

Auf Augenhöhe: Drogen- und Behandlungs-Erfahrene befragen und beraten zu Hepatitis C

Reportage aus dem Peer-Involvement-Projekt „Arud HCV-p2p“

Luis Falcato, Anton Kohler, Martin Luck, Philip Bruggmann

Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zürich, Schweiz

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Hepatitis-C-Versorgung von Drogengebrauchenden ist nach wie vor ungenügend. Peers sind geeignete Partner, um an Personen zu gelangen, die bisher nur ungenügend erreicht werden. Das Peer-Involvement-Projekt „Arud HCV-p2p“ – in der Schweiz eines der ersten seiner Art – soll sensibilisieren, Präventionswissen vermitteln, Kenntnis des Hepatitis-Status sowie Zugang zur Behandlung erhöhen, wozu Peer-Mitarbeitende an szenenahen Orten zum Einsatz kommen.

Methode: Reportage/Erfahrungsbericht zur Projektentwicklung und der Peearbeit vor Ort, ihrer Bedeutung für die Peer-Worker und für die Organisation sowie explorative Analyse der mittels Onlinefragebogen erhobenen Zielgruppenbefragung (N = 139).

Ergebnisse: Es war eine Herausforderung, dass Patienten gleichzeitig Mitarbeitende sind. Offene, ehrliche Kommunikation und kontinuierliche Information auf allen Ebenen waren wichtig. Bei den Peers stiegen Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserfahrung bezüglich Kontrolle des Drogengebrauchs. Der durchschnittliche Wissensstand der Befragten zu HCV lag insgesamt über dem Skalen-Mittelwert. Gemäß Selbstangabe hatten 40 (29 %) HCV, wovon 15 (38 %) sich noch nicht hatten behandeln lassen, wobei sich ihr Wissensstand nicht von denen mit Behandlungserfahrung unterschied.

Schlussfolgerungen: Drogenerfahrene mit Behandlungserfahrung können noch unbehandelte HCV-Patient*innen erreichen und Möglichkeiten erschließen, diese besser zu versorgen. Das Peer-Involvement-Projekt setzte in der Institution einen wertvollen Prozess in Gang.

Schlagnworte: Peer-Involvement, Hepatitis C, Drogenszene, Organisationsentwicklung, Pilotprojekt, Online-Zielgruppenbefragung

Abstract

Background: Peers are suitable partners for reaching drug users with hepatitis C who have not yet been adequately treated. The „HCV-p2p“ peer involvement project – one of the first of its kind in Switzerland – aims to raise awareness, teach prevention knowledge, raise awareness of hepatitis status, and increase access to treatment, using peer-work in close-to-scene locations.

Method: Field report on project development and local peer work experience, its relevance for the peers and for the organization, as well as exploratory analysis of the target group surveyed by means of online questionnaire (N = 139).

Results: It was a challenge for the organization allowing patients to be co-workers at the same time. Open, honest communication and continuous information at all levels were important. Self-esteem and self-efficacy in controlling drug use increased among peers. Overall, the average level of knowledge of HCV respondents was above the mean of the scale. By self-report, 40 (29 %) had HCV, of which 15 (38 %) had not yet had treatment, and their level of knowledge was not different from those with treatment experience.

Conclusions: Drug users with treatment experience can reach yet untreated HCV patients, and open up opportunities to better care for them. The Peer involvement project initiated a valuable process in the institution.

Keywords: Peer involvement, hepatitis C, drug scene, organizational development, online target-group-survey

1 Einleitung

Trotz seit langem bekannter hoher Hepatitis-C-Prävalenz bei Personen mit Drogenkonsum ist deren Versorgung nach wie vor ungenügend (Bregenzer et al. 2017). Aus den angelsächsischen Ländern gibt es gute Evidenz, dass

Korrespondenzautor:

Luis Falcato, Lic. phil.
Arud Zentrum für Suchtmedizin, Forschung
Schützengasse 31
8001 Zürich, Schweiz
E-Mail: L.falcato@arud.ch

der Einsatz von Peer-Workern die Hepatitis-C-Versorgung auf verschiedenen Ebenen wie Aufklärung, Motivation für Testen und Behandeln sowie Begleitung zu externen Terminen positive Effekte hat (Batchelder et al. 2017, Crawford & Bath 2013, Henderson et al. 2017, Roose et al. 2014), wobei die Wirksamkeit von Peer-Arbeit von organisationalen Strukturen und Grenzen beeinflusst wird, insbesondere darüber, wer als „Peer“ gilt (Bonnington & Harris 2017).

Generell wird Peer-Arbeit im Drogenbereich auch in der Schweiz zunehmend als wichtiges komplementäres Element für die Weiterentwicklung des Suchthilfeangebots anerkannt: Peers werden als geeignete Partner gesehen, um Zielgruppen zu erreichen, die mit den bestehenden Angeboten nicht oder nur ungenügend angesprochen werden können, wobei der Begriff Peer oder Peergruppe definiert wird als „Menschen, die durch gleiche Altersgruppe, gleichen sozialen und/oder kulturellen Hintergrund, gleiche Vorlieben und Einstellungen gekennzeichnet sind“ (Infodrog 2014). Dennoch betreten wir in dieser Hinsicht hierzulande immer noch Neuland.

1.1 Das Arud-HCV-Peer-to-Peer Projekt (HCV-p2p)

Die Bereitschaft, sich mit der Hepatitis-C-Thematik auseinanderzusetzen – so die These – ist unter Drogengebrauchenden im Allgemeinen gering.

Mit dem Projekt HCV-p2p soll daher in dieser Zielgruppe für das Thema HCV sensibilisiert, das Präventionswissen verbessert, die Kenntnis des eigenen Hepatitis-Status sowie der Zugang zur Behandlung chronischer Hepatitis C nach dem neuesten Stand der Wissenschaft (DAA-Behandlung) (Bruggmann 2018) erhöht werden. Um dies zu erreichen, gehen die Peer-Mitarbeitenden an „szenenahen Orten“ auf Drogengebrauchende zu, um Wissen, Testing und Therapie mittels eigener Erfahrungen zu vermitteln und bei Bedarf unterstützend zu begleiten.

Zwischen Anfang November 2018 und Ende Januar 2019 waren die Peers an 8 „szenenahen“ Orten in Zürich und Basel im Einsatz (4 Drogenkonsumräume, 3 ärztliche Abgabestellen, 1 Drogen-Checking/-Beratung).

Ein Kernelement des Projekts ist die Durchführung einer Befragung mittels eines eigens dafür entwickelten und zusammen mit den Peer-Mitarbeitenden optimierten Online-Fragebogens (online abrufbar unter <https://www.ecomed-suchtmedizin.de/archiv/suchtmedizin-band-21-nr-4-2019>). Die Befragung hat mehrere Funktionen: Einerseits setzt sie bei den Peer-Einsätzen vor Ort einen Rahmen für die Erwartungen und Handlungen (z. B. das Ansprechen von Personen) und die Kommunikation (z. B. Thema), wodurch sie diese ausrichtet, erleichtert und legitimiert (operative Funktion). Andererseits geschieht – über die Lösung (richtige Antworten) der Wissensfragen – eine Vermittlung von

Wissen (edukative Funktion). Schließlich dient sie der Generierung von Daten für die Zielgruppenbeschreibung und die Effektmessung (evaluative Funktion). Für die technische Umsetzung des Online-Fragebogens wurde SoSci Survey (<https://www.soscisurvey.de/>) verwendet, ein Programm, das auf einem Befragungsserver läuft und einfach im Webbrowser bedient wird.

In vorheriger Absprache mit den Einrichtungen bieten die Peers den Besuchern außerdem einen kostenlosen Hep-C-Schnelltest an. Im Fall, dass dieser positiv ist, wird Kontakt mit einer kompetenten ärztlichen Stelle zur weiteren Abklärung vermittelt. Da es 20 Minuten dauert, bis das Resultat vorliegt, sind die Testpersonen immer gerne bereit, in dieser Zeit an der Umfrage teilzunehmen.

Es handelt sich um ein sogenanntes Peer-Involvement-Projekt. Laut Schmidt (2002, p. 129) gehören zu „Peer-Involvement“ alle diejenigen Ansätze, die „von außen initiiert wurden“, was sich abgrenzt von der Selbsthilfe, die sich innerhalb einer Bezugsgruppe „von innen her“ organisiert (Falcato 2013). Etwas ausführlicher kann Peer-Involvement definiert werden als „Angebote, die von Institutionen getragen werden und bei denen Peers als Übermittler von Botschaften zum Einsatz kommen“ (Keller et al. 2017).

Träger des HCV-p2p-Projekts ist die Arud Zentrum für Suchtmedizin (www.arud.ch), die 1991 in Zürich (Schweiz) als gemeinnützige Initiative gegründet wurde, um medizinische Maßnahmen gegen eine einseitig repressive Drogenpolitik zu ergreifen, die sich damals auf die Strafverfolgung konzentrierte. Seit ihrer Gründung hat die Arud in der Schweiz eine Pionierrolle in der Suchtmedizin gespielt und ist heute zu einer führenden Institution auf diesem Gebiet geworden. Neben den politischen und wissenschaftlichen Aktivitäten unterhält die Arud im Kanton Zürich zwei Ambulanzen, in denen eine umfassende ärztliche und psychiatrische Gesamtversorgung mit allen zugelassenen Opioiden (einschließlich heroingestützter Behandlung) angeboten wird.

Die Rekrutierung geeigneter Peers geschah durch den operativen Projektleiter mittels eines standardisierten Bewerbungsverfahrens, welches nach einer betriebsinternen Informationsveranstaltung unter 13 interessierten Personen durchgeführt wurde: Dieses bestand für jede Kandidatur aus zwei abgestuften mündlichen Vorstellungsgesprächen (1. Kennenlernen, 2. engere Wahl) und das Einholen interner und externer Referenzen. Systematisch geprüft wurden der „Szenenbezug“ der Kandidierenden, ihre Intention und Motivation sowie ihr Bezug und bestehendes Engagement hinsichtlich Hepatitis C. Außerdem berücksichtigt wurde das „Bauchgefühl“ des Projektleiters.

Formal gesehen handelt es sich beim Projekt HCV-p2p um einen klinischen Versuch mit Interventionen, der von der kantonalen Ethikkommission Zürich bewilligt wurde (Project-ID: 2015-0533).

2 Methode

Es handelt sich beim vorliegenden Artikel um eine Darstellung und Bewertung des Projektes HCV-p2p von und mit Peers, die – im Sinne von Expertenurteilen – ihre Ansichten und Meinungen zu im Projekt gemachten Erfahrungen äußern und dieses aus ihrer subjektiven Perspektive beschreiben, d. h. um eine Art „Reportage“, die Beobachtungen und Sinneswahrnehmungen ihrer Protagonisten Raum gibt. Das Ergebnis ist ein Feld- oder Werkstattbericht, der anhand von 4 Leitfragen in entsprechende Abschnitte strukturiert ist:

Im *Abschnitt 3.1 „Wie gestaltet sich die Arbeit der Peers vor Ort?“* wird die Arbeit der Peers mit Besuchenden von Drogenkonsumräumen exemplarisch dargestellt, um zentrale Wirkelemente wie persönliche Geschichte und geteilte Erfahrungen, Nähe, Gleichwertigkeit und Respekt in der Interaktion und Kommunikation (z. B. via Jargon-Sprache) zu verdeutlichen.

3.2 *„Wie hat sich das Projekt entwickelt?“* beschreibt den Konstitutionsprozess des Peer-Teams, d. h. die Kriterien und das Vorgehen bei der Rekrutierung und Auswahl (► s.a. Abschnitt 1.1) sowie die organisatorisch-strukturelle Ausgestaltung der Peer-Stellen und deren Einbindung in den bestehenden Betrieb.

3.3 *„Was bedeutet es, ein Peer zu sein, für diese selbst?“* gibt Einschätzungen und Reflexionen der Peers zur Rückwirkung ihrer Rollenausübung und deren Bedeutung für sie selbst wieder.

3.4 *„Was bedeutet das Peer-Involvement für die Organisation, die es trägt?“* thematisiert insbesondere die Anfangsphase der Implementation bis zur „Normalisierung“ des Peer-Involvements in der Arud und die damit verbundenen Schwierigkeiten.

3.5 *„Erste Ergebnisse der Zielgruppenbefragung“* beschreibt die mit dem Projekt bisher erreichte Zielgruppe mittels deskriptiver Statistik (Häufigkeiten und Mittelwerte) und die explorative Analyse (Chi-Quadrat, t-Test) der Antworten aus den mit Hilfe des Online-Fragebogens durchgeführten Interviews (Dauer zwischen 10 und 30 Minuten) hinsichtlich Subgruppen-Unterschieden.

Der vorliegende Artikel ist der Versuch, neben der Darstellung erster empirischer Ergebnisse, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, den exploratorischen und experimentellen Ansätzen des Projekts, den qualitativen Aspekten und den subjektiven Erfahrungen ebenfalls Raum zu geben in einer Art Werkstattbericht.

3 Ergebnisse

3.1 Wie gestaltet sich die Peer-Arbeit vor Ort?

Tatort Gassenzimmer Dreispitz Basel, Peer Anton sitzt im Aufenthaltsraum, ihm gegenüber Peter: „Ich bin gerade da-

bei, die Therapie gegen Hepatitis C zu machen“¹. Die beiden kennen sich von der Gasse. Anton weiß aus Erfahrung, dass Peter umgänglich und offen ist und hat ihn darum für die Umfrage „angequatscht“, welche wir im Rahmen unseres Hepatitis-C-Peer-Projektes in Zürich, Basel und Bern durchführen. Peter, der aus gebildetem Haus kommt, hat sofort zugesagt. So sitzen sie mitten im Gewühl an einem der Tischchen im Aufenthaltsraum und kämpfen sich durch den Fragebogen. „Weißt du, wo Christian ist?“, unterbricht Beat. „Der hat immer gutes Cola“. „Nein“, sagt Peter abweisend und sie setzten die Umfrage fort: „Das Hepatitis-C-Virus kann mit Wodka abgetötet werden“, liest Anton vor. Beide lachen. „Natürlich nicht“, sagt Peter und sie tragen „falsch“ im Online-Fragebogen ein.

Bei einer weiteren Umfrageaktion sitzen Robi und Anton im engen Aufenthaltsraum des Zentrums Janus, wo die Süchtigen im Rahmen der heroingestützten Behandlung ihren „Stoff“ beziehen. Sie versuchen im lärmigen Getümmel den Überblick zu behalten, um mit jenen, die sie überzeugen können, den Fragebogen durchzuarbeiten. Anton erklärt kurz sein Anliegen. Anita ist sofort interessiert. „Ich habe Hepa gehabt“, sagt sie. „Es war Scheiße. Zum Glück bin ich das Ganze los.“ Anita hat eben ihre Dosis bezogen und setzt sich ziemlich verladen hin. Ihre Augen fallen immer wieder zu. „Das Virus kann in getrocknetem Blut überleben“, liest er ihr vor. Sie muss nur „falsch“ oder „richtig“ sagen, hat aber Mühe, die Frage überhaupt zu verstehen. „Wir brechen ab. Es hat keinen Sinn“, meint Anita.

Robi hat mehr Glück. Er hat sich draußen zu den Rauchern gesetzt und befragt eine Frau, die auffällig adrett angezogen ist. Wir sehen die beiden immer wieder intensiv diskutieren. Bis der Fragebogen durchgearbeitet ist, dauert es mehr als eine halbe Stunde. Das ist eine Erfahrung, welche die Peers bei ihren Befragungen immer wieder machen: Wenn auch viele Abhängige gut über Hepatitis C informiert sind, der Austausch mit anderen, die Erfahrungen haben mit illegalen Substanzen und der Behandlung von Hepatitis C, entspricht offensichtlich einem Bedürfnis. Die Umfrage ist ein Türöffner. Die Befragten fordern die Peers mit vielen Fragen rund um Hepatitis C heraus und konfrontieren sie mit unerwarteten Erfahrungen und Emotionen.

3.1.1 Jeder und jede von uns hat seine eigene Geschichte

Während Anton die Uni besuchte, landete Marcel in der Arbeitserziehungsanstalt. „Schon mit 13 war ich drogenabhängig“, erzählt er: „Ich kam zum Schluss, dass ich anders bin als meine Kumpels. Die Erzieher vermittelten mir, dass ich nicht normal sei, deshalb müsse man mich hart anfas-

¹ Beschriebene Personen, Umstände, Geschichten, Aussagen basieren auf realen Begebenheiten, die verwendeten Namen sind hingegen frei erfundenen. Die Mitarbeitenden und Verantwortlichen des Peer-Projekts werden mit ihrem wirklichen Namen genannt. (Unsere Namen und Gesichter sind ohnehin öffentlich.)

sen. So wie ich sei, sei ich wertlos. Mich interessierte damals nur, wie ich zum nächsten Schuss kommen konnte, um mich zu vergessen. Ich suchte den Moment, wo der seelische und körperliche Schmerz weg war. Ich wollte frei sein. Erst fast ein viertel Jahrhundert später traf ich in der Arud Leute, die mich verstanden, die meine Hepatitis C heilten, an der ich lange Jahre litt. Mit meinem Engagement im Peer-Projekt will ich der Institution etwas zurückgeben.“

Antons Geschichte verlief anders: „Ich litt fürchterlich an den sogenannten extrahepatischen Manifestationen von Hepatitis C. Ich fiel am heiterhellen Tag auf dem Motorrad in Sekundenschlaf, so müde war ich. Meine berufliche Leistung war so schlecht, dass ich erschrak, als ich am nächsten Tag am angefangenen Projekt weiterarbeiten wollte. Ich bekam Depressionen, etwas, das ich in meinem bisherigen Leben noch nie gekannt hatte. Wenn ich mir nicht eine Therapie hätte organisieren können, gäbe es mich heute nur noch als Asche in einer Urne: Der Tod schien mir die lebenswertere Alternative.“

Damals waren in der Schweiz nur sehr wenige Personen zu einer Therapie mit den teuren, antiviralen Medikamenten zugelassen.

Und die Drogen: „Sex auf Chems‘ ist im schwulen Milieu ein riesiger Hype. Irgendwann probierte ich es auch. Warum nicht? Das Erlebnis war derart geil und überwältigend, dass ich sofort wusste, das will ich wieder. Gefragt waren vor allem ‚Uppers‘ wie Kokain (C) oder Crystal-Meth (Tina). Aber auch MDMA (Ecstasy) oder Ketamin (K). Ich nahm, was verfügbar war. Chems, insbesondere intravenös konsumiert, als Tor in eine ganz andere Erfahrungs- und Lustwelt.

Was mit gelegentlichem Konsum im Zusammenhang mit Sex begann, entwickelte sich rasch zu einer Lust auf den täglichen Rush, möglichst mehrmals. Der Rausch wurde zum Ziel des Drogenkonsums. Die haarfeine Linie zwischen Gebrauch und Missbrauch ist überschritten, bevor man sich versieht. Dem ehrlichen Blick in den Spiegel verbunden mit dem Eingeständnis, dass man abhängig ist, weicht man aus.“

All das schwingt unterschwellig mit, wenn Peers ihren Aufgaben nachgehen: „Ich kann Peter nichts vormachen und er mir auch nicht. Wir verstehen uns. Das ist die Basis, ehrlich und ungefiltert über Hepatitis C zu quatschen“.

3.1.2 Lass Dich doch behandeln

Schon nach den ersten Umfrageaktionen zeigte sich, dass es eine Gruppe von Süchtigen gibt, die zwar wissen, dass sie eine Hepatitis C haben, aber keine Behandlung beginnen wollen. Das Engagement der Peers bewirkt bei diesen Personen sehr oft eine Entkrampfung, und so lassen sich etliche dazu bewegen, ihre Hepatitis C zu kurieren. Die

Wissensfragen in der Umfrage über mögliche Folgen von Hepatitis C sind dabei sehr hilfreich. Der Fragebogen liefert Fakten, die viele unwillige Patienten umstimmen können. Die Peers wiederum können dank eigener Erfahrung glaubhaft vermitteln, dass eine Drogenabhängigkeit kein Hindernis für eine Therapie gegen Hepatitis C ist. Manchmal begleiten die Peers die Substanzabhängigen auch zum ersten Termin.

3.2 Wie hat sich das Projekt entwickelt?

„Dass ich in diesem Projekt mitarbeite, verdanke ich einem Hinweis von Oli, der nun auch als Peer engagiert ist. Im Frühling 2018 traf ich mich dann mit Martin, dem Projektleiter zu einem Vorstellungsgespräch. Ein paar Wochen später sitze ich mit sechs weiteren Peers im Sitzungszimmer 2 im 4. Stock des Arud-Zentrums für Suchtmedizin in Zürich“ (Marcel, Peer).

Sieben Peers hat die Arud rekrutiert, zwei Frauen und fünf Männer im Alter zwischen 35 und 65 Jahren mit weit gestreutem sozialem Hintergrund: Der eine ist im Eigenheim aufgewachsen, der andere im Kinder- und Jugendheim. Zwei Peers bilden die Steuergruppe. Auf Seiten der Einrichtung gehören neben dem operativen Projektleiter auch der fachverantwortliche Chefarzt für Innere Medizin sowie der Forschungsleiter zum interdisziplinären Projektteam.

Rückblickend war entscheidend, dass sich die Geschäftsleitung bereit erklärte, sich auf das Experiment einzulassen und betriebsintern vorbehaltlos zu unterstützen, dass die Peers grundsätzlich den Status als vollwertige Mitarbeitende haben. Alle für das Projekt eingestellten Peer-Mitarbeitenden erhalten einen Stundenlohn-Vertrag und sind den übrigen Mitarbeitenden grundsätzlich gleichgestellt. Wie diese erhalten sie beispielsweise eine eigene Schlüsselkarte, E-Mailadresse und interne Telefonnummer des Betriebs, Computer-Zugang, Intranet-Eintrag, Visitenkarte.



Abb. 1: Visitenkarte Peer-Mitarbeiter

3.2.1 Peers als Pioniere – das Projekt organisiert sich

Das Engagement in der Peer-Gruppe ist für alle eine Herausforderung. Niemand hatte je in einem solchen Projekt gearbeitet.

„Weil wir die ersten sind, die bei der Arud als Peer im Umfeld von Drogenkonsum und Hepatitis C arbeiten, müssen wir unseren Weg selber finden, unterstützt und begleitet von den Projektverantwortlichen“.

Es stellen sich immer wieder neue Fragen, z. B.: Wie können wir die Arbeit am besten angehen? Wie organisieren wir die Umfragen in den einzelnen Institutionen überhaupt? Ebenso wirft es bei den übrigen Mitarbeitenden im Betrieb Fragen auf, z. B.: Kommen die Peers mit auf den Betriebsausflug? Kann ich dann dort so unbekümmert Alkohol trinken wie vorher?

Neuland betreten heißt, es gibt keine Landkarte. Es braucht das Vertrauen, dass sich auch ohne eine solche, „im Nebel“, auf Sicht navigieren lässt. Bewährt hat sich dabei das Vorgehen nach dem Motto „Start low, go slow“.

Der Arbeitsalltag der Peer-Mitarbeitenden bringt diese mit verschiedensten anderen Mitarbeitenden ebenso wie Patienten und Patientinnen der Einrichtung in Kontakt. Von Vorteil hat sich in dieser Situation erwiesen, dass das Projekt nicht innerhalb der „normalen Hierarchie“ eingegliedert ist. Im Unterschied sind die Peer-Mitarbeitenden dem Projektleiter unterstellt und nicht einem der vier organisatorischen Kern-Bereiche des Betriebs (Innere Medizin, Psychiatrie, medizinische Dienste, Patientenadministration), sondern der Stabstelle Forschung angegliedert. Projektleiter- wie Peearbeiter-Löhne sind für zwei Jahre durch externe Zuwendungen finanziert und belasten das ordentliche Budget des Betriebs minimal.

Tabelle 1: Stundenaufwand der Umsetzungsphase Juli 2018 bis Januar 2019

Kategorie	Aufwand
Feldarbeit total	380 h
davon: Befragung	310 h
Wissensvermittlung	70 h
Projekt-Steuerung total	300 h
davon: Sitzungen	150 h
administrativer und übriger Aufwand	150 h
Weiterbildung	70 h

3.3 Was bedeutet es, ein Peer zu sein, für diese selbst?

Wie ist das, wenn ich als Peer an die alten Orte zurückgehe, wo ich jahrelang selber als Süchtiger verkehrte? Traue ich es mir wirklich zu, so stark zu sein, dass ich nicht wieder in alte Gewohnheiten zurückfalle, und was ist, wenn ich

der Versuchung erliege? Was für Emotionen kommen hoch, wenn ich die Leute von damals wieder treffe, und kann ich damit umgehen? Wie gehe ich damit um, dass es möglich ist, gleichzeitig Patient und Mitarbeiter bei der Arud zu sein?

„Ich habe durch meine Arbeit als Peer wieder einen Einblick in die erste Arbeitswelt erhalten. Durch diese Erfahrung wurde mir bewusst, wie wertvoll eine sinnvolle Arbeit überhaupt ist und was es heißt, nach getaner Arbeit müde zu sein und eine ganze Nacht durchschlafen zu können. Auch ist mein Selbstwert wieder erheblich gestiegen! Ich erlebe, dass ich trotz oder wegen meiner exzessiven Vergangenheit meinen Mitmenschen durch meine Genesung von Hepatitis C helfen kann, wieder ein gesundes Leben zu führen“ (Robi, Peer).

3.3.1 Gleich und doch nicht gleich

„Die Befragungen über Hepatitis C in den Einrichtungen für Drogenabhängige beschäftigen mich mehr, als ich mir vorstellte. Ich habe mit überheblichen Selbstdarstellern in uniformen dunklen Anzügen aus der obersten Teppich-Etage von Politik und Wirtschaft in kleinem Kreis diniert und mit Mördern unter einem Dach gelebt. Die Verlierer unserer Gesellschaft verstehen etwas vom Leben, merkte ich schnell, anders als die hohen Herren, die nur überleben, weil ihr Umfeld ihr Leben organisiert. Die Umfrage in den Gassenzimmern bestätigt meine Erfahrung: Das Leben findet auf der Straße statt und nicht in den abgehobenen Welten der Chefetagen. Die Verlierer bringen uns weiter, nicht die Gewinner“ (Anton, Peer).

3.3.2 Konfrontation kann auch „therapeutische“ Effekte haben

„Als Peer gab mir die Konfrontation an der Front die Möglichkeit zur Bestätigung, dass ich mittlerweile sehr gefestigt und auf dem richtigen Weg bin. Der Umstand, etwas Gutes und Wertvolles für andere zu tun, gibt mir ein gutes (Selbstwert)-Gefühl. Wissen anzueignen, Verantwortung zu übernehmen, intellektuell gefordert zu werden und eine gewisse Struktur zu haben sind weitere Vorteile, die Peer sein mit sich bringt“ (Andi, Peer).

„Durch die Peer-Arbeit bin ich in meinem Leben viel stabiler geworden, nicht nur was die Sucht betrifft. Ich sehe, wie die Personen, auf die ich bei den Befragungen treffe, täglich den gleichen Kampf kämpfen, den ich bestens kenne, wie sie gewinnen und verlieren, wie sie trotz Tiefpunkt mit der Hoffnung vor Augen wieder aufstehen, diesen Krieg mit sich doch noch zu gewinnen. Ich denke, dass das Verständnis für sie als Peer ihnen Mut macht, weiter zu kämpfen. Peer zu sein ist wie Medizin für meine Seele. Abstürze kann ich besser wegstecken, da ich an Eigeninitiative und Selbstvertrauen gewonnen habe und so verdammt viel Kraft habe, wie nie zuvor“ (Marcel, Peer).

3.4 Was bedeutet das Peer-Involvement für die Organisation, die es trägt?

Während in den ersten Wochen noch jeder Schritt der Peers mit Argwohn beobachtet wurde und – in Anbetracht des Konkreten – „plötzlich“ organisatorische und betriebliche Probleme nicht nur theoretisch, sondern praktisch einer (pragmatischen) Lösung bedurften, hat sich die Wahrnehmung der Peers durch die übrigen Mitarbeitenden mit zunehmendem Wirken deutlich mehr und mehr ins Positive verschoben, selbstredend am raschesten in den Abteilungen und bei den Mitarbeitenden, die am meisten Kontakt mit ihnen hatten.

Die große Eigeninitiative der Peers führte ab und an zu Irritationen – sowohl innerhalb des Betriebs wie auch in der Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen. Nicht alle Prioritäten werden von den Peers und der Projektleitung gleich gewichtet. Etwa fanden durch geschulte Peers bereits Vorbereitungen für HCV-Testings statt, bevor dies mit der zuständigen Leitung der Einrichtung abgesprochen war. Wir deuten die Eigendynamik als Engagement, das nicht gebremst, sondern bestmöglich moderiert werden soll. Das Verständnis für solche Irritationen ist bei allen Beteiligten hoch, was sich die Peers mit ihrem bisherigen Einsatz erarbeitet haben. Untereinander zeigen die Peers viel Verständnis und eine große Solidarität. Ihre Transparenz und ihr Umgang mit der persönlichen Befindlichkeit ist bemerkenswert.

Nicht ganz überraschend gab es auch Schwierigkeiten: Beispielsweise hat eine persönliche Krise, die nicht im Zusammenhang mit Drogenkonsum stand, innerhalb der Gruppe viel – letztlich zu viel – Raum eingenommen und führte dazu, dass eine „Auszeit“ (Pause in der Zusammenarbeit) vereinbart werden musste. In diesem spezifischen Fall hat die interdisziplinäre Kommunikation innerhalb der Institution bei Früherkennung und Begleitung nicht gut genug funktioniert.

„Dass Patienten zu Mitarbeitenden werden, ist eine große Bereicherung meiner Arbeit. Diese Zusammenarbeit gibt mir vertiefte Einblicke, was es heißt, von Hepatitis betroffen zu sein. Zudem erschließt es neue Möglichkeiten, weitere Patient*innen zu erreichen und letztendlich besser zu versorgen. Die Zusammenarbeit mit unseren Peers setzte in der Institution einen wertvollen und auch herausfordernden Prozess in Gang, wie wir unseren Patient*innen noch mehr auf Augenhöhe begegnen können“ (Philip, Arud Fachverantwortlicher Innere Medizin).

3.5 Erste Ergebnisse der Zielgruppenbefragung

Im Folgenden wird die bisher erreichte Zielgruppe beschrieben und eine Exploration hinsichtlich sich unterscheidender Subgruppen vorgenommen, insbesondere der Drogengebrauchenden mit bzw. ohne Injektionserfahrung.

3.5.1 Soziodemographie und Drogengebrauch

100 (72 %) Befragte waren männlichen und 39 (28 %) weiblichen Geschlechts; die meisten zwischen 42 und 47 Jahre alt, der Jüngste unter 18-jährig, 10 Befragte waren 60 Jahre oder älter.

Die überwiegende Mehrheit (122/139, 88 %) hatte, laut eigenen Angaben, schon Heroin oder andere Opioiden konsumiert, drei Viertel davon im vergangenen Monat. Zwei Drittel (92/139) gaben an, schon jemals eine illegale Substanz injiziert zu haben, etwa die Hälfte davon im letzten Monat. Ein Drittel aller Befragten (Zürich: 38, 36 %; Basel: 9, 27 %) gaben hingegen an, noch niemals Drogen injiziert zu haben.

3.5.2 HCV-Prävalenz, Test- und Behandlungserfahrung

Lediglich 8 % (11/139) berichteten, noch nie einen HCV-Test gemacht zu haben. Unter denjenigen, die nicht injiziert hatten, lag dieser Anteil signifikant höher [8 (17 %) vs. 3 (3,3 %); $p < 0,01$].

Von den 40 Personen, die antworteten, zu wissen, dass sie Hepatitis C haben (29 % aller Befragten), gaben 15 (38 %) an, sich noch keiner HCV-Behandlung unterzogen zu haben. Andererseits gaben von den 51 (37 %) Befragten mit HCV-Behandlungserfahrung 26 (51 %) an, zu wissen, dass sie Hepatitis C haben.

3.5.3 Risikoverhalten

Von 90 Befragten, die jemals Drogen injizierten, bejahten 16 (18 %), schon Spritze, Nadel oder Löffel von Anderen ausgeliehen oder mit anderen geteilt zu haben. Unter denjeni-

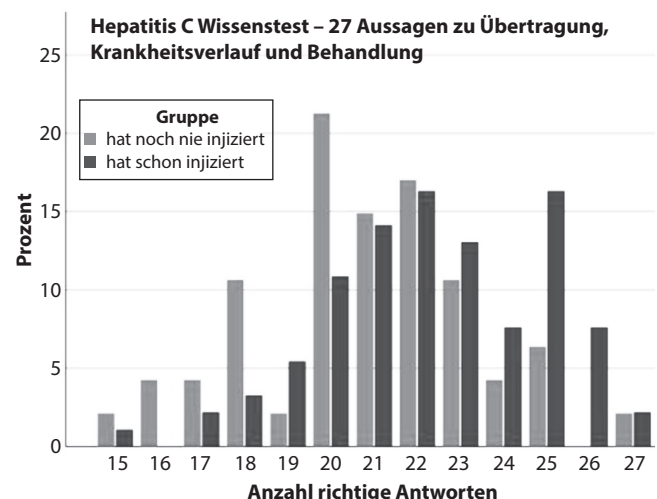


Abb. 2: Wissenstest zu Hepatitis C

gen, die sich schon einer HCV-Behandlung unterzogen, lag dieser Anteil signifikant tiefer [4 (8,7 %) vs. 12 (27,3 %); $p < 0,05$]; ebenfalls unter denjenigen, die angaben, zu wissen, dass sie keine Hepatitis C haben [8 (12,5 %) vs. 8 (30,8 %); $p < 0,05$].

3.5.4 Wissen zu Hepatitis C

Die Befragten hatten im Durchschnitt 21,8 der 27 im Interview gemachten Aussagen (19 wahren und 8 falschen) zur HCV-Übertragung sowie Krankheitsverlauf und Behandlung chronischer Hepatitis C richtig beurteilt (SD = 2,6,

Min. = 15, Max. = 27). Die Gruppe derjenigen, die schon injiziert haben, schnitt besser ab, als die, die noch nie Drogen gespritzt haben (Mean: 22,4 vs. 20,8; $p < 0,01$).

Die Item-Schwierigkeit in der Gesamtstichprobe lag zwischen 0,30 und 0,99, wobei sich bei 4 Items (Nr. 4: „Spontanremission“; 7: „Über 90 %-Heilungschance“ 17: „Behandlungsnotwendigkeit nur bei vorhandenen Symptomen“; 24: „Aktuelle Behandlung ohne schwere Nebenwirkungen“) signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) zwischen den Befragten mit bzw. ohne Injektionserfahrung zeigten. Bei weiteren 4 Items (Nr. 1, 11, 16, 18) ergab sich eine Tendenz ($0,05 < p < 0,15$) (► s. Tab. 2).

Tabelle 2: Anteil richtige Antworten des 27-Item-HCV-Wissenstests in der Gesamtstichprobe und bei Drogengebrauchenden mit bzw. ohne Injektionserfahrung

HCV-p2p-Wissenstest (sortiert nach Item-Schwierigkeit insgesamt, absteigend)		richtige Antwort	Anteil richtig			Sig. Chi ²
Nr.	Item-Text		total N (%)	je injiziert N (%)	nie injiziert N (%)	
25	Ungeschützter Geschlechtsverkehr birgt ein hohes Ansteckungsrisiko für Hepatitis C.	stimmt nicht	42 (30,2)	30 (32,6)	12 (25,5)	.390
20	Das Hepatitis-C-Virus kann alle Organe schädigen.	stimmt	84 (60,4)	55 (59,8)	29 (61,7)	.827
4	Hepatitis C heilt manchmal von selbst.	stimmt	87 (62,6)	68 (73,9)	19 (40,4)	.000
9	Als Voraussetzung für die Behandlung einer chronischen Hepatitis C ist Abstinenz von Alkohol und illegalen Drogen nicht erforderlich.	stimmt	91 (65,5)	60 (65,2)	31 (66,0)	.931
22	Wenn ich Hepatitis-C-Antikörper habe, heißt das nicht unbedingt, dass ich chronische Hepatitis C habe.	stimmt	94 (67,6)	65 (70,7)	29 (61,7)	.286
8	Für die Abklärung von Leberschäden ist ein Eingriff mit Entnahme von Lebergewebe (Biopsie) nicht mehr nötig.	stimmt	99 (71,2)	69 (75,0)	30 (63,8)	.169
13	Wer zwischen 1950 und 1985 geboren wurde, ist von Hepatitis C besonders betroffen.	stimmt	99 (71,2)	66 (71,7)	33 (70,2)	.851
2	Es gibt keine Impfung gegen Hepatitis C.	stimmt	102 (73,4)	71 (77,2)	31 (66,0)	.157
19	Wenn ich eine chronische Hepatitis C habe, bin ich verpflichtet, dies dem Arbeitgeber mitzuteilen.	stimmt nicht	105 (75,5)	72 (78,3)	33 (70,2)	.296
3	Chronische Hepatitis C äußert sich immer als Gelbsucht.	stimmt nicht	107 (77,0)	70 (76,1)	37 (78,7)	.727
27	Chronische Hepatitis C kann zu Diabetes führen.	stimmt	107 (77,0)	71 (77,2)	36 (76,6)	.939
5	Wer chronische Hepatitis C gehabt hat, ist nachher immun dagegen.	stimmt nicht	109 (78,4)	73 (79,3)	36 (76,6)	.709
11	Das Virus kann in getrocknetem Blut überleben.	stimmt	110 (79,1)	69 (75,0)	41 (87,12)	.093

HCV-p2p-Wissenstest (sortiert nach Item-Schwierigkeit insgesamt, absteigend)		richtige Antwort	Anteil richtig			Sig. Chi ²
Nr.	Item-Text		total N (%)	je injiziert N (%)	nie injiziert N (%)	
17	Solange man keine Krankheitszeichen merkt, braucht es keine Behandlung.	stimmt nicht	119 (85,6)	84 (91,3)	35 (74,5)	.007
23	Beim Teilen von Spritzen, Nadeln und/oder Löffel ist die Ansteckungsgefahr mit Hepatitis C noch größer als mit HIV.	stimmt	119 (85,6)	81 (88,0)	38 (80,9)	.253
24	Die heutigen Hepatitis-C-Medikamente haben keine starken Nebenwirkungen mehr.	stimmt	121 (87,1)	85 (92,4)	36 (76,6)	.009
1	Es sterben in der Schweiz 5x mehr Personen an chronischer Hepatitis C als an HIV.	stimmt	121 (87,1)	83 (90,2)	38 (80,9)	.120
7	Die aktuelle Behandlung von chronischer Hepatitis C führt in über 90 % zu einer Ausheilung.	stimmt	127 (91,4)	88 (95,7)	39 (83,0)	.012
26	Bei Symptomen wie chronischer Müdigkeit, chronischen Gelenkschmerzen, chronischem Bauchweh, sollte abgeklärt werden, ob eine Hepatitis-C-Erkrankung vorliegt.	stimmt	127 (91,4)	83 (90,2)	44 (93,6)	.500
6	Nach einer Behandlung von chronischer Hepatitis C kann man sich wieder erneut anstecken.	stimmt	127 (91,4)	85 (92,4)	42 (89,4)	.547
18	Es genügt, wenn ich mich einmal im Leben testen lasse.	stimmt nicht	130 (93,5)	88 (95,7)	42 (89,4)	.154
16	Eine chronische Hepatitis-C-Erkrankung verläuft oft lange ohne Anzeichen.	stimmt	131 (94,2)	89 (96,7)	42 (89,4)	.077
10	Das Hepatitis-C-Virus kann mit Vodka abgetötet werden.	stimmt nicht	133 (95,7)	89 (96,7)	44 (93,6)	.392
12	Viele Menschen, die heute Hepatitis-C-positiv sind, haben sich angesteckt, weil sie mit anderen Personen die gleiche Spritze, Nadel oder Löffel benutzt haben.	stimmt	134 (96,4)	90 (97,8)	44 (93,6)	.207
14	Wer eine chronische Hepatitis C hat, darf Blut spenden.	stimmt nicht	135 (97,1)	90 (97,8)	45 (95,7)	.487
15	Viele wissen nicht darüber Bescheid, ob sie selbst eine chronische Hepatitis C haben.	stimmt	136 (97,8)	91 (98,9)	45 (95,7)	.224
21	Jede Person, bei der eine chronische Hepatitis C festgestellt wurde, sollte behandelt werden.	stimmt	138 (99,3)	91 (98,9)	47 (100)	.473

In der Gruppe derjenigen, die schon überlegt haben, eine HCV-Behandlung zu beginnen, wurde eine höhere durchschnittliche Anzahl richtiger Antworten gegeben (Mean: 22,6 vs 21,1; $p < 0,01$). Unter denjenigen, die zustimmten, sich nie groß mit dem Thema Hepatitis C beschäftigt zu haben, war das durchschnittliche Ergebnis des Wissenstests niedriger als unter denen, die diese Aussage ablehnten (Mean: 21,4 vs. 22,7;

$p < 0,02$). Umgekehrt war das durchschnittliche Ergebnis von Befragten, denen immer wieder Flyer und Infomaterialien zum Thema HCV aufgefallen seien, höher als wenn dies nicht der Fall war (Mean: 22,4 vs. 21,0; $p < 0,05$). Kein Unterschied im durchschnittlichen Ergebnis des Wissenstests fand sich hingegen zwischen Personen mit bzw. ohne berichtetem Tausch von Paraphernalien des Drogengebrauchs ($p = 0,57$).

4 Diskussion

Für unsere Einrichtung war es eine Herausforderung, sich auf das Experiment einzulassen, dass Patienten gleichzeitig Mitarbeitende sein können, die gerade wegen ihrer „Drogenkompetenz“, auch mal auffallen oder ausfallen können. Es gilt, Mut zu machen, Neuland zu betreten, was mit „Risiken und Nebenwirkungen“ behaftet sein kann. Grundsätzlich hat sich dabei eine offene und ehrliche Kommunikation als wichtigster Schlüssel erwiesen: Auf allen Ebenen innerhalb der Institution gilt es, kontinuierlich zu informieren und stets darauf hinzuweisen, dass das Peerprojekt nicht a priori abschließend definiert, sondern als „Learning by doing“ zu verstehen ist; diese Erfahrung zur Organisationsentwicklung des Betriebs beitragen und so für künftige Herausforderungen und Veränderungen fit halten soll. Die doppelte Anbindung an die Organisationsstruktur des Projekts einerseits und die des Betriebs andererseits, ermöglichte es, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben geeignete Organisationsform für das Peer-Involvement sozusagen unter „Laborbedingungen“ zu entwickeln.

Die Bedeutung des Projekts für die Peer-Mitarbeitenden selbst zeigte sich in verschiedener Hinsicht überwiegend positiv im Sinne von „Empowerment“, namentlich einer Stärkung des Selbstwertgefühls durch die als sinnvoll erlebte Arbeit und der Selbstwirksamkeitserfahrung bezüglich der Kontrolle des Drogengebrauchs.

Die quantitative Auswertung der Daten nach drei Monaten zeigte, dass das Projekt – bis auf den unerwartet geringen Anteil noch nie getesteter Personen – die angepeilte Zielgruppe weitgehend erreicht. Es ergab sich ein recht hoher durchschnittlicher Wissensstand zu Hepatitis-C-Übertragung, Krankheitsverlauf und -behandlung, wobei sich Unterschiede zeigten, die darauf hinweisen, dass diese vermutlich mit der subjektiven Einschätzung der unmittelbaren eigenen Betroffenheit zusammenhängen dürften. Zusammen mit dem erheblichen Anteil von über einem Drittel Drogengebrauchenden, die wissen, dass sie chronische Hepatitis C haben, sich jedoch noch nicht haben behandeln lassen, verweist dies auf die Wichtigkeit und Richtigkeit der Peer-Eduktion als zentrales operatives Element des Projekts, dessen inhaltlicher Schwerpunkt sich daher gegenüber der ursprünglichen Konzeption mehr in Richtung der aktiven Findung solcher Fälle verschoben hat. Dabei bestätigte sich die aus den Experteninterviews (Graf et al. 2016) abgeleitete Empfehlung einer persönlichen Ansprache und Herausstreichung des individuellen Benefits, wobei aufzuzeigen ist, dass nicht nur informiert, sondern zum konkreten Handeln aufgerufen wird.

5 Schlussfolgerung

Drogenerfahrungen und eine behandelte Hepatitis C können Türen öffnen. Beide, Befragter und Befragte, können sich nichts vormachen, sie reden auf Augenhöhe, von Peer zu Peer, wie es auf Neudeutsch heißt. Die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient oder zwischen Therapeut und Klient

entfällt. Beste Voraussetzungen um herauszufinden, wie das Wissen um Hepatitis C im Drogenmilieu wirklich ist, vorhandene Mythen und Fehlinformation zu korrigieren, die aktuelle Behandlungsmöglichkeit unter den Personen mit chronischer Hepatitis C entsprechend bekannt zu machen und sie für eine solche zu motivieren.

Danksagung

Unser Dank gilt den Peers Andreas Hüttenmoser, Marcel Kägi, Michaela Viandante, Oliver Wehrli, Simone Murbach und Robert Hahn für ihre Beiträge, ohne die diese Publikation nicht möglich geworden wäre.

Interessenkonflikt

Philip Bruggmann erhielt Projekt-, Studien und Kongressgrants sowie Referentenhonorare von Abbvie, Gilead, MSD und Mundipharma.

Sponsoren

Das Projekt HCV-p2p wird finanziert durch:

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit, Gilead Switzerland, AbbVie Schweiz, MSD, Fondation Sana, Hans und Gertrude Oetiker Stiftung.

Manuskript

eingereicht am 11.2.2019, revidierte Fassung akzeptiert am 5.7.2019

6 Literatur

- Batchelder AW, Cockerham-Colas L, Peyser D, Reynoso SP, Soloway I, Litwin AH (2017). Perceived benefits of the hepatitis C peer educators: a qualitative investigation. *Harm Reduct J* 14 (1): 67. doi: 10.1186/s12954-017-0192-8
- Bonnington O, Harris M (2017). Tensions in relation: How peer support is experienced and received in a hepatitis C treatment intervention. *Int J Drug Policy* 47: 221–229. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.05.031
- Bregenger A, Conen A, Knuchel J, Friedl A, Eigenmann F, Naf M, ... Fux CA (2017). Management of hepatitis C in decentralised versus centralised drug substitution programmes and minimally invasive point-of-care tests to close gaps in the HCV cascade. *Swiss Med Wkly* 147: w14544. doi: 10.4414/SMW.2017.14544
- Bruggmann P (2018). Hepatitis C – Eine Erfolgsgeschichte. *Primary and Hospital Care – Allgemeine Medizin* 18 (16): 282–285
- Crawford S, Bath N (2013). Peer support models for people with a history of injecting drug use undertaking assessment and treatment for hepatitis C virus infection. *Clin Infect Dis* 57 (Suppl 2): S75–S79. doi: 10.1093/cid/cit297 [pii];10.1093/cid/cit297 [doi]
- Falcato L (2013). Selbsthilfe & Sucht: Eine sozialwissenschaftliche Annäherung. *SuchtMagazin* (4): 4–10
- Graf S, Falcato L, Bruggmann P (2016). Erfolgsfaktoren von Peer-Arbeit im Umfeld von Substanzgebrauch und Hepatitis C. *Suchtmed* 18 (1): 29–41
- Henderson C, Madden A, Kelsall J (2017). ‚Beyond the willing & the waiting‘ – The role of peer-based approaches in hepatitis C diagnosis & treatment. *Int J Drug Policy* 50: 111–115. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.08.004

Infodrog (2014). Arbeiten mit Peers im Suchtbereich. Retrieved from <https://www.infodrog.ch/de/themen/peers.html>

Keller R, Kern-Scheffeldt W, Reinhard I (2017). PeerWork Schweiz: Grundlagenpapier für ein gemeinsames Verständnis. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/3a883f_6d00bb2db9b64153a03cb97387779b06.pdf

Roose RJ, Cockerham-Colas L, Soloway I, Batchelder A, Litwin AH (2014). Reducing barriers to hepatitis C treatment among drug users: an integrated

hepatitis C peer education and support program. *J Health Care Poor Underserved* 25 (2): 652–662. doi: 10.1353/hpu.2014.0096

Schmidt B (2002). Peer-Intervention – Peer-Involvement – Peer-Support: Möglichkeiten und Grenzen peergestützter Ansätze für die Prävention riskanter Drogenkonsumformen in der Partyszene Drogenkonsum in der Partyszene: Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA zur Suchtprävention vom 24.9. bis 26. 9. (Vol. 19). Köln