



Sachbericht 2009
Case Management

1. VORBEMERKUNG	3
2. FALLBEISPIEL.....	3
3. SCHULUNGSMABNAHMEN.....	6
4. QUALITÄTSSICHERUNG	6
5. EVALUATION.....	7

1. VORBEMERKUNG

Das Case Management wird seit 2000 vom Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München finanziert. Für die Arbeit stehen 3,15 Vollzeitstellen für Fachkräfte (Pflegerkräfte und Sozialpädagogen und 1 Vollzeitstelle für Verwaltungsaufgaben zur Verfügung. Das Case Management ist in die Psychosoziale Beratungsstelle der Münchner Aids-Hilfe integriert.

Im Jahr 2009 betreuten die Mitarbeiter/innen das Case Managements 209 Klienten (89 fortlaufende Betreuungen und 120 einmalige Kontakte). Die deutliche Erhöhung der einmaligen Kontakte lässt sich hauptsächlich auf die verstärkte Übernahme von Erst- und Telefonberatungen zurückführen, die alle Berater/innen turnusmäßig übernehmen.

Die 89 Klient/innen des Case Management schlüsseln sich folgendermaßen auf: 66 Männer (davon 37 MSM), 20 Frauen, 3 Angehörige oder sonstige Ratsuchende, 45 Klienten nichtdeutscher Herkunft, die meisten zwischen vierzig und fünfzig alt.

Mit diesen 89 Klient/innen erfolgten 1652 Kontakte. Die Zahl der fortlaufend betreuten Klienten hat sich um gute 40 % erhöht, während die Anzahl der Kontakte (1652) nur leicht um 10% zugenommen hat. Die kontinuierliche Steigerung der Zahlen zeigt, dass Case Management nach wie vor eine bedeutsame Lücke in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit HIV und Aids schließt.

Von den 89 Klient/innen, die wir 2009 fortlaufend betreuten, standen wir wieder jeweils mit 15 – 20 Klienten zeitgleich in sehr engem Kontakt. Zu Beginn der Betreuung ist die Arbeit sehr intensiv, mit 2-3 teilweise mehrstündigen Kontakten pro Woche, in der Regel beim Klienten zu Hause oder in Begleitung zu Ärzten oder Ämtern. Nach mehrwöchiger Betreuung, wenn die Bedarfsspitzen abgetragen sind, reduziert sich der Kontakt meist auf einen stündlichen Kontakt pro Woche. Wenn nach der Lösung der akuten Probleme ein dauerhafter psychosozialer Beratungs- oder Betreuungsbedarf bestehen bleibt, vermitteln wir je nach benötigter Betreuungsintensität an unsere psychosoziale Beratungsstelle oder an das betreute Einzelwohnen. In den Fällen, wo überwiegend medizinische oder pflegerische Probleme bestehen bleiben, halten wir zu den Klient/innen einen sporadischen Kontakt, um das aufgebaute Versorgungsnetz stabil zu halten und bei Bedarf schnell Hilfe zu leisten. Insgesamt fanden 2009 23 von den 89 fortlaufenden CM-Betreuungen ihren Abschluss. 9 Klient/innen wurden wieder selbständig, 4 Klient/innen konnten in funktionierende Versorgungsnetze entlassen werden. Je 1 Klient wurde in ein Pflegeheim und ins Hospiz verlegt, 1 Klient wurde vom Betreuten Einzelwohnen übernommen, 1 Klient musste stationär in der Psychiatrie aufgenommen werden und 1 Klient sitzt eine Strafe in einer JVA ab. 5 Klient/innen brachen trotz Bedarf den Kontakt zu uns ab. Verstorben ist im Jahr 2009 niemand. 66 Klient/innen werden auch 2010 von uns weiter betreut.

2. FALLBEISPIEL

Folgendes Fallbeispiel soll die Aufnahmesituation und den weiteren Verlauf eines aufwändigen CM Falles im vergangenen Jahr veranschaulichen:

Herr B., 57 Jahre

Den ersten Kontakt hatte Herr B. zur Münchner Aidshilfe 1992. Damals kam er bei Bedarf in die Beratungsstelle und gelegentlich zum Essen ins Cafe Regenbogen.

Der Erstkontakt zum Case Management kam Mitte November 2005 über den Sozialdienst des Krankenhauses zustande. Herr B. hatte massiv an Gewicht verloren und wurde wegen einer akuten Lungenentzündung in die Klinik als Notfall eingewiesen. Zu dieser Zeit hatte er selbst, ohne Rücksprache mit seinem Arzt, seine antiretrovirale Therapie komplett abgesetzt. In der Klinik kam es zu einem trockenen Alkoholzug. Er war bettlägerig, verweigerte aber alle pflegerischen Maßnahmen. So entstand ein handtellergroßes Druckgeschwür am Steiß, das durch eine Hautplatte des Oberschenkels abgedeckt werden musste. Dem Rauchverbot im Zimmer widersetzte er sich immer wieder, was häufig zu Schäden an Bettwäsche und Einrichtung führte. Wegen der schwierigen Situation wurde eine baldige Entlassung geplant. Eine intensive ambulante Weiterbehandlung war dringend erforderlich, zu der Herr B. jedoch keinerlei Einsicht in die Notwendigkeit zeigte.

Beim Erstkontakt in der Klinik war Herr B. zuerst sehr skeptisch, willigte dann aber einer Betreuung durch das Case Management ein und erteilte uns eine Schweigepflichtentbindung gegenüber seinen Ärzten und dem Sozialarbeiter der Klinik. Eine Helferkonferenz, in der die weitere Therapie besprochen wurde, fand mit dem Klienten, den zuständigen Ärzten, dem Pflegepersonal, dem Sozialarbeiter und seinem Freund statt. Eine Woche später konnten wir Herrn B. schließlich zur Entlassung aus der Klinik abholen.

Seine Situation stellte sich zu Hause wie folgt dar:

Herr B. lebte mit seinem Freund und einer Katze in einer 1.- Zimmer- Wohnung.

Beide leben von einer Erwerbsunfähigkeitsrente. Unser Klient hatte eine zusätzliche private Krankenversicherung und eine überdurchschnittlich gute Rente. Ansprüche auf ergänzende Sozialleistungen bestanden somit nicht. Aufgrund der Alkoholproblematik kam es zu einer Verwahrlosungstendenz in der Wohnung. Auch die Katze fanden wir nicht angemessen versorgt. Seine erforderlichen Medikamente waren nicht vorhanden, da ein Kontakt zu seinem Schwerpunktarzt nicht mehr stattgefunden hatte. Von seinem Schwerpunktarzt erfuhren wir, dass der Klient seit langem in psychiatrischer Behandlung war, doch diese auch wieder selbst abgebrochen hatte. Man hatte versucht, ihn medikamentös einzustellen, da er zwischen einer Manie/ Depression und Psychose wechselte. Da er alle Medikamente abgesetzt hatte, befand er sich aktuell in einer Depression und konnte deswegen keine Selbstverantwortung mehr für seine Gesundheitsfürsorge übernehmen. Im Laufe der Betreuung wurde Herr B. manisch, er öffnete manche Post nicht mehr, anfallende Überweisungen wurden nicht mehr getätigt. Von der Telekom und den Stadtwerken wurde mit einer Sperrung von Telefon und Strom gedroht.

Abbuchungen waren nicht mehr gewährleistet, da das Konto überzogen war. Die Rechnungen der Klinik hatte er bei seiner privaten Krankenkasse eingereicht, das Geld wurde auf sein Konto überwiesen jedoch nicht mehr an die Klinik weitergeleitet. Mahnungen wurden ignoriert. Innerhalb der manischen Phasen kam es zu Strafdelikten (Schwarzfahrten, Diebstähle, aggressive Übergriffe) und hohen Ausgaben aufgrund ausufernder Einkäufe und Einladungen.

Während seines psychotischen Schubs fühlte Herr B. sich als „Medium“ für ein höheres Wesen und wollte die Welt retten. Kontakte zu Verstorbenen, die sich ihm als skelettartigen Geistwesen zeigten, traten auf. Er konnte nicht mehr schlafen und war in den Morgenstunden voller Unruhe und getrieben unterwegs.

Als Akutmaßnahme organisierten wir für Herrn B. die erforderlichen Medikamente bei seinem Schwerpunktarzt und bereiteten ihm die Wochendosis einnahmebereit vor. Durch viele Gespräche und Informationen konnten wir seine Bereitschaft zu einer guten Compliance fördern.

Über eine Verordnung für häusliche Krankenpflege konnten wir einen Pflegedienst für die Medikamentenabgabe und den Verbandswchsel des Druckgeschwürs organisieren.

Die anfallenden Arzttermine zur Nachsorge der Wunde wurden durch uns begleitet und zur häuslichen Versorgung wurde eine spezielle Wundmanagerin hinzugezogen. Wir begleiteten ihn zu seinem Psychiater, um die medikamentöse Therapie wieder aufzunehmen und sicherzustellen.

Als Überbrückungsmaßnahme bekam er von uns Essensgutscheine und finanzielle Unterstützung für Nahrungsmittel und MVG – Fahrten, für anfallende Arztfahrten, sowie für die Zuzahlungen der Arztgebühr und der Medikamente. Ein Antrag bei der Pflegekasse zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung wurde von uns ebenfalls gestellt. Wir sahen die Post mit ihm durch und besprachen die erforderliche Vorgehensweise. Vorladungen bei der Polizei und Amtsgericht wurden mit unserer Hilfe eingehalten. Mit den Insolvenzverwaltern vereinbarten wir monatliche Abschlagszahlungen und richteten mit Herrn B. entsprechende Daueraufträge ein. Wegen mangelnder Kontodeckung, waren die vereinbarten Abzahlungen nicht möglich, eine Einsicht zur Abzahlung der Schulden konnten wir leider nicht erzielen.

Die Situation machte es unumgänglich beim Amtsgericht eine gesetzliche Betreuung einzuleiten. Den Antrag stellten wir gemeinsam mit dem Klienten und begleiteten ihn zum Amtsgericht. Im Einvernehmen mit dem Betreuer wurde eine Entrümpelung der Wohnung beauftragt und eine hauswirtschaftliche Unterstützung initiiert und finanziert. Um seine Ausgaben zu kontrollieren, wurde bei uns ein Verwahrgeldkonto eingerichtet, von dem er wöchentlich ein Taschengeld ausgezahlt bekommt.

Später konnten wir für unseren Klienten und seinem Mitbewohner eine größere Wohnung im gleichen Haus organisieren. Seinen Mitbewohner, der selbst auch stark in seiner Mobilität eingeschränkt ist und ebenfalls ein Alkoholproblem hat, unterstützten wir beim Antrag bei der Sozialbehörde auf Kostendeckung seines Anteils an der Miete. Auch sorgten wir für eine Entwurmung und Impfung der Katze, die sonst ein gesundheitliches Risiko bezüglich einer Übertragung von Toxoplasmose darstellen würde. Während der ambulanten Versorgung sorgten wir für den nötigen Informationsfluss zwischen allen Ärzten, Betreuer, Pflegedienst und Angehörigen.

In Laufe der Zeit entwickelte sich ein solides Vertrauensverhältnis, sodass sich Herr B. zuverlässig bei Bedarf bei uns meldete. Trotz intensiver Beratung/ Begleitung waren immer wieder Einweisungen in die Psychiatrie unumgänglich. Aufgrund der weiter bestehenden Alkoholproblematik wurde eine Entgiftungstherapie notwendig.

Beim letzten Aufenthalt in der Psychiatrie konnte er die geschlossene Abteilung unbemerkt verlassen. Von der Klinik wurde daraufhin eine Zwangseinweisung veranlasst. Durch unseren guten vertrauensvollen Kontakt meldete er sich nach kurzer Zeit in unserer Einrichtung, so dass eine Einweisung mit seiner Einwilligung dann möglich war.

Es kamen immer wieder neue Diagnosen hinzu (Prostatahyperplasie, Verschlechterung der Augen, Polyneuropathien, Beschwerden im orthopädischen Bereich), für die auch alle Arzttermine von uns koordiniert wurden.

Durch die engmaschige Betreuung unseres Case Managements konnte Herr B. bisher selbständig in seinem eigenen Wohnraum leben bleiben. Aufgrund des entwickelten Vertrauensverhältnisses kann Herr B. offen über seine Anliegen und Probleme sprechen und sich auf Hilfestellungen einlassen. Notwendig gewordene Arzttermine beim Psychiater können so schneller eingeleitet werden. Eine Vernetzung im Hilfesystem ist gewährleistet.

Das Beispiel zeigt, dass im CM auch eine langfristige Betreuung notwendig und sinnvoll sein kann. Herr B. vereint durch seine psychiatrischen Diagnosen, seinem eigenwilligen Charakter und seinem zeitweise enthemmten Lebensstil mehrere Faktoren, die eine kontinuierliche Betreuung in einem standardisierten Rahmen erschweren. Durch den langjährigen Kontakt zur Münchener Aids-Hilfe war der Vertrauensbonus in unserer

Beziehungsarbeit im Case Management besonders hoch, so dass es uns möglich ist, zu Herrn B. auch in schwierigen, zurückgezogenen Zeiten Kontakt zu halten und damit sein psychisches und physisches Befinden positiv zu beeinflussen.
Mit Herrn B. bzw. mit seinem Umfeld kam es im Jahr 2009 zu insgesamt 123 Kontakten von durchschnittlich 1 Stunde.

3. SCHULUNGSMAßNAHMEN

Im Rahmen des CM bieten wir Multiplikatorenschulungen und Präventionsveranstaltungen für Personal von stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen an, die aktuell oder potenziell mit HIV-Infizierten Klienten zu tun haben. Wir vermitteln dabei Grundkenntnisse zu HIV und Schutzmöglichkeiten unter besonderer Berücksichtigung von Infektionsrisiken im beruflichen Kontext.

Die Aufnahmebereitschaft der stationären Pflegeeinrichtungen zeigt sich, vielleicht auch auf Grund unserer Multiplikatorenveranstaltungen der Vorjahre, 2009 deutlich verbessert. Wir verzichteten deshalb im letzten Jahr auf eine erneute Erinnerungsinitiative für Schulungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Durch eigene Initiative, meist motiviert durch die Aufnahme eines HIV Infizierten Bewohners oder Patienten buchten 4 Pflegeheime, 2 ambulante Dienste und eine stationäre psychiatrische Einrichtung ein Fortbildungsangebot bei uns. Insgesamt wurden von uns 25 kostenfreie Multiplikatorenschulungen mit 339 Teilnehmer/innen und 7 Präventionsveranstaltungen mit 170 Teilnehmer/innen durchgeführt.

Darüber hinaus hatten wir noch Fortbildungsveranstaltungen in Krankenpflegeschulen, Schulungen für neue Mitarbeiter in den Beschäftigungsmaßnahmen der Münchner-Aids-Hilfe und Hygieneschulungen für neue Mitarbeiter bei Metha-Job.

4. QUALITÄTSSICHERUNG

Wir sind in das Team der psychosozialen Beratungsstelle der Münchner Aids-Hilfe integriert. Supervision, Fallbesprechungen und Teambesprechungen finden gemeinsam statt. Auf diese Weise steht uns die Fachkompetenz unserer Kollegen unmittelbar zur Verfügung. In wöchentlichen Fall- und Teambesprechungen ist ausreichend Zeit, unsere Arbeit gründlich zu reflektieren und zu planen. Um uns fortzubilden, nutzen wir in der Regel die hausintern angebotenen Fortbildungen. Wir arbeiten nach den Qualitätsstandards, die im Qualitätshandbuch der Münchner Aids-Hilfe zusammengefasst sind.

5. EVALUATION

Auf Grundlage unserer Aufnahme-/Evaluationsbögen zeigt sich folgender Vergleich von Eintritt- und Austrittssituationen der 23 beendeten Fälle 2009:

Vergleich signifikanter Fragen bei Eintritt und Abschluss von CM (N = 23):

Lebensbereiche	Signifikante Fragen	Eintritt nein	Abschluss Nein
Behörden	- der Klient ist krankenversichert	2	2
Wohnen	- Es besteht eine gesicherte Wohnsituation - Es besteht eine dem Gesundheitszustand angemessene Wohnsituation	4	2
Finanzen	- ein geregeltes Einkommen zum Lebensunterhalt ist gesichert	3	1
	- mögliche Verbindlichkeiten sind geregelt und nicht im Verzug	9	10
	- auf Zahlungsaufforderungen wird reagiert, Berater wird kontaktiert	8	10
Medizinische Versorgung	- der Klient hat einen Schwerpunktarzt, Kontakt mindestens sporadisch	12	6
	- der Klient konsultiert regelmäßig seinen Schwerpunktarzt für Blutuntersuchungen	16	10
	- der Klient nimmt seine Medikamente zuverlässig zeitgerecht ein	15	11
Grundbedürfnisse	- der Klient kann Termine außerhalb seiner Wohnung wahrnehmen	10	4
Psychosoziale Situation	- Der Klient und seine An- und Zugehörigen verfügen über ausreichend Information zur HIV Infektion und Schutzmöglichkeiten	12	6
	- Der Klient fühlt sich sicher	14	7
	- Der Klient kann seinem Bedürfnis nach sozialen Kontakten nachgehen	15	5
Eigenständigkeit/ Selbstverantwortung	- Problembewusstsein ist grundsätzlich vorhanden	3	2
	- Der Klient kann Hilfe bei Bedarf annehmen	12	8
	- Der Klient übernimmt Verantwortung für seine Lebenssituation, regelt diese eigenständig	17	14

Der durchschnittliche Gesamtwert der abgeschlossenen Fälle bei Eintritt liegt bei 22,66 von 48 Punkten auf unserer Bewertungsskala, der durchschnittliche Abschlusswert bei 31,86 Punkten. Sieben Fälle verbesserten ihre Punktzahl in einem Bereich von 1 – 10, fünf in einem Bereich von 10 – 20 und drei Fälle um mehr als 20 Punkte. Unveränderte Punktzahlen ergaben sich bei 6 Klienten und eine Verschlechterung der Situation ergab sich bei zwei Klienten.

Auffällig war 2009 die höhere Zahl der abgebrochenen Kontakte und häufig eine geringere Kooperationsbereitschaft einiger Klienten, was dann in den meisten Fällen eine unveränderte Lebenssituation oder eine Verschlechterung bedeutete. Die augenscheinlichsten Verbesserungen konnten jedoch wieder im Bereich der medizinischen Versorgung erzielt werden. Case Management unterstützt die Compliance und erhöht die Kontinuität im Arztkontakt. Auch dieses Jahr können wir wieder bei den mindestens mehrmonatigen Beratungsbeziehungen auf eine Verbesserung der Laborparameter, bis auf eine Ausnahme, verweisen. Auch die psychosoziale Situation und damit auch das subjektive Wohlbefinden ließen sich bei den meisten Klienten deutlich verbessern. Als Trumpf erweist sich weiterhin die Niederschwelligkeit und hohe Flexibilität des Angebotes, sowie die enge und teilweise sehr aktive überprüfende Führung der Klienten. Einerseits profitieren somit Klienten, die akut überfordert sind und nur kurzfristige und zeitlich begrenzte Hilfe benötigen und andererseits auch Klienten, die auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur zu keiner Veränderung fähig sind und eine langfristige und enge Anbindung benötigen.

Die Zusammenarbeit mit den HIV-Schwerpunktpraxen und Kliniken blieben stabil. Die meisten Neuaufnahmen erfolgten wieder über die Vermittlung eines Krankenhaus- oder Praxisarztes. Trotzdem werden nach wie vor viele Klienten von ihren Ärzten zu einem Zeitpunkt an uns vermittelt, an dem die vielfältigen Probleme unüberwindbar scheinen und nicht mehr zu übersehen sind. Wir haben weiter den Eindruck, dass die finanziellen, sozialen und medizinischen Probleme so lange von den betroffenen Personen ignoriert und ihren Ärzten nicht mitgeteilt werden, bis es wirklich nicht mehr geht. Den Ärzten ist es oft zeitlich nicht möglich, von sich aus intensiv nach sozialen Problemen zu fragen. Das mittlerweile geläufige Bild von HIV als einer gut behandelbaren, chronischen Erkrankung, mit der man gut leben kann, spiegelt sich leider nicht in unserem Arbeitsalltag wider. Nach wie vor haben wir mit HIV-Infizierten zu tun, die erst sehr spät mit dann schier unüberwindlich erscheinenden gesundheitlichen und sozialen Problemen zu uns kommen.