehen, dass die Beratung einen individuellen Nutzen für die Zielgruppe entfaltet. In Praxisprojekten kann eine Adaption des Konzeptes erfolgen. Um die Wirksamkeit der Pflegeberatung zu belegen, bedarf es begleitender wissenschaftlicher Untersuchungen.

Literatur

Beck, I. (2001): Lebensqualität, in: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, Stuttgart, S. 337–340.

Beange, H./Lennox, N./Parmenter, T. R. (1999): Health targets for people with an intellectual disability, in: *Journal of intellectual and developmental disabilities* 24(4), S. 283–297.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2014): *Leichte Sprache*. Ein Ratgeber, Berlin, www.bmas.de.

Büker, C. (2014): Pflege von Menschen mit Behinderung, in: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*, Weinheim, S. 385–404.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2001): *Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung*, Opladen.

Dieckmann, F./Metzler, H. (2013): *Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter*, Stuttgart.

Dieckmann, F./Graumann, S./Schäper, S./Greving, H. (2013): Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. *Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „LQ inklusive(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung (LEQUI)“*.

Ding-Greiner, C./Kruse, A. (2010): *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*, Stuttgart.

Donabedian, A. (1980): *The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring*, University of Michigan: Health Administration Press.

Emerson, E./Hatton, C. (2014): *Health inequalities and people with intellectual disabilities*, Cambridge University press.

GKV-Spitzenverband (2019): *Empfehlungen nach § 37 Absatz 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI vom 29. Mai 2018 – zuletzt geändert am 21. Mai 2019*, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegerberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2019_08_13_Pflege_Empfehlungen_QS_37Abs.5_21_05_2019.pdf (6. November 2020).

Havemann, M./Stöppler, R. (2014): *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*, Stuttgart.

Kreis Soest (2002/2009): *Qualitätsstandard Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI einschließlich Kommentierung*. Geschäftsstelle der Pflegekonferenz Kreis Soest, Arbeitsgruppe „Ambulante Pflege“, <https://docplayer.org/20441192-Qualitaetsstandard-beratungseinsatz-nach-37-3-sgb-xi.html> (6. November 2020).

Landeshauptstadt Potsdam (2017): *Modellprojekt „Qualitätssicherung von Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) in der Landeshauptstadt Potsdam“ 2016/2017. Abschlussbericht mit Empfehlungen für Qualitätsstandards in der Beratung nach § 27 Abs. 3 SGB XI*, [https://prozessbegleitung-berlin.de/documents/Zusammenfassung-2017_Modellprojekt-37\(3\)SGBXI-Potsdam.pdf](https://prozessbegleitung-berlin.de/documents/Zusammenfassung-2017_Modellprojekt-37(3)SGBXI-Potsdam.pdf) (6. November 2020).

Latteck, Ä.-D./Weber, P. (2015): Implikationen der Behindertenpädagogik in die Pflegeforschung, in: *Pflege & Gesellschaft* 20(3), S. 197–212.

Mair, H./Offergeld, J. (2014): *Ältere Menschen mit Behinderung*. Hrsg. v. Baden-Württemberg Stiftung GmbH, Stuttgart.

Mau, V./Grimmer, A./Poppele, G./Felchner, A./Elstner, S./Martin, P. (2015): Geistig oder mehrfach behinderte Erwachsene: Bessere Versorgung möglich, in: *Deutsches Ärzteblatt* 112(47), S. 1980–1985.

Seifert, M./Fornefeld, B./Koenig, P. (2008): *Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim*, Bethel, Beiträge 57.

Wilson, P. M./Goodman, C. (2011): *Evaluation of a modified chronic disease self-management programme for people with intellectual disabilities*, in: *Journal of nursing and healthcare of chronic illness* 3 (3), S. 310–318.