



arud

Zentren für Suchtmedizin

Erfolgsfaktoren von Peer-Arbeit im Umfeld von Substanzgebrauch und Hepatitis C

Simone Laura Graf, Luis Falcato,
Philip Bruggmann

Impressum

Arud Zentren für Suchtmedizin

Forschung & Evaluation

Luis Falcato

Sihlhallenstrasse 30

CH-8026 Zürich

Telefon + 41 58 360 50 52

l.falcato@arud.ch

www.arud.ch

Korrespondenzadresse

Arud Zentren für Suchtmedizin

Simone Graf

Sihlhallenstrasse 30

CH-8004 Zürich

Telefon +41 58 360 50 51 | E-Mail: s.graf@arud.ch

«Seit über 20 Jahren beobachten wir [...], dass das gegenwärtige gesellschaftliche Management von Gesundheitsrisiken – sowohl in der Prävention als auch in der Versorgung – nicht den Kriterien von Wirksamkeit (efficiency) und Chancengleichheit (equity) entspricht.» Zitat Rolf Rosenbrock, 2010¹

Zusammenfassung

Hintergrund

In den Industrienationen findet sich die höchste Prävalenz von Hepatitis C unter Menschen mit Substanzkonsum. Neueste Forschungsergebnisse zeigen, dass die Risikoeexposition in dieser Gruppe mittels partizipativer Instrumente erfolgreich gesenkt werden kann.

Methode

Es wurden 16 assoziative Leitfadenterviews und eine Delphi-Runde mit Lebensweltexpertinnen und -experten durchgeführt. Ziel der Gespräche war die Abklärung von Rahmenbedingungen und Erfolgsfaktoren eines Peer-Projekts zur Senkung der Hepatitis-C-Prävalenz unter Menschen mit Substanzkonsum.

Ergebnisse

Die Antworten ergeben ein lebhaftes und detailreiches Bild verschiedener Aspekte, welche bei der Umsetzung eines Peer-Projekts zu beachten sind: eine sorgfältige Bedürfnisabklärung und Zielgruppenbeschreibung, ein massgeschneidertes Interventionsdesign, zielgruppengerechte Kommunikation, eine offizielle Legitimierung, gezieltes Capacity Building sowie Massnahmen der operativen Qualitätssicherung und Herausforderungen der wissenschaftlichen Effektmessung.

Schlussfolgerungen

Als Teil eines umfassenden Präventionskonzepts trifft Peer-Arbeit im Umfeld von Substanzkonsum und Hepatitis C auf eine reelle Nachfrage nach Unterstützung seitens der Zielgruppe. Gleichzeitig decken sich deren Bedürfnisse mit den Good-Practice-Regeln für die Senkung der HCV-Prävalenz: Prävention durch Aufklärung, regelmässige Tests und eine Erhöhung der Anzahl erfolgreicher Therapien.

Schlagwörter: Hepatitis C, Selbsthilfe, Peer, Substanzkonsum, Drogen, Prävention

1. Einleitung

1.1. Hepatitis C: Krankheit und Verbreitung

Das Hepatitis-C-Virus (HCV) gilt als eine Hauptursache für Leberentzündungen und chronische Lebererkrankungen². Eine HCV-Infektion kann in den ersten sechs Monaten nach der Ansteckung auch ohne Behandlung ausheilen (Spontanremission)³. In 70–80 % der Fälle verbleibt das Virus jedoch im Körper und es entwickelt sich ein chronischer Verlauf^{4,5}. Ein solcher geht mit keinen oder unspezifischen Symptomen einher, weshalb eine chronische HCV nicht selten lange unentdeckt bleibt. Ohne antivirale Therapie führt eine chronische Hepatitis C bei ca. 25 % der Betroffenen zu Fibrose, Zirrhose, hepatocellulärem Karzinom und schliesslich zu akutem Leberversagen^{2,6}.

Weltweit sind geschätzte 185 Millionen Personen Träger des Hepatitis-C-Virus, und jährlich kommen drei bis vier Millionen neue Ansteckungen hinzu^{3,7,8}. In Europa beträgt die ungefähre Prävalenz für HCV-Antikörper von < 1 (z. B. England) bis zu 5 % (Italien), in der Schweiz erreicht sie zwischen 0,8 und 1,8%. Das entspricht etwa 50 000 bis 70 000 Personen, welche mit HCV infiziert sind^{9,10}. An den oben beschriebenen Folgen einer unbehandelten Hepatitis C sterben auf der ganzen Welt jedes Jahr 350 000 Personen, davon rund 84 000 im europäischen Raum und 380 in der Schweiz^{3,11}. Das sind sowohl auf europäischem als auch auf nationalem Niveau mehr, als an den Folgen von HIV versterben¹². Darüber hinaus sind HCV-Erkrankungen mit einer erhöhten Gesamtmortalität assoziiert, was die Relevanz extrahepatischer Manifestationen (Diabetes, koronare Herzkrankheit, Nierenbeteiligung, Lymphom etc.) hervorhebt¹³.

Das Hepatitis-C-Virus ist hochinfektiös und wird durch Blut-zu-Blut-Kontakt übertragen. Am weitesten verbreitet ist es in Nordafrika, wo Neuansteckungen zum grössten Teil auf unsteriles medizinisches Material und infizierte Blutkonserven zurückzuführen sind⁸. In den Industrienationen dagegen setzen sich vor allem Menschen mit Substanzkonsum (MSK), insbesondere diejenigen mit intravenösem Konsum (MISK), einem erhöhten Ansteckungsrisiko aus^{14–16}. Unter letzteren wird HCV heutzutage gar als Hauptursache frühzeitiger Sterblichkeit angesehen¹⁷.

Die Hepatitis-C-Prävalenz in der Gruppe der MISK ist bis zu dreimal höher als diejenige von HIV^{18,19}. Sie bewegt sich zwischen 40 % und 90 %, je nach Land und Dauer des intravenösen (IV) Konsums⁴. In der Schweiz liegt sie bei ungefähr 60 %^{20,21}; und 60 % bis 80 % der jährlichen Infektionsrate von ca. 1000 Personen entfallen auf MISK^{22–24}.

Die Bereitstellung von sterilem Injektionsmaterial und der Zugang zur substituionsgestützten Behandlung (SGB) sind daher die primären Instrumente zur Senkung der Prävalenz von HCV. Sie haben jedoch keinen Einfluss auf Personen,

- ➔ welche nicht in Behandlung stehen (aufgrund eines Neueinstiegs, unregelmässigen Gebrauchs oder Ausschlusses)
- ➔ welche andere Arten der Substanz-einnahme praktizieren (sniffen, inhalieren und rauchen); oder
- ➔ welche nicht-substituierte Substanzen injizieren (Mittel zur Potenzsteigerung, anabole Steroide zum Muskelaufbau)^{5, 25–27}.

Um die Prävalenz von HCV in allen Risikogruppen zu senken, ist deshalb ein umfassendes

des Präventionskonzept vonnöten^{4,8}, welches auf den folgenden drei Elementen beruht^{8,28,29}:

- 1. Prävention:** Wissen über Infektionswege vermitteln und so das Risikobewusstsein stärken: Der Informationsstand, insbesondere von MSK ohne IV-Konsum, ist stark ausbaufähig.
- 2. Testen:** Regelmässige Beratungen und Tests durchführen: Die Testrate ist auch in der Schweiz niedrig, im Kanton Zürich kennen z. B. nur ca. 50% aller SGB-Patientinnen und -Patienten ihren HCV-Status^{10,30}.
- 3. Behandeln:** Die Anzahl erfolgreicher Therapien erhöhen: Nur ein vergleichsweise kleiner Teil der Personen mit einer diagnostizierten chronischen Hepatitis C haben eine antivirale Behandlung begonnen und auch erfolgreich beendet^{16,31-35}.

Sowohl Praxiserfahrungen im Bereich HIV/AIDS als auch neueste Forschungsarbeiten zum Thema «HCV Care in Substance Users» zeigen, **dass partizipative Ansätze die richtigen Instrumente zur Erreichung dieser Teilziele sind**³⁶⁻⁴⁰. Durch eine zielgruppengerechte Ansprache haben sie eine grosse Reichweite und Effektivität. D. h., sie tragen massgeblich und nachweislich zu einem verbesserten Wissensstand, einer erhöhten Testrate und einer verbesserten Treatment Adherence bei⁴¹.

1.2. Partizipation, Selbsthilfe und Peer-Arbeit

Der Begriff *Partizipation* geht zurück auf das lateinische Substantiv *Participatio* und bedeutet Beteiligung, Teilhabe, Teilnahme, Mitwirkung, Mitbestimmung, Mitsprache oder Einbeziehung. Als praktischer und wissenschaftlicher Ansatz wird Partizipation

heutzutage als die Übertragung von Definitions-, Gestaltungs- und Entscheidungsmacht an Vertreter der Zielgruppe einer Massnahme definiert. Unter der Voraussetzung eines möglichst hohen Masses an Teilhabe und Mitbestimmung ergeben sich demnach nachhaltige Lösungen für Problemstellungen, welche oft erst im partizipativen Prozess ihre wahre Form finden, weil sie dann auch die Sicht der Zielgruppe abdecken. Solche Lösungen werden in der Literatur als lebensweltorientierte Massnahmen beschrieben, im englischen Sprachgebrauch wird dabei von *setting- and community-based approaches* gesprochen⁴².

In der Gesundheitsförderung und Prävention werden für das Prinzip der Partizipation gängigerweise die Bezeichnungen *Patientenkompetenz* und *Empowerment* verwendet. Unter Patientenkompetenz versteht man die Stärkung problemspezifischer Kompetenzen einer bestimmten Zielgruppe (*Capacity Building*) sowie deren individuelle Entscheidungsmacht. Empowerment ist noch etwas weiter gefasst und beschreibt die Befähigung der Menschen, selbst positive und negative Einflüsse auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit zu erkennen und entsprechende Verbesserungen zu realisieren⁴². Patientenkompetenz und Empowerment stellen Grundvoraussetzungen für Chancengleichheit und Wirksamkeit dar und gelten als Kernelemente einer nachhaltigen Gesundheitspolitik (vgl. Ottawa-Charta 1986⁴³, die UN-Behindertenrechtskonvention⁴⁴ oder die Gesundheitsziele für die Schweiz⁴⁵).

Aus dem Gedanken der partizipativen Gesundheitsförderung und Prävention sind in den letzten 10 Jahren auch im Hepatitis-C-Bereich unzählige und vielfältige Projekte hervorgegangen. Diese berufen sich üblicher-

weise auf die Begriffe *Selbsthilfe* und/oder *Peer to Peer*. Selbsthilfe bezeichnet individuelle oder gemeinschaftliche, intrinsisch motivierte Handlungsformen von Menschen, welche damit selbst und aus eigener Kraft ein bestimmtes (gemeinsames) Problem bewältigen möchten (*Coping*)⁴⁶. Die gemeinschaftliche Selbsthilfe ist in mehr oder weniger losen Zusammenschlüssen von Menschen organisiert und nicht gewinnorientiert⁴⁷. Sie basiert deshalb zum grössten Teil auf Freiwilligenarbeit. Selbsthilfe wird in der Regel nicht fachbegleitet und bietet damit ein bewusstes Gegenkonzept zur professionell organisierten Fremdhilfe an^{46, 48}.

Peer to Peer (P2P) bedeutet *Kommunikation unter Gleichen*. Im Gesundheits- und Sozialbereich bezeichnet P2P den Austausch von Informationen zwischen Gleichberechtigten mit gemeinsamen Interessen, Erfahrungen oder ähnlichem soziokulturellem Hintergrund (*Peers*). Bei der Peer Education (*PE*) liegt der Schwerpunkt auf der Wissensvermittlung und beim Peer Counselling (*PC*) auf der Beratungstätigkeit, welche von Peers in ihrer jeweiligen Gemeinschaft (*Community*) angeboten wird. Im Zusammenhang mit PE und PC wird Peer im deutschen Sprachgebrauch mit *Multiplikator* übersetzt⁴⁹. Im Unterschied zur Selbsthilfe wird Peer-Arbeit fachbegleitet und meistens finanziell entschädigt. Entsprechend orientiert sich das P2P-Prinzip an Qualitätszielen und rechtfertigt dadurch die Notwendigkeit einer Peer-Ausbildung. Das Ziel dieser Ausbildung besteht darin, sich mit dem eigenen Weg auseinanderzusetzen (Selbstreflexion) und gemeinsames Erfahrungswissen (vom Ich- zum Wir-Wissen) zu erarbeiten. Auf dieser Basis geschulte Personen vermitteln ihr Wissen in ihrer jeweiligen Community.

Die Peer-Arbeit nimmt also eine Stellung zwischen Selbsthilfe und professioneller Fremdhilfe ein⁵⁰.

Selbsthilfe und Peer-Arbeit sind beides wichtige Ressourcen für die Entwicklung von Patientenkompetenz und Empowerment. Die Inanspruchnahme entsprechender Angebote führt erfahrungsgemäss zu einem besseren Umgang mit problemspezifischen Risiken und Belastungen (primäre und sekundäre Prävention), aber auch zu einer verstärkten allgemeinen individuellen Gesundheitsförderung. Darüber hinaus bietet die Teilnahme an einem Selbsthilfe- oder P2P-Projekt zahlreiche Möglichkeiten zur sozialen Interaktion und damit eine Plattform für die (Re-)Integration von Menschen, welche sich aufgrund einer Erkrankung oder Benachteiligung isoliert fühlen. Der Unterstützung und Beratung von Betroffenen durch Betroffene wird zudem eine doppelte Wirkung zugeschrieben: Die lebensnahe Vermittlung von Informationen auf der einen Seite und andererseits eine emotionale Unterstützung und ein Verständnis für die Hilfesuchenden, wie sie oft nur Betroffene selber aufbringen können. Bei besseren oder gleichwertigen Resultaten leistet sowohl die Selbsthilfe als auch das Peer-Konzept wichtige Subsidiärbeiträge an die Gesundheitsversorgung, beide verursachen aber wesentlich geringere monetäre Kosten als die professionelle Fremdhilfe⁴⁶.

1.3. Das Arud HCV P2P-Projekt

Die Arud unterstützt Menschen, die Schwierigkeiten im Umgang mit legalen und illegalen Substanzen haben. In vier Zentren für Suchtmedizin im Grossraum Zürich bietet sie ein interdisziplinäres Therapie- und Beratungsangebot an, welches sowohl Psychiatrie und Psychologie als auch innere Medizin sowie

Sozialarbeit umfasst. Besonders im Rahmen der internistischen Begleitung von Patientinnen und Patienten, welche sich in einer SGB mit Methadon, Buprenorphin, Morphin oder Diacetylmorphin befinden, ist Hepatitis C ein Thema von grosser Aktualität. Deshalb, und um einen Beitrag zu einer verbesserten HCV-Versorgung von Substanzkonsumierenden im Grossraum Zürich zu leisten, hat die Arud ein P2P-Projekt zu einer umfassenden Hepatitis-C-Prävention initiiert. Dieses trägt den Titel *Peer Support – eine erfolgreiche Strategie zur Verbesserung der Hepatitis-C-Versorgung von substanzkonsumierenden Personen (Peer support – A successful strategy to enhance hepatitis C care in substance users)* oder kurz *Arud HCV P2P*.

Das übergeordnete Projektziel besteht in der Entwicklung und Umsetzung eines Massnahmenpakets in der Zielgruppe von Personen mit Substanzkonsum. Davon abgeleitet sind folgende operative Schritte:

- 1. Prävention:** Aufbau einer P2P-Intervention zur Verbesserung des Wissens über Ansteckungsrisiken und zur Erhöhung der Testrate bei Personen mit Risikoexposition
- 2. Begleitung:** Aufbau einer P2P-Intervention zur Erhöhung der Anzahl erfolgreich abgeschlossener Behandlungen bei Personen mit chronischer Hepatitis C
- 3. Interessenvertretung:** Aufbau einer Peer-Intervention zur Erhöhung der Testrate und Anzahl erfolgreich abgeschlossener Behandlungen durch Sensibilisierung medizinischer Fachpersonen

Um der Forderung von Wright et al.^{51,52} nach einem höchstmöglichen Grad an Partizipation gerecht zu werden, sollen Vertreter und Vertreterinnen der Zielgruppe (*Peers*) in allen drei Modulen aktiv mitwirken. Sowohl die Problemdefinition sowie das Design, die Planung, die Organisation und die Umsetzung, aber auch die Evaluation der Interventionen sollen von Forschern und Peers gemeinsam durchgeführt werden. Diese aus der Aktionsforschung bekannte Herangehensweise, partizipative Forschung (*community-based participatory research*) genannt, soll ein Maximum an Patientenkompetenz und Empowerment in der Gruppe der MSK garantieren.

Phase 1 des Arud HCV P2P-Projekts besteht aus einer Serie von Experteninterviews. Anhand dieser Gespräche wurden Bedürfnisabklärung, Erfolgs- und Risikofaktoren sowie Qualitätssicherung eines P2P-Projekts im Umfeld von Hepatitis C beleuchtet.

1.4. Die Experteninterviews: methodische Details

Eine der wichtigsten Säulen der partizipativen Forschung sind Personen mit lokalem Wissen, d. h. Stakeholder mit Insiderwissen über die Zielgruppe und ihre Lebenswelten (Mitglieder der Zielgruppe selbst, Bezugspersonen, Projektangestellte etc.)⁴². Im Rahmen des Arud HCV P2P-Projekts wurden insgesamt 16 Gespräche mit solchen so genannten Lebensweltexpertinnen und -experten geführt, davon mit

- ➔ 5 Menschen mit einer Hepatitis-C-Geschichte und Substanzkonsum, aber ohne Selbsthilfeeinrichtung (ohne konkrete Therapieabsicht, vor Therapieantritt, nach Heilung oder nach einem Relaps);

- ↳ 2 Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen; und
- ↳ 9 Fachleuten von professionellen Organisationen im Bereich Substanzkonsum, HCV, HIV und Selbsthilfe

Zusätzlich zu den Interviews fanden zwei schriftliche Einschätzungen anhand offener Fragen statt, ebenfalls mit Personen aus der HIV- und Hepatitis-C-Selbsthilfe.

Die Gespräche wurden nach der Methode des Forschungs- oder Feld-Interviews durchgeführt. Das heisst, sie folgten den Assoziationen der Expertinnen und Experten und erfuhren so gut wie keine Strukturierung durch die befragende Person⁵³. Die Interviews wurden nicht aufgezeichnet und transkribiert, sondern anhand von Notizen in einem Leitfaden dokumentiert und gewichtet. Aufgrund des offenen Charakters der Interviews wurde in der Regel nicht jeder Inhalt von jeder befragten Person in gleichem Masse erörtert. In Anlehnung an die Methode der Delphi-Befragung⁵⁴ wurde deshalb am Ende der Befragungsserie sämtlichen Interviewten eine Synthese ihrer Erläuterungen zur Anbringung persönlicher Ergänzungen zugestellt.

Der zum Gesprächseinstieg, zur Orientierung innerhalb des assoziativen Interviewverlaufs und zur Antwortdokumentation verwendete Leitfaden umfasste Fragen zu folgenden Inhalten:

- ↳ **Bedürfnisabklärung:** Wissensstand, Risikoumgang und Wünsche in der Zielgruppe; Optimierungspotenzial auf der Versorgerseite
- ↳ **Interventionsdesign:** Form der Selbsthilfe und der verschiedenen Gruppen von MSK
- ↳ **Kommunikation:** Ansprache der Zielgruppe(n), der potenziellen Multiplikatoren und weiterer Stakeholder
- ↳ **Legitimierung:** Notwendigkeit und Form
- ↳ **Capacity Building:** Ausbildung und Rollendefinition
- ↳ **Operative Qualitätssicherung:** Selektionsprozess, Entschädigung, Dokumentation und Unterstützung
- ↳ **Wissenschaftliche Qualitätssicherung:** Effektmessung unter speziellen Rahmenbedingungen und Lösungsansätze

Der vorliegende Artikel enthält eine überarbeitete Version der Interview-Synthese. Er ist in Kapitel unterteilt, welche wiederum den Hauptgesprächsinhalten entsprechen und als Erfolgsfaktoren von P2P-Projekten interpretiert werden können.

«Zitate aus den Interviews sind jeweils kursiv und in Blau geschrieben.»

2. Bedürfnisabklärung am Beispiel Arud HCV P2P

2.1. Wissensstand, Risikoumgang und Wünsche in der Zielgruppe

Im Gegensatz zu HIV ist HCV heilbar. Die verbreitete Vermutung, Angehörige der Zielgruppe hätten deswegen eine höhere Risikobereitschaft oder würden sorgloser mit einer Hepatitis-C-Diagnose umgehen, hat sich in den Interviews nicht bestätigt. Im Gegenteil, das Thema HCV, insbesondere die Nebenwirkungen der Therapie und die Möglichkeit eines Relapses, ist vor allem in

der MISK-Szene stark präsent. Das aus Informationsfragmenten und Einzelberichten aus unterschiedlichen Quellen zusammengesetzte Mesowissen führt jedoch zu grosser Verunsicherung und belastet die Community. Sämtliche Interviewte betonen deshalb die Wichtigkeit einer Verbesserung und Intensivierung der Kommunikation über Hepatitis C, Ansteckungswege und Behandlungen bei chronischen Erkrankungen. Ob regelmässiges Testen in der Risikogruppe praktiziert wird, konnten die Gespräche nicht abschliessend beantworten, es mehrten sich aber Hinweise auf eine ungenügende Testpraxis.

Diejenigen Personen, welche an einer chronischen Hepatitis C erkrankt sind, bemängeln insbesondere die Qualität der Information während der Bekanntgabe der Diagnose.

«... völlig unzureichend», «zu wenige und teilweise widersprüchliche Informationen ...»

Im weiteren Behandlungsverlauf treten zusätzliche Verunsicherungen aufgrund diffuser oder fehlender Symptome und bezüglich der Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung auf. Ausgelöst und verstärkt werden diese gemäss der Befragten oft durch als verharmlosend wahrgenommene Äusserungen von Seiten der behandelnden Ärzte.

«Eigentlich sind Sie gesund, müssen aber eine Therapie machen.», «Die Nebenwirkungen sind ganz normal.»

Die resultierende defizitäre Kompetenzüberzeugung und daraus erwachsende Ängste werden als bedrückend wahrgenommen.

«Man weiss nicht, wohin man sich wenden soll, wo man ernst genommen wird.»

Die Befragten wünschen sich deshalb ausdrücklich eine bessere Aufklärung über Krankheitsverlauf, Therapieoptionen, Nebenwirkungen und hepatospezifische Gesundheitsvorsorge. Sie beklagen das Fehlen einer offiziellen Anlaufstelle, bei der man sich Zeit für ihre Fragen nimmt und sie bei der aktiven und gezielten Selbstinformation unterstützt.

Zudem erleben sie sowohl die Krankheit als auch deren Behandlung als sehr einschneidend und äussern ein starkes Bedürfnis nach Unterstützung im Alltag. Grosses Interesse besteht deshalb auch an einem Gesprächsangebot parallel zur Behandlung und während der sechsmonatigen Wartezeit im Anschluss an dieselbige. In diesem Zusammenhang betonen die Befragten die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit und einer Begleitung durch Menschen, welche dieselben Probleme kennen und/oder durchmachen.

«Es braucht ein Netz, welches einen trägt, Ärzte haben ja keine Zeit und Bekannte oftmals keine Ahnung von HCV.», «Positive Erlebnisberichte machen einem Mut.»

2.2. Optimierungspotenzial auf der Versorgungsseite

Die Aussagen der befragten HCV-Patientinnen und -Patienten über ihre Behandlungserfahrungen werden von den Einschätzungen der professionellen Fachleute teilweise untermauert. So liefern sie Hinweise darauf, dass medizinisches Fachpersonal oft

nicht über die notwendigen Ressourcen für eine adäquate Begleitung von MSK und Hepatitis verfügt. Meist fehlt die Zeit für eine individuelle Betreuung, aber oft mangelt es auch an Erfahrung bezüglich der besonderen Bedürfnisse der Betroffenen oder an der nötigen Fachkompetenz für eine gute Information und Guidance bis zum Abschluss einer Therapie. Neben einem gezielten Aufbau von spezifischem Fachwissen wurde die Vermittlung von persönlichem Erfahrungswissen und die Entlastung des medizinischen Personals durch Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe von den befragten Fachleuten als ein Lösungsweg diskutiert.

«Betroffene können Informationen weitergeben und emotionale Unterstützung leisten und so medizinisches Fachpersonal vor Ort entlasten.»

Dort, wo entsprechende Projekte durchgeführt wurden, war das Interesse gross und der Ansatz erfolgreich. Die Erfahrung zeigt aber auch, dass es schwierig ist, unter den in Frage kommenden Institutionen (Spitälern, Kliniken und Arztpraxen) Partner zu finden. Die befragten Fachleute vermuten, dass dabei begrenzte finanzielle und zeitliche Budgets sowie eine bereits bestehende Arbeitsüberlastung eine Rolle spielen. Für den Erfolg solcher Vorhaben scheint demnach die Botschaft entscheidend zu sein, dass die Partner-Institutionen vom Einsatz der Peers profitieren können, ohne selber zusätzliche Ressourcen aufwenden zu müssen. Nur in diesem Fall findet eine tatsächliche Entlastung des medizinischen Fachpersonals statt.

3. Interventionsdesign

3.1. Spielarten von Peer Counselling

Für eine optimale Bedarfsdeckung muss die nachgefragte Peer-Arbeit in passender Form angeboten werden. In diesem Zusammenhang betonen die befragten Fachleute, dass oft nur ein Bruchteil der interessierten Personen den Weg in eine klassische Selbsthilfegruppe findet. Die Gründe dafür sind zahlreich: Grosse Hindernisse sind die Angst vor der Gruppe, der Verlust der Anonymität, organisatorische Herausforderungen oder psychische Probleme wie z. B. depressive Antriebslosigkeit. Diese Wahrnehmung wird von den befragten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsum bestätigt. Die meisten von ihnen formulieren eine generelle und starke Abneigung gegen das klassische Selbsthilfegruppensetting.

«Eine Selbsthilfegruppe, das geht gar nicht.», «Da würde ich nie im Leben hingehen.»

Auch die Vertreterin der Selbsthilfegruppe für HCV-Patientinnen und -Patienten ohne Substanzkonsum macht auf dieses Problem aufmerksam und verweist auf die relativ kleine Gruppengrösse und die geringe Zahl an Neuzugängen.

Zusätzlich zu der beschriebenen gruppenaversiven Haltung der Hilfesuchenden führt die soziale Eigendynamik von Gemeinschaften im klassischen Selbsthilfe-Setting häufig zu problematischen Entwicklungen. So kommt es in Selbsthilfegruppen immer wieder zu Konflikten, wenn neu Eintretende viel Aufmerksamkeit für Probleme fordern, welche von den etablierten Gruppenmitgliedern bereits abgehandelt worden sind. Eine

schwierige Situation entsteht auch dann, wenn eine Einzelperson zu dominierend wird oder mit der Zeit die Rolle des charismatischen Leaders einnimmt. Letzteres kann zwar zum kurzfristigen Erfolg einer Selbsthilfegruppe beitragen, längerfristig jedoch das Gleichgewicht und die ethisch-moralische Legitimation derselbigen gefährden.

Gute Erfahrungen hingegen haben insbesondere die Schweizer Selbsthilfe-Fachleute mit bilateralen Peer-Systemen gemacht. Bilaterale Peer-Systeme werden meist als Paten- oder Konsultationskonzepte implementiert. Im Patensystem wird einer hilfesuchenden Person von einer Koordinationsstelle ein Pate oder eine Patin zugeteilt, zu welchem oder welcher sie dann selber in Kontakt tritt. Beim Konsultationskonzept bietet ein Peer zu offiziellen Zeiten eine persönliche Beratung an, welche von den Hilfesuchenden in Eigenregie in Anspruch genommen werden kann. Beide Varianten ermöglichen eine bedürfnisgerechte und individuell gestaltbare Option für die Hilfesuchenden:

- ➔ kein Gruppendruck: man muss nur mit einem Gegenüber in Beziehung treten
- ➔ mehr Anonymität: nur eine Person erfährt persönliche Einzelheiten
- ➔ situative Gestaltung: Kontakte erfolgen dann, wenn Bedarf besteht
- ➔ einfachere Organisation der Kontakte: Kontakte erfolgen auf verschiedene Arten (persönlich oder telefonisch) und an verschiedenen Orten (zu Hause, in einer Klinik, in einer Gaststätte etc.)

Für spezielle Gruppen wie Konsumenten von Partydrogen, aber auch im Interesse von schwer zu erreichenden Personen (z. B. solche mit eingeschränkter Mobilität, wenig sozialen Kontakten oder Personen, welche

nicht aus ihrer Anonymität heraustreten möchten) raten Betroffene und Fachleute zu noch niederschwelligeren Angeboten.

«Ich hätte sehr gerne Kontakt mit anderen, um über meine Probleme zu reden, aber erst einmal lieber einfach am Computer.», **«Ich möchte erst einmal anonym bleiben.»**

Für diese Menschen stellen Online-Angebote wie Risk Assessment Tools und Kurse (ähnlich wie checken.ch oder www.snowcontrol.ch), Chat Rooms oder virtuelle fachgeleitete Diskussionsforen wie www.safezone.ch gute Lösungen dar. Sie folgen der Zielgruppe in den virtuellen Raum, dorthin, wo sie sich gerne aufhält und sicher fühlt.

«Man muss einfach dorthin gehen, wo die Leute sind.»

Diese Herangehensweise ist auch bei Patensystemen und Konsultationskonzepten ein wichtiger Erfolgsfaktor; sie finden meist an Szenetreffpunkten, in Spitälern und Kliniken oder zu Hause bei den Hilfesuchenden statt.

Unabhängig davon, welche Art von P2P-Intervention man sich in einem Projekt zu Nutze machen will, es scheint, als habe die Tinbergen-Regel auch in der Gesundheitsförderung und Prävention ihre Daseinsberechtigung: Die befragten Fachleute plädieren praktisch unisono für die Formel «Eine Massnahme – ein Ziel».

3.2. Zielgruppe und Subgruppen

Um der Forderung nach lebensraum- und lebensweltorientiertem Interventionsdesign gerecht zu werden, ist eine genaue Kenntnis der Zielgruppe erforderlich. Diese definiert

sich aber nur in einem ersten Schritt top-down über die wissenschaftliche Erkenntnis, welche Personen die grösste Risikoexposition für eine bestimmte Krankheit aufweisen. Im Falle von Hepatitis C sind dies Menschen mit Substanzkonsum. Diese unterscheiden sich untereinander jedoch beträchtlich und fühlen sich nicht generell der Gruppe der MSK, sondern eigenen Communitys oder gar keiner zugehörig. Diese Differenzierung wirkt sehr prägend auf das Selbstbild der Betroffenen, aber auch auf das Bild, welches diesen Menschen von der Gesellschaft zugeschrieben wird. (Verhältnismässig) gut situierte berufstätige Kokainisten und Kokainistinnen sind so verschieden von Personen in Opioidsubstitutionsprogrammen wie User von Partydrogen von homosexuellen Männern, welche Spritzen mit potenzsteigernden Mitteln teilen – und sie werden auch als verschieden wahrgenommen.

«Sie sagen, sie haben natürlich nichts mit den Junkies zu tun, die man so vom Platzspitz¹ und vom Letten² kennt.»

Besonders eindrücklich ist die Vehemenz, mit der sich HCV-Patientinnen und -Patienten ohne Substanzkonsum von der Zielgruppe der MSK distanzieren.

«Unsere Leute haben nichts mit Junkies und Drogen zu tun, das ist uns sehr wichtig, dass man das weiss.»

¹ Offene Drogenszene in Zürich Ende der 1980er Jahre bis 1992

² Offene Drogenszene in Zürich 1992 bis 1995

Alle Interviewten machen deshalb immer wieder auf die Wichtigkeit der Unterscheidung verschiedener Risikogruppen innerhalb der Gesamtheit der MSK aufmerksam. Innerhalb der Communitys trennen weitere Faktoren (z.B. Alter, Suchtdruck) die Betroffenen in verschiedene Subgruppen. Aufgrund ihres meist gezwungenermassen subkulturellen Charakters können diese oft nur bottom-up erforscht, beschrieben und schliesslich über eine Intervention angesprochen werden. Verschiedene Fachleute raten daher, an Treffpunkten der einzelnen Szenen interessierte Lebensweltspezialisten und -spezialistinnen zu rekrutieren. Zusammen mit diesen können die gruppenspezifischen Risiken und Bedürfnisse am besten eruiert und massgeschneiderte Vorschläge für Kommunikation und Implementierung eines Aktionsplans erarbeitet werden.

4. Kommunikation

4.1. Ansprache der Zielgruppe

Die Gewohnheiten und Präferenzen der einzelnen Subgruppen bestimmen, wie genau eine Intervention kommuniziert wird. Die befragten Expertinnen und Experten raten deshalb dazu, Form, Inhalt, Sprache, Design und Platzierung von Informationsträgern (Flyern, Broschüren, Stickern etc.) wiederum zusammen mit Lebensweltspezialisten und -spezialistinnen zu erarbeiten. Neben der subgruppenspezifischen Aufmachung des Informationsmaterials ist die direkte Ansprache durch eine Bezugsperson für die Reichweite und die Nachhaltigkeit der projektrelevanten Botschaft unumgänglich. Zusätzlich zu Ärzten, Streetworkern und anderen institutionsgebundenen Personen übernehmen bestenfalls auch Peers als *Peer Worker* diese Funktion, da sie bei den Betroffenen eine

hohe Glaubwürdigkeit besitzen. Um die Akzeptanz der Bezugspersonen bei der Zielgruppe und den Wirkungsgrad der Ansprache zu steigern, ist es vorteilhaft, nicht nur Informationsmaterial, sondern auch Give-aways abzugeben. Im Rahmen des Stop-HCV-Projekts von liebesexundsowweiter in Winterthur hat man mit Buttons, Feuerzeugen und gravierten Löffeln gegen Ausfüllen eines Quiz sehr gute Erfahrungen gemacht.

«Diese Dinge erleichtern den Bezugspersonen die Kontaktaufnahme und stellen gleichzeitig einen gewissen Wert dar, über den eine Botschaft weiter in eine Community hineindiffundieren kann.»

Als entscheidende Voraussetzung für den Erfolg einer Botschaft zur Prävention und Gesundheitsförderung werden die projekt-erfahrenen Fachleute die persönliche Ansprache im Sinne der Selbstbefähigung sowie die Herausstreichung des individuellen Benefits derjenigen, die mitmachen.

«Hilf Dir selbst.», «Gemeinsam machen wir HCV den Gar aus = Gemeinsam senken wir unsere, d. h. auch meine/Deine Risikoexposition.», «der Gewinn des eigenen Engagements muss sichtbar sein.»

An dieser Stelle bleibt allerdings das Problem der Verantwortungsdiffusion ungeklärt – jemandes Risikoexposition wird auch gesenkt, wenn sich alle vorsehen, nur er oder sie nicht. Begleitmaterial und Ansprache müssen deshalb auf den ersten Blick aufzeigen, dass sie nicht nur informieren, sondern zum konkreten Handeln aufrufen.

«Ich bin nicht nur Info, ich will was von Dir, Du musst aktiv werden.»

Um die potenzielle Handlungsbereitschaft der Angesprochenen zu maximieren, beinhaltet die Kommunikation über eine P2P-Intervention immer eine klare und kurze Beschreibung des damit angestrebten Ziels. Schliesslich ist bei jeder Art von Kommunikation die Sichtbarkeit des offiziellen Absenders oder der offiziellen Absenderin (Schirmherrschaft, Organisation, Institution) zu gewährleisten – das steigert die Transparenz der Botschaft und die Akzeptanz bei der Zielgruppe.

4.2. Anwerbung von Peer Workern

An Peer-Arbeit interessierte Personen können auf verschiedenste Arten angeworben werden: an Infoveranstaltungen, durch Ärzte und medizinisches Fachpersonal in Substitutionsinstitutionen, über Streetworker und Flyer an Szenetreffpunkten etc. Sinnvoll ist auch eine Akquirierung am Ende einer Befragung zur Erhebung wissenschaftlicher Daten.

Für die Ausgestaltung von Informationsmaterial und die Ansprache von potenziellen Peer Workern gelten gemäss der Erfahrungen der befragten projektversierten Fachleute dieselben Erkenntnisse wie für die Ansprache der Zielgruppe.

4.3. Information nach aussen

Nicht nur die Kommunikation an die Adresse der Zielgruppe ist von zentraler Wichtigkeit für den Erfolg eines Peer-Projekts. Von ebensolcher Bedeutung ist auch die frühzeitige Informierung und Einbindung aller mit einer speziellen Subcommunity in Berührung kommender Akteure (Polizei, SIP, Ärzte und Spitäler, soziale Institutio-

nen, Dealer etc.). Dies ist insbesondere dann absolut notwendig, wenn Peer Worker an Szenetreffpunkten für ein PC-Projekt unterwegs sind. Ein P2P-Projekt muss zudem aktiv durch Ärzte und Ärztinnen an die Adresse ihrer Kollegen und Kolleginnen kommuniziert und innerhalb der Fachwelt vertreten und unterstützt werden, z. B. im Rahmen von Vorträgen und Workshops an Kongressen oder bei der Neuausrichtung einer Klinikstrategie. Auch bei der Kommunikation mit all diesen Stakeholdern stellt die Sichtbarkeit eines institutionellen Absenders oder einer institutionellen Absenderin der Projektbotschaft ein zentrales Element dar.

5. Legitimierung und Koordination

5.1. Notwendigkeit

Die Schirmherrschaft einer offiziellen Institution resp. deren wahrnehmbares Erscheinen als Vertreterin eines PC-Projekts dient der Legitimierung der Tätigkeit der Peer Worker. Eine Anbindung an eine anerkannte Stelle erhöht die Glaubwürdigkeit ihrer Botschaft und stärkt ihre Position. Darüber hinaus nimmt eine solche Organisation Koordinations- und Mediationsfunktionen wahr, dient als Ansprechpartnerin für Drittakteure und vertritt die Interessen der Peer Worker und der Hilfesuchenden gegenüber der Allgemeinheit. Immer wieder betonen die befragten Experten und Expertinnen die Wichtigkeit einer solchen Stelle im Zusammenhang mit den verschiedensten Aufgaben und Problemstellungen.

«Es braucht eine Organisation, die Dich unterstützt und bei Problemen nicht hängen lässt.», *«Gegenüber distanzlosen Klienten sind die Peers oft machtlos und können sich nur schlecht wehren.»*, *«Die Weiterverweisung an professionelle Stellen funktioniert meistens nur, wenn eine anerkannte Organisation hinter der Sache steht.»*

Weitere Herausforderungen betreffen die Koordination von Anfragen und Einsätzen sowie das Management von Auftritt und Kommunikation. Grundvoraussetzung für die Sicherstellung dieser Leistungen, insbesondere der Legitimierung, ist ein hoher Bekanntheitsgrad einer legitimierenden Institution innerhalb der Communitys der Zielgruppe.

5.2. Form

Ein Grossteil der Befragten plädiert dafür, die offizielle Vertretung eines PC-Projekts einer bereits bestehenden und etablierten Institution zu übertragen. Im Hinblick auf die Heterogenität der Zielgruppe schlagen die meisten vor, das Projekt als Programm zu lancieren, welches dann von akzeptierten Community-spezifischen Organisationen aufgenommen und betrieben würde. Diese Variante impliziert den höchsten Effizienzgrad und garantiert eine gute Erreichbarkeit der Adressaten. In beiden Fällen ermöglicht die Zusammenarbeit mit bereits erfolgreich positionierten Stellen die Ausnutzung von Synergieeffekten und Verbunderträgen. Dafür müssen deren Aufgabenbereich, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen klar definiert werden. Die Basis dazu liefern Abklärungen von Res-

sourcespotenzialen, gemeinsamen Zielen und Werthaltungen, welche von allen Beteiligten mitgetragen werden müssen.

«Wie steht es um die Finanzen, Fähigkeiten, Anzahl bezahlter und ehrenamtlicher Mitarbeiter?», «Inwieweit soll eine solche Organisation gegen innen bestimmen und gegen aussen vertreten?»

Prinzipiell lebt Peer-Arbeit vom Engagement und den persönlichen Erfahrungen der Peer Worker – dies garantiert, dass echte «Betroffenenhilfe» geschieht und die Peer Worker nicht einfach als instrumentalisierte Elemente der professionellen Fachwelt fungieren. Manche Befragte erwägen deshalb die Gründung einer Peer-geleiteten Vertretungsstelle. Rein selbstorganisierte Konstrukte scheinen die Funktionen einer legitimierenden und koordinierenden Institution allerdings längerfristig nicht erfüllen zu können. Gemäss der Erfahrung verschiedener Fachleute braucht es professionelle Treiber, um den Aufbau einer solchen Organisation zu initiieren und sie am Laufen zu halten. Zudem kann meistens nur mittels Einbezug von Fachkräften garantiert werden, dass alle wichtigen, wenn auch unbeliebten Aufgaben kompetent ausgeführt werden. Des Weiteren ermöglicht die Zusammenarbeit mit professionellen Akteuren inhaltliche und organisatorische Unterstützung (z. B. bei Kongressen oder bei der Aktualisierung von Fachinformationen) und bedeutet Anerkennung seitens der Fachwelt. Eher ratsam ist deshalb ein Mittelweg zwischen purer Selbstorganisation und rein fachgeleiteter Institution.

Unabhängig davon, an welcher Form von offizieller Stelle ein PC-Projekt angebunden ist, sollen die Peer Counsellor auf jeden Fall mit einem Ausweis, welcher sie in ihrer Rolle legitimiert, ausgestattet werden. Ein solcher trägt sowohl aus Selbst- als auch aus Fremdsicht zur Festigung der Position der Peer Worker innerhalb ihrer Community und gegenüber Drittakteuren (z. B. der Polizei) bei.

6. Capacity Building

6.1. PC-Ausbildung

Eine weitere sehr zentrale Form der Legitimation von Peer-Arbeit stellt die ausweisbare Aneignung projektrelevanter fachlicher und sozialer Kompetenzen dar. Auch wenn die Erfahrungen der Fachleute gezeigt haben, dass Vertreterinnen und Vertreter der Risikogruppen über die nötigen Ressourcen für ein Engagement als Peer Worker verfügen, sind sich sämtliche befragten Personen darüber einig, dass eine gezielte Aus- und Weiterbildung zum Peer Counsellor unerlässlich ist. Mit Vorrang zu behandelnde Themen sind fachgeleitete Selbstreflexion, Auseinandersetzung mit eigenem und fremdem Erfahrungswissen, Kommunikationstechniken und problemspezifisches Basiswissen. Im Falle des Arud HCV P2P-Projekts zum Beispiel würde letzteres Grundinformationen zu Hepatitis C, Ansteckungsformen, erhöhten Begleitrisiken, Therapieverlauf und Medikamenten umfassen.

In der bestehenden PC-Praxis wird mit dreistufigen Bildungsmodellen gearbeitet; die Tabelle auf der nächsten Seite bietet dazu eine beispielhafte Übersicht.

Tabelle 1: Dreistufiges Bildungsmodell

	Grundausbildung	Coaching	Weiterbildung
Inhalte	fachliches Basiswissen, Kommunikation, selektive Offenlegung, Rollendefinition, psychologische Aspekte und Herausforderungen der Peer-Arbeit in speziellen Subcommunitys	Erfolgserebnisse, Probleme und neue/ alternative Ansätze	teilweise frei wählbar, z. B. Motivationstraining
Form	externe Fachreferenten vor kleinen Gruppen, interaktive Unterrichtsform	supervidierte Gespräche im Einzel- oder Gruppen-setting	Fachvorträge mit anschliessender Diskussion
Dauer	einmalig 3–5 Halbtage	1–2 mal pro Monat	6–12 pro Jahr

Bei der Auswahl und Gestaltung der Ausbildungsmodule empfiehlt es sich, auf eine gewisse Attraktivität zu achten.

«Bei der Themenwahl ist auf eine gewisse Sexyness zu achten, darauf, dass die Teilnehmer auch einen persönlichen Nutzen für ihr Leben im Allgemeinen daraus ziehen können.»

Zusätzliche Anreize bieten eine Ausrichtung der Grundausbildung in einem Kongresshotel (z. B. bei Checkpoint mobil), Jahrestagungen oder Wochenend-Weiterbildungskurse inklusive bezahlter Unterkunft und Verpflegung. In gewissen Projekten erhalten die Teilnehmenden gar eine finanzielle Entschädigung für ihre Anwesenheitszeit (z. B. Queer-help). Ebenfalls motivierend wirkt die

Vergabe von Zertifikaten im Anschluss an die Trainingsmodule. Alle Arten der Ausbildung müssen selbstverständlich kostenlos angeboten werden.

Insgesamt impliziert professionelles Capacity Building Wertschätzung der Peer-Expertise, stärkt das Selbstbewusstsein der Peer Worker und fördert durch gemeinsame positive Erlebnisse deren Involvement und Commitment. In der konkreten Umsetzung ist die Zusammenarbeit mit einer etablierten Organisation zu suchen, welche bereits über Erfahrung in der Ausbildung von Multiplikatoren im Gesundheitswesen verfügt.

6.2. Rollendefinition

Als essenzieller Bestandteil jeder PC-Ausbildung hat sich in den Interviews die saubere und verbindliche Rollenklärung als eigener thematischer Komplex herauskristallisiert,

der prominent kommentiert wurde. Die Aufarbeitung eines adäquaten Rollenverständnisses umfasst üblicherweise drei Schwerpunkte.

1. Zum einen müssen individuelle Motivation, Erwartungen, Befürchtungen, Einstellungen und Werthaltungen ausgelotet werden.
2. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Identifizierung des Status eines Peers innerhalb seiner Community und die diesbezügliche Kohärenz zwischen Selbstbild und Fremdbild. Ausserdem sollen Community-spezifische Herausforderungen thematisiert werden.
3. Kernelement ist schliesslich die genaue Definition einer überschaubaren Anzahl von Aufgaben und entsprechender Kompetenzen und Verantwortungen, welche ein Peer Worker im Rahmen seiner Tätigkeit kennen und wahrnehmen muss.

Gegenüber ihren Klienten müssen Peer Worker klar kommunizieren, dass sie keine medizinischen Fachpersonen sind, sondern nur den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung und eigene Erfahrungen weitergeben. Ganz im Sinne des Subsidiaritätsprinzips sollen sie ihre Arbeit als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung verstehen und Zielkonflikten vorbeugen.

«Peer Worker dürfen auf keinen Fall in Konkurrenz zur Medizin treten.»

Sämtliche dieser Abklärungen erfolgen in der Regel anhand von Fragebogen und Einzel- oder Gruppengesprächen. Der Wert eines Fragebogens lässt sich dabei um ein

Vielfaches steigern, wenn er nicht nur ausgefüllt, sondern auch als Diskussionsgrundlage für die Gespräche benutzt wird; eine Vorgehensweise, welche von den Teilnehmenden gewöhnlich sehr geschätzt wird. Im Rollenfindungsprozess ebenfalls bewährt haben sich Rollenspiele zu bestimmten Situationen sowie der Einbezug von Partnern und anderen Stakeholdern (z. B. den Ärzten eines Spitals).

Die Rollendefinition dient der Effektivität einer P2P-Intervention und dem Schutz vor Grenzüberschreitungen durch die involvierten Akteure.

«Es kommt vor, dass Peer Worker sich über ihre Kompetenzen hinwegsetzen und plötzlich Motive in den Vordergrund treten, welche nicht zielgerichtet, sondern persönlicher Natur sind.»,
«Manchmal werden auch Klienten sehr distanzlos und bedrängen unsere Paten.»

Im Idealfall wird deshalb eine schriftliche Version der Rollenbeschreibung von den Peer Workern, von einem Vertreter oder einer Vertreterin der Schirmherrschaft und der Partnerorganisation (z. B. eines Spitals) sowie – in Projekten mit Patensystem – von den Hilfesuchenden unterzeichnet.

7. Operative Qualitätssicherung

7.1. Selektionsprozess

Der Erfolg eines P2P-Projekts steht und fällt mit der Auswahl der Peer Worker. Der Rollenfindungsprozess ist deshalb nicht nur wesentli-

cher Bestandteil der PC-Ausbildung, sondern dient wie das gesamte Capacity Building auch der Qualitätssicherung. Erfüllt ein PC-Anwärter oder eine PC-Anwärterin die Rollendefinition nicht oder inadäquat, empfehlen die praxiserfahrenen Fachleute einen Projektausschluss. Sie mahnen allerdings vor der Gefahr, Personen mit Potenzial durch einen zu strengen Selektionsprozess zu früh auszuschliessen und weisen darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit der Rolle als Peer Worker Teil des Selbstheilungsprozesses ist. Wertvolle Ressourcen werden deshalb unter Umständen erst zu einem späteren Zeitpunkt freigesetzt. In einem solchen Fall soll eine temporäre Aussetzung in Erwägung gezogen werden. Um unnötige Konflikte und Belastungen zu vermeiden, muss diese Option wie auch die Möglichkeit eines Negativbescheids bereits im Rahmen des Erstgesprächs zu Beginn des Selektionsverfahrens klar kommuniziert werden. Damit wird die Diskussion über ein mögliches Scheitern Teil der grundlegenden Eignungsabklärung, welche sich mit den individuellen Ressourcen (kognitiven Fähigkeiten, Zuverlässigkeit) und Bedürfnissen der PC-Anwärter und -Anwärterinnen auseinandersetzt.

«Will sich jemand in der Peer-Arbeit engagieren, möchte aber den Gassenkontakt vermeiden, ist dies eine fundamental wichtige und auf keinen Fall zu vernachlässigende Rahmenbedingung.»

Steht ein P2P-Projekt nicht mehr am Anfang, ist zusätzlich zur Eignungsabklärung, Ausbildung und Rollendefinition ein Schnupper-einsatz bei einem erfahrenen Peer Worker ein weiterer erfolgsversprechender Ansatz, um geeignete Personen auszuwählen und damit die Qualität einer PC-Intervention zu sichern.

7.2. Finanzielle Entschädigung von Peer-Arbeit

Was nichts kostet, ist nichts wert – dieser Leitsatz lässt sich nicht nur auf die Zahlungsbereitschaft von Nachfragern eines Produkts anwenden, sondern auch auf die Qualität einer erbrachten Leistung zurückbuchstabieren. Ungeachtet dessen, wie gut jemand für eine Tätigkeit geeignet und ausgebildet ist, wird die Motivation, mit welcher er oder sie diese Tätigkeit ausübt, direkt oder indirekt davon abhängen, was er oder sie dafür bekommt. Sicherheit zählen dabei nicht-monetäre Werte wie zum Beispiel ein Kompliment oder die eigene Zufriedenheit mit der geleisteten Arbeit. In einer marktwirtschaftlich geprägten Welt kommt der Beimessung eines ökonomischen Werts jedoch eine mindestens ebenbürtige Bedeutung zu. Konsequenterweise ist denn auch die Mehrheit der Befragten der Meinung, dass Peer Worker für ihre Arbeit finanziell zu entschädigen sind, damit ihnen eine wirkliche und ernst gemeinte Anerkennung zuteil wird. Schliesslich ist die materielle Entschädigung von Arbeit ein Zeichen des Vertrauens in die Fähigkeiten einer Person und der Wertschätzung ihres Zeit- und Energieaufwandes respektive letzten Endes ihrer selbst. Über diesen Umweg kann eine finanzielle Abgeltung das Involvement und das Commitment gegenüber einer Tätigkeit erhöhen und das Verantwortungsbewusstsein bei ihrer Ausübung und so letztendlich die Qualität einer Leistung stärken.

«Werde ich fair behandelt, handle ich ebenfalls fair, d. h. halte ich mich an mein Pflichtenheft.»

Einen positiven Effekt auf das Engagement der Peer Worker hat auch die Erweisung von Wertschätzung in Form eines eigenen Büro- oder Konferenz- und Aufenthaltsraums.

«Die Projektteilnehmer haben ihren eigenen Raum sehr geschätzt und haben sich auch dementsprechend verhalten.»

Im Rahmen von bestehenden PC-Projekten erhalten Peer Worker in der Schweiz einen Lohn von 25 bis 35 Franken pro Stunde bei durchschnittlich insgesamt 10 bis 15 Stunden Peer-Arbeit pro Monat. Dies wird von allen Befragten als angemessen beurteilt. Grundsätzlich sollte sich der Stundenlohn an den Opportunitätskosten orientieren, das heisst, eventuell Community-spezifisch angepasst werden. Bezüglich der Form der Entschädigung ist anzumerken, dass einige professionelle Fachleute die Befürchtung äusserten, eine Auszahlung von Bargeld könnte zu Konflikten mit anderen Zielen führen.

«Bargeld kann den Beikonsum von Patienten in Substitutionstherapie erhöhen.»

Zusätzlich zu einer Entschädigung auf Stundenlohnbasis können auch Spesen vergütet und/oder Versicherungen bezahlt werden. Die gesetzliche Notwendigkeit einer Versicherung für die Peer Worker ist unbedingt abzuklären. Offizielle Anstellungen und materielle Vergütungen aller Art sind mit den Behörden, insbesondere den Sozialversicherungsanstalten, abzustimmen.

7.3. Dokumentation und Unterstützung

Die Erfahrung zeigt, dass Peer Worker motiviert und ernsthaft, wenn auch nicht immer gleich zuverlässig arbeiten. Der Grad an Verantwortung und Zuverlässigkeit ist allerdings situationsabhängig und kann anhand eines verbindlichen Settings signifikant gestärkt werden. Ein solches wird zum Beispiel durch festgelegte Einsatzpläne und entsprechend rapportierte Arbeitsstunden erreicht. Enthält ein solcher Bericht ausserdem Angaben über Ort, Zeit, Anzahl und Art der Kontakte, lässt sich die Peer-Arbeit auch gut auf ihre Effizienz hin überprüfen. Verbindliche Einsatzzeiten und Rapporte dienen jedoch nicht nur der Einsatzsteuerung und Qualitätskontrolle, sie unterstützen die Peer Worker auch in der Ausübung ihrer Tätigkeit respektive in der dafür notwendigen Abgrenzung.

«Es ist wichtig, auch sagen zu können, man sei jetzt NICHT im Einsatz.», **«In einem solchen Arbeitsjournal können auch aussergewöhnliche Vorfälle dokumentiert werden.»**

Überdies bieten sie eine interessante Grundlage für supervidierte Gruppengespräche, ein Instrument der Qualitätssicherung, welches von sämtlichen Befragten als wirksam, notwendig und wünschenswert beurteilt wird. Einsätze in Zweierteams bieten ebenfalls eine Mischung aus Qualitätskontrolle und Support: Zum einen spielt die soziale Kontrolle, zum anderen können sich die Peer Worker in problematischen Situationen gegenseitig unterstützen. Unterstützung und Kontrolle bieten auch schriftliche Rückmeldungen anhand offener oder halbstandardisierter Instrumente. Diese sollen nach Abschluss eines Kontakts sowohl vom Peer Counsellor als auch von

den Hilfesuchenden ausgefüllt werden und werden bereits oft in Projekten mit Patensystem verwendet. Weitere Mittel der Qualitätssicherung sind die Unterzeichnung einer Schweigepflichtvereinbarung, eines Pflichtenhefts sowie eines übergeordneten Regelwerks. Diese Instrumente bieten zwar keine absolute Sicherheit, in Kombination mit Selektionsprozess, Ausbildung und Rollendefinition helfen sie aber mit, Personen mit unerwünschten Motiven von P2P-Projekten fernzuhalten.

8. Wissenschaftliche Qualitätssicherung: Effektmessung

8.1. Effektmessung unter speziellen Rahmenbedingungen

Während die operative Qualitätssicherung auf die Effizienz einer Massnahme abzielt, ist die wissenschaftliche Effektmessung auf deren Effektivität fokussiert. Übersetzt auf PC-Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet dies, dass im Anschluss an eine festgelegte Periode aktiver Peer-Arbeit die Auswirkung auf das Verhalten und/oder Befinden der Hilfesuchenden quantifiziert werden soll. Eine aussagekräftige Effektmessung bedingt allerdings die Identifikation von Störfaktoren (Confounding Factors), welche in der Forschung üblicherweise über den Aufbau einer Kontrollgruppe erfolgt.

«Die wissenschaftliche Evaluation wird schwierig, da Confounders wie neue Medikamente und Therapiemöglichkeiten nur schwer oder nicht kontrolliert werden können.»

Im Falle eines P2P-Projekts ist ein Kontrollgruppensetting jedoch schwierig durchführbar. Erstens stehen die gewünschten Resultate von P2P-Aktionen – Multiplikatoreffekt und breite Streuung – den Anforderungen eines Kontrollgruppendesigns diametral gegenüber. Zweitens erreichen Peers mit ihrer Art Zugang auch schwer erreichbare Personen, d. h. Menschen, welche nicht gut in ein kontrolliertes Setting zu integrieren sind. Drittens weisen einige Fachleute darauf hin, dass ein ethischer Konflikt besteht, wenn die Mitglieder der Kontrollgruppe von einer Intervention ausgeschlossen werden, welche sich im Verlauf des Projekts als klar nutzbringend herausstellt.

8.2. Lösungsansätze

Abgesehen von den erwähnten Herausforderungen der Effektquantifizierung im Peer-Setting sind Verhaltensänderungen per se schwer messbar. Ihre Messbarmachung erfordert eine praktikable Messgrösse sowie Längsschnittmessungen. Fachleute mit wissenschaftlichem Hintergrund schlagen verschiedene Möglichkeiten vor, wie mit diesen Schwierigkeiten umgegangen werden kann. Ein interessanter Ansatz stellt der methodische Perspektivenwechsel dar: Anstelle der Kontrolle verschiedener externer Faktoren können diese im Rahmen von Peer-Gruppen Diskussionen explizit in die wissenschaftliche Betrachtung integriert werden (vgl. hierzu Literatur zur praxisbasierten Evidenz⁴²).

«In solchen Gesprächen kann herausgeschält werden, wie stark sich zum Beispiel die neuen Medikamente auf die Prävention der Zielgruppe oder auf die Arbeit der Peers auswirken.»

Als Ergänzung zu anderen Methoden (Fragebogen, Gruppendiskussion etc.) hat sich die Metadaten-Kontrolle bewährt, d. h. die Erhebung projektexterner statistischer Kennzahlen. Eine solche kann verhältnismässig einfach zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt werden und hat den Vorteil, dass sie auch die Verhaltensänderungen von schwer erreichbaren Individuen abbildet. Im Fall des Arud HCV P2P-Projekts würde sie die Anzahl Tests, positiver Testresultate, begonnener und abgeschlossener respektive abgebrochener Behandlungen verschiedener Therapieanbieter und Labors umfassen.

9. Arud HCV P2P: ein konkretes Projekt mit Mehrfachnutzen

Trotz des freien Gesprächsverlaufs der geführten Feld-Interviews sind die Antworten auf die Fragen des verwendeten Gesprächsleitfadens sehr konsistent und kohärent ausgefallen. Zusammen ergeben sie ein lebhaftes und detailreiches Bild verschiedener Aspekte, welche für die erfolgreiche Umsetzung eines PC-Projekts zu beachten sind. Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde die Umsetzung der Vision des Arud HCV P2P-Projekts auf nachfolgende Kernpunkte konkretisiert (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Schlussfolgerungen

Bedürfnisabklärung

Bei Menschen mit Substanzkonsum ist ein grosses Bedürfnis nach verbesserter Prävention und persönlicher Begleitung im Anschluss an die Mitteilung der Diagnose «Hepatitis C» vorhanden. In beiden Bereichen können Peer Worker mit ihrem Lebenswelt- und Erfahrungswissen wertvolle Unterstützung leisten: sowohl in der Ansprache von schwierig zu erreichenden Personen als auch bei der individuellen Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie bei der Entlastung von medizinischem Fachpersonal.

Interventionsdesign

In der Deutschschweiz finden bilaterale Peer-Systeme nicht nur bei MSK mehr Anklang als das klassische Selbsthilfegruppen-Setting. Für die HCV-Primärpräventionsarbeit eignet sich ein Konsultationskonzept, bei welchem die Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe aktiv aufgesucht und angesprochen werden. In der Sekundärprävention bietet sich ein Patenkonzept an, welches auf eine längerfristige individuelle Begleitung von Hilfesuchenden ausgerichtet ist. Da MSK eine sehr heterogene Hauptrisikogruppe darstellen, müssen beide Konzepte in verschiedenen Subcommunities angeboten und auf deren Bewegungsräume ausgelegt werden.

Kommunikation

Die Kommunikation einer Peer-Intervention muss persönlich und zielgruppenspezifisch gestaltet sein. Diese Forderung betrifft sowohl Form, Inhalt, Sprache, Design und Platzierung von Informationsträgern, aber auch die direkte Ansprache durch eine Bezugsperson. In der Kommunikation mit MSK sollen Peers in beide Aufgaben eingebunden werden. Wie Drittakteure (Kliniken, Polizei etc.) sind sie von Anfang an in das Arud HCV P2P-Projekt miteinzubeziehen.

Legitimierung

Eine Anbindung an eine anerkannte Stelle erhöht die Glaubwürdigkeit eines PC-Projekts und stärkt die Position der darin eingebundenen Peer Worker. Darüber hinaus nimmt eine solche Institution Koordinations- und Mediationsfunktionen wahr und dient als Ansprechpartnerin für Drittakteure. Aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe der MSK wird das Arud HCV P2P-Projekt zusammen mit etablierten Community-spezifischen Organisationen durchgeführt.

Operative Qualitätssicherung

Werthaltungen, kognitive und andere persönliche Ressourcen sind bei der Auswahl der Peer Worker genauso wichtig wie die Beachtung ihrer Bedürfnisse. Dazu zählen die Würdigung ihrer Arbeit durch eine finanzielle Entschädigung und die Unterstützung in Form von supervidierten Coachings. Beide Instrumente verleihen einem PC-Projekt einen verbindlichen Rahmen und dienen damit auch der Qualitätskontrolle. Im Arud HCV P2P-Projekt müssen zusätzliche Kriterien beachtet werden, beispielsweise der Wunsch von MSK nach Vermeidung von «Gassenkontakt» oder die Form der Auszahlung der monetären Abgeltung.

Wissenschaftliche Qualitätssicherung

Der dem Peer-Konzept zu Grunde liegende Multiplikatoreneffekt und andere typische Mechanismen erschweren die Quantifizierung der Wirkung einer P2P-Intervention erheblich. Die Feststellung der gewünschten Verhaltensänderung ist diffizil und die saubere Kontrolle von Confoundern praktisch unmöglich. Bei der Bewertung des Arud HCV P2P-Projekts stützt sich die wissenschaftliche Begleitung deshalb auf eine qualitative Begleitevaluation durch Gruppendiskussionen mit Peer Workern sowie eine Kontrolle durch Metadaten.

Capacity Building

Auch wenn interessierte Personen über die notwendigen Ressourcen für Peer-Arbeit verfügen, sind eine zielspezifische Ausbildung und eine saubere Rollendefinition Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches PC-Projekt. Dies gilt auch für Arud HCV P2P.

Als Teil eines umfassenden Präventionskonzepts trifft Peer-Arbeit im Umfeld von Substanzkonsum und Hepatitis C auf eine reelle Nachfrage nach Unterstützung seitens der Zielgruppe. Gleichzeitig decken sich deren Bedürfnisse mit den Good-Practice-Regeln für die Senkung der HCV-Prävalenz in allen Risikogruppen von MSK: Prävention durch eine verbesserte Aufklärung über HCV und Ansteckungswege, regelmässige Tests und eine Erhöhung der Anzahl erfolgreicher Therapien.

HCV P2P-Interventionen, welche erfolgreich an diese Punkte anknüpfen, bieten konkrete Hilfe für Angehörige der vulnerablen Gruppen und für die Hilfesuchenden. Einen ebenso wichtigen Beitrag leisten sie bei der Entlastung der medizinischen Fachpersonen. Darüber hinaus fördern sie selbstbefähigende Strategien, nämlich Patientenkompetenz und Empowerment, und stärken den Menschen als Ganzes. Auf diese Weise leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung, tragen zur Senkung der Gesundheitskosten bei und stiften so einen Nutzen für die gesamte Gesellschaft. Für die Peer Worker bedeuten die Wertschätzung der

Hilfesuchenden, die Einbindung in eine sinnstiftende Aufgabe und die Anerkennung seitens der Fachwelt einen grossen persönlichen Gewinn. Dasselbe gilt für die Vernetzung untereinander und gegen aussen sowie für die Entstehung von Freundschaften. Schliesslich ist Peer-Arbeit, insbesondere die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle im Rahmen der Rekrutierung und Ausbildung, auch Teil des Selbstheilungs- und Verarbeitungsprozesses.

Fühlen Sie sich angesprochen und wollen Sie mehr erfahren?
www.arud.ch/HCVp2P
oder Telefon +41 58 360 50 51

10. Literatur

- 1 Wright MT. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber, 2010.
- 2 Global Commission on Drug Policy. The Negative Impact of the War on Drugs on Public Health: The Hidden Hepatitis C Epidemic. 2013.
- 3 Hepatitis C in the WHO European Region – Fact Sheet 2015. World Health Organization, 2015.
- 4 Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis* 2011;204:74–83.
- 5 infodrog, Handbuch Prävention & Therapie – Hepatitis C. In: infodrog, ed. Bern: 2008:1–78.
- 6 Burke KP, Cox AL. Hepatitis C virus evasion of adaptive immune responses: a model for viral persistence. *Immunol Res* 2010;47:216–227.
- 7 Mohd HK, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. *Hepatology* 2013;57:1333–1342.
- 8 Economist Intelligence Unit. The silent pandemic – Tackling hepatitis C with policy innovation. In: *The Economist*, ed. London New York Hong Kong Geneva: 2012:1–24.
- 9 Hope VD, Eramova I, Capurro D, Donoghoe MC. Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and the European Free Trade Association. *Epidemiol Infect* 2014;142:270–286.
- 10 Hepatitis C – Eine Krankheit die uns beschäftigt (Interview mit Dr. med. Philip Bruggmann). 2013.
- 11 Razavi H, Waked I, Sarrazin C, et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infection with today's treatment paradigm. *J Viral Hepat* 2014;21 Suppl 1:34–59.
- 12 Cowie B, Carville K, MacLachlan J. Mortality due to viral hepatitis in the Global Burden of Disease Study 2010: new evidence of an urgent global public health priority demanding action. *Antivir Ther* 2013;18(8):953–954.
- 13 Van der Meer AJ, Veldt B, Feld J, et al. Association between sustained virological response and all-cause mortality among patients with chronic hepatitis C and advanced hepatic fibrosis. *JAMA* 2012;308(24):2584–2593.
- 14 The Swiss Hepatitis C Cohort Study. Swiss Hepatitis C Cohort Study Report. 2012.
- 15 Aceijas C, Rhodes T. Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *Int J Drug Policy* 2007;18:352–358.
- 16 Bruggmann P, Litwin AH. Models of care for the management of hepatitis C virus among people who inject drugs: one size does not fit all. *Clin Infect Dis* 2013;57 Suppl 2:S56–S61.
- 17 Gibson A, Randall D, Degenhardt L. The increasing mortality burden of liver disease among opioid-dependent people: cohort study. *Addiction* 2011;106:2186–2192.
- 18 Mathers B, Degenhardt L, Bucello C, et al. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013;2013:102–123.
- 19 Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet* 2011;378:571–583.
- 20 Dubois-Arber F, Balthasar H, Huissoud T, et al. Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993–2006. *Euro Surveill* 2008;13.
- 21 Prasad L, Spicher VM, Zwahlen M, et al. Cohort Profile: the Swiss Hepatitis C Cohort Study (SCCS). *Int J Epidemiol* 2007;36:731–737.
- 22 Bruggmann P, Berg T, Ovrehus AL, et al. Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries. *J Viral Hepat* 2014;21 Suppl 1:5–33.
- 23 Witteck A, Schmid P. Hepatitis C – Update 2010. *Schweiz Med Forum* 2010;10:729–736.
- 24 Bundesamt für Gesundheit. Number of hepatitis C cases reported in Switzerland between 1988 and 2012 by year of birth (mandatory notification of laboratory confirmed cases): FOPH/ID/EPI/RIC. 2013.
- 25 Aaron S, McMahon JM, Milano D, et al. Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. *Clin Infect Dis* 2008;47:931–934.
- 26 Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, et al. Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2007;89:1–12.
- 27 Allison RD, Conry-Cantilena C, Koziol D, et al. A 25-year study of the clinical and histologic outcomes of hepatitis C virus infection and its modes of transmission in a cohort of initially asymptomatic blood donors. *J Infect Dis* 2012;206:654–661.
- 28 Martin NK, Vickerman P, Foster GR, et al. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol* 2011;54:1137–1144.

- 29 Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet* 2010;376:285–301.
- 30 Schulthess K. Versorgungsqualität von opioidsubstituierten Patienten mit chronischer Hepatitis C – Eine Querschnittstudie im Kanton Zürich. Inauguraldissertation Medizinische Fakultät der Universität Zürich, 2010.
- 31 Grebely J, Raffa JD, Lai C, et al. Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based study of inner city residents. *J Viral Hepat* 2009;16:352–358.
- 32 Butt AA, McGinnis KA, Skanderson M, Justice AC. Hepatitis C treatment completion rates in routine clinical care. *Liver Int* 2010;30:240–250.
- 33 Volk ML. Antiviral therapy for hepatitis C: why are so few patients being treated? *Journal of Antimicrob Chemother* 2010;2010:1327–1329.
- 34 McGowan CE, Monis A, Bacon BR, et al. A global view of hepatitis C: physician knowledge, opinions, and perceived barriers to care. *Hepatology* 2013;57:1325–1332.
- 35 Higgs P, Sacks-Davis R, Gold J, Hellard M. Barriers to receiving hepatitis C treatment for people who inject drugs: Myths and evidence. *Hepat Mon* 2011;11:513–518.
- 36 Litwin AH, Harris KA, Jr., Nahvi S, et al. Successful treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon in combination with ribavirin in a methadone maintenance treatment program. *J Subst Abuse Treat* 2009;37:32–40.
- 37 Hill WD, Butt G, Alvarez M, Krajdin M. Capacity enhancement of hepatitis C virus treatment through integrated, community-based care. *Can J Gastroenterol* 2008;22:27–32.
- 38 Seidenberg A, Rosemann T, Senn O. Patients receiving opioid maintenance treatment in primary care: successful chronic hepatitis C care in a real world setting. *BMC Infect Dis* 2013;13:9.
- 39 Harris KA, Jr., Arnsten JH, Litwin AH. Successful integration of hepatitis C evaluation and treatment services with methadone maintenance. *J Addict Med* 2010;4:20–26.
- 40 Charlebois A, Lee L, Cooper E, et al. Factors associated with HCV antiviral treatment uptake among participants of a community-based HCV programme for marginalized patients. *J Viral Hepat* 2012;19:836–842.
- 41 Grebely J, Knight E, Genoway KA, et al. Optimizing assessment and treatment for hepatitis C virus infection in illicit drug users: a novel model incorporating multidisciplinary care and peer support. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010;22:270–277.
- 42 Wright MT, Block M, von Unger H, Kilian H. Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffbestimmung. In: Wright WR, ed. *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber, 2010:13–32.
- 43 World Health Organization. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: World Health Organization, ed. *World Health Organization*, 1986:1–3.
- 44 Administrator. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities – ICRPD*. 2011.
- 45 Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitsförderung. *Gesundheitsziele für die Schweiz – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert* (WHO Europa). 2002.
- 46 Borgetto B. *Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber, 2004.
- 47 Falcato L. *Selbsthilfe & Sucht: Eine sozialwissenschaftliche Annäherung*. SuchtMagazin 2013;4–10.
- 48 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. *Selbsthilfegruppen-Unterstützung: Ein Orientierungsrahmen*. Giessen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, 1987:1–33.
- 49 Melitopoulos A, Grünstäudl V, Siegl K, et al. Multiplikatoren im Gesundheitswesen – ein vielfältiger Ansatz zur Erreichung vulnerabler Zielgruppen. *Soziale Sicherheit* 2015;9:375–381.
- 50 Berufsverband Peer-Counseling e.V. *Peer-Counseling.org*. Steinbach-Hallenberg: 2015.
- 51 Wright MT, von Unger H, Block M. Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright MT, ed. *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber, 2010:35–52.
- 52 von Unger H. *Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?* Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research 2012;13:Art. 7.
- 53 Bortz J, Döring N. *Forschungsmethoden und Evaluation*. 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer, 2009.
- 54 Boulkedid R, Abdoul HF, Loustau MF, et al. Using and reporting the Delphi method for selecting health-care quality indicators: a systematic review. *PLoS ONE* 2011 6(6): e20476 doi:10.1371/journal.pone.0020476.

Wenn Sie das weitere Erscheinen der Schriftenreihe «Arud Forschung» unterstützen möchten, können Sie dies mit einer finanziellen Spende auf folgende Bankverbindung tun:

Arud Zentren für Suchtmedizin
Forschung & Evaluation
IBAN CH06 0070 0110 0039 8235 3

Vielen Dank!

Arud Zentren für Suchtmedizin
Konradstrasse 32
CH-8005 Zürich
Telefon +41 58 360 50 50
E-Mail: sekretariat@arud.ch

058 360 50 00
Montag–Freitag, 9–17 Uhr