

Soziale Arbeit, Staat und Zivilgesellschaft

Förderung der HIV-Therapieadhärenz
Biopsychosoziale Aspekte und Interventionen
im Kontext Sozialer Arbeit

Michael Stromenger

Michael Stromenger. Förderung der HIV-Therapieadhärenz. Biopsychosoziale Aspekte und Interventionen im Kontext Sozialer Arbeit. soziales_kapital, Bd. 28 (2024). Rubrik: Junge Wissenschaft. Wien.

Printversion: <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/810/1520>

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird dargestellt, wie die Adhärenz von HIV-positiven Klient*innen der Sozialen Arbeit gefördert werden kann. Adhärenz bezeichnet die Mitwirkung an einer Therapie, etwa die Medikamenteneinnahme. Im Text werden Ursachen für Non-Adhärenz, Handlungsmöglichkeiten und Implikationen für die Klinische Soziale Arbeit beleuchtet. Da der Forschungsstand im deutschsprachigen Raum sehr begrenzt ist, liegt der Fokus auf englischsprachiger Literatur. Die Analyse zeigt, dass sich Substanzmissbrauch, Armut, Stigma und unzureichender Versicherungsschutz besonders stark auf die Adhärenz auswirken. Da Sozialarbeiter*innen oft nahen Zugang zu den betroffenen Klient*innen haben, können sie diesbezüglich und durch lebensweltorientiertes Handeln gezielt helfen.

Schlagworte: HIV, Adhärenz, Gesundheitsförderung, Klinische Soziale Arbeit, Substanzmissbrauch, Intersektionalität

Abstract

The current paper illustrates how social workers can improve the treatment adherence among their HIV-positive clients. Adherence refers to following a therapy regimen, such as medication intake. The text explores the factors contributing to non-adherence, along with the interventions and implications for clinical social work. Given the lack of German-language research on the topic, the focus is on English-language literature. The analysis reveals that substance abuse, poverty, stigma, and insufficient insurance coverage present notable challenges to adherence. Due to their proximity to the affected clients, social workers are well-positioned to provide appropriate help by employing a lifeworld-oriented approach.

Keywords: HIV, adherence, health promotion, clinical social work, substance abuse, intersectionality

1 Einleitung und methodisches Vorgehen

Heutzutage ist eine HIV-Infektion dank der antiretroviralen Therapie (ART) gut behandelbar. Zwar handelt es sich bei HIV noch immer um eine unheilbare Erkrankung, jedoch haben Patient*innen bei ausreichender Therapieadhärenz eine hohe Lebenserwartung. Mit Adhärenz ist das Einhalten von Therapiezielen gemeint, etwa die regelmäßige Medikamenteneinnahme oder das Wahrnehmen von Untersuchungen (vgl. Bogner 2012: 18). Für viele HIV-positive Klient*innen der Sozialen Arbeit stellt Adhärenz jedoch aufgrund von Armut, Stigmatisierung oder Substanzmissbrauch eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar (vgl. Gilbert/Abel/Stewart/Zilberman 2007: 162, 175–176). Zudem gibt es für Menschen mit HIV ohne Krankenversicherungsschutz in Österreich keine rechtlich abgesicherten Versorgungsmöglichkeiten. Diese vulnerablen Klient*innen benötigen daher die Unterstützung von Sozialarbeiter*innen, um Therapie in Anspruch nehmen zu können (vgl. Brunner 2024: 11). Der vorliegende Beitrag basiert auf meiner Bachelorarbeit *Adhärenz in der Therapie von HIV-positiven Klient*innen. Methoden und Interventionen im Kontext der Sozialen Arbeit (2023)*, deren Ergebnisse hier um eine klinisch-sozialarbeiterische Perspektive erweitert werden. Es handelt sich hierbei um einen literaturbasierten Artikel.

Bei der Recherche über die Förderung der Adhärenz von HIV-positiven Klient*innen der Sozialen Arbeit ergaben sich mehrere Herausforderungen. Zum einen die uneinheitliche Verwendung von Begriffen in der Literatur: Zur Beschreibung von der Bereitschaft einer Person zur Mitwirkung an einer Therapie ist im deutschsprachigen Raum der Begriff *compliance* am geläufigsten. Aufgrund seiner negativen Konnotation (vgl. Bogner 2012: 18) entschied ich mich für den neutraleren Begriff Adhärenz. Ein weiteres Problem stellte, zum anderen, die hohe Variabilität der Daten dar, die sich etwa im Artikel von Bogner (2012) bemerkbar macht. Er bezieht sich auf mehrere Studien, um Auskunft über die Anzahl von adhärennten HIV-positiven Klient*innen zu geben zu können, deren Schwankungsbreite von 28,1% (Morisky Medication Adherence Scale) bis 81% (NOCTE-Studie) reicht, also trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen beachtlich hoch ist (vgl. ebd.: 21–22). Die Datenerhebungen bezüglich der Konsumraten von Suchtmitteln bei Menschen mit HIV, wie sie von Grabovac, Meilinger, Schalk, Leichsenring und Dorner (2018: 2) präsentiert werden, weisen ebenso signifikante Schwankungen auf. Es ist daher zu Beginn dieses Beitrags notwendig, zu betonen, dass diese Daten mit Vorsicht zu interpretieren sind und eine präzise Einschätzung des tatsächlichen Ausmaßes der beschriebenen Problematiken schwer fällt.

Die Sekundärdatenerhebung erfolgte in den Bibliotheken der *Aids Hilfe Wien*, der FH Campus Wien, der Universität Wien sowie der Universität Innsbruck. Danach wurde die Recherche auf die Datenbanken von *Social Work Publication Research Map (SWORM)*, des *Österreichischen Bibliothekenverbunds (OBVSG)*, *Taylor & Francis*, *Google Scholar* sowie *PubMed* ausgeweitet. Bei

der Suche wurden folgende Stichwörter verwendet: Soziale Arbeit, Social Work, Social Services, HIV, AIDS, Adhärenz, *compliance*, Therapietreue, *adherence*, *treatment adherence*, *medication adherence* und *substance abuse*. Der Einbezug von Synonymen führte zu mehreren Ergebnissen, wobei sich die Recherche je nach Datenbank unterschiedlich anspruchsvoll gestaltete. Die Plattform SWORM war am dienlichsten und bot das übersichtlichste Bild: Die Suche nach *medication adherence* bzw. *compliance* ergab 16 Treffer, wobei sich sogar die Hälfte dieser Artikel der Förderung der HIV-Therapieadhärenz widmete. Die übrigen acht Artikel behandelten sozialarbeiterische Interventionen zur Adhärenz-Förderung bei anderen Krankheiten, darunter somatische Erkrankungen (z.B. Krebs) sowie psychische Krankheiten (z.B. Schizophrenie oder Depression).

Insgesamt wurden auf fünf Datenbanken 10.422 Treffer erzielt (inkl. Mehrfachnennungen), jedoch wurden nur 70 Texte anhand ihrer Titel und Abstracts als relevant für die weitere Analyse identifiziert. Es wurde von Beginn an zweisprachig recherchiert, wobei nur vier deutschsprachige Texte gefunden wurden, die das Thema Adhärenz im Kontext Sozialer Arbeit knapp behandeln – dies jedoch nicht HIV-bezogen. Dank der Einbeziehung der englischsprachigen Forschung in die Erhebung wurden insgesamt 21 Texte für eine detailliertere Auswertung ausgewählt. 13 davon werden folgend einbezogen, darunter elf empirische Arbeiten. Besonders aufschlussreich waren die Fachartikel von Teresa L. Scheid (2007) und Fair, Osherow, Albright und McKeone (2013), beide erschienen im *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. Scheid (2007: 129) entwickelt in ihrem Beitrag Leitlinien zur Förderung der HIV-Therapieadhärenz für Sozialarbeitende und Krankenpfleger*innen anhand von Beratungsverläufen. Ihr zufolge sind diese Leitlinien zum Umgang mit Adhärenz im Kontext der Sozialen Arbeit einmalig (vgl. ebd.: 122–123). An der Studie von Fair et al. (2013) ist wiederum besonders, dass versucht wurde, den Erfolg sozialarbeiterischer Interventionen labordiagnostisch zu belegen (vgl. ebd.: 38). Da in vielen Fällen der Erfolg sozialarbeiterischer Handlungen schwer messbar ist, stellt die Studie auch innerhalb der Sozialarbeitswissenschaft ein rares Beispiel dar.

Andere Forschungsbeiträge beziehen sich ebenso auf nicht-adhärente Klient*innen bzw. Patient*innen einer bestimmten Krankheit (am häufigsten HIV) sowie auf Interventionen der Sozialen Arbeit. Daher bot es sich an, den Fokus auf die Forschungsfrage zu legen, wie Sozialarbeiter*innen die Adhärenz ihrer Klient*innen bei der HIV-Therapie fördern können. Um die Komplexität der Problemstellung zu verdeutlichen, werden zuerst biopsychosoziale Aspekte behandelt, wobei insbesondere auf Substanzmissbrauch eingegangen wird. Danach werden konkrete Beispiele für Interventionen aus der sozialarbeiterischen Praxis vorgestellt. Abschließend werden Implikationen für die Theorie und Praxis Klinischer Sozialer Arbeit sowie Forschungslücken erläutert.

2 Biopsychosoziale Aspekte von Non-Adhärenz

Mangelnde Adhärenz kann als vielschichtiges biopsychosoziales Problem betrachtet werden. Nach dem biopsychosozialen Modell wird darunter verstanden, dass biologische, psychische und soziale Faktoren den Menschen einzeln sowie in Wechselwirkung mit anderen beeinflussen (vgl. Pauls 2021: 22–23). Zum Beispiel kann soziale Isolation zu psychischen Problemen führen, die sich wiederum negativ auf die HIV-Therapieadhärenz auswirken, wodurch sich folgend auch die körperliche Gesundheit verschlechtert (vgl. Nevin et al. 2018: 14). Für die Praxis der Sozialen Arbeit lässt sich daraus ableiten, dass aus einer biopsychosozialen Perspektive die Ursachen für Non-Adhärenz sichtbar gemacht werden können. Laut Pauls (2021: 22f.) fungiert das biopsychosoziale Modell als Paradigma klinisch-sozialarbeiterischen Handelns, zugleich bedarf eine biopsychosoziale Betrachtungsweise der interdisziplinären Zusammenarbeit von medizinischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Fachkräften, um Menschen in besonderen Problemlagen zu helfen.

Viele wissenschaftliche Beiträge über Adhärenz (sowohl bei HIV als auch bei anderen Erkrankungen) befassen sich nur mit medizinischen und psychologischen Sichtweisen. Im deutschsprachigen Raum wird das Thema in der Sozialarbeitswissenschaft überhaupt nur in wenigen Beiträgen behandelt, etwa in einer Studie von wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen der Fachhochschule in Bern. Rüegg, Eiler und Gehrlach (2022: 17) verweisen in ihrem Text auf englischsprachige Studien, um zu demonstrieren, dass interdisziplinäre Teams mit Sozialarbeitenden das Gesundheitsverhalten verbessern können. Sie verdeutlichen die Bedeutung einer Auseinandersetzung mit Adhärenz in der Sozialen Arbeit:

„Neben der Entlastung von sozialen Problemen können Sozialarbeitende auch für die Koordination und Umsetzung von anspruchsvollen Behandlungsplänen eingesetzt werden. [...] Gerade dann, wenn Ärztinnen und Ärzte mit sogenannten ‚schwierigen Patient*innen‘ konfrontiert sind [...], kann eine umfassende soziale Anamnese eines Sozialarbeitenden wichtige Erkenntnisse liefern, damit Behandlungstreue und Behandlungserfolg gesteigert werden kann.“ (Ebd.)

Hinsichtlich der Ursachen für Non-Adhärenz gibt es viele Gemeinsamkeiten zwischen HIV und anderen somatischen Erkrankungen. Allerdings stellt bei einer geringen HIV-Therapieadhärenz der stigmatisierende Charakter der Erkrankung ein spezifisches Merkmal dar, da wenige andere Erkrankungen dermaßen negativ behaftet sind. Zudem trifft HIV überproportional Bevölkerungsgruppen, die ohnehin von Stigmatisierung betroffen sind (vgl. Gilbert et al. 2007: 168; Scheid 2007: 128).

2.1 Biosoziale Ursachen für Non-Adhärenz in der HIV-Therapie

Biosoziale Ursachen können sich durch Nebenwirkungen sowie ein komplexes Medikamentenregime (z.B. Anzahl der zu schluckenden Medikamente und begleitende Faktoren) ergeben (vgl. Pomeroy/Thompson/Gober/Noel 2007: 68). Diese Aspekte sind jedoch inzwischen nahezu unbedeutend geworden, da die Therapie deutlich verträglicher und einfacher geworden ist. Allerdings kann es insbesondere bei Therapiebeginn immer noch zu Nebenwirkungen kommen, weshalb dieser Faktor nicht völlig vernachlässigt werden sollte (vgl. Leichsenring 2018). Nach wie vor stellen auch Wechselwirkungen mit anderen Substanzen eine Gefahr für die Adhärenz dar. Zudem können bei Suchtmittelkonsum die HIV-Medikamente unwirksam werden (vgl. Knuth 2021). Einen weiteren bedeutenden Aspekt stellen Komorbiditäten dar. Begleiterkrankungen wie Demenz können sich in Folge einer HIV-Infektion entwickeln (vgl. Jebelean 2023) und eine weitere Gefahr für die Adhärenz darstellen (vgl. Canadian Association of Social Workers 1997: 102). Auf diesen Aspekt wird in der Literatur wenig eingegangen, jedoch betonen Hendlmeier und Schäufele (2021: 37), dass Sozialarbeiter*innen im Krankenhaus durch ihr Handeln die Adhärenz von Demenzkranken erhöhen können.

2.2 Psychosoziale Ursachen für Non-Adhärenz in der HIV-Therapie

In der Literatur werden insbesondere psychosoziale Aspekte in Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum, psychiatrischen Erkrankungen und instabilen Wohnsituationen mit einem geringen Adhärenz-Niveau verknüpft (vgl. z.B. Cooperman/Parsons/Chabon/Berg/Arnsten 2007: 104; vgl. Ka'opua/Linsk 2007: 3). Die Rolle von Substanzen wird in der Literatur stark hervorgehoben, doch stellt sich die Frage, ob dem Suchtmittelkonsum in diesem Zusammenhang tatsächlich eine so hohe Bedeutung zuzuschreiben ist. Grabovac et al. (2018) legen in ihrer Studie (n=438) im *European Journal of Public Health* dar, dass es eine hohe Prävalenz von Substanzmissbrauch unter Menschen mit HIV in Österreich gibt; bei ihren Studienteilnehmenden (Menschen in ambulanter HIV-Betreuung) waren es sogar 60,5%. Die Autor*innen verweisen jedoch auch auf größere Studien aus anderen Ländern, wo von wesentlich geringeren Prävalenzen (28,6%–44%) ausgegangen wird. Nichtsdestotrotz verdeutlichen sie den Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Non-Adhärenz: 21% der Befragten gaben an, nicht adhärenz zu sein, wenn sie beabsichtigen, Suchtmittel zu nehmen (vgl. ebd.: 1–6). Es liegt die Vermutung nahe, dass dies aufgrund der gefährlichen Wechselwirkungen zwischen illegalen Substanzen und HIV-Medikamenten der Fall ist (vgl. Knuth 2021). Grabovac et al. (2018: 4) betonen zudem die Gefahren von sexualisiertem Substanzkonsum: Das sogenannte ChemSex-Phänomen gefährdet die HIV-Therapieadhärenz insofern, als durch ChemSex-Partys die regelmäßige Einnahme der Medikamente beeinträchtigt werden kann (vgl. dazu auch Knuth 2021).

Suchtmittelmissbrauch hängt auch mit psychischen Belastungen zusammen, die HIV-positive Klient*innen erleben. Zudem stellt die tägliche Medikamenteneinnahme eine regelmäßige Erinnerung an die eigene, oftmals mit Scham behaftete Krankheit dar (vgl. Scheid 2007: 128). Substanzkonsum kann dazu dienen, diese negativen Gefühle zu verdrängen. Ein betroffener Klient sagt: „The HIV meds take away the denial. To deal with the denial, I use drugs.“ (Gilbert et al. 2007: 168) Suchtmittel stellen also eine multifaktorielle Gefahr für die Adhärenz dar. Gilbert et al. (2007) raten allerdings ausgehend von den Ergebnissen ihrer Studie (n=90) davon ab, Substanzmissbrauch zu pauschalisieren. Sucht allein sei nämlich selten der einzige Auslöser für Non-Adhärenz, sondern stehe meist mit anderen Faktoren in Verbindung. Dazu zählen etwa schlechter Zugang zum Gesundheitswesen und prekäre Wohnbedingungen (vgl. Gilbert et al. 2007: 169; 175–176). Die folgende Aussage eines Klienten der Suchthilfe verdeutlicht, warum insbesondere Wohnungslosigkeit eine Barriere für Adhärenz darstellt: „Hard to adhere to my meds if I am living on the streets.“ (Gilbert et al. 2007: 169)

Insbesondere Klient*innen in herausfordernden Lebenslagen haben oftmals keinen ausreichenden Zugang zu medizinischen oder sozialen Diensten, wodurch eine Adhärenz kaum möglich ist (vgl. Gilbert et al. 2007: 162). Ein besonderes Problem ist ein nicht aufrechter Krankenversicherungsschutz. Da es in Österreich für nicht-versicherte HIV-positive Personen keine abgesicherten Versorgungsmöglichkeiten gibt, sind sie auf private Initiativen wie Aidshilfen angewiesen (vgl. Brunner 2024: 11).

2.3 Biopsychosoziale Herausforderungen im Wandel der Zeit

Die Ursachen für Non-Adhärenz sind komplex und unterliegen dem Wandel der Zeit, da die Medizin fortschrittlicher wird. Als 1996 die hochwirksame antiretrovirale Therapie zugelassen wurde, mussten Patient*innen bis zu 20 Tabletten täglich einnehmen. Mittlerweile ist meist eine Tablette ausreichend (vgl. Leichsenring 2018). Zudem wurden kürzlich HIV-Depotspritzen zugelassen, die eine wesentliche Erleichterung für Patient*innen darstellen. Als Alternative zur täglichen Medikation ist eine solche Spritze alle vier bis acht Wochen ausreichend. Insgesamt haben diese Injektionen zwar ein großes Potenzial, sie stellen jedoch zurzeit noch keine passende Alternative für non-adhärenzte Klient*innen dar. Die Spritzen können nämlich erst eingesetzt werden, wenn das Virus bereits unter der Nachweisgrenze ist, was bei non-adhärenzten Klient*innen nie der Fall ist (vgl. Schock 2021).

Nach Ka'opua und Linsk (2007: 3) haben sich die psychosozialen Herausforderungen trotz einfacherer Therapieformen zwar kaum verändert, jedoch haben insbesondere biosoziale Aspekte wie ein komplexes Medikamentenregime die gesamte Fallarbeit früher wesentlich erschwert. Es kann zudem angenommen werden, dass dank medizinischer Fortschritte heutzutage weniger HIV-

positive Menschen auf die Hilfe von Sozialarbeiter*innen angewiesen sind. Dafür würde sprechen, dass sich die Anzahl der Klient*innen der Sozialarbeit in der *Aids Hilfe Wien* von 554 im Jahr 2006 auf 225 im vergangenen Jahr halbierte (vgl. *Aids Hilfe Wien* 2007: 20; Brunner 2024: 66). Im selben Zeitraum ist auch die Anzahl der österreichischen Patient*innen, die die Therapie abgebrochen haben, von 13,5% auf 2,3% gesunken (vgl. Leierer/Rappold/Strickner/Zangerle 2023: 69); nichtsdestotrotz bedeuten 2,3% bei über 8000 Betroffenen noch ungefähr 200 Personen (vgl. ebd.: 12).

Es gibt nach wie vor Patient*innen, bei denen es zu mehrfachem Therapieversagen aufgrund mangelnder Adhärenz kommt. Zudem verliert HIV durch neue Therapiemöglichkeiten an Schrecken. Das Bewusstsein über die Gefahren der Krankheit gerät zunehmend in den Hintergrund, was verspätete Diagnosen und vermehrte Fälle von schwer kranken Patient*innen zur Folge haben kann. In den letzten Jahren hat auch die Corona-Pandemie dazu beigetragen: Neben späten Diagnosen wurden Personen mit bereits bekannter HIV-Infektion von der regelmäßigen Betreuung teilweise nicht mehr erfasst. Infolgedessen wurden sie non-adhärenz und schwerkrank (vgl. Zehnder 2022). Selbst bei immensen Fortschritten in der Medizin stellt die Erreichung einer optimalen Adhärenz in der HIV-Therapie also nach wie vor eine Herausforderung dar. Nicht zuletzt sind Klient*innen in Notsituationen auch von der momentanen sozialpolitischen Lage beeinflusst. In Österreich sind nicht-versicherte Patient*innen abhängig von Medikamentenspenden sowie öffentlicher Wohltätigkeit. Gleichzeitig fungieren die Sozialarbeiter*innen der Aidsberatungsstellen als wichtige Ansprechpartner*innen für diese Klient*innen, denn sie überprüfen die Möglichkeiten zur Wiedereingliederung in das Versicherungssystem (vgl. Brunner 2024: 11). Im Jahr 2023 konnten mithilfe sozialarbeiterischer Unterstützung 15 Klient*innen der *Aids Hilfe Wien* wieder einen Krankenversicherungsschutz erlangen (vgl. ebd.: 67).

3 Beispiele für Interventionen der Sozialen Arbeit aus der Praxis

Abgesehen von der Unterstützung bei der Wiedererlangung eines Versicherungsschutzes stehen Sozialarbeitenden noch viele weitere Möglichkeiten zur Verfügung, um die Adhärenz ihrer Klient*innen zu fördern. An dieser Stelle wird anhand von zwei US-amerikanischen Fallstudien illustriert, welche Methoden und Interventionen der Sozialen Arbeit zu einer höheren Adhärenz beitragen können.

3.1 Leitlinien für Adhärenz-Beratung

„Adherence counseling, as found in our study, is effective and does lead to improved adherence. [...] Because of the need for continued support, adherence counseling should be considered an essential component of the HIV case manager role, many

of whom are social workers.“ (Scheid 2007: 136)

Im US-amerikanischen Bundesstaat North Carolina entstand in Zusammenarbeit von der Sozialen Arbeit mit der Krankenpflege ein Beratungsprojekt zur Förderung der Adhärenz. Die Beratungen wurden von Scheid im Rahmen einer zweijährigen Studie mit 30 Teilnehmenden analysiert, um eine methodische Grundlage für die Adhärenzberatung zu schaffen (vgl. Scheid 2007: 122–123). Scheid entwickelte darauf aufbauend Leitlinien, die sie in ihrem 2015 erschienen Werk *Comprehensive Care for HIV/AIDS* detailliert beschreibt. In den Leitlinien wird empfohlen, primär die Ursachen hinter der Non-Adhärenz zu evaluieren und folgende Schritte dabei zu befolgen:

- 1) Überprüfen, inwieweit Nebenwirkungen zu einer Non-Adhärenz führen können;
- 2) möglichst leichten Zugang zu Medikamenten schaffen;
- 3) Probleme im Zusammenhang mit Substanzkonsum sowie psychischen Problemen evaluieren;
- 4) überprüfen, ob Verdrängungsmechanismen oder Schwierigkeiten mit der täglichen Routine relevante Ursachen sind (vgl. ebd.: 128–129).

Scheids Leitlinien basieren auf der Grundannahme, dass unterschiedliche Strategien in verschiedenen Phasen der Behandlungsbereitschaft wirksam sind. Dabei differenziert sie etwa zwischen mehr oder weniger adhärennten Klient*innen. Auch der Diagnosezeitpunkt spielt eine Rolle. Beziehungsarbeit sei bei neu diagnostizierten Klient*innen besonders wichtig, da in dieser Phase der Leidensdruck besonders hoch sein kann. Zudem kann es zur internalisierten Stigmatisierung kommen, wenn Betroffene ihre Erkrankung als Strafe für sündhaftes Verhalten oder Selbstverschulden wahrnehmen, da in den meisten Fällen die Infektion über sexuelle Kontakte oder durch Substanzkonsum erworben wird. Die Angst vor Diskriminierung kann zu Verdrängung und einer geringeren Adhärenz beitragen. Umgekehrt haben Akzeptanz des eigenen HIV-Status und ein unterstützendes Umfeld einen positiven Effekt. Die Förderung von Social Support sowie Empowerment sind deshalb notwendig. In diesem Zusammenhang hebt Scheid hervor, dass das Selbstwirksamkeitsgefühl z.B. dadurch gefördert werden kann, dass Klient*innen dazu befähigt werden, selbst ihre Laborwerte abzurufen, um idealerweise selbst einen Erfolg festzustellen (vgl. Scheid 2007: 128–134).

Scheid betont, dass bei 70% der Teilnehmenden die Beratung zu einer höheren Therapietreue geführt hat. Zudem haben sich Hausbesuche als besonders effiziente Methode erwiesen, da ein Teil der Klient*innen nicht in der Lage war, regelmäßig zu Beratungsterminen zu kommen. Jedoch gab es auch Klient*innen, die keine Art der Beratung in Anspruch nahmen und auch von den fallführenden

Berater*innen nicht erreicht werden konnten. Nach Scheid erfordert es weitere Studien, um zu erforschen, wie diese schwer erreichbaren Personen in verschiedene Angebote eingebunden werden können (vgl. ebd.: 135–136).

3.2 Interventionen der Krankenhaussozialarbeit

Cynthia D. Fair untersuchte gemeinsam mit Osherow, Albright und McKeone im Rahmen einer qualitativen Studie (n=15) den Einfluss von Interventionen der Krankenhaussozialarbeit im Georgetown University Hospital in Washington, D.C. auf die Adhärenz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit HIV. In zwei von drei näher beschriebenen Fällen haben sich die Laborwerte nach Einsetzen der sozialarbeiterischen Betreuung deutlich verbessert. Gemessen wurde dabei die Anzahl der CD4-Zellen und Virenkopien im Blut (vgl. Fair et al. 2013: 32–33).

In der Studie wird viel Wert auf Hausbesuche gelegt, die der fallführenden Sozialarbeiterin dabei geholfen haben, Ressourcen und Bedürfnisse der Klient*innen zu erfassen. Eine genaue Sozialanamnese helfe zudem dem*r fallführenden Sozialarbeiter*in dabei, Wege zu finden, die Betroffenen zu unterstützen und die Adhärenz zu fördern. Zudem wird der Alltagsarbeit und dem Organisieren von Freizeittätigkeiten eine hohe Bedeutung beigemessen. Dahinter steht die Überzeugung, dass es für junge Menschen mit HIV besonders wichtig ist, auch abseits der Erkrankung einen Alltag zu erleben. Eine höhere Lebensfreude wirkt sich nach Fair et al. auch positiv auf die Adhärenz aus. Von besonderer Wichtigkeit ist auch dieser Studie entsprechend der Social Support (vgl. ebd.: 26, 32–40).

In der Studie von Fair et al. wurden darüber hinaus Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie Bildungsarbeit und Angehörigenarbeit, von den Sozialarbeiter*innen als eine von mehreren Strategien angewandt, um die Adhärenz zu verbessern. Zur Gesundheitsförderung gehört auch die Unterstützung bei der Inanspruchnahme von medizinischen, psychologischen und sozialen Dienstleistungen (vgl. Fair et al. 2013: 34–35). Da Menschen mit HIV in Österreich vor allem im Gesundheitsbereich Diskriminierung erfahren (vgl. Grafl 2020: 9), ist die Anbindung an geeignete und nicht-stigmatisierende Ärzt*innen essenziell. Außerdem fördert eine gute Beziehung zum*r Behandler*in die Motivation zur Adhärenz (vgl. Pomeroy 2007: 77–78).

Die Studien stimmen in mehreren Punkten überein, insbesondere hinsichtlich der Bedeutung von Hausbesuchen, Alltagsarbeit, Sozialanamnesen und Social Support. Beide Fallstudien verdeutlichen, welche Wichtigkeit der Sozialen Arbeit im Zuge der Adhärenzförderung zukommt bzw. zukommen könnte. Trotz ihrer hohen Relevanz für das Thema muss bei beiden Studien jedoch kritisch angemerkt werden, dass sie aufgrund der recht geringen Zahl an Studienteilnehmenden nur eine begrenzte Reliabilität haben. Für eine höhere Aussagekraft wären Studien mit einer

größeren Menge an Klient*innen sowie Sozialarbeiter*innen notwendig. Nichtsdestotrotz werfen die vorgestellten Untersuchungen ein Licht auf interessante Aspekte eines bis dato wenig beforschten Themas und veranschaulichen den Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit bei wenig adhärennten Klient*innen.

4 Implikationen für die Theorie und Praxis Klinischer Sozialer Arbeit

Da sich die Klinische Soziale Arbeit vor allem Menschen widmet, deren Gesundheitsprobleme mit schwerwiegenden sozialen und persönlichen Krisen in Verbindung stehen, wie v.a. Patient*innen mit chronischen Erkrankungen und Suchterkrankungen (vgl. Steiner/Wilfing 2021: 17), erscheint eine nähere Auseinandersetzung mit der beschriebenen Problematik aus einem klinisch-sozialarbeiterischen Blickwinkel sinnvoll. Einerseits ist die biopsychosoziale Dimensionierung entscheidend für die Förderung der Therapieadhärenz. Andererseits stellt auch die Förderung der Adhärenz eine Form der Psychoedukation bzw. Gesundheitsförderung dar, die zu den Hauptaufgaben der Klinischen Sozialen Arbeit gehört. Zudem haben Sozialarbeiter*innen im Rahmen des Case Management die Möglichkeit, Betroffene im Gesundheitswesen zu navigieren und Netzwerke zu aktivieren (vgl. Rüegg et al. 2022: 17).

Eine klinisch-sozialarbeiterische Perspektive auf das Thema lässt sich dennoch nicht leicht definieren. Das liegt u.a. daran, dass die Klinische Soziale Arbeit ihr Wissen aus mehreren Bezugswissenschaften schöpft und sich daher durch eine gewisse Polyprofessionalität auszeichnet (vgl. Ehrhardt 2021: 135f.). Im Sinne einer biopsychosozialen Dimensionierung stellt die Polyprofessionalität ein paradoxes Alleinstellungsmerkmal dar, da Sozialarbeiter*innen in der einzigartigen Position sind, Expertise aus verschiedenen Disziplinen zu vereinen. Nach Steiner und Wilfing (2021: 16) füllen sie somit eine Lücke in der interdisziplinären Versorgung von Menschen in Multiproblemlagen aus. Darüber hinaus können Sozialarbeiter*innen auch im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit ihre Position nutzen, um strukturelle Barrieren zu einer optimalen Therapieadhärenz aufzuzeigen. Die Forschung zeigt, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit, Medizin und weiteren Berufen geeignet ist, um non-adhärennten Personen in Multiproblemlagen zu helfen, wenn auch die Rolle Sozialer Arbeit insgesamt unzureichend erforscht ist (vgl. Ka'opua/Linsk 2007: 2–6).

Sozialarbeiter*innen erhalten einen einzigartigen Zugang zu vulnerablen Klient*innen und verfügen somit über besondere Expertise darüber, wie sie die Betroffenen unterstützen können (vgl. ebd.; Fair et al. 2013: 42). Eine wichtige Unterstützungsmaßnahme ist z.B. der in beiden Studien wiederholt genannte Social Support. An dieser Stelle soll jedoch festgehalten werden, dass Social Support sowohl positive als auch negative Auswirkungen haben kann. In einer weiteren

Studie (n=98), die von Hamilton, Razzano und Martin (2007) durchgeführt wurde, wird etwa die Unterstützung von der Familie, möglicherweise aufgrund von Stigma, tendenziell mit schlechterer Adhärenz assoziiert (vgl. ebd.: 40, 57–38). Partner*innen und Freund*innen haben hingegen meist eine positive Wirkung (vgl. ebd.: 47, 56). Für klinisch-sozialarbeiterisches Handeln kann daher der Schluss gezogen werden, dass die Methode des Social Support erst nach einer gelungenen Sozialanamnese eingesetzt werden sollte (vgl. ebd.: 60).

Die dargestellten Probleme und Zugänge zeigen, welchen Beitrag die Klinische Soziale Arbeit zur Förderung der Adhärenz bei HIV-positiven Klient*innen leisten kann. Um effektiv an der Adhärenzförderung mitzuwirken, ist es neben Beziehungsarbeit im Rahmen einer Sozialanamnese von Vorteil, einen biopsychosozialen Ansatz zu verfolgen, der die komplexen Faktoren der Non-Adhärenz berücksichtigt. Insbesondere ist es im Rahmen der Social-Support-Theorie sinnvoll, eine lebensweltorientierte Arbeitsweise zu integrieren und das soziale Umfeld des Individuums miteinzubeziehen. Zudem kann durch Psychoedukation die Gesundheitskompetenz gefördert werden. Durch effektives Case Management kann den Klient*innen ein effizientes Netzwerk eingerichtet werden.

5 Forschungslücken und Impulse für die Forschung

In diesem Beitrag wurden die vielfältigen Handlungsmöglichkeiten von Sozialarbeitenden zur Adhärenzförderung illustriert. Die dargestellten Aspekte – insbesondere die Berücksichtigung biopsychosozialer Faktoren, von Gesundheitsförderung und Social Support – verdeutlichen die Relevanz des Themas für die Klinische Soziale Arbeit. Meines Erachtens nach sollte die Sozialarbeitswissenschaft die Erforschung ihrer Möglichkeiten zur Adhärenzförderung, auch jenseits von HIV-positiven Klient*innen, vorantreiben. Schließlich beteiligen sich Sozialarbeiter*innen in den verschiedensten Kontexten am Behandlungserfolg und der Therapietreue ihrer Adressat*innen.

Im Rahmen der Recherche wurden mehrere Forschungslücken sowie gravierende Unterschiede sichtbar. Zudem fehlen für den deutschsprachigen Raum empirische Belege für die Effizienz von Interventionen. Da das Sozialsystem hierzulande anders funktioniert als in den USA, sind die im Beitrag dargestellten Studienergebnisse für unseren geographischen Raum nur begrenzt anwendbar. Nichtsdestotrotz bieten sie meiner Ansicht nach auch für den deutschsprachigen Raum interessante Impulse. Gleichzeitig liefern neue medizinische Erfolge Anregungen für weitere fachliche Diskussionen, an denen sich auch die Klinische Soziale Arbeit beteiligen könnte.

Die zukünftige Gestaltung des Umgangs mit und der Bewältigung von HIV hängt davon ab, wie sich Gesellschaft, Medizin und Soziale Arbeit weiterentwickeln werden. Da es für HIV in absehbarer Zukunft wohl keine Heilung oder Impfung geben wird, werden die Herausforderungen,

die mit dieser chronischen Erkrankung einhergehen, weiterhin aufrecht bleiben.

Literaturverzeichnis

Aids Hilfe Wien (2007): Tätigkeitsbericht 2006. Wien: Aids Hilfe Wien.

Bogner, Johannes (2012): Adhärenz. In: Hiv & More, 4, S. 18–25.

Brunner, Andrea (2024): Tätigkeitsbericht 2023. Wien: Aids Hilfe Wien.

Canadian Association of Social Workers (1997): Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease. Ottawa: Health Canada.

Cooperman, Nina A./Parsons, Jeffrey T./Chabon, Brenda/Berg, Karina M./Arnsten, Julia H. (2007): The Development and Feasibility of an Intervention to Improve HAART Adherence Among HIV-Positive Patients Receiving Primary Care in Methadone Clinics. In: Ka'opua, Lana Sue/Linsk, Nathan L. (Hg.): HIV Treatment Adherence: Challenges for Social Services. Binghamton, NY: The Haworth Press, S. 101–120.

Ehrhardt, Saskia (2021): Die disziplinäre Zuständigkeit der Klinischen Sozialen Arbeit in der sozialen Dimension von Suchterkrankungen. In: Steiner, Elisabeth/Ehrhardt Saskia (Hg.): Klinische Soziale Arbeit in Österreich. Wien: Facultas, S. 133–146.

Fair, Cynthia D./Osherow, Janet/Albright, Jamie/McKeone, Daniel (2013): Medication Adherence Among Adolescents With HIV: A Case Study of Social Work Interventions. In: Journal of HIV/AIDS & Social Services, 13/1, S. 26–45.

Gilbert, Dorie J./Abel, Elizabeth/Stewart, Nancy Francisco/Zilberman, Margarita (2007): More Than Drugs: Voices of HIV-Seropositive Individuals with a History of Substance Use Reveal a Range of Adherence Factors. In: Ka'opua, Lana Sue/Linsk, Nathan L. (Hg.): HIV Treatment Adherence: Challenges for Social Services. Binghamton, NY: The Haworth Press, S. 161–179.

Grabovac, Igor/Meilinger, Michael/Schalk, Horst/Leichsenring, Birgit/Dorner, Thomas Ernst (2018): Prevalence and Associations of Illicit Drug and Polydrug Use in People Living with HIV in Vienna. In: European Journal of Public Health, 28/Ergänzungsblatt 4, S. 1–9.

Grafl, Katja (2020): Diskriminierung & HIV. Report 2019. Wien: Aids Hilfe Wien.

Hamilton, Marie M./Razzano, Lisa A./Martin, Nicole B. (2007): The Relationship Between Type and Quality of Social Support and HIV Medication Adherence. In: Ka'opua, Lana Sue/Linsk, Nathan L. (Hg.): HIV Treatment Adherence: Challenges for Social Services. Binghamton, NY: The Haworth Press, S. 39–64.

Hendlmeier, Ingrid/Schäufele, Martina (2021): Demenzsensible Versorgung im Krankenhaus – welchen Beitrag kann Soziale Arbeit dazu leisten? In: Buttner, Peter (Hg.): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Aufgaben und Potenziale. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 29–39.

Jebelean, Elisa (2023): Demenz-Symptome erkennen: Das sind die Warnsignale. <https://www.suedkurier.de/ueberregional/rundblick/gesundheit-demenz-symptome-erkennen-das-sind-die-warnsignale;art1373253,11471965> (28.03.2023).

Ka'opua, Lana Sue/Linsk, Nathan L. (Hg.) (2007): HIV Treatment Adherence: Challenges for Social Services. Binghamton, NY: The Haworth Press.

Knuth, Christian (2021): #schlauzuhiv. Geilheit schützt vor Schaden nicht. <https://www.maenner.media/gesundheit/medizin/schlauzuhiv-chemsex-wechselwirkungen-dr-schellberg/> (12.02.2024).

Leichsenring, Birgit (2018): Basis-Informationen: HIV-Therapie. https://aids.at/wp-content/uploads/2021/01/Basisinfos-2_HIV-Therapie.pdf (26.02.2024).

Leierer, Gisela/Rappold, Michaela/Strickner, Stefanie/Zangerle, Robert (2023): HIV / AIDS in Austria. 45th Report of the Austrian HIV Cohort Study. https://www.aidsgesellschaft.at/wp-content/uploads/2023/12/Kohortenbericht-45_23.pdf (26.02.2024).

Nevin, Paul E./Frey, Sarah/Lipira, Lauren/Endeshaw, Meheret/Niemann, Lisa/Kerani, Roxanne P/Rao, Deepa (2018): „You are always hiding. It's the worst way to live“. Exploring Stigma in African Immigrants Living With HIV in a Large Northwest U.S. Metropolitan Area. In: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 29/3, S. 417–425.

Pauls, Helmut (2021): Das biopsychosoziale Modell als Paradigma in der Klinischen Sozialen Arbeit. In: Steiner, Elisabeth/Ehrhardt Saskia (Hg.): Klinische Soziale Arbeit in Österreich. Wien: Facultas, S. 22–39.

Pomeroy, Elizabeth C./Thompson, Sanna/Gober, Kelly/Noel, LaTonya (2007): Predictors of Medication Adherence Among HIV/AIDS Clients. In: Ka'opua/Lana Sue, Linksk/Nathan L. (Hg.): HIV Treatment Adherence: Challenges for Social Services. Binghamton, NY: The Haworth Press, S. 65–82.

Rüegg, René/Eiler, Katharina/Gehrlach, Christoph (2022): Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Grundlagen und Umsetzung. Bern: Berner Fachhochschule.

Scheid, Teresa L. (2007): Specialized Adherence Counselors Can Improve Treatment Adherence: Guidelines for Specific Treatment Issues. In: Ka'opua, Lana Sue/Linsk, Nathan L. (Hg.): HIV Treatment Adherence: Challenges for Social Services. Binghamton, NY: The Haworth Press, S. 121–138.

Schock, Alex (2021): HIV-Therapie mit Cabotegravir: Depotspritzen statt täglicher Tabletten. <https://magazin.hiv/magazin/praevention-wissen/cabotegravir-depotspritzen/> (26.02.2024).

Steiner, Elisabeth/Wilfing, Heinz (2021): Klinische Soziale Arbeit als Disziplin und Profession. In: Steiner, Elisabeth/Ehrhardt Saskia (Hg.): Klinische Soziale Arbeit in Österreich. Wien: Facultas, S. 11–21.

Stromenger, Michael (2023): Adhärenz in der Therapie von HIV-positiven Klient*innen. Methoden und Interventionen im Kontext der Sozialen Arbeit. Wien: FH Campus Wien.

Zehnder, Adalbert (2022): Aids ist noch nicht vorbei. <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/aids-ist-noch-nicht-vorbei-16480/> (26.02.2024).

Über den Autor

Michael Stromenger, BA

michael.stromenger@gmx.at

Absolvierte das Bachelorstudium der Sozialen Arbeit an der FH Campus Wien. Momentan studiert er im Masterstudiengang die Vertiefungsrichtung Klinische Soziale Arbeit. Erste Erfahrungen in

der Praxis sammelt er nun als Sozialarbeiter im Herz-Jesu Krankenhaus sowie als Springer bei Streetwork-Diensten der Caritas in Wien.