

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 31 (2005)

Heft: 4

Artikel: "Living with the Daily Dose" : Medikamentöse Therapie HIV-positiver Drogenabhängiger

Autor: Stöver, Heino / Leicht, Astrid / Engelhardt, Jutta

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800410>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 12.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

«Living with the Daily Dose» – Medikamentöse Therapie HIV- positiver Drogenabhängiger

Gegenwärtig besteht keine Aussicht auf «die» HIV-Erkrankung ausheilenden Medikamente noch auf einen sicheren und wirkungsvollen Impfstoff gegen HIV. Doch die Fortschritte auf dem Gebiet der antiretro-viralen Therapie in den letzten 10 – 15 Jahren sind enorm.

HEINO STÖVER, ASTRID LEICHT,
JUTTA ENGELHARDT*

Bestimmte opportunistische Krankheiten konnten reduziert werden, das Immunsystem wird stabilisiert, die medizinischen und psycho-sozialen Versorgungsstrukturen im teilstationären und stationären Bereich haben sich verbessert.

Zugang und Verbesserung

Insgesamt kam es zu einer deutlichen Verlängerung der Lebenszeit und Ver-

besserung der Lebensqualität der Betroffenen. «*Ausserdem gibt es begründete Hoffnung, dass sich die Aussichten für Menschen mit HIV und Aids noch weiter verbessern. Ständig kommen nämlich neue und auch wirksamere, nebenwirkungsärmere und leichter einzunehmende antiretrovirale Medikamente auf den Markt*»¹.

Zu fragen ist jedoch, ob ein Zugang zur antiretroviralen Therapie für alle betroffenen Gruppen gleichermaßen gegeben ist, ob also alle Betroffenen (hier v.a. DrogenkonsumentInnen) vom medizinischen Fortschritt profitieren können, oder ob es bestimmte Zugangsbarrieren oder -bedingungen gibt, die das verhindern? Weiterhin muss gefragt werden, welche AkteurInnen bei der Entscheidung für eine HAART² initiativ werden (müssen) und welche Bedingungen dafür nötig sind und wie die Adhärenz (Therapietreue) insbesondere bei der Gruppe der i.v. DrogenkonsumentInnen gegeben ist und gefördert werden kann. Jörg Gözl (2005) betont, dass der Faktor «setting», das konkrete Behandlungsprozedere, eine eingehende Untersuchung verdient, da dies offenbar ebenso wie Mängel im Versorgungssystem einen starken Einfluss auf die Adhärenz besitzt: geringe Zahl von HIV/AIDS-Schwerpunktpraxen, die zudem schlecht vorbereitet sind auf die speziellen Behandlungsbedingungen bei Drogenabhängigen, geringe Zahl substituierender Ärzte/Ärztinnen v.a. im kleinstädtischen und ländlichen Bereich.

EU-Studie

«Living with the Daily Dose»

Die durch Stiftung Mainline in Amsterdam/Niederlande initiierte, finanzierte und koordinierte europäischen Untersuchung «Living with the Daily Dose: comparing national policies and practices to improve access and adhe-

rence of HIV-infected drug users to anti-retroviral treatment» hat in 11 europäischen Ländern nationale Untersuchungen in Auftrag gegeben. Die Studie hat zum Ziel, Antworten auf die oben aufgeworfenen Fragen nach Zugang zu und Adhärenz in der ARV-Therapie für die Gruppe der i.v. DrogenkonsumentInnen zu finden. An dieser explorativen Studie nehmen Einrichtungen aus 11 EU-Ländern teil, die in ihren Ländern qualitative Interviews mit jeweils ca. 40 «Behandelten» (25 HIV-positive DrogengebraucherInnen und 15 «Behandelnden» in der HIV-Behandlung (Ärzte/innen, Krankenpflegepersonal) durchgeführt haben. Das Ziel der Studie ist es, «Best Practice» – Modelle zu identifizieren und Empfehlungen für einen verbesserten Zugang und Förderung der Adhärenz von DrogengebraucherInnen in der antiretroviralen Therapie zu formulieren³. Die hier vorgestellten «setting»-Darstellungen repräsentieren den deutschen Teil dieser Studie.

Die Wichtigkeit der Substitutionsbehandlung

Die meisten langjährig Opioide konsumierenden Menschen, die ihren Drogenbedarf auf dem Drogenschwarzmarkt befriedigen leiden in der Regel unter vielfachen gesundheitlichen Schäden (psychiatrische, infektiologische und somatische Komorbidität) sozialen Belastungen (ungeregelte Wohnverhältnisse, hoher Grad von Arbeitslosigkeit) und finanziellen Notlagen (am unteren Rand der Wohlstandsgesellschaft, hoher Schuldenstand etc.). Diese widrigen Lebensbedingungen von Menschen, die aktuell Drogen konsumieren, dies in Phasen tun oder exzessiv in der Vergangenheit getan haben, wirken sich häufig nicht nur negativ auf die Motivation aus, gegebenenfalls eine HIV-Therapie⁴ zu beginnen, son-

* Heino Stöver, Ph.D., Associate Professor University of Bremen, Faculty of Law, Postbox 330 440, D-28334 Bremen, Tel.: +49 (0) 421 218 3173, Fax.: +49 (0) 421 218 3684, E-Mail: heino.stoever@uni-bremen.de
Astrid Leicht, Dipl.-Erziehungswissenschaftlerin, Geschäftsführerin des Vereins Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e. V. in Berlin, Email: a.leicht@fixpunkt.org, Jutta Engelhardt, Projektinitiatorin und -koordinatorin der europäischen Studie «Living with the Daily Dose», Abteilungsleiterin International bei Stiftung Mainline, Postbus 58303, NL-1040 HH Amsterdam, Tel: +31 (0)20 68 22 660, Fax: +31 (0)20 68 13 003, E-Mail: j.engelhardt@mainline.nl



dern haben auch Bedeutung für die «Compliance», also die Bereitschaft und Fähigkeit, aktiv an der Behandlung mitzuwirken und die Therapievorschriften genau zu befolgen – und damit auf den Therapieerfolg. Das ist einer der Gründe dafür, dass Abstinenz oder die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm Voraussetzung für eine solche Therapie ist – wengleich dies die geforderte «Therapietreue» keinesfalls garantiert. Ein weiterer Grund ist, dass fortgesetzter Drogenkonsum die Leber schädigt, die für den Um- und Abbau von Medikamenten sorgt, und es zu gefährlichen und den Therapieerfolg gefährdenden Wechselwirkungen der Drogen mit anderen Substanzen (etwa den eingesetzten Anti-HIV-Medikamenten) kommt. Zur Förderung der Compliance sollten Arzt und Patient schon vor Beginn einer Kombinationstherapie die individuelle Situation genau analysieren und die Behandlung darauf abstimmen; darüber hinaus kann man einige Tipps geben, die das regelmässige und «vorschriftsmässige» Einnehmen der Medikamente erleichtern.

Eine Behandlung mit Opiat-Ersatzstoffen hat Kontinuität in das Leben vieler Drogenkonsumenten gebracht. Indem sie das Verlangen nach (weiteren) Opiaten dämpft, ermöglicht sie eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung und ist so Voraussetzung für weitere therapeutische Massnahmen. Von den schätzungsweise 140000 Opiatkonsumenten in Deutschland unterziehen sich gegenwärtig ca. 10000 Menschen einer ambulanten oder stationären Therapie und etwa 57700 Menschen einer Substitutionstherapie⁵. (siehe Kasten)

Anzahl gemeldeter SubstitutionspatientInnen in Deutschland:	
Stichtag	Anzahl (ca.)
01.07.2002 (Beginn der Meldepflicht)	46000
01.07.2003	52700
01.07.2004	57700

Das überwiegende Substitutionsmittel dabei ist Methadon, mit einem steigenden Anteil von Buprenorphin.

Trotz dieser enormen Steigerungen der Erreichbarkeit von Drogenkonsumierenden und Haltekraft in den therapeutischen Ansätzen «fällt» ein grosser Teil der bundesweit ca. 6000 HIV-infizierten Drogengebrauchenden bereits beim Eingangskriterium für eine HIV-Therapie (nämlich Abstinenz oder stabile Substitutionsbehandlung) «durch». Hinzu kommt ein weiteres strukturelles Versorgungsproblem: Bis auf wenige grossstädtische Zentren mit grossen PatientInnenzahlen werden in den Praxen der etwa 2620 niedergelassenen Ärzten/innen mit einer Genehmigung zur Substitution⁶ meist nur wenige HIV-infizierte Drogengebrauchende behandelt. Diese MedizinerInnen können sich oft nicht intensiv genug mit dem Krankheitsbild der HIV-Infektion und den in der Literatur beschriebenen besonderen Therapieerschwernissen für Drogengebrauchende bzw. mit den erforderlichen Behandlungsanpassungen befassen (z. B. Begleitmedikationen, die den Opiatspiegel senken). Die Folge ist, dass Ärzte/innen mit geringen Erfahrungen und ohne fachlichen Austausch, z. B. in Qualitätszirkeln, eine antiretro-

virale HIV-Therapie beginnen. Eine Überweisung an eine HIV-Schwerpunktpraxis scheitert oft daran, dass es – vor allem in den Flächenländern – zu wenige dieser spezialisierten Zentren gibt. Aber auch nicht alle grossstädtischen Zentren sind auf die besonderen Bedingungen und Störungen bei der Behandlung von Drogengebrauchenden vorbereitet⁷.

HIV-Therapie und die Begriffe «Compliance» und «Adherence (Adhärenz)»

Der Begriff «Compliance⁸» meint die Bereitschaft und Fähigkeit der PatientInnen zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen, wird häufig auf die Zuverlässigkeit eingeeignet, mit der, therapeutische Anweisungen durch die PatientInnen befolgt werden (sog. Verordnungstreue). Aufgrund dieser Einseitigkeit repräsentiert der Begriff eine überholte Sicht, die nahe legt, dass die Verantwortung für einen Therapieerfolg oder ein Therapieversagen einseitig bei den PatientInnen liegt. Zudem drückt er ein hierarchisches «Machtgefälle» zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn aus, eher eine nicht-partnerschaftliche Beziehungsstruktur⁹: *«Begriffe wie **mangelnde Therapiemitarbeit** und **Befolgung** suggerieren ein defizitäres bzw. fehlerhaftes Denken und Handeln auf Seiten des Patienten sowie richtige Urteilscheidung auf Seiten des Therapeuten»¹⁰.*

Dass aber mehrere Faktoren und Personen sowie Institutionen des gesundheitlichen Versorgungssystems eine Rolle bei der Herstellung von Therapietreue spielen, wird eher ausgedrückt in dem Begriff «Adherence»¹¹ («Adhärenz»), der im folgenden für die Einhaltung der gemeinsam von PatientIn und Arzt/Ärztin gesetzten und erarbeiteten Therapieziele verwendet wird. Grundlage jeder erfolgreichen Therapie ist die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der PatientInnen, sowie die Identifikation von Faktoren, die es den PatientInnen (und dem medizinischen Personal) erschweren, die vereinbarten Therapieziele zu erreichen. Die PatientInnen müssen sich immer wieder neu mit den Ärzten/innen über die Behandlung und deren Durchführung einig werden und dann auch konsequent an der Umsetzung (mit)arbeiten. Dabei kommt es darauf

an, gemeinsam realistische Therapieziele und Behandlungspläne auszuhandeln, die die medizinischen Notwendigkeiten erfüllen, für die PatientInnen annehmbar, erfüllbar und nutzbringend sind, ihren Lebensstil berücksichtigen und ihre Erwartungen, Fähigkeiten und Befürchtungen ausdrücklich mit einbeziehen, und die Erfahrungen mit der Behandlung fortlaufend auszuwerten. Mayr¹² nennt diese Form der Arzt-Patient-Beziehung ein «partnerschaftliches Arbeitsbündnis», das jedoch nicht über die ungleiche Rollenverteilung hinwegtäuschen soll (PatientInnen als Rat- und Hilfesuchende, Ärzte/innen als Ratgebende und kompetente Fachkräfte). Unverträglichkeiten, Problemen mit Nebenwirkungen und Schwierigkeiten, die Einnahmевorschriften zu befolgen, kann man durch gezielte Massnahmen (Veränderung des Therapieregimes, Behandlung der Nebenwirkungen) oft entgegenwirken. Für den Erfolg der Therapie ist neben den Haltungen und Einstellungen der Professionellen eine «Setting-Orientierung» in der Gesundheitsversorgung enorm wichtig.

Das «Setting» der HIV-Therapie

In der Öffentlichkeit (und auch bei vielen Mitarbeitenden des Hilfesystems) herrscht der Eindruck vor, Drogenkonsumierende seien zu einer kontinuierlichen Behandlung nicht in der Lage, weil sie alle Energie für die Befriedigung ihrer Sucht aufwenden müssten. Verfestigt wird dieses Bild z. B. durch Presseberichte, nach denen Drogengebrauchende ihre Rezepte für HIV-Medikamente gegen kleinere «Geschenke» an Apotheken «verkaufen», die wiederum die Medikamente nicht herausgeben, wohl aber mit den Kassen abrechnen¹³. Diese Sichtweise geht davon aus, dass allein die PatientInnen für ihre «Therapietreue» verantwortlich sind. Jede Therapie aber findet in einem bestimmten «Setting» statt, also innerhalb bestimmter sozialer Verhältnisse und Versorgungsstrukturen. Dieses Setting ist bei HIV-positiven Drogengebrauchenden stark durch Erfahrungen von Kriminalisierung, Verfolgung und Verelendung und die bekannten Folgeerscheinungen wie Prostitution, Gefängnisaufenthalte, Entzüge, Therapieversuche, schwere psychiatrische Begleiterkrankungen und andere widrige Umstände bestimmt.

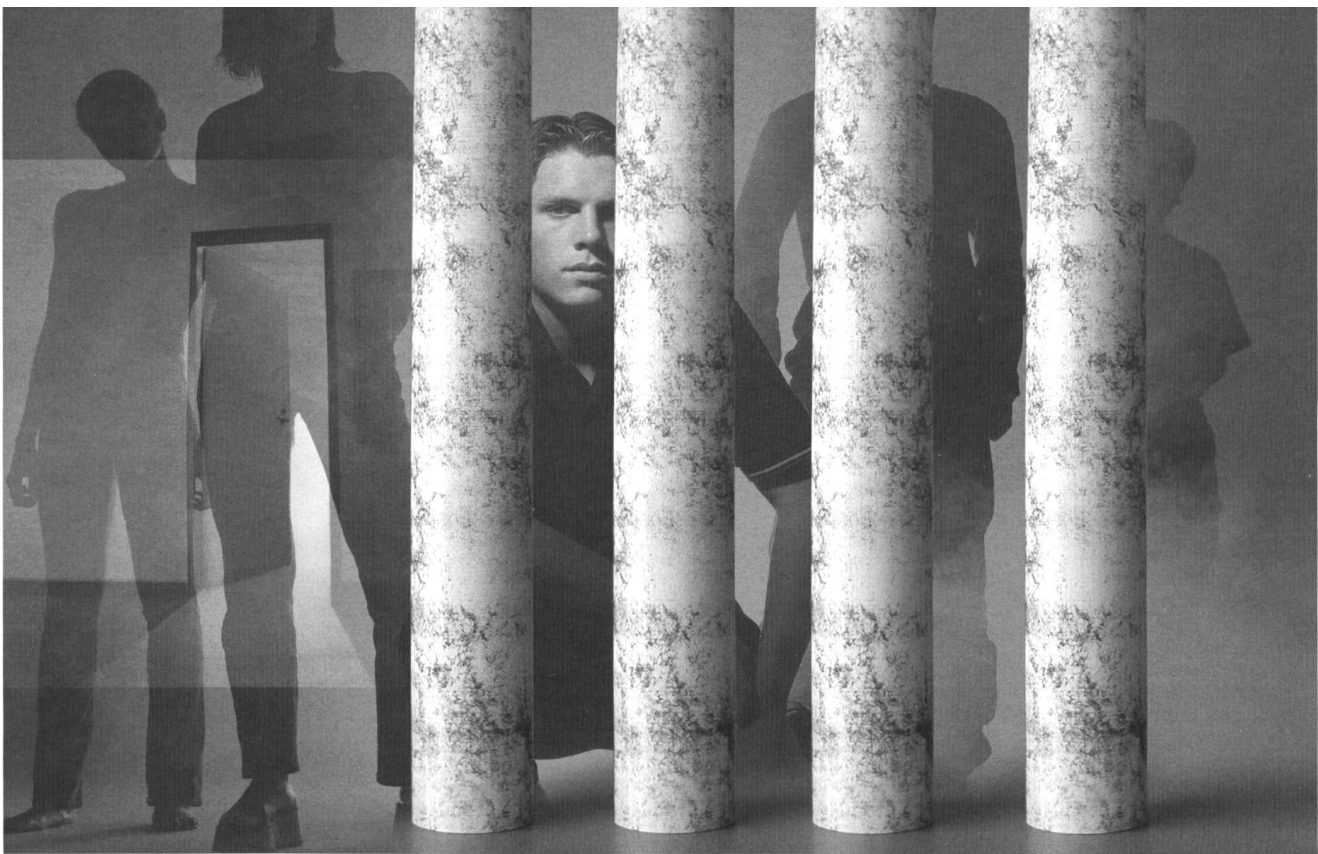
Untersuchungen zur Adhärenz bei Drogengebrauchenden zeigen, dass mangelnde Therapietreue unter anderem zusammenhängt mit geringer Therapiemotivation, aktivem Alkohol- und Drogengebrauch, einer noch wenig fortgeschrittenen Erkrankung, Depressionen und Angst vor Nebenwirkungen, dem Ausbleiben eines Effekts der Kombinationstherapie und fehlenden Möglichkeiten, das Einnahmeschema an die individuelle Lebensweise anzupassen. Gözl (2005) betont zudem die schwere psychiatrische Co-Morbidität als wesentliche Ursache für Therapieabbrüche.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Faktoren, welche die Therapietreue bei Drogengebrauchenden befördern: positive Impulse der Therapie für das Selbstbild, verringerter Drogengebrauch als Folge einer zunehmenden Sorge für das eigene Wohl, die Lebenszeit bzw. der Wunsch, das Leben in ruhigeres Fahrwasser zu bringen und die Tatsache, dass Drogengebrauchende die Medikalisierung des Alltagslebens nicht als etwas Neues und Ungewöhnliches betrachten. Gözl konnte in einer Studie zu therapienaiven¹⁴ PatientInnen belegen, dass die Kombinationstherapie bei Drogengebrauchenden durchaus Erfolg verspricht, wobei die Erfolgsquote der Behandlung¹⁵ bei abstinenten Konsumierenden mit 61% am höchsten war (bei einer gemischten Gruppe lag sie bei 57%, bei substituierten Drogengebrauchenden bei 37%, bei substituierten Konsumierenden mit schweren psychiatrischen Begleiterkrankungen bei 25%¹⁶).

Um die Adhärenz in der ARV zu erhöhen und zeitstabil d.h. nachhaltig zu machen, braucht es enorme Anstrengungen im Rahmen einer «partnerschaftlichen Arzt-Patient Interaktion»¹⁷ bzw. eines «partnerschaftlichen Arbeitsbündnisses»¹⁸, der ausführlichen Information und Aufklärung der PatientInnen und eine Wahrung der Entscheidungsautonomie der PatientInnen¹⁹.

Therapiemotivation

Das Risiko, sich mit HIV zu infizieren oder an AIDS zu erkranken, steht bei vielen Drogengebrauchenden nicht immer an erster Stelle. Vordringlich sind für sie oftmals andere gesundheitliche Risiken und Probleme (z. B. Hepatitis-Infektionen, zahnmedizinische oder



gynäkologische Probleme, sexuell übertragene Krankheiten oder Organschäden) sowie das Bemühen um soziale Fortschritte (Tagesstruktur, Arbeit, Ausbildung, Qualifikation usw.). Skepsis, Misstrauen, Resignation und Depressionen sind unter Drogengebrauchenden weit verbreitet. Zudem sehen Drogenkonsumierende die HIV-Therapie stärker als andere Infizierte als etwas sehr Kompliziertes an, das nicht nur ein aufwendiges Tagesmanagement erfordert, sondern auch engen Kontakt mit dem komplexen Versorgungssystem, das vielfach als nicht patientInnengerecht erlebt wird. Hier spielt sicher auch mit hinein, dass viele Drogengebrauchende die Schuld an den häufig vorkommenden Behandlungsabbrüchen einseitig den Ärzten/innen anlasten und dabei die fehlende Stabilität des eigenen Lebens verdrängen, während Ärzte/innen wiederum Drogenkonsumierende oft als schwer behandelbar erleben, dabei aber strukturelle Versorgungs-, Kooperations- und vor allem Kommunikationsdefizite übersehen. All das trägt nicht gerade zur «Kontrollüberzeugung» bei, also der subjektiven Zuversicht, die Krankheit kontrollieren zu können.

Adhärenz

Langzeitbehandlungen, insbesondere die HAART, laufen immer Gefahr, dass die Medikamente nicht zur rechten

Zeit und/oder mit den entsprechenden Nahrungsvorgaben eingenommen werden. Dazu sinkt der Anteil der «fully adherent» PatientInnen mit der Therapiedauer²⁰. Die «perfekte Adhärenz»²¹ ist eben dauerhaft nur sehr schwer einzuhalten. Trotzdem muss gerade in der HAART ein hohes Mass an Adhärenz erreicht werden, um eine komplette Virussuppression zu erzielen. Wie gut oder schlecht man in der Lage ist, mit einer medizinischen Behandlung und einem Therapieplan zurechtzukommen, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab – nicht nur von den PatientInnen allein.

Resultate

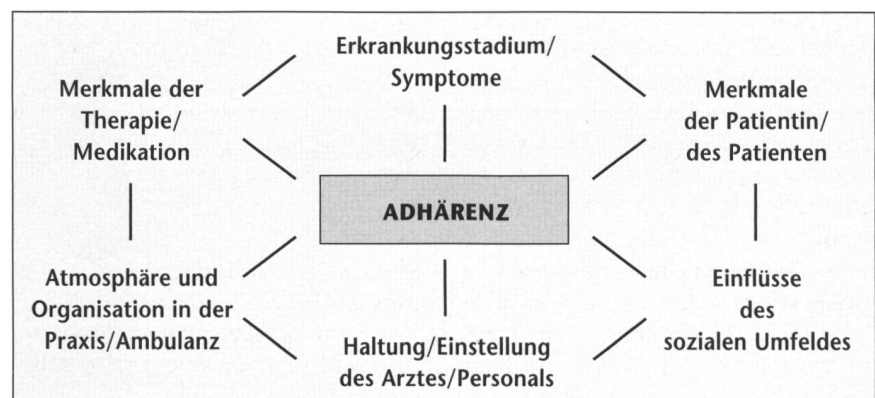
Herauskristallisiert haben sich u.a. folgende Aspekte eines verbesserten

Zugangs aus Sicht der Betroffenen²²:

- Freier und leichter Zugang zu HIV-Tests
- Grosse Bedeutung von Pre and Post-Test Counselling
- Vollständige und verständliche Informationen über die HIV-Therapie einschliesslich der Neben- und Wechselwirkungen der HIV- und anderer Medikamente,
- Unterstützung im aktuellen Entscheidungsprozess für oder gegen eine HIV-Therapie

Aus Sicht der «Behandelnden» ergeben sich andere Prioritäten und Voraussetzungen:

- Bestimmung der Motivation
- Akzeptanz der Krankheit
- Behandlung anderer Krankheiten
- Vorhandene Substitutionsbehandlung



Merkmalbereiche mit Einfluss auf Adhärenz (modifiziert nach Mühlig und Petermann, 1999)

- Lösung besonderer Schwierigkeiten (resultierend aus Illegalität, Krankenversicherung).

Die Adhärenz könnte nach Meinung der Betroffenen gesteigert werden durch verbesserte und verständliche Informationen und Aufklärung, vorurteilsfreie Behandlung, bessere Behandlung der Nebeneffekte, durchgängige Behandlung und die Unterstützung durch Personen der Peer Group.

Als die Adhärenz fördernden Faktoren aus Sicht der «Behandelnden» werden die Aufgabe des Drogenkonsums, Entzug und Zugang zur Substitution, DOT²³-Behandlung, Einrichtung von Schwerpunktpraxen, Praktische Ausrüstung mit Pillenboxen und «Wekern» und die Mobilisierung sozialer Unterstützung genannt.

Deutlich wird eine Diskrepanz – aber keine grundsätzlichen Widersprüche – der Prioritäten zwischen Betroffenen und professionellen Behandelnden was den Zugang und die Adhärenz angeht. Es gilt diese Diskrepanzen als Chance für eine Verbesserung des Zugangs und der Adhärenz, also insgesamt für eine Qualitätsentwicklung zu nutzen. Ein zentraler Punkt des deutschen Teils der Untersuchung ist die Verbesserung der Kooperation und Kommunikation aller Akteure in kommunalen Netzwerken und der PatientInnenaufklärung sowie die Stärkung der PatientInnenrechte. Weiter sollen die Behandlungsbedingungen in Institutionen wie Gefängnissen und den konkreten Übergängen zwischen verschiedenen Behandlungssystemen (z.B. Krankenhaus, niedergelassene/r Arzt/Ärztin, Gefängnis) sowie die Fortbildung für alle MitarbeiterInnen, die in die ARV²⁴ involviert sind, verbessert werden.

Viele der hier genannten Aspekte einer Verbesserung der HIV-Behandlung (zum Beispiel Pre and Post-Test Counselling) sind seit langem als unverzichtbare Bestandteile einer HIV/AIDS-Beratungsarbeit bekannt, doch es scheint, als müssten sie immer wieder «aufgefrischt» und verstärkt werden. Auch gegenüber Haushaltsnotlagen und Kürzungen auf kommunaler Ebene. ■

Literatur

- **Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Hrsg.;** (2005): Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Mai 2005
- **Deutsche Aids-Hilfe** (2005): Kombinations-therapie. 5. Aufl., Berlin: Deutsche Aids-Hilfe

- **Engelhardt, Jutta** (to be published in 2005): Living with the Daily Dose: comparing national policies and practices to improve access and adherence of HIV-infected drug users to anti-retroviral treatment. Amsterdam: Mainline.
- **Gözl, J., (1999):** Compliance bei Drogen Gebrauchenden mit HIV. In: Compliance und antiretrovirale Therapie. (AIDS-FORUM DAH, Band XXXVII). Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V., S. 109–120
- **Gözl, J.; Rockstroh, J., Hrsg. (2001):** Compliance in der HIV-Therapie. Uni-Med Verlag: Bremen, London, Boston
- **Gözl, J. (2005):** Therapieregime und Adhärenz bei HIV-infizierten Drogenabhängigen. Präsentation auf dem 10. Deutschen und 16. Österreichischen AIDS – Kongress, Wien, 1.-4.6.2005
- **Mayr, Chr. (2001):** Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Gözl, J.; Rockstroh, J.. (Hrsg.): Compliance in der HIV-Therapie. Uni-Med Verlag: Bremen, London, Boston, S. 36ff
- **Meurer, U. (2001):** Compliance aus der Sicht der Patienten. In: Gözl, J.; Rockstroh, J.. (Hrsg.): Compliance in der HIV-Therapie. Uni-Med Verlag: Bremen, London, Boston, S. 80ff
- **Rockstroh, J. (2001):** Forschungsergebnisse zur Compliance bei medikamentösen Langzeittherapien. In: Gözl, J.; Rockstroh, J.. (Hrsg.): Compliance in der HIV-Therapie. Uni-Med Verlag: Bremen, London, Boston, S. 14
- **Stöver, H. (2004):** Gesundheitsförderung und HIV/Hepatitisprävention für Drogengebraucher oder wie man Gutes noch besser machen kann. In: Klee, J./Stöver, H. (Hrsg.) a.a.O., S.10ff
- **Weilandt, C. (2001):** Strategien zur Förderung der Compliance. In: Gözl, J.; Rockstroh, J.. (Hrsg.): Compliance in der HIV-Therapie. Uni-Med Verlag: Bremen, London, Boston, S. 54ff

Fussnoten

- ¹ (Deutsche Aids-Hilfe, 2005, S. 4).
- ² HAART= Highly Active Anti-Retroviral Therapy
- ³ (vgl. Engelhardt 2005).
- ⁴ = (hoch aktive) antiretrovirale Therapie (HAART bzw. ART), auch «Kombinationstherapie» oder «Kombitherapie» genannt, weil verschiedene Mittel miteinander kombiniert werden; ausführliche Informationen hierzu bietet die DAH-Broschüre «Rund um die Kombinationstherapie. Informationen für Menschen mit HIV und Aids».
- ⁵ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005, S. 73)
- ⁶ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005, S. 77)
- ⁷ (Gözl 1999, S. 111).
- ⁸ von engl. «to comply» = einwilligen, die Bedingungen erfüllen, einer Sache entsprechen, in Einklang mit einer Sache stehen; für Einverständnis, Einhalten, Fügsamkeit siehe hierzu auch das AIDS-MED-INFO Nr. 43 «HIV-Therapie. Antiretrovirale Therapiestrategien» (Köln: AIDS-Hilfe Köln e.V. [Hg.] 2000; im Internet unter <http://www.hiv-med-info.de/medInfo43.pdf>) sowie «Compliance und antiretrovirale Therapie» aus der Reihe AIDS-FORUM DAH (Band 37; Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V. 1999)
- ⁹ (vgl. auch Gözl/Rockstroh 2001):
- ¹⁰ (Rockstroh 2001, S. 14).
- ¹¹ Engl. für «Festhalten», «Befolgen»
- ¹² Mayr 2001, S. 37
- ¹³ (siehe Stöver 2004).
- ¹⁴ Therapienaive Patienten sind solche, die zuvor noch keine Behandlung gemacht haben, also «Therapieanfänger» sind.
- ¹⁵ Kriterium: die Viruslast ist ein Jahr nach Therapiebeginn unter der Nachweisgrenze
- ¹⁶ vgl. Gözl, 1999, S. 109
- ¹⁷ (Meurer 2001, S. 83),
- ¹⁸ (Mayr 2001, S. 37),
- ¹⁹ (vgl. Meurer 2001, S. 83).
- ²⁰ (Rockstroh 2001, 16).
- ²¹ (Weilandt 2001, S. 54)
- ²² (vgl. Engelhardt 2005):
- ²³ DOT=Daily Observed Therapy
- ²⁴ ARV= Anti-retrovirale Therapie

