



**Hôpital et Addictions**  
**Sucht im Spital**  
**Hospital and addiction**

Lausanne, 31. Juli 2026

# Peer-Arbeit im Dienst für Suchtmedizin des CHUV (Pilotprojekt 2024–2026)

Mariel Hunziker

*Hinweis: Bei diesem Dokument handelt es sich um eine maschinelle Übersetzung des französischen Originalberichts. Massgebend ist die französische Fassung.*

**CHUV – Service de Médecine des Addictions (SMA)**  
**Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA)**

**Forschungsbericht**, mitverfasst von Christophe Al Kurdi, Loïc Menneret, Gaël Lehmann und Prof. Yasser Khazaal



## Abstract

Dieser Forschungsbericht, erstellt im Auftrag des nationalen Projekts « Hôpital et Addictions », dokumentiert die Anbindung von zwei Peers an den Dienst für Suchtmedizin (SMA) des CHUV zwischen April 2024 und März 2026. Er beschreibt die Formen der Intervention bei den Patientinnen und Patienten, die Beziehungen zum Behandlungspersonal sowie die strukturellen Zwänge, welche die Ausübungsbedingungen dieses neuen Berufs geprägt haben. Anschliessend erörtert er die Spannungen zwischen institutioneller Logik (Formalisierung, Protokoll) und relationaler Logik (Flexibilität, Informalität), welche die Peer-Arbeit im Spitalumfeld strukturieren. Abschliessend formuliert er Empfehlungen der Peers zur Verstetigung dieser Praxis.

## Zitiervorschlag

Hunziker, Mariel, Christophe Al Kurdi, Loïc Menneret, Gaël Lehmann und Yasser Khazaal. 2026. « Peer-Arbeit im Dienst für Suchtmedizin des CHUV (Pilotprojekt 2024–2026) ». Forschungsbericht. Lausanne: Projekt Sucht im Spital, Service de médecine des addictions (SMA) und Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA).

## Weitere Informationen und Download

Dieser Forschungsbericht sowie zahlreiche Ressourcen zur Peer-Arbeit im Suchtbereich sind auf der Projektwebsite verfügbar: <https://hopital-addictions.ch/>

## Dank

Das Pilotprojekt « Peer-Arbeit im Dienst für Suchtmedizin des CHUV » wurde indirekt, über Hôpital et Addictions, von Gesundheitsförderung Schweiz (PSCH) finanziert; wir danken dafür.

## Projektpartner





## VORWORT

*Verfasst von Loïc Menneret und Prof. Yasser Khazaal*

Der Mäander ist ein türkischer Fluss von ausserordentlich ausgeprägter Windung, der Dädalus zum Bau seines berühmten Labyrinths inspiriert haben soll. Als Antonomasie bezeichnet das Wort heute alles, was sich der geraden Linie widersetzt: ein System, einen Ort, ein Denken. Wenn von Suchterkrankungen die Rede ist, fällt unweigerlich ein Wort — komplex. Die grosse Schwierigkeit rührt ebenso sehr von der Vielfalt der Bedürfnisse, Profile und begleitenden Störungen her, die Menschen mit einer Sucht betreffen, wie von dem verschlungenen System, in dem sie sich zurechtfinden müssen. Zwei Mäander, die einander nicht aufheben: Sie verstärken sich.

In diesen Windungen wird zur Ressource, was zuvor zu disqualifizieren schien. Genau darum geht es beim Erfahrungswissen, das die Peer-Arbeit trägt: als Kompetenz anerkennen zu lassen, was lange als eine zu verschweigende Vergangenheit galt.

Die Pflege- und Gesundheitsberufe sind von Anfang an auf dieser Wirklichkeit aufgebaut. Die Hebammen der Antike waren jene Frauen, die selbst keine Kinder mehr gebären und den Jüngeren bei der Geburt beistanden. Die Pflegenden waren ursprünglich Bedürftige, die Bedürftige aufnahmen. Die Ärztinnen und Ärzte waren verwundete Heiler — und man muss gar nicht so weit zurückgehen: Wer der Entstehung der Berufung bei vielen Fachpersonen nachgeht, findet häufig eine persönliche Verletzung, die eigene oder die einer nahestehenden Person. Die Peer-Arbeit ist uns nicht fremd. Sie hat uns ein Erbe hinterlassen, das wir bisweilen anzuerkennen vergessen haben.

Das Spital ist eine paradoxe Institution: zur Welt hin offen und doch in sich geschlossen. Es gliedert sich in ebenso viele Einheiten, die ihrerseits weiter unterteilt sind — Departemente, Dienste, Stationen —, und jede folgt ihrer eigenen Kultur und ihren eigenen Zwängen. Diese Zersplitterung hat viele Gründe: die Hochspezialisierung, eine komplexe Verwaltung, besondere organisatorische Bedürfnisse. Der eigentliche Grund liegt jedoch anderswo: in der Unvorhersehbarkeit des Lebendigen. Die gesamte Struktur strebt nach Ultraorganisation, um vorausszusehen — und um das Unvorhergesehene dennoch aufnehmen zu können. Das Spital mag das Unvorhersehbare nicht: Das ist seine grundlegende Spannung.

Wer ins Spital eintritt, betritt ein fremdes Land, dessen Sprache und Gepflogenheiten er nicht kennt. Für die Fachpersonen der Pflege und Behandlung ist es vertrauter Alltag; für die eintretende Person ist es ein Ereignis in ihrem Leben, manchmal erwartet und in der Hoffnung auf wirksame Hilfe gewählt, manchmal erlitten. In dieser Welt braucht es eine Hand, die den Faden schon einmal gehalten hat — jenen Faden, den Ariadne Theseus reichte, damit er aus dem Labyrinth herausfand und seinen Weg der Genesung fortsetzen konnte.

Doch kein Faden wird auf dieselbe Weise gereicht. Die Realität hospitalisierter Menschen ist vielfältig und einzigartig, und das Spital muss jeder und jedem gerecht werden und zugleich die Herausforderung der Standardisierung bewältigen. Wir streifen die paradoxe Aufforderung.

Der Genesungsprozess — die Rückeroberung eines Lebens, das Sinn, Beziehungen und eine Richtung hat — mit oder trotz einer psychischen Störung fügt der Gewundenheit des Systems



lediglich seine eigene hinzu. Es ist ein selten geradliniger Weg, ein innerer Kampf aus Phasen, in denen sich Ruhe und Aufruhr mischen. Die Fachpersonen haben dabei ihre Rolle zu spielen — sie können dazu beitragen, Hindernisse auf dem Weg der Genesung abzubauen. Doch bei allem Engagement fehlt ihnen jenes Etwas, das keine Ausbildung vermittelt: die von innen gelebte Erfahrung. Diesen blinden Fleck, verstärkt durch die Bequemlichkeit akademischen und klinischen Wissens, skotomisieren sie, ohne es immer zu merken — das heisst, sie löschen unbewusst dessen Umrisse, so wie das Auge seinen eigenen blinden Winkel ausblendet.

Es gibt jedoch eine noch zu wenig genutzte Gruppe von Unterstützenden, die genau diesen blinden Winkel ausleuchten könnte: die Peers in der Suchtmedizin (PAA).

Mit ungeheucheltem Interesse haben wir im Projekt, das Ihnen hier vorgestellt wird, das Potenzial einer echten Chance erkannt. Das Wort ist bewusst gewählt. Unsere menschliche Natur verweist uns zunächst auf Misstrauen — ein Überlebensmechanismus, kein Charakterfehler. Es wäre ein Klischee zu sagen, wir mögen keine Veränderung; nicht das Neue beunruhigt, sondern das Unvorhergesehene, das es mit sich bringt. Und das Spital, wir sagten es, mag das Unvorhersehbare nicht.

Der Empfang dieser neuen Berufsgruppe musste deshalb sorgfältig austariert werden. Die Institution ist durchdrungen von Regeln — und jede hat ihren Zweck, in erster Linie den Schutz der Integrität der Patientinnen und Patienten. Mit zahlreichen Akteurinnen und Akteuren zusammenzuarbeiten, die Zwänge der anderen zu verstehen, ohne die Ziele des ursprünglichen Projekts aus den Augen zu verlieren — hier die Einbindung von Peers in der Suchtmedizin gemeinsam mit den Fachpersonen —, ist eine permanente Gratwanderung. In einer wissenschaftlichen, klinischen und administrativen Welt muss sich die Meinung der Prüfung durch Belege stellen. Das braucht Zeit. Doch gut geführtes Misstrauen ist kein Hindernis: Es zwingt dazu, den Dingen auf den Grund zu gehen, zu argumentieren, zu belegen. Gute Absichten genügen nicht, und Ideologie hat keinen Platz. Jeder gesetzte Stein ist ein weiterer Baustein, der die Legitimität dieser Berufsleute festigt.

Die Etablierung eines neuen Berufs in einem Spital dauert mehrere Jahre. Wir hatten zwei Jahre Zeit, um eine Bewegung anzustossen — und wir haben es getan. Es sind zwei Welten, die einander besser kennenlernen sollten und die sich gegenseitig wachsen lassen können: auf der einen Seite die Institution Spital, auf der anderen das Netzwerk der Peers. Beide Seiten arbeiten daran — und das von Peers verfasste Kapitel mit Empfehlungen für einen gelingenden Empfang von Peers zeugt davon besser, als wir es hier vermöchten.

Das Spital sorgt sich um seine Zukunft. Die Modelle der Unterstützung und Begleitung werden neu gedacht werden müssen — hin zu einer besseren Befähigung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen, hin zum Einbezug von Akteurinnen und Akteuren, die eine Erfahrung in eine Kompetenz zu verwandeln wussten. Bei dieser Formulierung lohnt es sich zu verweilen: eine Erfahrung in eine Kompetenz verwandeln. Genau das tun die Peers. Das ist keine improvisierte Fürsorglichkeit — es ist verkörpertes Erfahrungswissen.

Ein genesungsorientierter Behandlungspfad muss Peer-Unterstützung einschliessen.

Eine Klinik, ein Spital, eine Institution: Sobald sie sich an der Genesung orientieren, können sie auf Peer-Unterstützung nicht verzichten. Wir sagen dies mit Gelassenheit, weil wir es



erprobt haben und weil der Mehrwert vielfältig ist. Ohne Hochgebirgserfahrung käme es uns nicht in den Sinn, den Himalaya ohne die Unterstützung eines Sherpas zu besteigen.

Warum also sollten wir den Patientinnen und Patienten und den Teams die Führung derjenigen vorenthalten, die den Mäandern durchquert haben?



# INHALTSVERZEICHNIS

|                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>VORWORT .....</b>                                                                                     | <b>I</b>  |
| <b>INHALTSVERZEICHNIS .....</b>                                                                          | <b>1</b>  |
| <b>A. EINLEITUNG .....</b>                                                                               | <b>3</b>  |
| A.1. Allgemeiner Kontext und Ziele des Pilotprojekts.....                                                | 3         |
| A.2. Rahmen des Pilotprojekts .....                                                                      | 5         |
| <b>B. METHODIK.....</b>                                                                                  | <b>8</b>  |
| <b>C. ERGEBNISSE .....</b>                                                                               | <b>10</b> |
| <b>C.1. Interventionsfelder bei den Patientinnen und Patienten.....</b>                                  | <b>10</b> |
| C.1.1 Gemeinsamer Krisenplan (PCC): ein neu angeeignetes Instrument.....                                 | 11        |
| C.1.2 Beitrag zum Übergang vom Spital nach Hause .....                                                   | 12        |
| C.1.3 Die Öffnung zur Gemeinde: Kenntnis des Netzwerks .....                                             | 13        |
| <b>C.2. Interventionsformen bei den Patientinnen und Patienten.....</b>                                  | <b>14</b> |
| C.2.1 Relationale Präsenz als strukturierende Form: Sichtbarkeit und Zugänglichkeit .....                | 15        |
| C.2.2 Vom informellen Austausch zum Pairémulationsgespräch .....                                         | 16        |
| <b>C.3. Beobachtete Beziehungswirkungen: Allianz, Sprechen und Autonomie .....</b>                       | <b>23</b> |
| C.3.1 Allianz durch Peers: Verringerung der Distanz und Legitimität des Erlebten .....                   | 23        |
| C.3.2 Kontinuität nach dem Spitalaufenthalt .....                                                        | 27        |
| <b>C.4. Beziehungen zu den Behandlungsteams: zwischen Anerkennung und Grenzen der Koproduktion .....</b> | <b>28</b> |
| C.4.1 Anerkennung der Rolle der Peers .....                                                              | 28        |
| C.4.2 Peer-Arbeit als kulturelle Übersetzung: Wandel der institutionellen Kultur .....                   | 29        |
| C.4.3 Koeitung auf dem Prüfstand: Aushandlung von Plätzen und Legitimität .....                          | 30        |
| <b>C.5. Strukturelle Zwänge .....</b>                                                                    | <b>31</b> |
| C.5.1 Ein Status ausserhalb der Kategorien: zwischen Rechtslücke und Chance eines eigenen Blicks 32      |           |
| C.5.2 Organisatorische Zwänge: Teilzeit, Sichtbarkeit und Fluktuation.....                               | 33        |
| <b>D. DISKUSSION .....</b>                                                                               | <b>36</b> |
| D.1. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....                                                     | 36        |
| D.2. Die Mechanismen des Mehrwerts: Warum funktioniert es? .....                                         | 36        |



|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| D.2.1 Eine Haltung « ohne Vorgabe » und ohne Verordnungscharakter .....                                       | 37        |
| D.2.2 Legitimität durch Erfahrung .....                                                                       | 37        |
| D.2.3 Relationale Auswahl: das « Feeling » als klinisches Kriterium .....                                     | 38        |
| <b>D.3. Die strukturellen Bedingungen des Mehrwerts .....</b>                                                 | <b>39</b> |
| D.3.1 Ein Status « ausserhalb der Kategorien »: zwischen rechtlicher Prekarität und Autonomie der Rolle ..... | 39        |
| D.3.2 Von der ELMA zur UHMA: von der Nähe zur Distanz .....                                                   | 40        |
| D.3.3 Zwänge von aussen .....                                                                                 | 41        |
| D.3.4 Wenn das formale Instrument auf die relationale Logik trifft: der neu angeeignete PCC .....             | 42        |
| D.3.5 Supervision durch Peers: ein notwendiger Regulationsraum .....                                          | 43        |
| <b>D.4. Kulturelle Transformationen .....</b>                                                                 | <b>44</b> |
| D.4.1 Pädagogik durch Präsenz .....                                                                           | 45        |
| D.4.2 Zwischen institutionellem Hebel und Risiko der Instrumentalisierung .....                               | 45        |
| <b>E. EMPFEHLUNGEN DER PEERS .....</b>                                                                        | <b>47</b> |
| <b>F. PERSPEKTIVEN UND SCHLUSSWORTE .....</b>                                                                 | <b>50</b> |
| <b>G. BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                                                                 | <b>51</b> |
| <b>H. ANHÄNGE .....</b>                                                                                       | <b>54</b> |



## A. EINLEITUNG

### A.1. Allgemeiner Kontext und Ziele des Pilotprojekts

Die Behandlungsverläufe von Menschen mit einer Suchterkrankung sind häufig durch diskontinuierliche Hin- und Herbewegungen zwischen verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems gekennzeichnet, in denen medizinische, psychische und soziale Dimensionen eng miteinander verflochten sind. Diese Verläufe setzen die Patientinnen und Patienten einem erhöhten Risiko von Behandlungsabbrüchen aus, insbesondere in den Übergangsmomenten des Spitaleintritts, des Spitalaufenthalts, des Austritts und der Weiterleitung in die ambulante oder gemeindenahе Betreuung.

Menschen mit einer Suchterkrankung suchen das Spital häufiger auf als die übrige Bevölkerung, sei es aus somatischen oder aus psychischen Gründen. Dennoch sind die heutigen Spitalsysteme nur selten auf diese Zielgruppe ausgerichtet. Sie tun sich schwer mit der langen Dauer des Genesungsprozesses und mit der engen Verzahnung mit ambulanten und gemeindenahen Angeboten, was die Behandlungskontinuität über den Spitalaufenthalt hinaus schwächt.

Diese Schwierigkeiten sind nicht spezifisch für die Suchtmedizin, sondern fügen sich in eine strukturell fragmentierte Organisation des Gesundheitssystems ein, in der Spital, ambulanter Bereich und Sozialmedizin nicht immer als Kontinuum funktionieren. Die Herausforderungen der interprofessionellen und interinstitutionellen Koordination treten im Feld der Suchtmedizin jedoch besonders deutlich hervor, da die Kontinuität der therapeutischen Beziehung und die Begleitung der Übergänge eine zentrale Rolle in den Genesungsprozessen spielen.

In diesem Kontext gewinnt die Peer-Arbeit im Spital ihre Relevanz. Peers sind « des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale qui a entraîné une interruption ou une bifurcation significative de leur trajectoire de vie. Leurs attitudes, leurs aptitudes personnelles et leur formation en font des modèles de rétablissements positifs, pour les soignés comme pour les soignants ainsi que pour la société en général » (Pelletier et al., 2021). Anders als die Fachpersonen der Behandlung verfügen Peers über keine Verordnungsbefugnis, nehmen keine klinische Beurteilung vor und haben keine hierarchische Autorität über den Behandlungsverlauf. Ihre Legitimität beruht ausschliesslich auf dem Teilen einer selbst erlebten Genesungserfahrung und auf einer spezifischen Ausbildung in der helfenden Beziehung. Die Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Peer beruht auf einer nutzbringenden Asymmetrie: Anders als in traditionellen Selbsthilfegruppen verfügt die Peer-Person über ein anderes Genesungs- und Kompetenzniveau als die Patientin oder der Patient, und die Beziehung soll keinen unmittelbaren gegenseitigen Nutzen bringen (Chinman et al., 2014; Reif et al., 2014). Mit anderen Worten: Peers sind Fachpersonen im Feld der psychischen Gesundheit, die sich als « experts-es du vécu » (Müller de Menezes und Chiapparini, 2021: S. 21) bezeichnen lassen und deren Expertise auf gelebter Erfahrung beruht. Diese Expertise ersetzt die Fachpersonen der Behandlung nicht, sondern nimmt innerhalb der Teams eine ergänzende und vermittelnde Position ein: Sie bringt eine besondere Fähigkeit mit, Patientinnen und Patienten zu erreichen, verkörpert glaubwürdige Genesungsmodelle und erleichtert die Anbindung an Ressourcen der Gemeinde — ein



klinischer wie relationaler Hebel (Reif et al., 2014; Chinman et al., 2014; Eddie et al., 2019; Liebling et al., 2021).

In der Westschweiz gewinnen die Konzepte der Genesung und der Anerkennung von Erfahrungswissen in der Gesundheitspolitik an Boden. Im Spital sind sie jedoch nach wie vor wenig institutionalisiert. Vor diesem Hintergrund hat das Universitätsspital Waadt (CHUV) ein Pilotdispositiv zur Integration der Peer-Arbeit in der Suchtmedizin entwickelt. Dieses Dispositiv soll den festgestellten Grenzen begegnen, indem es die Behandlungskontinuität stärkt und eine Interessengemeinschaft für eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem Spital und dem ausserspitalischen Netzwerk schafft und langfristig verankert. Es folgt einer experimentellen Logik und erlaubt es, den Nutzen, die notwendigen Anpassungen und die Grenzen der Peer-Arbeit im Spitalumfeld zu erproben, zu beobachten und zu bewerten (ebenfalls untersucht in den Arbeiten von Eddie et al., 2019; Liebling et al., 2021).

### **Erwartete Wirkungen und Reichweite des Projekts**

Die dem Projekt zugrunde liegende Wirkungstheorie geht davon aus, dass die Intervention von Peers Effekte auf mehreren Ebenen erzeugen kann, sofern hinreichend klare und unterstützende Rahmenbedingungen für ihre Tätigkeit bestehen — auf die Patientinnen und Patienten, auf die Behandlungsteams und auf das Versorgungssystem als Ganzes.

Für die begleiteten Patientinnen und Patienten würde sie die Stärkung der Selbstwirksamkeit sowie eine bessere Verständlichkeit und Aneignung der Versorgungsangebote fördern. Für die Fachpersonen stellt sie eine Einladung dar, die Praxis in Richtung von mehr Inklusion und mehr Zusammenarbeit mit den Ressourcen der Gemeinde weiterzuentwickeln. Auf Systemebene zielt das Dispositiv darauf ab, Behandlungsabbrüche, Krisensituationen und wiederholte Notfallkonsultationen zu verringern — längerfristig verbunden mit erwarteten Effekten auf die Lebensqualität der betroffenen Personen und auf die gesundheitliche Ungleichheit.

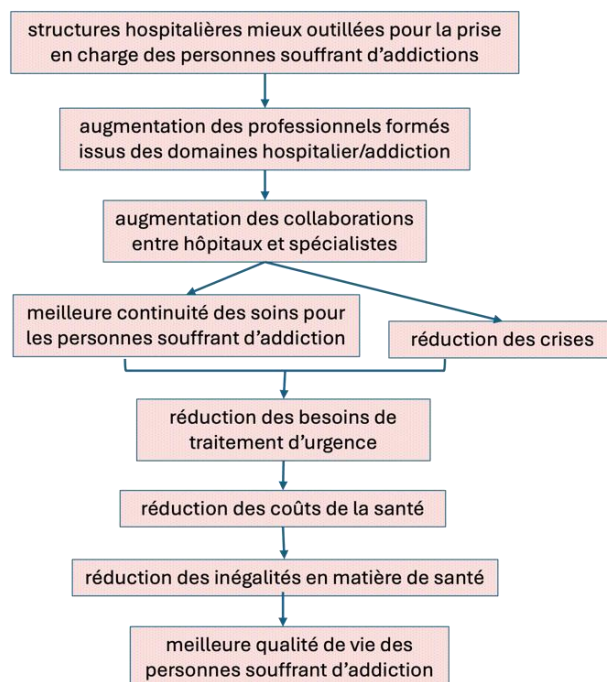




Abbildung 1. Wirkungskette des Pilotdispositivs der Peer-Arbeit in der Suchtmedizin (CHUV) als Darstellung der zugrunde liegenden Wirkungstheorie

Diese systemischen Ambitionen sind allerdings mit Vorsicht zu formulieren. Der Nutzen in Bezug auf Kosten oder die Entlastung der Notfallstationen darf, auch wenn er von Bedeutung ist, nicht zum vorrangigen Zweck werden, da die Peer-Arbeit sonst zur budgetären Anpassungsgrösse würde, mit der ein Mangel an Pflegepersonal ausgeglichen wird (Englander et al., 2020). Diese potenziellen Vorteile könnten vielmehr ein Nebeneffekt von Interventionen sein, die den Bedürfnissen der betroffenen Personen näher kommen.

Diese erwarteten Wirkungen sind gleichwohl an organisatorische und strukturelle Faktoren gebunden — etwa die Anerkennung der Rolle der Peers, ihre Einbindung in die Teamdynamik und ihren Beschäftigungsgrad —, die ihrerseits in den Zwängen und Funktionsweisen der Institution Spital verankert sind.

### **Ziel dieses Berichts**

Hauptziel dieses Berichts ist es, die Umsetzung des Pilotdispositivs der Peer-Arbeit in der Suchtmedizin zu analysieren und damit die Bedingungen für die Einführung eines hybriden Dispositivs in einem restriktiven Spitalumfeld herauszuarbeiten, wobei die strukturellen Spannungen zwischen institutioneller Logik (Formalisierung, Protokoll) und relationaler Logik (Flexibilität, Informalität) beleuchtet werden. Über die Bewertung der beobachteten Wirkungen hinaus fügt sich der Bericht in eine breitere Fragestellung zur interprofessionellen Zusammenarbeit und zu den Herausforderungen der sozialen und beruflichen Integration von Peers im Spitalumfeld ein. Er soll damit Erkenntnisse hervorbringen, die sowohl für die Projektbeteiligten als auch für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie für Institutionen nützlich sind, die vergleichbare Dispositive im Bereich der stationären Suchtmedizin entwickeln oder verstetigen möchten. Er beruht auf der Annahme, dass die entwickelten Instrumente bekannt sein, genutzt und dauerhaft in die Arbeitsweise der sozial- und gesundheitsmedizinischen Institutionen integriert werden — und so einen strukturellen Wandel über das Pilotprojekt hinaus begünstigen.

## **A.2. Rahmen des Pilotprojekts**

### **Umsetzung des Pilotprojekts und explorative Phase des Dispositivs**

Das Pilotdispositiv startet offiziell im April 2024 mit der Aufnahme von zwei Peers im Liaison- und Mobilitätsteam Sucht (ELMA) des Universitätsspitals Waadt (CHUV). Diese Anfangsphase ist sowohl für die Peers als auch für die Behandlungsteams als exploratives Vorgehen angelegt, in einem institutionellen Kontext, in dem die Peer-Arbeit den Teams noch wenig bekannt und wenig formalisiert ist. Das Projekt ist somit von Beginn weg als entwicklungsoffenes Dispositiv konzipiert, das sich im Verlauf seiner Umsetzung verändern soll. Im Februar 2025 wechseln die Peers in die stationäre Einheit für Suchtmedizin (UHMA), in einem Moment der Umstrukturierung des Dienstes.

Das Dispositiv beruht auf der Anstellung von zwei Peers im Suchtbereich (PAA) mit einem Beschäftigungsgrad von je 40 %, was einem kumulierten Vollzeitäquivalent von 80 % entspricht. Jede Peer-Person ist zwei Tage pro Woche anwesend, mit einem gemeinsamen



Präsenztage. Diese organisatorische Entscheidung wurde zugleich als absichernd und als einschränkend beurteilt. Absichernd ist sie insofern, als sie die Risiken im Zusammenhang mit der Abwesenheit oder Nichtverfügbarkeit einer einzelnen Person verringert und eine minimale Kontinuität des Dispositivs sicherstellt. Einschränkend erscheint sie jedoch insofern, als zwei Teilzeitpensen die Kontinuität der Präsenz bei den Patientinnen und Patienten sowie in den Teams begrenzen und die dauerhafte Verankerung der PAA im Alltag der Spitaleinheit erschweren.

Im Projektverlauf wurde eine Anpassung des Dispositivs notwendig, nachdem eine der Peer-Personen Ende Dezember 2025 vorzeitig in den Ruhestand getreten war — drei Monate vor dem ursprünglich vorgesehenen Vertragsende. Das Dispositiv wurde übergangsweise auf die Präsenz einer einzigen Peer-Person mit einem Pensum von 40 % im Zeitraum zwischen Dezember 2025 und April 2026 angepasst.

### ***Beteiligte Akteure und Governance des Pilotprojekts***

Dieser Bericht entsteht im Rahmen des nationalen Projekts « Hôpital et Addictions », das die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen im Spitalumfeld, die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Spitälern und spezialisierten Akteurinnen und Akteuren der Suchthilfe sowie die Dokumentation der in diesem Pilotprojekt erprobten Formen der Zusammenarbeit zum Ziel hat. Das Programm läuft über den Zeitraum 2023–2026 und folgt einer Logik des Experimentierens, des Lernens und der Evaluation im Hinblick auf eine mögliche Ausweitung.

Die Umsetzung des Dispositivs beruht auf einer Partnerschaft zwischen mehreren institutionellen und zivilgesellschaftlichen Partnern und umfasst die strategische Steuerung, die klinische Verankerung, die Ausbildung in Peer-Arbeit, die Supervision und die Evaluation. Die Programmleitung liegt beim Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA), die operative Steuerung bei Christophe Al Kurdi. Am CHUV wird das Projekt vom Dienst für Suchtmedizin (SMA) unter der Verantwortung von Prof. Dr. Yasser Khazaal getragen und bezieht insbesondere ELMA und UHMA ein. Die Arbeitsorganisation der Peers stützt sich auf die Mitwirkung von Loïc Menneret (Adjunkt der Pflegedirektion und leitender Pflegefachmann des Dienstes) sowie, innerhalb von ELMA und UHMA, auf jene von Alice Diebolt (leitende Pflegefachfrau der Behandlungseinheit), von Dr. Ahmed Ben Hassouna, Kaderarzt der UHMA, und Dr. med. Mélanie de Almeida, die gemeinsam für die Organisation der Behandlung und der Peer-Arbeit verantwortlich sind. Die Vorbereitung auf die Aufnahme der Peers wird vom Kompetenzzentrum für Peer-Arbeit im Bereich der psychischen Gesundheit (ComPASM) über die CORAASP sichergestellt. Gaël Lehmann vom Verein SYSTMD hat während des gesamten Projekts eine zentrale Rolle gespielt: Er war am Rekrutierungs- und Anstellungsprozess der Peers beteiligt, hat zu den Überlegungen zur Integration der Peer-Arbeit in das Dispositiv beigetragen und das Coaching sowie die externe Supervision der Peers übernommen. Die externe Evaluation des Projekts wird von Sarah Mariéthoz von INTERFACE durchgeführt. Lucien Rochat, Dr. phil. in Psychologie und Neuropsychologie, hat seine Expertise und eine Supervision im quantitativen Teil eingebracht. Schliesslich wird das Projekt finanziell von Gesundheitsförderung Schweiz (PSCH) unterstützt.

Hinweis: Seit dem Ende des Pilotprojekts ist ELMA in die Leistungen der Einheit für Intensiv- und gemeindenaher Behandlung (USIC) eingegliedert worden, die in erster Linie von Dr. med. Mélanie de Almeida und Céline Ngniheula, Verantwortliche für den sozialpädagogischen Bereich, geleitet wird.



Die operative Anbindung an den Dienst für Suchtmedizin (SMA), getrennt von den Pflorgeteams der UHMA, war eine strategische Entscheidung. Sie verschafft den Peers eine institutionelle Verankerung und wahrt zugleich eine funktionale Distanz zur unmittelbaren Behandlungshierarchie, was ihre Neutralität und ihren Handlungsspielraum begünstigt.

Die namentliche Liste der beteiligten Personen findet sich in [Chapitre H : Annexes](#)



## B. METHODIK

Der vorliegende Bericht stützt sich auf eine Ad-hoc-Studie, die qualitative und quantitative Daten verbindet und den Tätigkeitszeitraum von Juli 2025 bis März 2026 abdeckt — die letzte Umsetzungsphase des Projekts und das Ende des Mandats der beteiligten Peers.

Das gewählte Vorgehen beruht auf einem Mixed-Methods-Ansatz, der qualitative und quantitative Daten verbindet. Zu beachten ist, dass die Erhebungszeiträume je nach Datentyp unterschiedlich sind. Die ethnografischen Beobachtungen decken den Zeitraum von Juli bis Dezember 2025 ab, entsprechend der Feldpräsenz der Forscherin. Die quantitativen Daten aus den Monitoring-Instrumenten beginnen dagegen im August 2025, als das Template fertiggestellt und systematisch eingesetzt wurde. Diese zeitlichen Verschiebungen spiegeln den entwicklungsoffenen und explorativen Charakter des Dispositivs wider.

In diesem Bericht wird der Begriff Patientin bzw. Patient für jene Personen verwendet, die von einer Peer-Person begleitet werden, da das untersuchte Dispositiv in einem Spitalkontext angesiedelt ist. Wir anerkennen jedoch, dass dieser Begriff, der in einer asymmetrischen Behandlungsbeziehung verwurzelt ist, die Realität der untersuchten Interaktionen nicht vollständig abbildet, finden diese doch auch ausserhalb des Spitalrahmens statt. Der Ausdruck « begleitete Person » wäre in dieser Hinsicht wohl treffender gewesen, da er den horizontalen und nicht stigmatisierenden Charakter der Peer-Beziehung besser wiedergibt und zugleich sämtliche Kontexte umfasst, in denen diese Begleitung stattfindet.

### **Qualitativer Ansatz**

Der qualitative Ansatz stützt sich auf ethnografische Beobachtungen, halbstrukturierte Interviews und Dokumentenquellen.

- Die ethnografischen Beobachtungen wurden in dem Spital durchgeführt, in dem die Peers tätig sind und in dem die Patientinnen und Patienten hospitalisiert werden (Juli 2025 bis Dezember 2025). Diese Beobachtungen ermöglichten es, die konkrete Funktionsweise des Dispositivs im Spitalalltag zu dokumentieren und dabei die tatsächliche Arbeitsorganisation der Teams und der Peers, die impliziten Praktiken, die Anpassungsleistungen der Peers sowie die Reibungs- und Aushandlungspunkte mit den Behandlungsteams sichtbar zu machen. In diesem Rahmen wurden teilnehmende Beobachtungen bei der Durchführung von Pairémulationsgesprächen<sup>1</sup> sowie bei der Erstellung gemeinsamer Krisenpläne (PCC) im Beisein der Peers und der Patientinnen und Patienten durchgeführt.
- Die halbstrukturierten Interviews wurden mit verschiedenen im Suchtbereich tätigen Akteursgruppen geführt, so mit den Peers sowie mit Fachpersonen innerhalb und ausserhalb des Pilotprojekts. Die am Projekt beteiligten Fachpersonen wurden einbezogen, um sowohl die Funktionsweisen des Spitals als auch die Vorstellungen von Peer-Arbeit und die Erfahrungen mit der Projektumsetzung zu verstehen. Die Interviews zielen darauf ab, die Vorstellungen, Erfahrungen und Wahrnehmungen der Beteiligten hinsichtlich des Nutzens der Peer-Arbeit, der aufgetretenen Schwierigkeiten

---

<sup>1</sup> Die Pairémulation (bisweilen auch als « pairitude » bezeichnet) meint jene Dimension der Gegenseitigkeit, welche die Arbeit der Peer-Person begründet: sich auf eine geteilte Erfahrung zu stützen, um eine Beziehung auf Augenhöhe herzustellen (Silver & Nemec, 2016; Gardien, 2010). (Vollständige Definition in der Einleitung, S. 7)



und der Wirkungen des Dispositivs auf die Praxis und die Behandlungsverläufe zu erfassen.

- Schliesslich wird die qualitative Analyse durch Dokumentenquellen ergänzt, namentlich das Pflichtenheft der Peers, institutionelle Dokumente, Notizen aus Supervision und Coaching, die Journale der Peers sowie Tätigkeitsberichte. Diese Dokumente erlauben es, die beobachteten Praktiken zu kontextualisieren, die Entwicklung des Dispositivs nachzuzeichnen und die institutionellen Diskurse mit den Realitäten des Feldes abzugleichen.

### **Quantitativer Ansatz**

Der eingerichtete quantitative Ansatz sollte eine systematische Erfassung der Tätigkeit der Peers gewährleisten und damit die durchgeführten Pairémulationsgespräche sowie die darin entfalteten Formen der Unterstützung sichtbar machen. Ziel war es, Kennzahlen zu erzeugen, mit denen sich das Volumen der von den Peers geführten Gespräche abschätzen lässt — ausgehend von ihrer tatsächlichen Kapazität und mit Blick auf einen Durchschnittswert an Pairémulationsgesprächen, den sie leisten können, unter Berücksichtigung der organisatorischen Zwänge, der für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung nötigen Zeit sowie der Variabilität der klinischen Situationen.

Zur Erreichung dieser Ziele wurde zwischen Juli und Oktober 2025 ein Instrument zur quantitativen Erfassung entwickelt. Im Rahmen dieses Pilotprojekts durchlief das Template drei aufeinanderfolgende Versionen, die schrittweise anhand der Rückmeldungen und Einschätzungen der Peers angepasst wurden. Da es sich um ein Pilotprojekt handelte, zogen wir es vor, den Peers eine gewisse Freiheit im Ausdruck zu lassen, statt von Beginn weg alles zu kategorisieren, und passten die Versionen an ihre Antworten an. Um den Erfassungsaufwand nicht zu erhöhen, wurden nach und nach Antwortkategorien eingeführt, die das Ausfüllen des Templates vereinfachten. Es entstanden drei aufeinanderfolgende Versionen: eine erste im August 2025, eine zweite Ende September 2025 und eine dritte Ende Oktober 2025. Jede Version wurde auf der Grundlage der Rückmeldungen der Peers und der Auswertung der in den vorangehenden Versionen gesammelten Antworten angepasst, um der Realität ihrer Praxis besser zu entsprechen und zugleich die Erfassung zu vereinfachen.

Es ist wichtig zu betonen, dass die in diesem Bericht dargestellten Zahlen nur einen Teil der tatsächlichen Tätigkeit der Peers abbilden. Bestimmte Dimensionen ihrer Arbeit — insbesondere informelle Kontaktaufnahmen, spontane Gespräche und die alltägliche relationale Präsenz — werden nicht systematisch erfasst und entziehen sich jeder quantitativen Messung. Die verfügbaren Zahlen sind daher als Teilindikatoren zu lesen und nicht als vollständiges Abbild des Engagements der Peers.

Ziel ist es nicht, die Peer-Arbeit als Wundermittel darzustellen, sondern zu verstehen, was sie in einem Spitalumfeld tatsächlich bewirkt und was sie für die Patientinnen und Patienten sowie für die Behandlungsteams möglich macht. Der weitere Bericht gliedert sich in drei grosse Teile. Teil C stellt die quantitativen und qualitativen Ergebnisse sowie erste Analysen vor; Teil D ist der Diskussion gewidmet; Teil E schliesslich behandelt einige Empfehlungen zur Verstetigung der Peer-Arbeit im Spitalumfeld.



## C. ERGEBNISSE

Dieses Kapitel stellt die wichtigsten Ergebnisse aus den erhobenen qualitativen und quantitativen Daten dar. Die Ergebnisse werden in vier Hauptachsen präsentiert. Die erste Achse betrifft die Interventionsfelder der Peers bei den Patientinnen und Patienten. Sie untersucht die ursprünglich vorgesehenen Bereiche (gemeinsame Krisenpläne [PCC], Spitalübergänge und Vermittlung in die Gemeinde) und macht die im Feld beobachteten Anpassungen sichtbar. Die zweite Achse befasst sich mit den konkreten Interventionsformen. Sie beschreibt die tägliche Praxis der Peers (relationale Präsenz, informelle Austausche und Pairémulationsgespräche) und zeigt, wie Flexibilität und Anpassung an die Patientinnen und Patienten zugleich eine zentrale Ressource des Dispositivs und eine Herausforderung hinsichtlich der Sichtbarkeit und Nachvollziehbarkeit der geleisteten Arbeit darstellen. Die dritte Achse analysiert die bei den Patientinnen und Patienten beobachteten Beziehungswirkungen. Die vierte Achse schliesslich betrifft die Beziehungen zu den Behandlungsteams und die institutionellen Bedingungen der Ausübung von Peer-Arbeit. Sie zeichnet eine schrittweise Anerkennung und situierte Formen der Zusammenarbeit nach und hebt zugleich die strukturellen Grenzen hervor, welche die Integration des Dispositivs bremsen.

### C.1. Interventionsfelder bei den Patientinnen und Patienten

Die Interventionsfelder bezeichnen die Gesamtheit der Bereiche und Handlungskontexte, in denen die Peers ihre Rolle gegenüber den Patientinnen und Patienten ausüben — sowohl während der Hospitalisation als auch in der Zeit danach.

Drei im Pilotprojekt ursprünglich vorgesehene Haupt-Interventionsfelder konnten identifiziert werden:

1. die Erstellung gemeinsamer Krisenpläne (PCC) im Spitalumfeld;
2. die Unterstützung des Übergangs vom Spital nach Hause, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprävention;
3. die Begleitung des Übergangs vom Spital in die Gemeinde, einschliesslich der Wiederanbindung an das sozialmedizinische Netzwerk, insbesondere für Patientinnen und Patienten in grosser Prekarität.

Diese Strukturierung entspricht einer Entwicklung der von den medizinischen Teams festgestellten Bedürfnisse: Sie betonen die Notwendigkeit, über einen rein technologischen Zugang hinauszugehen und eine Dimension der Behandlung einzubeziehen, die sich um die Beziehungen herum aufbaut. Ein Arzt formuliert es so:

*« Les coûts de la médecine c'est quand même des coûts humains [...] on s'est rendu compte peut-être aussi que la médecine, c'est pas que technologique, puis que le volet d'accompagnement relationnel est important. Et puis que pour diminuer les coûts, il fallait impliquer les proches, la famille, et ainsi de suite. Et ça, c'est quelque chose d'assez nouveau, qui est peut-être... peut-être là pour des raisons un peu de pression financière, peut-être aussi parce qu'on se rend compte, peut-être un peu plus aujourd'hui des besoins de soutien, des besoins relationnels des patients. Alors qu'en médecine des addictions, c'est une évidence. Nous, on a toujours impliqué les familles, parce qu'on sait bien qu'il faut aller chercher les aidants là où ils sont. Ça peut être les amis, ça peut être la famille, etc. »*



(Interview mit einem Arzt des SMA, Februar 2026)

### C.1.1 Gemeinsamer Krisenplan (PCC): ein neu angeeignetes Instrument

Die Ergebnisse zeigen eine geringe Nutzung der gemeinsamen Krisenpläne (PCC) durch die Peers im untersuchten Zeitraum, was zu einem allmählichen Rückzug vom Einsatz dieses Instruments führte. Die Bilanz zwischen Juli 2025 und März 2026 weist lediglich fünf innerhalb des Dispositivs begonnene und abgeschlossene PCC aus.

Der erste Grund liegt in der Position der Peers selbst: Der Vorschlag eines PCC beruht vollständig auf ihrer Initiative. Ohne Verordnung oder Empfehlung des Behandlungsteams hängt das Instrument von ihrer Fähigkeit ab, den richtigen Moment und die richtige Person in einem oft engen Zeitfenster zu erkennen. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich nicht um eine Aufgabe der Inhalte des PCC handelt, sondern vielmehr um eine Wiederaneignung seiner Themen in relational als passender empfundenen Formaten. Die Peers lehnen also nicht den Inhalt des Instruments ab, sondern dessen formalisierte Form — was eine Diskrepanz zwischen der institutionellen Logik des PCC und den relationalen Modalitäten offenlegt, die sie in ihrer täglichen Praxis bevorzugen.

Angesichts der Schwierigkeiten beim Einsatz der PCC haben die Peers zunehmend « Pairémulationsgespräche » bevorzugt (vertieft in Abschnitt C.2.2). Diese Formate werden als flexibler und als besser an die Bedürfnisse, den Rhythmus und die Verfügbarkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten angepasst beschrieben. Die Peers geben an, dass mehrere ursprünglich in den PCC vorgesehene Dimensionen (etwa das Erkennen von Auslösern, von mobilisierbaren Ressourcen oder von persönlichen Grenzen) auf informellere Weise in die Pairémulationsgespräche integriert werden.

Die Beobachtungsdaten legen nahe, dass der Vorschlag eines PCC zugleich als Indikator für den Grad des Engagements und der psychischen Verfügbarkeit der Patientin oder des Patienten wirkt.

*« PAA avait rendez-vous avec un patient pour faire un PCC, c'est son dernier jour de séjour. Je suis le PAA dans le salon où l'on croise le patient qui à l'air d'éviter le contact. Le PAA s'adresse à lui en l'appelant deux fois par son prénom, que celui-ci ignore. Plus tard, durant la réalisation du PCC avec le patient, celui-ci revient sur ce moment en disant qu'il ne voulait pas faire de PCC et c'est pourquoi il avait décidé de l'ignorer jusqu'à qu'il finisse par se retourner et interagir avec le PAA, car avait quand même envie de discuter de ses émotions. Plus tard, il dira que cet entretien autour du PCC lui a fait du bien, et qu'il s'est même ouvert sur des sujets très émotionnels, car il sentait qu'il était à l'aise avec le PAA pour parler des thèmes de rechute et de la possibilité d'une nouvelle hospitalisation. »*

(Beobachtung UHMA, Juli 2025)

Die Ablehnung oder Vermeidung dieses Instruments erscheint nicht als Scheitern der Beziehung, sondern als klinischer Hinweis darauf, an welchem Punkt ihres Weges sich die Person befindet — namentlich in Bezug auf emotionale Erschöpfung oder die Nähe des Spitalaustritts. Als nützlich gelten die PCC insbesondere dann, wenn die Patientinnen und Patienten bereit und motiviert sind, sich auf eine reflexive Auseinandersetzung mit ihrer Hospitalisation, ihrem Genesungsweg und ihren persönlichen Grenzen einzulassen.



Darüber hinaus beschreiben die Peers sie als sinnvollen strukturierenden Rahmen, insbesondere in den Startphasen des Dispositivs. Sie bilden dann eine mögliche Eintrittspforte, um die Tätigkeit der Peers zu initiieren und das Gespräch über Vorstellungen von Genesung, über Verletzlichkeiten und über die von den Patientinnen und Patienten wahrgenommenen Grenzen zu eröffnen.

### C.1.2 Beitrag zum Übergang vom Spital nach Hause

Die Unterstützung des Übergangs zwischen dem Ende der Hospitalisation, dem Austritt und der Nachbetreuung bildet ein wichtiges Interventionsfeld der Arbeit der PAA. Es handelt sich um einen besonders sensiblen Moment im Behandlungsverlauf, der von Rückfallrisiken geprägt ist. Diese Arbeit folgt einer Logik der Antizipation und erlaubt es den Patientinnen und Patienten, Risikosituationen besser einzuschätzen und über Schutzstrategien nachzudenken, die zu ihrem Lebenskontext passen. Die Peers greifen dabei auf ihre eigene gelebte Erfahrung zurück, um eine konkrete und kontextbezogene Reflexion über die Herausforderungen des Austritts zu unterstützen.

Die quantitativen Daten zeigen, dass im analysierten Zeitraum von Juli 2025 bis März 2026 eine beträchtliche Zahl von Patientinnen und Patienten nach dem Spitalaufenthalt begleitet wurde. Es handelt sich um 17 bis 20 verschiedene Personen, die nach der Hospitalisation gesehen wurden.

Diese Begleitung erfolgt in flexiblen Formen, angepasst an die Verfügbarkeit und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, und trägt dazu bei, die Beziehung über den Spitalaufenthalt hinaus aufrechtzuerhalten. Die Daten zeigen, dass die Kontakte mit den Peers in den Tagen nach dem Austritt besonders häufig sind und sich danach allmählich verringern. Diese Zeitlichkeit spiegelt eine Intensivierung des Unterstützungsbedarfs im Moment des Übergangs wider, gefolgt von einer Anpassung der Begleitung an die Entwicklung der Situation. Die Ergebnisse zeigen zugleich Grenzen der nachstationären Begleitung auf: In mehreren Situationen wird sie über einige wenige Kontakte hinaus nicht fortgesetzt, sei es wegen der Nichtverfügbarkeit der Person, sei es im Zusammenhang mit anderen Betreuungsangeboten oder einem allmählichen Rückzug.

Diese Begleitung nimmt die Form individualisierter Gespräche an, die mögliche Schwierigkeiten bei der Rückkehr in den Alltag, beim Umgang mit Emotionen und beim Wegfall des sichernden Rahmens der Hospitalisation antizipieren sollen. Einige beobachtete Situationen führen zu präventiven Neurahmungen, wenn die von den Patientinnen und Patienten formulierten Vorhaben wenig realistisch erscheinen oder das Rückfallrisiko erhöhen könnten. So äussert etwa ein Patient den Wunsch, unmittelbar nach dem Austritt ins Ausland zu reisen, um den Kontext zu wechseln und für eine Weile jeden Konsum zu vermeiden. Das Gespräch mit einer Peer-Person erlaubt es dann, die Grenzen dieser Strategie auszuloten, die zugrunde liegenden Verletzlichkeiten sichtbar zu machen und sicherere Alternativen zu erwägen.



### C.1.3 Die Öffnung zur Gemeinde: Kenntnis des Netzwerks

Die Ergebnisse zeigen, dass die Orientierung hin zur Gemeinde und zum ausserspitalischen Netzwerk ein zentrales Interventionsfeld der Arbeit der Peers darstellt und die Vermittlung der Patientinnen und Patienten an Selbsthilfegruppen, Gesprächsgruppen oder andere Unterstützungsangebote erleichtert.

Die Beobachtungen zeigen, dass ihre Intervention eine vermittelnde Rolle spielt, wenn Patientinnen und Patienten vor komplexen Entscheidungen über ihre weitere Orientierung oder die Fortführung ihrer Betreuung stehen. Die Peers unterstützen sie dann dabei, ihre Prioritäten zu klären, ihre Zweifel auszudrücken und über die verschiedenen Optionen nachzudenken — etwa bei der Wahl einer Nachsorgeeinrichtung, eines Betreuungsangebots oder einer Ressource in der Gemeinde (Gesprächsgruppen). Diese Intervention trägt dazu bei, die Entscheidungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu stärken und ihre Autonomie im Behandlungsverlauf zu unterstützen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Peers nicht darauf beschränken, die Patientinnen und Patienten über bestehende externe Ressourcen zu informieren, sondern dass sie eine verbindende, erleichternde Rolle einnehmen. Häufig vermitteln sie an Ressourcen der Gemeinde wie Selbsthilfegruppen (namentlich Anonyme Alkoholiker, Narcotics Anonymous, Cocaine Anonymous) sowie an Gesprächsgruppen, insbesondere jene des Dienstes für allgemeine Psychiatrie (PGE). Diese Dimension beschreiben die Peers als ihren wichtigsten Mehrwert innerhalb des Dispositivs. Eine von ihnen drückt es so aus:

*« Envoyer les gens à des groupes de parole, c'est ce qu'on sait faire de mieux »*

(Interview PAA, Dezember 2025)

Diese Vermittlungen stützen sich auf eine genaue Kenntnis des Gemeinwesens und auf die gelebte Erfahrung der Peers, die es ihnen erlaubt, konkrete, passende und von den Patientinnen und Patienten als glaubwürdig wahrgenommene Ressourcen vorzuschlagen.

Die Kenntnis des ausserspitalischen Netzwerks kommt auch dem Wissen der Behandlungsteams zugute. Einige beobachtete Situationen zeigen, dass bestimmte Pflegefachpersonen — insbesondere temporär angestellte — gewisse ausserspitalische Angebote der Gemeinde, namentlich Selbsthilfegruppen, kaum oder gar nicht kennen. So wurde bei Briefings beobachtet, dass die Kürzel NA oder AA nicht immer verstanden wurden.

*« Pendant le briefing du matin, un patient demande à une infirmière ce que NA et AA veulent dire sur le planning, après un moment de pause et de réflexion, elle répond que c'est sûrement des groupes de parole, mais qu'elle n'est pas sûre. Je lève la main pour lui répondre que c'est des sigles pour narcotique anonyme et alcoolique anonyme et que ce sont des groupes de parole avec chacune des approches différentes, mais qui ont en commun le rétablissement par le partage et l'écoute d'expériences similaires liées aux parcours de rétablissement. Je rajoute de ne pas hésiter à demander aux PAA des informations complémentaires, car eux y participent souvent et représente un outil qui leur à aider dans leur rétablissement. »*

(Beobachtung UHMA, November 2025)

In diesem Zusammenhang übernehmen die Peers auch eine Vermittlerrolle zwischen der Spitalwelt und der Gemeinde, indem sie zur Verbreitung und zur Klärung dieser Ressourcen beitragen.



Schliesslich kann die Kenntnis des ausserspitalischen Netzwerks die Beziehung zwischen Peers und Patientinnen und Patienten erleichtern.

*« Le PAA me raconte qu'il a croisé un patient ce matin. Celui-ci est venu vers le PAA en ayant l'impression de le reconnaître d'un ancien établissement et lui a demandé depuis quand il était hospitalisé à Cery (UHMA). Il lui a expliqué qu'il n'était plus patient, qu'il était aujourd'hui abstinent et qu'il travaillait comme pair-aidant au sein de l'institution. Plus tard, il me décrit cette interaction comme un moment très fort émotionnellement et qu'il a perçu chez le patient une forme "d'illumination" comme une prise de conscience concrète que le rétablissement est possible. »*

(Beobachtung UHMA, November 2025)

Dieses gegenseitige Wiedererkennen, verankert in einem gemeinsamen ausserspitalischen Netzwerk, scheint die Beziehungsallianz zu fördern und die Hoffnung auf Genesung zu stützen, indem es konkret einen möglichen Weg aus Krankheit und Hospitalisation verkörpert.

## C.2. Interventionsformen bei den Patientinnen und Patienten

Die Interventionsformen der Peers beschreiben die konkreten Weisen, in denen sie ihre Rolle gegenüber den Patientinnen und Patienten ausüben — mit anderen Worten das « Wie » der Intervention. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Interventionen keinem standardisierten Rahmen folgen, sondern auf einer fortlaufenden Anpassung an die Bedürfnisse, den Rhythmus und die Verfügbarkeit der betroffenen Personen beruhen.

### *Rahmen und Zeitlichkeit der Interventionen*

Die Interventionen finden hauptsächlich in der UHMA statt, wo die Patientinnen und Patienten hospitalisiert sind und die den zentralen Rahmen des Projekts bildet, aber auch ausserhalb. Die Peers können ebenso in anderen Diensten tätig werden, namentlich im Dienst für allgemeine Psychiatrie (PGE), oder sich ausserhalb des Spitalrahmens bewegen, etwa an Orten des Alltags (wie einem Café), wenn die Person bereits aus dem Spital ausgetreten ist und sich in der nachstationären Phase befindet. Diese geografische Flexibilität erlaubt es, die Beziehung über den Spitalaufenthalt hinaus aufrechtzuerhalten, sofern dies von den Peers, den Patientinnen und Patienten, den sozial- und gesundheitsmedizinischen Teams und den Angehörigen als sinnvoll erachtet wird.

Die Beobachtungen zeigen, dass die Haltung der Verfügbarkeit eine eigenständige Interventionsform darstellt. Die Peers bevorzugen eine sichtbare und zugängliche Präsenz in den Räumen der Einheit und überlassen zugleich die Initiative zur Begegnung den Patientinnen und Patienten. Diese nicht aufdringliche Haltung begünstigt spontane Anfragen und trägt dazu bei, die zentrale Stellung der Person in ihrem Behandlungsverlauf zu stärken. Die Beobachtungen zeigen eine feine Modulation der Beziehungshaltung, die je nach Engagement und geäussertem Bedarf zwischen Zuhören, Zurücktreten, Neurahmen und Erfahrungsaustausch wechselt. Manche Begegnungen werden verschoben oder abgekürzt, andere später wieder aufgenommen.

Die Beobachtungsdaten unterstreichen eine verkörperte Dimension der Intervention der Peers. Der Austausch findet häufig in Alltagssituationen statt (Spaziergänge, gemeinsam verbrachte Momente, informelle Aktivitäten), die das Anknüpfen und Aufrechterhalten der Beziehung erleichtern.



Zwar treffen die Peers im Verlauf ihrer Präsenz im Dienst auf eine grosse Zahl von Patientinnen und Patienten, doch nur ein begrenzter Teil dieser Begegnungen führt zu einer Begleitung über die Zeit. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Auswahl von mehreren Elementen abhängt, die folgende sein könnten: dem relationalen Anknüpfen, dem Grad des Engagements der Person in der Begegnung und dem, was die Peers als subjektives Empfinden oder « Feeling » beschreiben.

### **Typologie der Interventionsformen**

Die Ergebnisse lassen drei Hauptformen der Intervention bei den Patientinnen und Patienten erkennen, die im Verlauf des Behandlungswegs aufeinanderfolgen oder sich verbinden können:

1. eine relationale Präsenz;
2. informelle Austauschmomente;
3. die Durchführung von Pairémulationsgesprächen.

#### **C.2.1 Relationale Präsenz als strukturierende Form: Sichtbarkeit und Zugänglichkeit**

Im Rahmen dieses Pilotprojekts wird die relationale Präsenz als eigene Interventionsform verstanden. Obwohl sie nicht mit expliziten therapeutischen Zielen verbunden ist, erzeugt diese Präsenz beobachtbare Wirkungen auf die Beziehungsdynamik.

Die aktive, regelmässige und wiederholte Präsenz der Peers im Suchtbereich (PAA) bildet somit eine strukturierende Bedingung ihrer Intervention und eine Voraussetzung dafür, dass Beziehung entstehen kann. Sie erlaubt es den Patientinnen und Patienten, die PAA als zugängliche und beständige Figuren wahrzunehmen, und den Fachpersonen, sie als klar erkennbare Ansprechpersonen anzuerkennen.

Ihre Präsenz an den Morgenbriefings in der UHMA bildet einen ersten Kontaktpunkt mit den temporär angestellten Pflegeteams und den neu eintretenden Patientinnen und Patienten. Diese kollektiven Momente, die Fachteams und Patientinnen und Patienten rund um klinische und organisatorische Übergaben versammeln, finden an jedem Werktagmorgen statt und stellen einen zentralen Raum der Sichtbarkeit für die Peers dar. An diesen Briefings stellen die PAA ihre Rolle vor (gegenüber den Patientinnen und Patienten und den Teams der temporären Pflegefachpersonen) und präzisieren ihre Verfügbarkeit.

Die Beobachtungen zeigen, dass diese Momente zahlreiche spontane Anfragen von Patientinnen und Patienten nach Pairémulationsgesprächen auslösen können. So baten bei einem Briefing vier Personen innerhalb von fünfzehn Minuten nach dessen Ende um ein Einzelgespräch mit einer Peer-Person. Diese Anfragen verdeutlichen die Rolle der Briefings als Auslöser der Beziehung, indem sie die PAA unmittelbar erkennbar und zugänglich machen.

Über diese formalisierten Momente hinaus zeigt die Präsenz der Peers eine Rolle als relationale Vermittler — sowohl in der Beziehung zu den Patientinnen und Patienten als auch in den Interaktionen zwischen diesen. Einige Situationen zeigen, dass die Peers die



Einbindung isolierter oder mit Sprachbarrieren konfrontierter Personen unterstützen, ohne explizite Intervention oder formalen Rahmen. So vertraute etwa ein spanischsprachiger, nicht französischsprachiger Patient, der sich wegen sprachlicher Schwierigkeiten zunächst aus dem kollektiven Austausch zurückgezogen hatte, an, er freue sich darauf, die Peers wiederzusehen, um im Laufe des Tages informell mit jemandem sprechen zu können. Die Beobachtungen zeigen entsprechend, dass manche Patientinnen und Patienten die Peers rasch als beständige und vertraute Figuren in der Einheit identifizieren. Diese Anerkennung trägt zum Aufbau einer Vertrauensbeziehung bei, die auf der Kontinuität der Präsenz und der wachsenden Vertrautheit beruht.

Die relationale Präsenz der Peers erstreckt sich auch auf die institutionellen Aktivitäten des Spitals, namentlich auf die Gesprächsateliers (Rückfallprävention oder Emotionsatelier). Diese kollektiven Räume bilden häufig den ersten Ort der Begegnung zwischen Peers und Patientinnen und Patienten. Die blosse Anwesenheit der Peer-Person sowie ihre punktuellen, in der gelebten Erfahrung verankerten Beiträge können die Gruppendynamik beeinflussen, den Ausdruck fördern und Resonanzen auslösen. Solche Momente können den Weg zu einer Vertrauensbeziehung öffnen; manche Patientinnen und Patienten äussern anschliessend den Wunsch nach individuellen Pairémulationsgesprächen.

*« Pendant l'atelier, lors des tours de présentation, une patiente relève une faible présence de femme parmi les participants (deux sur huit). Le pair-aidant intervient alors pour questionner les représentations sociales liées à la consommation de substances des femmes et la difficulté à demander de l'aide en tant que femme. Elle souligne que les femmes consomment plus fréquemment de manière dissimulée, à l'inverse des hommes, dont la consommation est davantage visible, par exemple en terrasse. Son intervention va susciter des interventions de la part du médecin et des patients. À l'issue de l'atelier, deux patients s'approchent du pair-aidant pour lui demander si elle serait disponible prochainement pour un entretien individuel »*

(Beobachtung UHMA, Juli 2025)

Die relationale Präsenz erscheint damit als übergreifende Form der Intervention der PAA: Sie erleichtert den Zugang zur Beziehung und stützt das Engagement in der Begleitung.

## C.2.2 Vom informellen Austausch zum Pairémulationsgespräch

Wenn sich die Peer-Arbeit durch die Qualität der Beziehung auszeichnet, die sie herzustellen sucht, so zeichnet sie sich ebenso durch die Vielfalt der Formen aus, die diese Beziehung annehmen kann. Im Rahmen des Pilotdispositivs beschränkt sich die Intervention der Peers nicht auf geplante Gespräche: Sie entfaltet sich entlang eines Kontinuums ineinandergreifender Formen, vom spontanen Mikrokontakt im Korridor bis zum strukturierten Gespräch über den Genesungsweg.

### **Informeller Moment**

Die informellen Austauschmomente bilden eine zentrale Form der Intervention der Peers und sind eng mit ihrer relationalen Präsenz in der Einheit verbunden. Die regelmässige Anwesenheit der Peers in der Institution spielt dabei eine entscheidende Rolle, da sie eine Vielzahl aufeinanderfolgender Mikrokontakte ermöglicht.

Sie nehmen die Form spontaner Interaktionen oder von Mikrogesprächen von rund fünf bis fünfzehn Minuten an, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Spitalaufenthalts auftreten



können. Diese Austausche sind weder geplant noch formalisiert, gehören aber zum Alltag der Hospitalisation. Die wiederholten Interaktionen tragen schrittweise zum Aufbau der Beziehung bei, ohne ein unmittelbares Engagement der Patientinnen und Patienten zu erfordern. Die Peers ergreifen dabei selten selbst die Initiative. Sie nehmen eine Haltung der Verfügbarkeit ein, achtsam gegenüber dem Rhythmus und der Autonomie der Personen, und überlassen ihnen die Initiative zur Anfrage.

Diese Austausche finden vorwiegend in den Lebensräumen der Einheit statt — im Aufenthaltsraum, in der Küche, auf der Terrasse oder im Garten — sowie bei gemeinsamen Aktivitäten wie Tischfussball. Diese nichtmedizinischen Kontexte erleichtern das Zustandekommen der Begegnung und schaffen günstige Bedingungen für einen horizontalen Austausch, der sich von formalen Behandlungssettings unterscheidet. Sie erlauben es den Patientinnen und Patienten, persönliche Themen in einem als weniger einengend empfundenen Umfeld anzusprechen, und können zu informellen Gesprächen führen.

*« Au salon, des patients-es demandent à la PAA si elle veut faire une partie de baby-foot, elle dit qu'il manque des joueurs, alors elle va demander à d'autres patients-es s'ils voudraient faire une partie. Un des patients-es assis sur un canapé commence à parler avec la PAA et rapporte avoir regardé la veille un film comportant des scènes de consommation de whisky. Il indique, que depuis la première fois depuis son hospitalisation, il a eu envie de reconsommer, indiquant la scène du film comme un déclencheur de consommation »*

(Beobachtung UHMA, Oktober 2025)

Die in diesen Austauschen behandelten Inhalte sind, so die Berichte der Peers, vielfältig und eng mit den unmittelbaren Anliegen der Patientinnen und Patienten verbunden. Es kann um aktuelle Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Konsum oder der Hospitalisation gehen, um Fragen zu verfügbaren Ressourcen, um Ängste vor dem Austritt, um Strategien der Rückfallprävention oder auch um Fragen zum Genesungsweg der Peers selbst. Fragen wie « Qu'est-ce qui vous a donné envie d'arrêter ? » oder « Comment avez-vous fait ? » kehren häufig wieder und zeugen von der zentralen Bedeutung des Erfahrungsaustauschs in diesen Interaktionen.

Die informellen Austausche spielen auch die Rolle einer Vorstufe zu vertieften Gesprächen. Indem sie einen Sprechraum ohne formale Verbindlichkeit öffnen, ermöglichen sie ein Vertrauensklima, das in manchen Fällen zu einer späteren Begleitung führen kann. Gleichwohl können diese Austausche punktuell bleiben und keine relationale Kontinuität nach sich ziehen, insbesondere wenn die Person nicht weitergehen möchte oder sich noch nicht bereit fühlt, sich auf ein strukturiertes Vorgehen einzulassen.

Quantitativ sind diese informellen Austauschmomente ebenso wie die spontanen Kontaktaufnahmen kaum messbar und bleiben weitgehend unerfasst in den bestehenden Monitoring-Instrumenten. Die in diesem Bericht dargestellten Zahlen dürfen daher nicht als vollständiges Abbild der Tätigkeit der Peers gelesen werden, von der ein erheblicher Teil für quantitative Indikatoren unsichtbar bleibt.

Die Beobachtungen zeigen, dass sich manche Austausche nach dem Spitalaustritt fortsetzen, in Form von E-Mails, Telefonaten oder informellen Gesprächen. Diese Kontakte tragen zur



Kontinuität der Beziehung über den Spitalaufenthalt hinaus bei, ohne systematisch in die verfügbaren quantitativen Daten einzufließen.

### ***Pairémulationsgespräche***

Der Begriff des Pairémulationsgesprächs, übersetzt aus dem englischen « peer-consulting », hebt eine Besonderheit des von Peers geführten Gesprächs hervor: Es unterscheidet sich von jenem der medizinisch-pflegerischen Teams durch den Rückgriff auf die gelebte Erfahrung und die gegenseitige Emulation als Hebel, um die Frage der Genesung anzugehen. Der Begriff wird jenem des « klinischen Gesprächs » vorgezogen, um eine eigene Kategorie mit einem für die Tätigkeit der Peers spezifischen Instrument zu schaffen und so ihren Mehrwert in einem bereits stark klinisch geprägten System hervorzuheben.

Die Pairémulationsgespräche sind eine Interventionsform im Rahmen einer personalisierten Begleitung, die Menschen in ihren Überlegungen, ihren Schritten und ihren Zukunftsentwürfen rund um den eigenen Genesungsweg unterstützen soll. Anders als die informellen Austausche beruhen diese Gespräche auf einem strukturierten Rahmen und einer eigens dafür vorgesehenen Zeit, was eine vertiefte Begleitarbeit ermöglicht. Sie folgen keiner Logik der klinischen Beurteilung oder der therapeutischen Entscheidung, sondern bilden einen Raum der Reflexion und der Unterstützung, zentriert auf die gelebte Erfahrung und die Ressourcen der Person.

Die in diesem Abschnitt dargestellten Daten beruhen sowohl auf Beobachtungen bei der Teilnahme an Pairémulationsgesprächen als auch auf der Auswertung der quantitativen Ergebnisse aus den Monitoring-Instrumenten (siehe [chapitre B Méthodologie](#))

### ***Formen und Rahmen der Gespräche***

Die Einzelgespräche sind geplante Zeitfenster von in der Regel dreissig Minuten bis einer Stunde. Meist finden sie unter vier Augen zwischen der Peer-Person und der Patientin bzw. dem Patienten statt, wobei in seltenen Fällen auf Wunsch der begleiteten Person eine nahestehende Person anwesend sein kann.

Zeitlichkeit und Häufigkeit der Gespräche sind flexibel und richten sich nach der Verfügbarkeit der Patientinnen und Patienten sowie nach der Beziehungsdynamik, die sich mit der Zeit aufbaut. Diese Flexibilität ist ein zentrales Merkmal dieser Interventionsform.

In der grossen Mehrheit der Fälle gehen die Gespräche auf die Initiative der Patientinnen und Patienten selbst zurück. In einer zweiten Konstellation können die Anfragen auch von den Behandlungsteams (Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzte) ausgehen, wenn ein spezifischer Bedarf erkannt wird oder auf Wunsch der betroffenen Person. In diesem Fall findet das Gespräch statt, ohne dass zuvor ein informeller Austausch zustande gekommen sein muss.

### ***Häufigkeit der Gespräche und Zahl der Patientinnen und Patienten***

Zu Projektbeginn sah das Dispositiv eine Tätigkeit von bis zu vier begleiteten Patientinnen und Patienten pro Tag und Peer-Person vor. Diese Annahme erwies sich jedoch als unrealistisch angesichts der Bedingungen, die für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung nötig sind.



Angesichts dieser Grenzen wurde schrittweise ein formaler Rahmen in das Pflichtenheft des Dispositivs aufgenommen, um die Tätigkeit besser zu regulieren und Überlastungssituationen vorzubeugen. Dieser Rahmen sah insbesondere vor:

- eine systemische Bilanz nach vier Gesprächen, die es erlaubt, eine erste Vertrauensbeziehung aufzubauen, die Rolle und die Begleitmodalitäten der Peer-Person zu klären, gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten Ziele zu erarbeiten, die zum Behandlungsprojekt passen, und eine Begleitung zu vermeiden, die sich richtungslos hinzieht und damit ihre therapeutische Relevanz verliert.<sup>2</sup>
- die Erstellung einer gemeinsamen Bilanz im Anschluss an diese Gespräche;
- eine Klärung der möglichen Fortsetzung der Begleitung (Weiterführung mit einer Peer-Person, Übergabe an eine Fachperson der Behandlung oder Vermittlung an das Netzwerk).

Die Feldbeobachtungen und die Datenanalyse zeigen jedoch, dass dieser Rahmen nur teilweise angewendet wurde. In der Praxis ist die systematische Erstellung einer gemeinsamen Bilanz nach vier Gesprächen selten. Dies lässt sich teilweise durch einen besonders unruhigen institutionellen Kontext erklären, geprägt von der Auflösung des Dispositivs ELMA und dem Umzug in die UHMA. Diese Übergänge konnten organisatorische Brüche, Unsicherheiten über die Rollen und eine erhöhte kognitive Belastung der Teams erzeugen, was die Verankerung neuer Abläufe erschwerte. Möglicherweise ist dieser Rahmen von vier Gesprächen mit gemeinsamer Bilanz auch wenig geeignet für den Spitalkontext, für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie für die beobachteten flexiblen Interaktionsformen. Mehr als der Rahmen dürften die Funktionen der Interaktionen und die Dynamiken der relationalen Unterstützung eine zentrale Rolle spielen.

Im Zeitraum von August 2025 bis März 2026 weisen die Daten aus den Monitoring-Instrumenten 99 Pairémulationsgespräche mit 67 verschiedenen Patientinnen und Patienten aus.<sup>3</sup> Diese Zahlen decken acht Tätigkeitsmonate ab (die ersten sechs mit zwei Peers, die letzten beiden mit einer einzigen Peer-Person). Heruntergebrochen auf die einzelne Person entspricht die Tätigkeit durchschnittlich 7–8 verschiedenen Patientinnen und Patienten pro Monat und Peer-Person (bei einem Beschäftigungsgrad von 40 %, was zwei Präsenztagen pro Woche entspricht). Auf ein Vollzeitäquivalent (100 %) hochgerechnet entspricht die Tätigkeit rund 19 Patientinnen und Patienten (zwischen 18 und 19) pro Monat und Peer-Person.

Auf Seiten der Patientinnen und Patienten liegt der Durchschnitt bei 2,7 Gesprächen pro Person, doch der Median von 1 zeigt, dass es für mehr als die Hälfte von ihnen bei einer einzigen Begegnung blieb. Diese asymmetrische Verteilung spiegelt zwei nebeneinander bestehende Realitäten wider: eine Mehrheit punktueller Kontakte, bedingt durch kurze Aufenthalte, einen raschen Austritt oder das Ausbleiben einer erneuten Anfrage; und eine

---

<sup>2</sup> Dieser Schritt wurde von den Peers oft missverstanden. Er ist jedoch notwendig, um die Rolle der Peer-Person zu legitimieren, indem sie in einen reflexiven Begleitprozess eingebettet wird, in dem ihre Situationsanalyse und ihre Handlungsmöglichkeiten mobilisiert werden, um das Projekt der Patientin oder des Patienten aktiv zu stützen.

<sup>3</sup> Der Zeitraum beginnt im August 2025, dem Zeitpunkt der Einführung der ersten Version des Templates. Diese 99 Gespräche entsprechen ausschliesslich den formell erfassten Pairémulationsgesprächen: Sie bilden nicht die gesamte Tätigkeit der Peers ab, von der ein erheblicher Teil (informelle Kontaktaufnahmen, spontane Austausche, relationale Präsenz) nicht systematisch erfasst wurde und daher unberücksichtigt bleibt.



Minderheit längerer Begleitungen, in denen sich die Vertrauensbeziehung schrittweise aufbauen konnte.

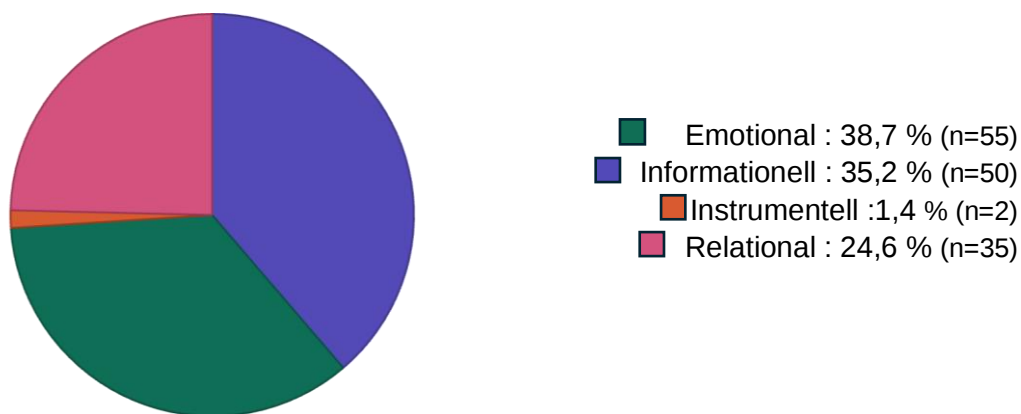
Die quantitativen Daten zeigen, dass die ersten Gespräche überwiegend dem Aufbau der Beziehung dienen und dass die eigentliche Begleitarbeit meist erst nach den ersten Begegnungen einsetzt. Eine der Peer-Personen drückt es so aus:

*« Le travail se fait après les premiers entretiens une fois que la relation de confiance est suffisamment établie. »*

(Interview PAA, Dezember 2025)

### Angebotene Unterstützungsformen

Um die in den Pairémulationsgesprächen mobilisierten Unterstützungsformen zu charakterisieren, stützt sich die Analyse auf eine Kategorisierung aus den Monitoring-Instrumenten. Diese Kategorisierung ist ihrerseits von den vier Formen der Genesungsunterstützung inspiriert, die von der Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2023) beschrieben werden: emotionale, informationelle, instrumentelle und relationale Unterstützung<sup>4</sup>. Die Daten aus den von den Peers ausgefüllten Templates und den Feldbeobachtungen zeigen, dass im Rahmen des Pilotprojekts drei Unterstützungsarten wiederkehrend und in den Pairémulationsgesprächen mobilisiert werden: emotionale, informationelle und relationale Unterstützung, ergänzt durch punktuelle Hilfe beim PCC sowie Advocacy-Handlungen. Häufig kommen in ein und demselben Gespräch mehrere Unterstützungsarten gleichzeitig zum Tragen. Die instrumentelle Unterstützung ist in den beobachteten Praktiken hingegen kaum präsent, da es sich um Aufgaben der Sozialarbeiterin des Dienstes handelt.



<sup>4</sup> 1. Die emotionale Unterstützung äussert sich in aktivem Zuhören, Empathie und Wohlwollen. Sie ermutigt die Patientinnen und Patienten und stärkt ihre Eigenverantwortung im Genesungsprozess, unterstützt sie bei der Festlegung und Umsetzung persönlicher Ziele und weckt ein Gefühl der Hoffnung. 2. Die informationelle Unterstützung beruht auf dem Teilen von Wissen, Informationen und Anhaltspunkten, die auch aus der eigenen Genesungserfahrung stammen. Die Gespräche können die körperlichen und psychischen Wirkungen des Substanzkonsums, das Verständnis von Sucht als chronischer Erkrankung oder Strategien zur Unterstützung von Veränderung nach dem Spitalaufenthalt betreffen. 3. Die instrumentelle Unterstützung wird als praktische Hilfe in den Bereichen Wohnen, Mobilität und Zugang zu Gütern des täglichen Bedarfs verstanden. 4. Die relationale Unterstützung, verstanden als Unterstützung der Zugehörigkeit, zielt darauf ab, die Isolation zu durchbrechen, indem die genesende Person mit Selbsthilfegruppen oder kollektiven Räumen in Verbindung gebracht wird. Sichtbar wird sie namentlich dann, wenn Peers den Patientinnen und Patienten bestehende Genesungsgemeinschaften wie Selbsthilfegruppen (NA, AA, CA) vorstellen. (SAMHSA, 2023; Reif et al., 2014).



Abbildung 2. Quantitative Verteilung der vier in den Pairémulationsgesprächen mobilisierten Unterstützungsarten<sup>5</sup>

Die Verteilung der Unterstützungsformen bestätigt und nuanciert zugleich, was die Feldbeobachtungen nahelegen. Die emotionale Unterstützung überwiegt leicht (38,7 %), dicht gefolgt von der informationellen Unterstützung (35,2 %). Zusammen machen diese beiden Formen fast drei Viertel der Tätigkeit aus, was die doppelte Funktion der Pairémulationsgespräche gut widerspiegelt: einen Raum des Zuhörens und der emotionalen Aufnahme zu schaffen und zugleich die Patientinnen und Patienten auf Ressourcen, Rechte oder Angebote hinzuweisen, die sie nicht immer kennen. Die relationale Unterstützung (24,6 %) nimmt einen bedeutenden Platz ein, und ihre eigenständige Stellung in der Kategorisierung verdient besondere Beachtung: Sie verweist auf Handlungen, die Beziehungen (wieder) knüpfen — zum Netzwerk, zur Familie, zu Peers oder zu Institutionen — und veranschaulicht die Brückenfunktion, welche die Peers zwischen Spital und Aussenwelt wahrnehmen. Die instrumentelle Unterstützung ist nahezu abwesend (1,4 %), was sich strukturell erklärt: Diese Aufgaben fallen in die Rolle der Sozialarbeiterin des Dienstes. Ihr Restvorkommen deutet gleichwohl darauf hin, dass die Rollengrenze, obschon in den Texten klar, in der Praxis punktuell überschritten werden kann.

Über ihre jeweilige Häufigkeit hinaus wurden diese Unterstützungsformen auch mit dem nach den Gesprächen berichteten Empfinden in Beziehung gesetzt. Dieses Empfinden, verstanden als die von der Peer-Person wahrgenommene Gesamtqualität der Interaktion, wurde auf einer vierstufigen Skala bewertet (1 = mittel, 2 = gut, 2,5 = sehr gut, 3 = sehr flüssig). Die folgenden Abbildungen zeigen die Verteilung der beobachteten Werte sowie die zugehörigen deskriptiven Statistiken für jede Unterstützungsform.

---

<sup>5</sup> Zahlen aus Version 1.2, September bis März 2026.

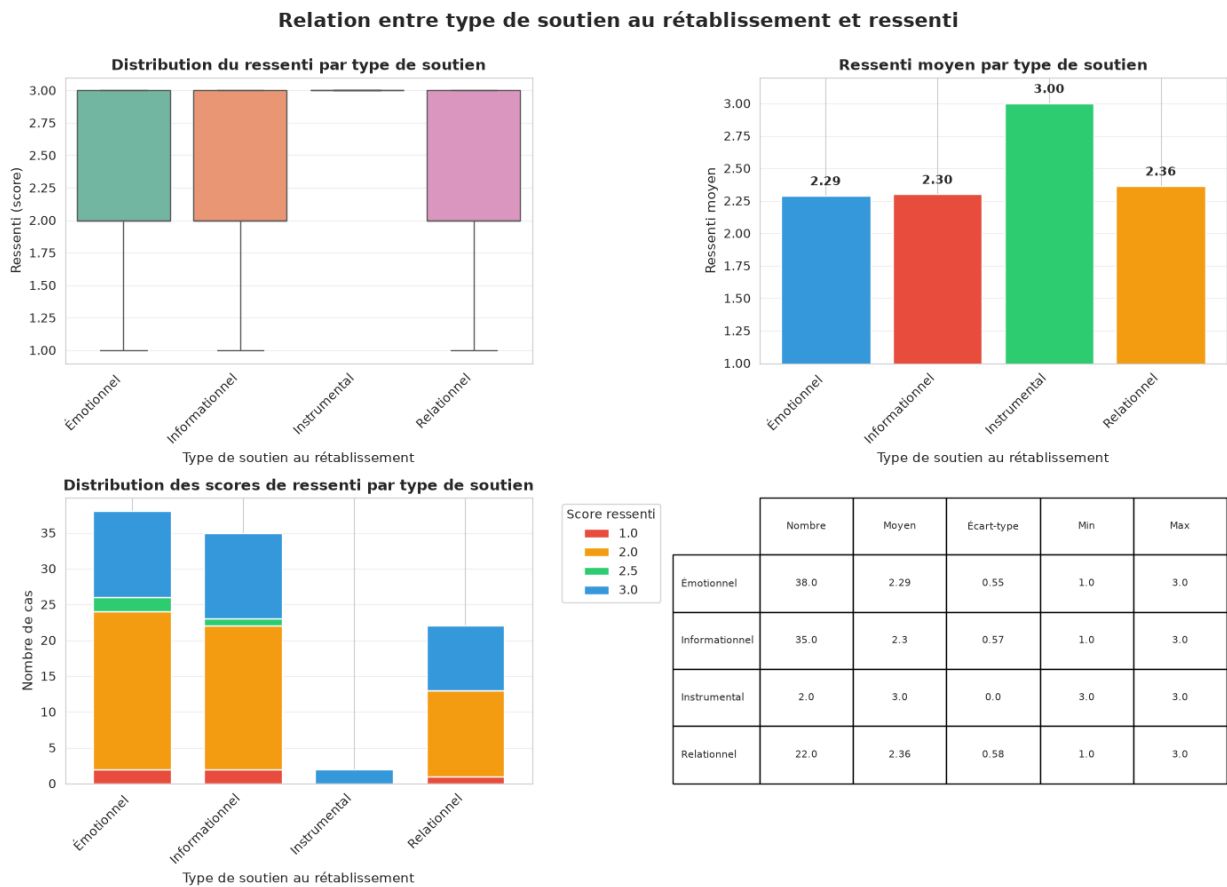


Abbildung 3. Zusammenhang zwischen der Art der Genesungsunterstützung und dem von den Peers nach den Pairémulationsgesprächen berichteten Empfinden

Diese Unterstützungsformen betrafen 38 verschiedene Patientinnen und Patienten, von denen einige mehrfach gesehen wurden, was 51 Pairémulationsgespräche im Zeitraum ergibt<sup>6</sup>. Diese Tabellen erlauben es, die rein quantitative Lesart der Verteilung zu nuancieren: Eine selten mobilisierte Unterstützungsform ist auf relationaler Ebene nicht zwangsläufig weniger tragfähig.

Das durchschnittliche Empfinden erscheint insgesamt hoch und zwischen den drei wichtigsten Unterstützungsformen relativ homogen (emotional: 2,29; informationell: 2,30; relational: 2,36), was darauf hindeutet, dass sich keine dieser Formen hinsichtlich der wahrgenommenen Gesprächsqualität deutlich von den anderen abhebt. Die instrumentelle Unterstützung, in der Praxis kaum angeboten (n=2, also 1,4 % der Situationen), weist bei den beiden erfassten Vorkommnissen ein maximales Empfinden (3,00) auf; eine derart kleine Fallzahl lässt jedoch

<sup>6</sup> Von den 99 durchgeführten Gesprächen (August bis März) konnten nur 51 quantitativ ausgewertet werden, bei 38 verschiedenen Patientinnen und Patienten. Dafür gibt es zwei Gründe: Zum einen wurden die Fragen zum Empfinden erst ab Version 3 des Templates (im Oktober) eingeführt; zum anderen mussten einzelne bei diesen Variablen unvollständige Erfassungsbogen ausgeschlossen werden. Zudem entspricht ein Gespräch nicht zwingend einer einzigen Unterstützungsform: Mehrere Formen können in derselben Begegnung mobilisiert werden, weshalb die Gesamtzahl der erfassten Unterstützungen höher ist als die Zahl der Gespräche.



keine verallgemeinerbaren Schlüsse zu und bestätigt vor allem ihren Ausnahmecharakter statt eines dieser Unterstützungsform eigenen Effekts.

Über diese Mittelwerte hinaus zeigt die Verteilung der Werte ein Überwiegen günstiger Einschätzungen (Werte 2 und 3) über alle Unterstützungskategorien hinweg. Einige verhaltenere Bewertungen (Wert 1) finden sich gleichwohl bei der emotionalen, der informationellen und der relationalen Unterstützung. Diese begrenzte, aber konstante Streuung der Einschätzungen bei zugleich sehr nahe beieinanderliegenden Mittelwerten legt nahe, dass die von den Peers erlebte Erfahrung weniger von der Art der mobilisierten Unterstützung abhängt als von den Eigenheiten jeder einzelnen Begegnung, die folgende sein könnten: Kontext des Austauschs, Zeitpunkt im Genesungsweg, Qualität der Allianz oder Passung zwischen geäußertem Bedarf und gegebener Antwort, wahrgenommenes Vertrauen in die eigene Intervention, emotionale Zustände der interagierenden Personen.

### **C.3. Beobachtete Beziehungswirkungen: Allianz, Sprechen und Autonomie**

Die qualitativen Daten aus den Feldbeobachtungen zeigen spezifische Beziehungswirkungen, die mit der Peer-Arbeit im Spitalumfeld einhergehen. Diese Wirkungen ergeben sich nicht allein aus den eingesetzten Interventionsformen, sondern aus der Beschaffenheit der Beziehung, die zwischen Peers und Patientinnen und Patienten entsteht. Sie betreffen die Qualität der Allianz, die mobilisierten Sprechregister, den Umgang mit heiklen Themen und die Kontinuität der Genesung über die Hospitalisation hinaus.

#### **C.3.1 Allianz durch Peers: Verringerung der Distanz und Legitimität des Erlebten**

Die Beobachtungen zeigen, dass es den Peers gelingt, eine Beziehungsallianz mit den Patientinnen und Patienten herzustellen. Diese Allianz scheint sich vor allem aus der geteilten gelebten Erfahrung aufzubauen, die einen zentralen Hebel für den Beziehungsaufbau bildet. Die wahrgenommene Nähe erleichtert offenbar den Zugang zur Beziehung und den Vertrauensaufbau, indem sie die symbolische Distanz verringert, die häufig mit professionellen Figuren der Behandlung verbunden ist. Sie trägt dazu bei, einen Beziehungsrahmen zu schaffen, in dem das Sprechen freier zirkulieren kann, ohne dass sich die Person unmittelbar auf die Position einer Kranken oder einer Nutzerin von Leistungen festgelegt fühlt.

Die Tragfähigkeit dieser Allianz zeigt sich auch in gezielten Anfragen, die an bestimmte, namentlich bekannte Peers gerichtet werden — auch nach dem Spitalaustritt. Diese personalisierten Anfragen deuten darauf hin, dass die entstandene Beziehung einen eigenen Platz im Behandlungsverlauf einnimmt.

Die Beobachtungen zeigen, dass die Peers die relationale Distanz im Verlauf der Interaktionen justieren, namentlich über das Duzen oder Siezen. Die beobachteten Praktiken sind unter den Peers nicht einheitlich. Der Gebrauch von Du oder Sie variiert von Person zu Person, ohne dass eine Form als dominant oder vorgeschrieben erscheint. Die Beobachtungen zeigen zudem, dass sich diese relationalen Entscheidungen an den Reaktionen und den



wahrgenommenen Erwartungen der Patientinnen und Patienten ausrichten, was auf eine gemeinsame Gestaltung der Beziehung hindeutet.

Das Duzen wird als gewöhnliches Beziehungsregister eingesetzt und erlaubt es, den Austausch in eine weniger formalisierte, weniger von institutionellen Behandlungscodes geprägte Interaktion einzubetten. Es stellt den Rahmen nicht in Frage, zielt aber darauf ab, eine als asymmetrisch empfundene Beziehung abzuschwächen. Auch das Siezen kommt vor, ohne deswegen eine professionelle oder hierarchische Haltung auszudrücken: Es dient dazu, eine von der Peer-Person als notwendig erachtete relationale Distanz zu wahren, ohne eine mitleidige Darstellung suchtkranker Menschen zu verstärken:

*« Je me suis rendu compte qu'on a tendance à tutoyer plus facilement les personnes souffrant d'addictions que les autres malades. »*

(Interview PAA, Oktober 2025)

### Über den Rückfall sprechen

Die Peers sprechen regelmässig Themen an, die mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden sind — etwa Verleugnung, Co-Abhängigkeit, Vermeidungsverhalten oder familiäre Dynamiken. Diese Themen werden explizit und kontextualisiert behandelt, ausgehend von konkreten Beispielen aus der eigenen gelebten Erfahrung, was dazu beiträgt, diese Schwierigkeiten sagbarer und weniger stigmatisierend zu machen.

In diesem Beziehungsrahmen scheint der Rückfall leichter mit einer Peer-Person als mit einer Fachperson der Behandlung angesprochen zu werden. Eine beobachtete Situation veranschaulicht diese Dynamik:

*« Le patient nous indique avoir confié sa rechute pour la première fois à la PAA présente avant d'en parler à un soignant. Il décrit avoir rencontré davantage de difficultés à aborder cette question dans un cadre qu'il associait à l'évaluation et au suivi thérapeutique, et avoir eu besoin de plus de temps pour en parler avec un soignant. »*

(Beobachtung eines Pairémulationsgesprächs, November 2025)

Diese relationale Nähe stützt sich auch auf einen Wortschatz, der aus der gelebten Konsumerfahrung stammt. Dieser als konkreter und passender wahrgenommene Sprachgebrauch tritt besonders deutlich hervor, wenn es um Substanzen, Dosierungen oder das Verhältnis zu Behandlungen geht. Ohne die Wissensformen frontal gegeneinanderzustellen, zeigt sich, dass die Vertrautheit der Peers mit psychoaktiven Substanzen das Verständnis der Situation schärft. Die erhobenen Beobachtungen zeigen, dass diese Vertrautheit mit den Praktiken und den Wirkungen der Substanzen das Gefühl der Anerkennung und der Legitimität des Erlebten stärkt — im Kontrast zu früheren Erfahrungen, die bisweilen von Unverständnis oder von einem Auseinanderklaffen mit den Gesundheitsfachpersonen geprägt waren:

*« La dame assît à côté me dit qu'elle se sent bien ici, et que oui, pouvoir avoir des gens qui connaissent les substances, c'est important. Que, dans d'autres institutions, elle était "en errance médicale" parce qu'elle consomme de la kétamine et que beaucoup d'infirmières le confondent avec les effets de la cocaïne "alors que ça n'a rien à voir"! Elle sent qu'ici, les professionnels savent un peu plus de quoi ils parlent, même si parfois on sent des lacunes. Elle ajoute qu'une personne lui a conseillé cet endroit pour se sevrer, car ils connaissent quand même bien les effets de la kétamine. »*

(Beobachtung Aufenthaltsraum UHMA, Oktober 2025)



Dieses Zeugnis zeigt, wie sehr die Angemessenheit der Begleitung auch auf einer genauen Kenntnis der Substanzen beruht. Die Anwesenheit von Peers oder von in diesen Realitäten geschulten Fachpersonen erlaubt es, eine Informationslücke zu schliessen. Indem sie die Besonderheit der Erfahrung anerkennt (hier durch die klare Unterscheidung der Wirkungen von Ketamin und Kokain), tritt die Peer-Person nicht an die Stelle des Behandlungsteams, sondern gibt der Behandlungsbeziehung Sicherheit. Die Patientin oder der Patient muss keine ständige pädagogische Arbeit mehr leisten, um die eigene Realität zu erklären, sondern kann sich auf diese geteilte Kompetenz stützen, um im eigenen Genesungsprojekt voranzukommen.

Wenn die relationale Nähe und der Rückgriff auf Erfahrungswissen wesentliche Stärken der Peer-Arbeit sind, so verlangen sie zugleich erhöhte Wachsamkeit. Das Hauptrisiko liegt in einer unbewussten Übertragung des eigenen Weges der Peer-Person auf jenen der begleiteten Person, unter der falschen Annahme, ähnliche Erfahrungen brächten identische Bedürfnisse oder Lösungen mit sich. Diese Spannung benennt ein im Februar 2026 befragter Arzt deutlich; er betont, wie wichtig es ist, die eigene Erfahrung nicht in ein vorschreibendes Modell zu verwandeln:

*« Je ne sais jamais ce qui va marcher pour telle personne. Et puis, quand on travaille avec ce modèle motivationnel, on est très surpris de voir quelle est la bonne recette et la bonne solution pour cette personne-là. Par exemple, il y a des gens qui vont réduire leur consommation avec des trucs un peu bizarres, avoir toutes sortes d'idées comme ça, expérimenter des trucs. Et puis, si vous, vous êtes sûr de savoir ce qui marche, puis vous dites "non, non, non, c'est pas ça qu'il faut faire", alors à ce moment-là, vous pourriez vous retrouver dans une relation où il faut surtout pas dire aux patients comment ils doivent faire. [...] C'est-à-dire qu'elle a des idées très claires sur comment il faut faire. Alors que moi, j'ai pas des idées très claires parce que précisément, je pense qu'il faut que la personne soit créative, il faut qu'elle soit active, il faut qu'elle décide pour elle, il faut qu'elle ait l'impression qu'elle trouve la solution, et puis qu'elle soit soutenue. Les conseils, c'est pas bon. [...] »*

(Interview mit einem Arzt des SMA, Februar 2026)

### **Wahl und Gegenseitigkeit: die Autonomie der Patientinnen und Patienten wiederherstellen**

Im gewöhnlichen Behandlungsverlauf werden die Ansprechpersonen meist von der institutionellen Organisation bestimmt, was der Präferenz der Patientin oder des Patienten wenig Raum lässt. Die Peer-Beziehung führt demgegenüber eine seltene und wertvolle Dynamik ein: die gegenseitige Wahl. Die befragten Patientinnen und Patienten heben hervor, wie entscheidend es ist, die Peer-Person auswählen zu können, mit der sie sprechen möchten — und sich zugleich von ihr gewählt zu fühlen. Diese Möglichkeit wird in ihrem Behandlungsverlauf als selten beschrieben, da die Ansprechpersonen meist institutionell zugewiesen werden. Diese Gegenseitigkeit verwandelt die Beziehung: Sie wird nicht mehr als auferlegt, sondern als freiwillig erlebt und stärkt das Gefühl von Autonomie, Selbstbestimmung und Legitimität. Das ist umso grundlegender, als es in einem Krankheitskontext geschieht, in dem der Begriff der Wahl oft durch die Erkrankung beeinträchtigt oder von Institutionen (medizinische oder rechtliche Ordnung) geradezu entzogen ist.

Diese Dimension der gegenseitigen Wahl findet einen Widerhall in den von den Peers erhobenen quantitativen Daten zur Herkunft der Anfrage.



### Relation entre initiateur de rencontre et ressenti

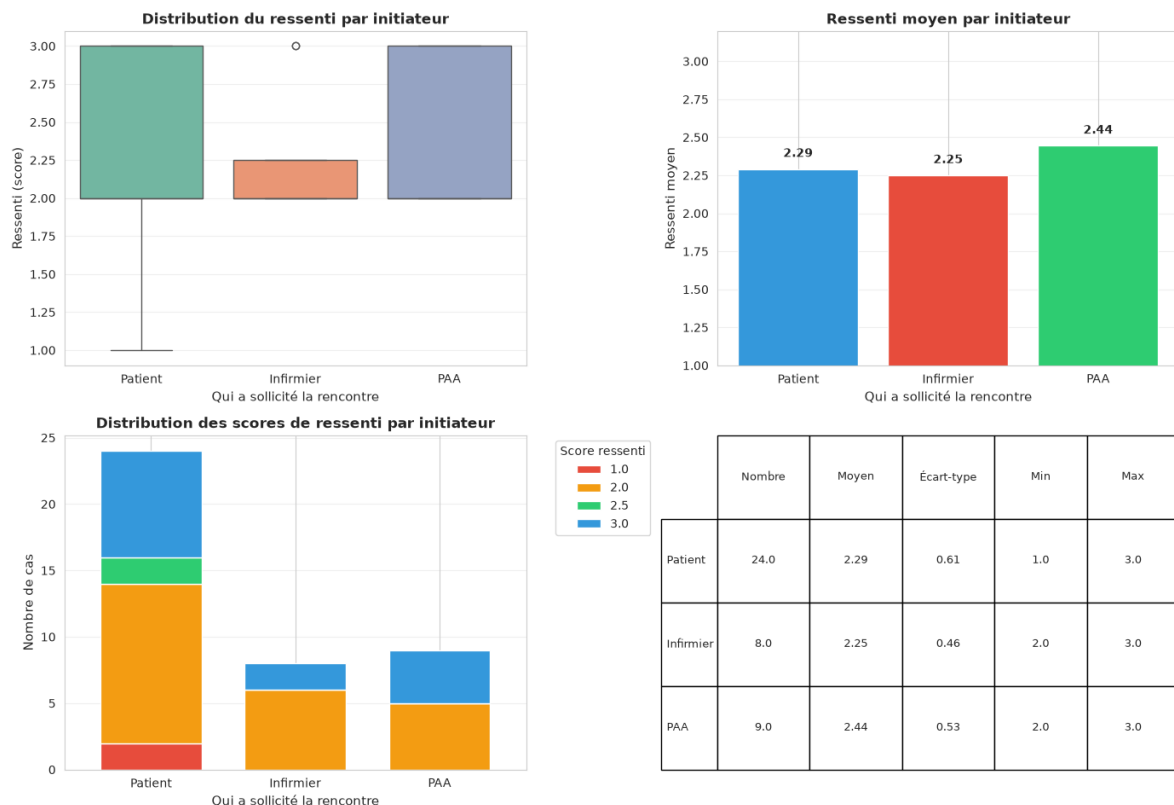


Abbildung 4: Zusammenhang zwischen der Person, die die Begegnung initiiert (Patientin bzw. Patient, Pflegefachperson oder Peer-Person), und dem von den Peers nach den Gesprächen berichteten Empfinden

Über alle dokumentierten Situationen hinweg (nTotal=41) wird die Begegnung ganz überwiegend von der Patientin oder dem Patienten selbst angestossen (n=24), gegenüber einer geringeren Zahl von Anfragen durch eine Pflegefachperson (n=8) oder durch das Peer-Team (n=9). Diese Verteilung bestätigt auf quantitativer Ebene die Haltung der Verfügbarkeit statt der Initiative: In der grossen Mehrheit der Fälle sind es die Patientinnen und Patienten, die um die Begegnung ersuchen.

Das nach diesen Gesprächen berichtete Empfinden, bewertet auf einer vierstufigen Skala (1 = mittel, 2 = gut, 2,5 = sehr gut, 3 = sehr flüssig), bleibt unabhängig von der initiiierenden Person insgesamt hoch — mit einer bemerkenswerten Nuance: Der Mittelwert liegt leicht höher, wenn die Peer-Person den Austausch anstösst (2,44), verglichen mit Anfragen der Patientinnen und Patienten (2,29) oder der Pflegefachpersonen (2,25). Dieser Unterschied, gemessen an einer geringen Zahl von Situationen (n=9 für Initiativen der Peers), erlaubt keinen belastbaren Kausalzusammenhang, legt aber nahe, dass die wahrgenommene Gesprächsqualität nicht allein davon abhängt, ob die Anfrage spontan von der Patientin oder dem Patienten ausgeht. Er erinnert zudem daran, dass die seltenen Initiativen der Peers deswegen nicht schlechter aufgenommen werden: Wo sie stattfinden, scheinen sie sich in Situationen einzufügen, in denen die Peer-Person angesichts des beobachteten Kontexts die Gelegenheit oder die Angemessenheit einer Begegnung erkennt.

Schliesslich ist festzuhalten, dass die Streuung der Werte bei Anfragen von Pflegefachpersonen enger ausfällt (Standardabweichung 0,46 gegenüber 0,53 bei den Peers



und 0,61 bei den Patientinnen und Patienten), was auf ein homogeneres Empfinden hindeutet, ohne dass sich die zugrunde liegenden Mechanismen angesichts der beobachteten Fallzahlen mit Sicherheit bestimmen liessen. Diese Homogenität könnte gleichwohl widerspiegeln, dass solche Anfragen in Situationen erfolgen, in denen ein Bedarf bereits vom Behandlungsteam erkannt und geteilt wurde.

Die informellen Räume (Korridore, Lebensräume, Ateliers oder gemeinsame Aktivitäten) bilden bevorzugte Rahmen für das Entstehen und die Entwicklung dieser Beziehung. Die Beobachtungen zeigen, dass diese Kontexte ein schrittweises Engagement begünstigen, ohne explizite Aufforderung zum Sprechen, und weniger formalisierte, den gewöhnlichen Beziehungsformen nähere Interaktionen ermöglichen. In diesem Kontext beginnen manche Patientinnen und Patienten — bisweilen indirekt oder allmählich — persönlichere Gespräche oder ersuchen später um einen vertieften Austausch mit einer Peer-Person.

### C.3.2 Kontinuität nach dem Spitalaufenthalt

Die erhobenen Daten zeigen, dass sich zahlreiche Austausche nach dem Spitalaustritt fortsetzen, in Form von E-Mails, Telefonaten oder informellen Gesprächen. Anfragen nach den Kontaktdaten der Peers laufen häufig über das Pflegenetzwerk oder erfolgen bei direkten Kontakten, was von der Bedeutung zeugt, die dieser Beziehung über den Spitalaufenthalt hinaus beigemessen wird.

Diese Kontinuität der Beziehung erscheint als wichtige Stütze für die dauerhafte Verankerung des Genesungsprozesses. Sie geht jedoch mit spezifischen Beziehungsfragen einher, die anhaltende Wachsamkeit erfordern. Die Peers erkennen Risiken übermässiger Bindung oder von Co-Abhängigkeit rasch, namentlich aus ihrer eigenen Erfahrung heraus. Solche Situationen führen zu Anpassungen der Haltung, die darauf zielen, eine angemessene relationale Distanz zu wahren, die Autonomie der Patientinnen und Patienten zu stützen und die Vermittlung an andere Ressourcen des Behandlungs- oder Unterstützungsnetzes zu fördern.

Darüber hinaus treten in den Supervisionssitzungen strukturelle Grenzen der in der Beziehung genutzten Kommunikationsmittel zutage, insbesondere hinsichtlich der Eignung der zur Verfügung gestellten institutionellen Werkzeuge. Die den Peers zugeteilten Diensttelefone erweisen sich als wenig geeignet für die tatsächlich beobachtete Nutzung, unter anderem weil sie die Installation von Instant-Messaging-Anwendungen (wie WhatsApp) nicht zulassen. Die Peers selbst sehen darin mögliche Lösungen, um mehr Flexibilität und Kontinuität der Beziehung in den Übergangsphasen nach dem Spitalaufenthalt zu gewährleisten. Dieser Wunsch stösst jedoch auf gewichtige berufsethische Vorgaben, die in den Supervisionen betont wurden: Solche Plattformen gewährleisten die für den Austausch zwischen Patientinnen und Patienten und Peers erforderliche Vertraulichkeit nicht und werfen ein Problem hinsichtlich der Wahrung des Berufsgeheimnisses auf. Die daraus abgeleitete Empfehlung lautet, solche Kontakte auf ein gesichertes physisches oder telefonisches Mittel zu beschränken und zugleich konforme institutionelle Lösungen einzuführen — verschlüsselt und lokal gehostet.



## C.4. Beziehungen zu den Behandlungsteams: zwischen Anerkennung und Grenzen der Koproduktion

Die qualitativen Daten aus den Feldbeobachtungen, der Dokumentenanalyse und den im Rahmen des Projekts geführten Interviews zeigen eine schrittweise Entwicklung der Beziehungen zwischen den Peers und den Behandlungsteams. Diese Beziehungen entstehen weder unmittelbar noch einheitlich. Sie vollziehen sich in Anpassungsprozessen, in denen eine punktuelle Anerkennung des Beitrags der Peers, situierte Formen der Zusammenarbeit und fortbestehende strukturelle und organisatorische Zwänge nebeneinander existieren, die ihre Integration in die Teams begrenzen.

### C.4.1 Anerkennung der Rolle der Peers

Die erhobenen Daten zeigen eine deutlich veränderliche Dynamik in den Beziehungen zwischen Peers und Behandlungsfachpersonen. War die anfängliche Aufbauphase von Vorbehalten, von Fragen zur Legitimität der Neuankömmlinge und von einer gewissen Unsicherheit über ihren Platz im Team geprägt, so werden die Interaktionen in der Folge flüssiger und münden in eine positive Zusammenarbeit.

Diese Entwicklung zeigt sich konkret in der Aneignung der Peer-Arbeit durch die Fachpersonen selbst, die zu aktiven Vermittlern dieses Angebots gegenüber den Patientinnen und Patienten werden. Die Fachpersonen nehmen die Peer-Arbeit damit in das in der Sprechstunde vorgeschlagene « therapeutische Menü » auf:

*« On amène le menu des options possibles en disant vous pouvez faire ça, vous pouvez faire ça, vous pouvez faire ça. Moi, je ne sais pas ce qui est bien pour vous, mais je pense qu'il y a toutes sortes de possibilités. Et puis ça, c'est ce qui vient un peu pendant les premières consultations. Et puis, de ce point de vue là, la pair-aidance, ça fait partie de l'offre. »*

(Interview mit einem Arzt des SMA, Februar 2026)

Die Peer-Arbeit wird nicht als Randaktivität wahrgenommen, sondern als legitime Option neben anderen im Behandlungsverlauf.

Eine befragte Pflegefachfrau veranschaulicht diese Dynamik anhand zweier konkreter Situationen, in denen sie Patientinnen und Patienten an die Peers vermittelte: ein Patient, der regelmässig NA-Gruppen besuchte und jede medizinische Begleitung ablehnte, und eine Patientin in einer komplexen Lage, der es half festzustellen, dass der Weg der Peer-Person « schwerwiegender » gewesen war als ihr eigener, was ein Gefühl von Hoffnung wiederherstellte.

Die bei dieser Pflegefachfrau erhobenen Daten präzisieren diese Anerkennung, indem sie sie in eine bestimmte institutionelle Zeitlichkeit stellen. Die Ankunft der Peers im Februar 2025 fiel mit einer Phase der Umstrukturierung des Dienstes und einer Überlastung der Teams zusammen, was anfängliche Widerstände erzeugte — namentlich die Befürchtung, die Peers begleiten und « unter ihre Fittiche nehmen » zu müssen. Der Umzug des Dispositivs von der ELMA in die UHMA wirkte für die Pflegeteams entlastend: Die Peer-Arbeit wird nicht mehr als zusätzliche Verpflichtung wahrgenommen, sondern als optionales Instrument, das die Fachpersonen nach ihrer klinischen Einschätzung beiziehen können.



### C.4.2 Peer-Arbeit als kulturelle Übersetzung: Wandel der institutionellen Kultur

Die erhobenen Beobachtungen legen nahe, dass die Anwesenheit der Peers schrittweise und situiert zu einem Wandel der institutionellen Kultur innerhalb des Dienstes beiträgt.

Mehrere Patientinnen und Patienten weisen darauf hin, dass Selbsthilfegruppen wie AA, NA oder CA in den Sprechstunden von den Behandlungsfachpersonen kaum angesprochen werden. Diese relative Unkenntnis zeigt sich auch in einigen beobachteten Situationen, etwa bei einem Briefing, in dem Patientinnen und Patienten nach der Bedeutung des Kürzels « NA » fragten — eine Frage, die die anwesenden temporär angestellten Pflegefachfrauen nicht beantworten konnten. An jenem Tag waren die Peers abwesend. In solchen Konstellationen lässt sich ihre Vermittlungsrolle als besonders bedeutsam annehmen: Sie können Elemente der Genesung aus ihrer Kenntnis der Selbsthilfeangebote und ihrer Erfahrung mit dem Gemeinwesen heraus übersetzen, umformulieren oder neu einordnen.

Die Peers bringen zudem zusätzliche Klarheit über das ausserspitalische Netzwerk und die Ressourcen der Gemeinde ein und tragen so dazu bei, das Verständnis des Behandlungsrahmens bei den Fachteams (insbesondere bei den temporär angestellten Fachpersonen) zu vertiefen. Bei einem Briefing erwähnte eine Peer-Person die wöchentliche Anwesenheit einer externen Gesprächsgruppe im PGE — eine Information, die die temporär angestellte Pflegefachfrau nicht angekündigt hatte, obwohl sie auf dem Planungsblatt stand. In der folgenden Woche kündigte dieselbe Pflegefachfrau das Kommen der Gesprächsgruppe im Briefing an. Dieses Beispiel veranschaulicht weniger ein individuelles Versagen als eine strukturelle Grenze, die mit der Instabilität der Teams und der Schwierigkeit temporärer Fachpersonen zusammenhängt, sich die Dynamiken des Dienstes vollständig anzueignen — insbesondere dort, wo diese auf nicht formalisierten Routinen beruhen. Was hier zutage tritt, ist die Fähigkeit der Peer-Person, als organisatorischer Ankerpunkt zu wirken: nicht indem sie Versäumnisse korrigiert, sondern indem sie bestehende Ressourcen reaktiviert und die gemeinschaftlichen Dimensionen der Genesung sichtbar macht. Zudem baut sich die Legitimität der Peer-Person in der Fähigkeit auf, Angebote zu machen, mitzugestalten und den eigenen Platz im Team auszuhandeln. In diesem Sinn trägt ihr Beitrag zur Institution zu einer sanften Neukonfiguration der Praktiken bei, in der die Öffnung gegenüber externen Ressourcen zu geteilten, ausgehandelten und gemeinsam gestalteten Begegnungsräumen wird statt zu isolierten Verantwortlichkeiten. Indem sie ausserspitalische Ressourcen sichtbar macht oder an gemeinschaftliche Dimensionen der Genesung erinnert, übersetzt die Peer-Person gelebte Erfahrung in institutionelle Sprache — und umgekehrt.

Die Integration der Peers legt bisweilen eine erhebliche kulturelle Kluft zwischen der institutionellen klinischen Sprache und der gelebten Erfahrung der Patientinnen und Patienten offen. Diese Feststellung zur Sprache und zur Anpassung an die Konsumerfahrung zeigt sich in einem Gespräch mit einer Patientin bzw. einem Patienten und einer Peer-Person:

*« Au cours de l'entretien avec le PAA, le patient me dit que les questions sont menées différemment par les pairs-aidants-es que par les soignants-es. Il lui est arrivé d'être gêné par certaines questions posées par l'infirmière qui lui posait des questions sur la quantité d'alcool consommée en employant leur terme d'unité. Il a senti un décalage entre des questions hyperthéoriques et le vécu de sa consommation. »*



(Beobachtung während eines Gesprächs zwischen PAA und Patient, Oktober 2025)

Die klinische Notwendigkeit zu quantifizieren (in Alkoholeinheiten) und die subjektive Realität der Patientin oder des Patienten erzeugen hier eine kontraproduktive relationale Distanz; die Person spricht von einem Unbehagen gegenüber bestimmten Fragen einer Pflegefachfrau, die sie als zu abstrakt und zu theoretisch empfindet. Genau hier liegt ein wesentlicher organisatorischer Mehrwert der Peers: Er kann über ihre Funktion der direkten Vermittlung gegenüber den Behandlungsteams wirksam werden und einen Hebel für kulturelle Anpassung innerhalb der Institution bilden.

Schliesslich hebt eine Pflegefachfrau einen in den Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten klar erkennbaren relationalen Mehrwert hervor:

*« Le retour des patients·es renforce l'idée que les gens ont besoin de parler, et de choses plus larges que les symptômes ou ce qui les a amenés ici ».*

(Interview Pflegefachfrau UHMA, März 2026)

Diese Elemente legen nahe, dass die Anwesenheit der Peers gewisse berufliche Vorstellungen und Praktiken allmählich beeinflusst und so zu einem schrittweisen Wandel der institutionellen Kultur rund um die Genesung und um die Verbindung zwischen Spitalbehandlung und Ressourcen der Gemeinde beiträgt.

### C.4.3 Koleitung auf dem Prüfstand: Aushandlung von Plätzen und Legitimität

Das Projekt hat auch zu punktuellen Formen der Zusammenarbeit zwischen Peers und Behandlungsfachpersonen geführt, die zugleich Möglichkeiten gemeinsamer Arbeit und die Grenzen ihrer Formalisierung sichtbar machen.

Ein Beispiel betrifft eine wöchentliche Gesprächsgruppe im Spital, die von einer Assistenzärztin bzw. einem Assistenzarzt geleitet wird. Eine Peer-Person stellte die Anfrage, aktiver daran beteiligt zu werden. Diese Anfrage beruht sowohl auf der Bedeutung, welche die Peers Gesprächsgruppen im Genesungsprozess beimessen, als auch auf der Feststellung, dass die Gruppe bei Abwesenheit der ärztlichen Leitung nicht stattfindet. Die gewünschte Beteiligung der Peers zielte somit darauf ab, die Kontinuität dieser kollektiven Austauschmomente zu stärken und deren Zugänglichkeit für die Patientinnen und Patienten zu sichern.

Eine erste Beobachtung im Juli 2025 zeigt eine periphere Beteiligung der Peer-Arbeit. Die Sitzung wird von einer Person des medizinischen Personals geleitet; die Peer-Person nimmt an deren Seite Platz, gegenüber den im Halbkreis sitzenden Patientinnen und Patienten. Diese Anordnung trennt die Peer-Person und die durchführende Fachperson räumlich vom übrigen Kreis. Zwar greift sie nicht direkt in die Leitung ein, doch zeugen einzelne nonverbale Zeichen von ihrer kritischen und erfahrungsgestützten Positionierung. So reagiert sie mit Blickwechseln zu einer Patientin, als die ärztliche Person die Wirksamkeit von Nachsorgeeinrichtungen anspricht. Später äussert sie mir gegenüber ihre Vorbehalte gegenüber diesen Angeboten, die sie als Orte wahrnimmt, an denen Substanzkonsum weiterhin präsent ist. Die Peer-Person ergreift zudem das Wort, um geschlechtsbezogene Vorstellungen über Konsum anzusprechen: Frauen konsumierten häufiger verdeckt, im Zusammenhang mit



gesellschaftlichen Erwartungen an Familienverantwortung und Care-Arbeit, während Männer leichter sichtbar konsumieren könnten, etwa auf einer Terrasse. Diese Beiträge bleiben punktuell und fügen sich nicht in einen klar definierten Platz in der Gruppenleitung ein. Sie veranschaulichen eine implizite Anerkennung des erfahrungsgestützten Sprechens, ohne dass dieses als strukturierende Ressource der Gesprächsgruppe vollständig integriert wäre.

Eine zweite Beobachtung im August 2025 zeigt einen Versuch der Koeitung durch die Peer-Person, im Anschluss an Gespräche und eine vorgängige Absprache mit den Projektverantwortlichen. Ihre Anwesenheit ist als ergänzende Form gedacht, um die Kontinuität dieser kollektiven Räume im Genesungsprozess zu stützen. In dieser Sitzung zur Rückfallprävention stellt sich die Peer-Person kurz vor und erwähnt ihren Genesungsweg, ohne jedoch gegenüber der ärztlichen Person ihren Wunsch nach einer Koeitung auszusprechen. Diese fehlende Verbalisierung verweist auf die Schwierigkeit, sich in einem bereits um eine ärztliche Figur strukturierten Setting zu behaupten. In diesem Kontext hat die ärztliche Person keine Gelegenheit, sich zu einer möglichen Koeitung zu positionieren oder überhaupt vom Wunsch der Peer-Person nach einer aktiveren Rolle Kenntnis zu nehmen. Diese Situation macht die Schwierigkeit sichtbar, den eigenen Platz in hierarchisierten kollektiven Settings zu benennen und auszuhandeln, in denen sich erfahrungsgestütztes Sprechen nur schwer als vollständig anerkannte und strukturierende Ressource etablieren kann.

Eine dritte Beobachtung Ende Oktober 2025 zeigt eine Verschiebung der Rolle der Peer-Person, wenn die Koeitung der Gesprächsgruppe nicht formalisiert ist. Nach einem Einzelgespräch mit einem Patienten, der regelmässig an der Gruppe teilnimmt, begleitet ihn die Peer-Person zum Atelier. Bei der Ankunft sind nur die ärztliche Person und der Patient anwesend. Die Peer-Person ergreift daraufhin die Initiative, in der Einheit über die stattfindende Gruppe zu informieren und neue Patientinnen und Patienten zu holen, was zur Teilnahme von sieben weiteren Personen führt. Sie selbst nimmt jedoch nicht an der Gesprächsgruppe teil. Später wird bekannt, dass die temporär angestellten Pflegefachpersonen die Gruppe am selben Morgen im Briefing nicht angekündigt hatten. Diese Situation unterstreicht die aktive Rolle der Peer-Person bei der Mobilisierung der Patientinnen und Patienten und bei der tatsächlichen Umsetzung des Angebots — und bestätigt zugleich, dass dieser Beitrag ausserhalb eines formalen Rahmens ihrer Aufgaben erfolgt.

Diese Elemente unterstreichen, dass die Zusammenarbeit zwischen Peers und Behandlungsfachpersonen auf feinen, situierten relationalen Gleichgewichten beruht, in denen die Zurückhaltung der Peers als Umgang mit Fragen von Legitimität und Positionierung erscheint — in kollektiven Spitalsettings, die noch wenig gefestigt sind.

## C.5. Strukturelle Zwänge

Mehrere strukturelle Zwänge beeinflussen die Arbeitsbedingungen der Peers unmittelbar und können ihre formale Integration in die Behandlungsteams bremsen. Diese Spannungen betreffen zugleich den statutarischen Rahmen (Prekarität, Teilzeit), die Formen der Arbeitsorganisation (Dienstpläne, fehlende eigene Räume) und die bisweilen erstarrte Dynamik der bestehenden Teams.



Trotz dieser institutionellen Zwänge beteiligen sich die Peers vollumfänglich am Aufbau der Teamdynamik, ebenso wie jede andere Fachperson. Ihre Handlungsfähigkeit hängt nicht allein von der formalen Anerkennung ihres Status ab, sondern auch von ihrem täglichen Einsatz, ihrer Präsenz im Feld und ihrer Fähigkeit, informelle Beziehungen zu den Behandlungsfachpersonen und zu den Patientinnen und Patienten zu knüpfen. Wenn die Institution ihre administrative Sichtbarkeit begrenzen kann, so behindert sie damit nicht zwangsläufig ihre tatsächliche Wirkung auf die Kultur des Dienstes und die Qualität der Interaktionen.

### C.5.1 Ein Status ausserhalb der Kategorien: zwischen Rechtslücke und Chance eines eigenen Blicks

Der Status « ausserhalb der Kategorien » stellt die Peers in eine institutionelle Zwischenposition: weder vollständig in die Behandlungsteams integriert noch klar als externe Interventionsperson erkennbar.

Die Frage ihrer Integration — und namentlich der systematisch fehlende Zugang zum elektronischen Patientendossier (SOARIAN) — ist komplexer als eine blosse Frage administrativer Kategorien. Sie verweist vor allem auf das Fehlen einer rechtlichen Anerkennung einer eigenen sozialberuflichen Kategorie für die Peer-Arbeit. Derzeit handelt es sich um ein im Aufbau befindliches Berufsprofil, das noch keine klare Zuordnung zu einer anerkannten Berufsfamilie erlaubt. Ohne diese Zuordnung fällt es Institutionen schwer, Peers automatisch als Fachpersonen mit einem legitimen Zugangsrecht zu Gesundheitsdaten einzubeziehen. Sie müssen sich auf ihre eigene Auslegung des rechtlichen Rahmens stützen. Selbst wenn sie von einem öffentlichen Spital (wie dem CHUV) angestellt und dem Amtsgeheimnis der Staatsangestellten unterstellt sind, haben Peers keinen Zugang zum Patientendossier. Die wahrscheinlichste und sicherste Lösung liegt in einem beschränkten, gezielten Zugang statt in einem völligen Fehlen von Rechten oder einem Vollzugang. Daraus ergibt sich eine aufschlussreiche Parallele zu anderen Berufsgruppen im Spital: Eine technische Mitarbeiterin etwa arbeitet in einem sensiblen Umfeld und unterliegt einer Verschwiegenheitspflicht, hat aber keinerlei Zugang zu medizinischen Daten, auch wenn sie mit Patientinnen und Patienten in Kontakt kommt. Ebenso könnte der Peer-Arbeit eine ihrer spezifischen Funktion angemessene Zugangsstufe zugewiesen werden, die ihre Interventionslegitimität anerkennt, ohne ihr dieselben Rechte wie einer klinisch tätigen Fachperson einzuräumen.

Dieser fehlende Zugang erschwert die Übergaben mit den Behandlungsteams und begrenzt die Abbildung der Peer-Arbeit in den institutionellen Instrumenten. Der Austausch zwischen Peers und Behandlungsfachpersonen beruht daher vorwiegend auf mündlichen oder informellen Übergaben, die selten festgehalten werden. Diese fehlende formalisierte Nachvollziehbarkeit trägt zu einer geringen Sichtbarkeit der geleisteten Arbeit bei und erschwert die Abstimmung mit allen an der Begleitung beteiligten Fachpersonen.

Wenn der fehlende Zugang zum elektronischen Patientendossier (SOARIAN) die Abbildung der Peer-Arbeit in den institutionellen Übergabeinstrumenten begrenzt, so stellt dieser Zwang für die Intervention selbst nicht zwingend ein operatives Hindernis dar. Tatsächlich hängt die Angemessenheit der Unterstützungsbeziehung nicht von der vorgängigen Kenntnis der klinischen Vorgeschichte ab, sondern von der Klärung des Interventionsfelds der Peer-Person



und ihrer Einbindung ins Team. Anders als Behandlungsfachpersonen, die die Kontinuität der Behandlung auf Grundlage einer medizinischen Vorgeschichte sicherstellen müssen, bewegt sich die Peer-Person in einer anderen Zeitlichkeit, zentriert auf die Gegenwart und das Zukunftsprojekt der Patientin oder des Patienten. Diese Position verschafft ihr einen besonderen Vorteil: einen neutralen, nicht durch frühere Diagnosen oder klinische Etiketten verzerrten Blick. Die Person kann so dort abgeholt werden, « wo sie steht », ohne dass ihre Vorgeschichte die Beziehung vorbestimmt. Wenn der Austausch zwischen Peers und Behandlungsfachpersonen also tatsächlich auf mündlichen oder informellen Übergaben beruht, bedeutet diese fehlende formalisierte Nachvollziehbarkeit im medizinischen Dossier keinen fehlenden Wert. Sie spiegelt vielmehr die spezifische Natur der Peer-Arbeit wider, die als Ergänzung zur klinischen Behandlung wirkt und nicht als deren administrative Verlängerung. Wie andere Fachpersonen der Institution (etwa technische oder administrative Mitarbeitende), die mit Nutzerinnen und Nutzern interagieren, ohne Zugang zu deren medizinischem Dossier zu haben, stützt sich die Peer-Person auf eine relationale und erfahrungsgestützte Legitimität und nicht auf eine technische Legitimität, die an die Beherrschung klinischer Informationen gebunden wäre.

Das Fehlen des Zugangs zu institutionellen Instrumenten betrifft jedoch nicht nur die Nachvollziehbarkeit der Arbeit der Peers, sondern kann auch eine asymmetrische Informationslast für die mit ihnen zusammenarbeitenden Behandlungsfachpersonen erzeugen. Die befragte Liaison-Pflegefachfrau beschreibt die Rückmeldungen zwischen ihr und den Peers als überwiegend mündlich, was bisweilen Kommunikationsprobleme erzeugt. Sie spricht von der Belastung, « den Informationen hinterherlaufen » zu müssen, namentlich in unvorhergesehenen Situationen wie der krankheitsbedingten Abwesenheit einer Peer-Person, ohne dass ihr eine Information übermittelt worden wäre. Sie berichtet, es sei:

*« pas archi facile de collaborer avec des personnes qui n'ont pas accès aux outils ; une fois la personne était malade, je ne savais pas où elle était et personne ne m'avait mise au courant ».*

(Interview Pflegefachfrau UHMA, März 2026)

### C.5.2 Organisatorische Zwänge: Teilzeit, Sichtbarkeit und Fluktuation

Die Qualität der Integration von Peers in ein Spitalumfeld hängt nicht allein von individuellen Haltungen oder interprofessionellen Dynamiken ab; sie wird auch weitgehend durch die strukturellen Bedingungen bestimmt, unter denen die Rolle ausgeübt wird. Dieser Abschnitt untersucht drei organisatorische Zwänge, die konkret auf dem Dispositiv lasten: ein auf 40 % begrenzter Beschäftigungsgrad, der die täglichen Abwägungen einengt und die Sichtbarkeit der Peers in kollektiven Räumen verringert; eine hohe Fluktuation in den Behandlungsteams, die eine wiederholte Neueinführung der Rolle erzwingt und die Kontinuität der Arbeitsbeziehungen schwächt; sowie Integrationsformen, die je nach organisatorischer Konstellation stark variieren.

#### **Teilnahme an Kolloquien und Beschäftigungsgrad von 40 %**

Zwar äussern die Peers den Wunsch nach regelmässigeren und strukturierteren Austauschräumen mit den anderen Fachpersonen des Dienstes, doch bleibt ihre Teilnahme an Kolloquien mit den Behandlungsfachpersonen begrenzt. Erklären lässt sich dies durch



Schwierigkeiten, den eigenen Platz vollständig zu finden — bedingt durch ein Gefühl der Diskrepanz zwischen ihrer Erfahrungsexpertise und den institutionellen Austauschformaten.

Ihre begrenzte Teilnahme an Kolloquien erklärt sich auch durch den auf 40 % festgelegten Beschäftigungsgrad. Diese eingeschränkte Arbeitszeit, verbunden mit zeitlichen Unvereinbarkeiten mit den institutionellen Koordinationsgefässen, begrenzt ihre Präsenz in diesen Räumen konkret. In diesem Kontext müssen die Peers zwischen verschiedenen Dimensionen ihrer Tätigkeit abwägen. Eine Peer-Person drückt es so aus:

*« Le temps que je prends en colloque infirmier, c'est le temps que je ne prends pas avec les patients »*

(Interview PAA, Dezember 2025)

Diese Priorisierung stärkt zwar die relationale Verfügbarkeit gegenüber den Patientinnen und Patienten, trägt aber zugleich zu einer geringeren Sichtbarkeit der Peer-Arbeit in den kollektiven Gremien und zu einer begrenzten Einbindung in die Teamdynamik bei.

### **Fluktuation in den Behandlungsteams**

Die Beobachtungen zeigen, dass der Wechsel in den Behandlungsteams, insbesondere bei temporär angestelltem Personal, einen wesentlichen Zwang für die Integration der Peers darstellt. Der häufige Beizug temporärer Pflegefachpersonen sowie der regelmässige Wechsel der Assistenzärztinnen und -ärzte (alle sechs bis zwölf Monate) zwingen die Peers dazu, sich wiederholt vorzustellen und ihre Rolle gegenüber neuen Fachpersonen zu erläutern. Das begrenzt die Kontinuität der Arbeitsbeziehungen und erschwert die dauerhafte Verankerung der Peer-Arbeit im Alltag des Dienstes.

Daraus entsteht eine komplexe Dynamik: Die Anpassung an neue Kolleginnen und Kollegen ist zwar eine von allen geteilte Schwierigkeit, kann jedoch eine spezifische Kluft in der Wahrnehmung der Integration aufreissen. Auf der einen Seite sucht die Peer-Person ihren Platz zu festigen; auf der anderen befindet sich die temporär angestellte Pflegefachperson selbst in einer Einarbeitungsphase in einem unbekannten Umfeld, gegenüber Akteurinnen und Akteuren, die sie noch nicht kennt. Diese Überlagerung prekärer Situationen führt dazu, dass die Peer-Person ungewollt an den Rand gedrängt wird: Ihre Funktion, weniger kodifiziert als jene der Behandlungsfachpersonen, droht von einer mit der eigenen Orientierung beschäftigten Fachperson in den Hintergrund gerückt zu werden.

In diesem Kontext kennen manche Fachpersonen die Existenz oder die Funktion der Peers nicht. Ihre Anwesenheit wird zudem in den Morgenbriefings nicht systematisch angekündigt, was ihre Erkennbarkeit in den Teams beeinträchtigt:

*« Lors du briefing, une infirmière intérimaire annonce la présence de l'aumônier, présent une fois par semaine, avant de conclure qu'«il n'y a rien d'autre d'important à annoncer», alors même que la présence des pairs-aidants·es ce jour-là est connue et mentionnée dans les documents qu'elle tient en main. »*

(Beobachtung Briefing, November 2025)

Diese fehlende Erwähnung trägt, wenn auch unbeabsichtigt, zu einer geringen Sichtbarkeit der Rolle der Peers im Dienst bei. Zugleich zeigt der Satz aber auch, dass die Peers in die Planungsinstrumente des Dienstes aufgenommen sind — ein institutionelles Zeichen der Anerkennung ihrer Rolle. Der Abstand zwischen dieser Anerkennung auf dem Papier und ihrer



Unsichtbarkeit im Alltag veranschaulicht gut, wie weit formale und tatsächliche Integration auseinanderliegen können.

### **Kontrastierende Integrationsformen je nach organisatorischer Konstellation**

Die erhobenen Daten zeigen, dass die Integrationsformen der Peers je nach organisatorischer Konstellation, in der sie tätig sind, stark variieren. Die Integration hängt somit nicht allein von beruflichen Praktiken oder individuellen Haltungen ab, sondern ist eng in den institutionellen und organisatorischen Rahmen eingebettet, der die Peer-Arbeit strukturiert.

Vor ihrer Präsenz in Cery waren die Peers in einem mobilen Team (ELMA) tätig, wo ihre Rolle in eine bereits strukturierte kollektive Arbeitsweise eingebettet war. Diese Zugehörigkeit zu einem klar identifizierten Team begünstigt eine direkte Einbindung in die alltäglichen Arbeitsdynamiken und erleichtert die Zusammenarbeit mit den anderen Fachpersonen. Diese verstärkte Nähe konnte jedoch auch Spannungen und Widerstände erzeugen, die mit Hierarchielogiken, der Aufgabenverteilung oder der klaren Rollendefinition zusammenhängen:

*« Si on était resté à l'ELMA, je ne sais pas ce qu'on aurait fait. Non, parce qu'on aurait travaillé un petit peu dans la résistance, un petit peu logistique. Et puis, possiblement, évidemment, les patrouilles auraient été plus compliquées à gérer par les uns que les autres. »*

(Interview mit einer Pflegefachfrau UHMA, März 2026)

Umgekehrt ging die Ausübung der Peer-Rolle in einem autonomeren und eigenständigeren Rahmen wie in der UHMA zunächst mit einer Unschärfe in der Rollendefinition einher. Diese relative Autonomie scheint jedoch mit der Zeit bestimmte Formen von Widerstand begrenzt zu haben. Autonomie bedeutet dabei nicht fehlende Zugehörigkeit: Die Peers arbeiten sehr wohl innerhalb eines identifizierten Teams. Es lässt sich die Hypothese formulieren, dass gerade ihre hierarchische und funktionale Anbindung an das SMA ihnen eine relative Ruhe in ihren Interventionen ermöglicht und sie vor direkten Spannungen mit den Behandlungsteams bewahrt hat. Nicht die Autonomie an sich schützt also, sondern die Art, wie sie institutionell gerahmt ist.

Zudem ist es wichtig, diese Position nicht zu idealisieren. Der Diskurs über Autonomie kann auch eine Ambivalenz der Peers selbst zum Ausdruck bringen, hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, als vollwertige Teammitglieder anerkannt zu werden (« drinnen »), und dem Willen, ihre Eigenständigkeit und Unabhängigkeit zu bewahren (« draussen »). Diese Spannung verweist auf eine Integrationsarbeit, welche die Peers gegenüber der Institution leisten müssen, aber auch auf ein ambivalentes Verhältnis zum institutionellen Formalismus — eine Ambivalenz, die im Übrigen nicht nur sie erleben.

Dass die Peers nicht direkt in ein identifiziertes Behandlungsteam eingegliedert waren, erlaubte es ihnen somit, eine klarer unterschiedene Position einzunehmen und Reibungen aus Hierarchieverhältnissen oder der Verteilung von Verantwortlichkeiten zu verringern. Die relative Autonomie des Dispositivs erscheint unter bestimmten organisatorischen Bedingungen nicht als Hindernis für die Integration, sondern als Hebel, um gewisse Spannungen zu begrenzen und eine schrittweise Anerkennung der Rolle der Peers zu stützen — wobei die Frage ihres langfristigen Verhältnisses zu den formalen Strukturen der Institution offenbleibt.



## D. DISKUSSION

### D.1. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Untersuchung ordnen sich um drei Feststellungen, welche die in diesem Kapitel entfaltete Diskussion strukturieren. Sie werden zunächst zusammenfassend dargestellt und in den folgenden Abschnitten vertieft.

Die erste Feststellung betrifft die Rolle der Peers im Übergang vom Spital in die Gemeinde. Sie wirken als Vermittelnde hin zum ausserspitalischen Netzwerk (Selbsthilfegruppen AA, NA, Ressourcen der Gemeinde) und füllen Wissenslücken in den temporär besetzten Behandlungsteams. Über ihren Beitrag während der Hospitalisation hinaus gewährleisten die Peers eine menschliche Kontinuität in einem strukturell diskontinuierlichen Versorgungssystem.

Die zweite Feststellung ist paradoxer Natur. Auf institutioneller Ebene lässt sich das Dispositiv nur schwer in die administrativen Kategorien des Spitals einfügen: Die Peers arbeiten dort mit prekären Verträgen und ohne Zugang zu den klinischen IT-Koordinationsinstrumenten (wie dem Patientendossier SOARIAN). Diese statutarische Prekarität bleibt nicht ohne Wirkung darauf, wie sie wahrgenommen werden: Die Literatur zeigt, dass sie eine Vorstellung von Peers als « fragile Patientinnen und Patienten » statt als vollwertige Partnerinnen und Partner der Behandlung nähren kann (Otte et al., 2020). Die Analyse legt jedoch nahe, diese Positionierung nicht auf ein blosses Defizit zu reduzieren. Ohne die Realität dieser Prekarität zu leugnen (und die Notwendigkeit, die Praxis institutionell besser anzuerkennen), zeigt die Analyse, dass diese relative Autonomie flexible Interventionsräume eröffnet — informelle Präsenz, Aktivitäten ausserhalb der Mauern und eine Anpassung an den Rhythmus der Patientinnen und Patienten —, die in einem standardisierten Behandlungsrahmen kaum aufrechtzuerhalten wären.

Die dritte Feststellung betrifft die kulturellen Wirkungen der Peer-Arbeit im Dienst. Indem sie eine in der gelebten Erfahrung verankerte Sprache einführen und das Sprechen über den Rückfall ohne Wertung legitimieren, verringern die Peers die symbolische Distanz zu den Patientinnen und Patienten und erleichtern eine authentischere therapeutische Allianz. Ihre Anwesenheit führt zudem dazu, dass die Teams ihren eigenen Wortschatz schärfen (Suter & Favrod, 2020). Indem sie als « Brücken » zwischen der Institution Spital, den Patientinnen und Patienten und der Gemeinde wirken (Egli Anthonioz et al., 2024), tragen sie dazu bei, den Dienst der UHMA von einer spitalzentrierten Haltung hin zu einer flüssigeren Einbindung der Peer-Arbeit in den gesamten Genesungsweg zu entwickeln.

### D.2. Die Mechanismen des Mehrwerts: Warum funktioniert es?

Es geht darum zu verstehen, wie sie die oben beschriebenen Wirkungen hervorbringt. Die Datenanalyse lässt drei einander verstärkende Mechanismen erkennen: eine relationale Haltung ohne Entscheidungsmacht, eine in der gelebten Erfahrung verankerte Legitimität und eine relationale Selektivität, die auf Beziehung und Feeling beruht. Diese drei Mechanismen wirken wechselseitig zusammen.



### D.2.1 Eine Haltung « ohne Vorgabe » und ohne Verordnungscharakter

Der erste Mechanismus liegt in der Natur der Beziehung selbst, welche die Peers zu den Patientinnen und Patienten aufbauen. Anders als die Behandlungsfachpersonen verfügen Peers über keinerlei Verordnungsmacht: Sie geben keine Medikamente ab, führen kein medizinisches Dossier und treffen keine therapeutischen Entscheidungen. Dieses Fehlen von Entscheidungsmacht schafft eine einzigartige Beziehungskonstellation, in der das Gesagte weder einer Beurteilung noch einer klinischen Entscheidung unterworfen ist.

In diesem Raum treten die sonst zentralen Dimensionen der Symptomkontrolle und des klinischen Rahmens in den Hintergrund. Auch wenn weitere Mechanismen wirksam werden können, suchen Patientinnen und Patienten, die sich auf eine Peer-Person einlassen, keine medizinische Bestätigung (Collins et al., 2019).

Genau in diesem Zwischenraum entfaltet die Peer-Arbeit ihren Mehrwert: Sie bietet einen Raum der Identitätsrekonstruktion jenseits des Status « krank », in einem Rhythmus, der der Patientin oder dem Patienten gehört, und in einer Logik der Koproduktion statt vertikaler Behandlung. Dieser erste Mechanismus schafft damit die Möglichkeitsbedingungen für die beiden folgenden.

### D.2.2 Legitimität durch Erfahrung

Wenn die Haltung « ohne Vorgabe » einen Raum eröffnet, so ist es die erfahrungsgestützte Legitimität der Peer-Person, die ihm Substanz verleiht. Die Unterscheidung zur Behandlungsfachperson beruht nicht auf einem vermeintlichen Fehlen persönlicher Erfahrung bei Letzterer — es wäre naiv anzunehmen, Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen seien frei von jeder intimen Erfahrung mit Sucht (Maugiron, 2020). Sie beruht darauf, was der berufliche Rahmen ihnen zu sagen erlaubt (ebd., S. 65). In der Behandlungsbeziehung muss das Fachpersonal eine Haltung der Neutralität und der Expertise einnehmen: Das eigene Erleben hat im klinischen Austausch keinen Platz, zumindest nicht explizit, und die Fachperson ist kaum befugt, ihr eigenes Erleben offen mit der nutzenden Person zu teilen. Die Peers hingegen können von ihrem Erleben und ihrem Genesungsweg Zeugnis ablegen — mit der Folge, dass zwischen der begleiteten Person und ihnen eine wechselseitige Identifikation möglich wird.

Dafür braucht es allerdings die Worte, um davon zu erzählen. Damit der Identifikationsmechanismus greift, muss die begleitete Person die Peer-Person als Peer anerkennen können, also in deren Erzählung eine Erfahrung wiedererkennen, die der eigenen nahe genug ist, damit die Beziehung Sinn ergibt. Es geht also nicht nur um geteiltes Erleben, sondern um die Fähigkeit, dieses zugänglich und glaubwürdig in Worte zu fassen (Eddie & Kelly, 2025).

Dieses Erfahrungswissen, verstanden als das aus dem persönlichen Erleben hervorgehende Wissen (Gardien, 2017), ist somit keine verarmte Fassung klinischen Wissens: Es ist ein situiertes Wissen im Sinne von Haraway (1988), das ein klarsichtiges Verständnis eröffnet, welches die klassische Behandlungsbeziehung nicht mobilisieren kann, ohne ihre eigenen Codes zu verwischen.



Dieser Mechanismus aktiviert zwei in der Literatur gut dokumentierte Hebel. Zum einen die verkörperte Hoffnung (Maugiron, 2020): Die Sichtbarkeit einer stabilen und funktionsfähigen Peer-Person ist ein konkreter Beweis dafür, dass Genesung möglich ist, was das oft mit chronischer Krankheit verbundene Gefühl von Determinismus durchbrechen kann. Zum anderen eine im Realen verankerte Weitergabe (Linder, 2020): Die vorgeschlagenen Lösungen stammen nicht aus der Theorie, sondern aus geteilter Erfahrung, mit gemeinsamer Sprache und gemeinsamen Codes, welche die Identifikation erleichtern.

Gleichwohl mahnen unsere Daten davor, diesen Mechanismus zu idealisieren. Die Identifikation über Erfahrung und Lebensweg (Repper & Carter, 2011; Chinman et al., 2014) stellt sich nicht automatisch ein: Erkennen sich manche Patientinnen und Patienten im Profil der Peer-Person nicht wieder, kommt die Beziehung nicht zustande.

Wenn die Identifikation der zentrale Mechanismus der Peer-Arbeit ist, wird zudem die Vielfalt der Peers — namentlich hinsichtlich Geschlecht, kultureller oder ethnischer Herkunft — zu einer Bedingung der Zugänglichkeit (Davidson et al., 2012) und nicht bloss zu einem Kriterium symbolischer Repräsentativität. Diese Anforderung erstreckt sich auf die Notwendigkeit, Peers aus unterschiedlichen Gemeinschaften (Gehörlosengemeinschaft, LGBTQ+) und mit unterschiedlichen Erfahrungsverläufen zu rekrutieren, damit die Angebote kulturell passend und zugänglich sind (Byrne et al., 2022). Denn nach Williams und Mohammed (2009) ist die wahrgenommene Diskriminierung ein bestimmender Faktor für das fehlende Vertrauen in das Gesundheitssystem. Identifikation setzt an salienten Kategorisierungsdimensionen wie Geschlecht oder Ethnizität an; fehlen diese im Profil der verfügbaren Peers, wird eine Beziehung unwahrscheinlich. Diese ständige kulturelle Wachsamkeit gegenüber möglichen Vorurteilen kann manche Patientinnen und Patienten dazu bringen, eine deutliche Präferenz für Fachpersonen gleicher Herkunft zu äussern oder andernfalls ihre Behandlung aufzuschieben oder aufzugeben.

Das Projekt hat genau versucht, diesem Anliegen Rechnung zu tragen, indem zwei Peers mit unterschiedlichen Profilen beigezogen wurden: 1) eine Frau in den Sechzigern, Mutter, seit über dreissig Jahren abstinent; und 2) ein Mann in den Dreissigern, Vater, ehemalige Führungskraft in einem Unternehmen, seit weniger als fünf Jahren abstinent. Diese Konstellation bietet unterschiedliche identitätsbezogene Anknüpfungspunkte aus verschiedenen sozialen Positionen (Geschlecht, beruflicher Werdegang, Verhältnis zur Dauer der Genesung) und erweitert so das Spektrum jener Patientinnen und Patienten, die sich mit der einen oder dem anderen identifizieren können.

Dieses Ideal der Vielfalt stösst jedoch auf einen konkreten und kaum umgehbaren Zwang: die Finanzierung. Mehrere Peers mit unterschiedlichen Profilen und Werdegängen anzustellen setzt Mittel voraus, über welche die meisten Spitaldispositive nicht verfügen. Faktisch sind Peer-Stellen oft wenige, prekär und von befristeten Projektfinanzierungen abhängig. Die Vielfalt des Dispositivs bleibt daher in vielen Fällen eher Anspruch als Realität.

### D.2.3 Relationale Auswahl: das « Feeling » als klinisches Kriterium

Der dritte Mechanismus ist vielleicht der am wenigsten naheliegende und gleichwohl ebenso entscheidend. Die Peers begleiten nicht alle Patientinnen und Patienten, die ihnen vorgeschlagen werden: Sie treffen eine Auswahl, gestützt auf das, was sie selbst als « Feeling » beschreiben. Dieser scheinbar vage Begriff umfasst in Wirklichkeit etwas Präziseres: eine



relationale Intuition, genährt vom Teilen von Emotionen und einer eigenen, legitimen Sensibilität (Demailly & Garnoussi, 2025), die es ihnen erlaubt einzuschätzen, ob ein echtes Engagement möglich ist.

Diese Logik qualitativer Auswahl — mit Vorrang für die Tiefe der Beziehung und die Regelmässigkeit informeller Mikrokontakte — ist für die Stimmigkeit des Dispositivs wesentlich. In diesem Sinn wirkt das « Feeling » als Regulator. Es stellt sicher, dass die Intervention unter Bedingungen stattfindet, in denen die beiden vorangehenden Mechanismen — der Raum « ohne Vorgabe » und die erfahrungsgestützte Legitimität — tatsächlich wirken können. Ohne diese Ausgangsbedingung kommt die Beziehung nicht zustande; mit ihr verstärken sich die drei Mechanismen gegenseitig und erzeugen den im vorangehenden Teil beschriebenen Mehrwert.

### D.3. Die strukturellen Bedingungen des Mehrwerts

Dieser Abschnitt untersucht die Bedingungen, unter denen das Dispositiv zustande kommt, sowie die strukturellen und organisatorischen Zwänge. Vier Dimensionen werden nacheinander analysiert. Die erste betrifft den sozialberuflichen Status der Peers, dessen rechtliche Unschärfe zugleich Quelle von Prekarität und — paradoxerweise — Möglichkeitsbedingung einiger ihrer spezifischen Praktiken ist. Die zweite untersucht, wie der Übergang von der ELMA zur UHMA die konkreten Formen der Zusammenarbeit und die Dynamiken der Legitimität neu konfiguriert hat. Die dritte benennt zwei Reibungen, die das Spitalumfeld dem Dispositiv von aussen auferlegt: die zeitliche Diskrepanz zwischen der Logik der Genesung und dem Rhythmus der Akutversorgung sowie die Überlagerung organisatorischer Prekaritäten. Die vierte schliesslich befragt den Platz formaler Instrumente, insbesondere des gemeinsamen Krisenplans (PCC), und die umfassendere Frage der Sichtbarkeit der geleisteten Arbeit.

#### D.3.1 Ein Status « ausserhalb der Kategorien »: zwischen rechtlicher Prekarität und Autonomie der Rolle

Das Fehlen einer formalisierten sozialberuflichen Anerkennung der Peers (fehlende Nomenklatur<sup>7</sup>, keine gefestigte Lohnskala, kein geklärter vertraglicher Rahmen) verweist auf eine strukturelle Rechtslücke. Diese Lage stellt die Peers in eine Position « ausserhalb der Kategorien », die auch in anderen schweizerischen Kontexten zu beobachten ist (Suter, 2020) und für aufkommende Berufe in Institutionalisierung typisch ist.

Diese statutarische Unschärfe zeitigt konkrete und dokumentierte Wirkungen: vertragliche Prekarität, eine untergeordnete Position in der Lohnhierarchie, ein begrenzter Zugang zu Koordinationsgefässen und institutionellen Instrumenten (Crisanti et al., 2022). Sie erschwert auch den Aufbau einer gefestigten beruflichen Identität und trägt zu einer anhaltenden Unkenntnis der Rolle bei manchen Fachpersonen bei (Burr et al., 2020; Otte et al., 2020). Diese institutionelle Anerkennung hat sehr konkrete materielle Folgen: Sie bestimmt den vertraglichen Status, das Lohnniveau, die Dauerhaftigkeit der Stellen und den Zugang zu jenen Entscheidungsräumen, in denen die Ausrichtung des Dienstes festgelegt wird. Eine

<sup>7</sup> Also ausserhalb jeder offiziellen administrativen Kategorie, die es erlauben würde, die Rolle zu identifizieren und zu rahmen.



Legitimität, die allein über alltägliche Praktiken und Beziehungen aufgebaut wird, ohne formale Übersetzung in die Strukturen der Institution, bleibt fragil: Sie kann mit einem Teamwechsel, einem Abgang in der Leitung oder einer Reorganisation des Dienstes verschwinden.

Diesen Status « ausserhalb der Kategorien » auf ein Defizit zu reduzieren wäre jedoch unzutreffend, und unsere Daten legen eine differenziertere Lesart nahe. Einige der Zwänge, die dieser Status mit sich bringt, erweisen sich bei genauerem Hinsehen auch als Möglichkeitsbedingungen der Rolle selbst. Das deutlichste Beispiel ist der Zugang zum Patientendossier SORIAN. Sein Fehlen begrenzt zwar die Einbindung der Peers in die formalen Informations- und Koordinationskreisläufe. Es erlaubt ihnen im Gegenzug jedoch, den Patientinnen und Patienten ausserhalb ihrer klinischen Vorgeschichte zu begegnen, ohne den Filter angehäufter Diagnosen und ohne das Gewicht nosografischer Etiketten. Diese Positionierung begünstigt einen Blick, der auf die gegenwärtige Erfahrung und das subjektive Erleben zentriert ist — dort, wo die Behandlungsbeziehung strukturell dazu neigt, sich am Vorangegangenen auszurichten. Nicht so sehr der fehlende Zugang bestimmt ihre Haltung, sondern die Freiheit des Blicks, die er ermöglicht: Der Zwang wird so in bestimmten Konstellationen zu einer eigenständigen relationalen Ressource.

### D.3.2 Von der ELMA zur UHMA: von der Nähe zur Distanz

Dieses Pilotprojekt entsteht in einem bestimmten organisatorischen Kontext, der es ausrichtet und begrenzt. Der Übergang vom mobilen Liaison-Team (ELMA) zur stationären Einheit (UHMA) ist dabei ein besonders aufschlussreicher Beobachtungspunkt: Auch ohne die frühere Arbeitsweise der ELMA direkt beobachtet zu haben, erlauben die Schilderungen der Fachpersonen und der Peers zu erfassen, wie dieser Kontextwechsel Praktiken, Spannungen und die konkreten Formen der alltäglichen Zusammenarbeit neu konfiguriert hat.

Das ELMA-Modell war durch eine starke Einbindung in ein mobiles Team gekennzeichnet, mit operativer Nähe zwischen Peers und Behandlungsfachpersonen. Den erhobenen Aussagen zufolge setzte diese Konstellation die Peers stärker expliziten Spannungen um die Legitimität ihrer Intervention aus — mit einer direkten und regelmässigen Konfrontation zwischen erfahrungsgestützter und biomedizinischer Logik in einem gemeinsamen, wenig differenzierten Arbeitsraum. Der heutige Kontext der UHMA wird von den Behandlungsteams und den Peers demgegenüber als organisatorisch atmender beschrieben. Die Interaktionen zwischen Peers und Behandlungsfachpersonen gelten dort als pragmatischer und stärker auf konkrete Situationen bezogen (Vermittlungen, punktuelle Übergaben). Diese Entwicklung wird insgesamt als Beruhigung der Arbeitsdynamik wahrgenommen, auch wenn sie bisweilen eine distanziertere Zusammenarbeit hervorbringt.

Diese organisatorische Distanz verringert zwar Reibungen, schafft aber eine spezifische Verletzlichkeit: Sie lässt die Rolle der Peers im Dienst leichter unbemerkt bleiben und macht sie damit anfälliger für die Folgen der Personalfuktuation in den Behandlungsteams (Burr et al., 2020; Forchuk et al., 2020). Dieser Verletzlichkeit begegnen die Peers mit konkreten Anpassungsstrategien, deren wichtigste die regelmässige Teilnahme an den Morgenbriefings ist. Dieser scheinbar minimale Raum erweist sich als strukturierend: Die Daten zeigen, dass die systematische Ankündigung ihrer Anwesenheit dort unmittelbar Anfragen von Patientinnen und Patienten auslöst. Ohne die Grundsatzfrage zu lösen, ist dies genau jene Art kostengünstigen organisatorischen Hebels, den die Literatur als wirksamen Einstiegspunkt in schwierigen Integrationskontexten identifiziert (Otte et al., 2020). Auch die



Behandlungsfachpersonen sind ihrerseits in eine Anpassungsarbeit eingebunden. Die Einführung eines Erfahrungswissens in ein von biomedizinischen Logiken strukturiertes Umfeld kann bestimmte Orientierungen erschüttern, namentlich im Umgang mit dem Rückfall, mit der Veränderungsmotivation oder mit dem Rückgriff auf Ressourcen der Gemeinde. Die Daten legen nahe, dass die Behandlungsfachpersonen zwischen der Einbindung dieser Ressource und der Wahrung der eigenen Rollenrahmen oszillieren, was eher zu vorsichtigen und situierten Formen der Zusammenarbeit führt als zu einer tiefgreifenden Neudefinition der Praktiken.

Legitimität baut sich mit der Zeit durch das Ansammeln von Belegen für den Nutzen der Rolle auf (Maugiron et al., 2020), was eine gewisse Ausdauer jener voraussetzt, die sie ausüben — besonders in einem Pilotprojekt.

### D.3.3 Zwänge von aussen

Dieser Unterabschnitt richtet den Blick auf Reibungen, die das Spitalumfeld selbst dem Dispositiv auferlegt, unabhängig von dessen innerer Stimmigkeit. Zwei davon sind zu unterscheiden, da sie unterschiedlichen Registern angehören und unterschiedliche Antworten erfordern. Die erste ist zeitlicher Natur: die Diskrepanz zwischen der Logik der Genesung, auf der die Peer-Arbeit beruht, und dem Rhythmus des Akutspitals. Die zweite betrifft eine klassischere strukturelle Fragilität: eine Überlagerung prekärer Berufsverhältnisse, die unabhängig von der inneren Stimmigkeit des Dispositivs auf ihm lastet.

#### *Der Zusammenprall der Zeitlichkeiten*

Peer-Arbeit beruht auf Dauer. Wie wir gesehen haben (in Abschnitt D.2 der Diskussion), entfaltet sie ihre Wirkung über den schrittweisen Aufbau einer Vertrauensbeziehung, im Verlauf wiederholter Mikrokontakte, informeller Austausche und Pairémulationsgespräche. Diese Logik der langen Dauer steht in direkter Spannung zur Zeitlichkeit des Spitals, die von kurzen Aufenthalten, einem dichten Behandlungsrhythmus und einer auf Akutbewältigung statt auf Beziehungsbegleitung ausgerichteten Organisation geprägt ist.

Diese Spannung verurteilt das Dispositiv nicht, sie definiert seine Relevanzräume neu. Die Daten legen nahe, dass die Peer-Arbeit ihren Platz nicht allein in der stationären Phase findet: Gerade an der Schnittstelle zwischen der Zeit der Hospitalisation und der Zeit danach, im Übergang zum Netzwerk der Gemeinde, kann sie ihre eigene Logik voll entfalten. Der zeitliche Zwang drängt das Dispositiv somit dazu, sich über die Mauern des Spitals hinaus zu denken. In diesem Sinn kann die relative Langsamkeit der Peer-Arbeit in einem Umfeld, in dem alles schnell geht, selbst zur Ressource werden: Sie bietet den Patientinnen und Patienten einen Begegnungsraum in einem anderen Rhythmus, einen Zwischenraum im institutionellen Takt.

#### *Die Überlagerung prekärer Berufsrollen*

Die zweite Reibung liegt in der organisatorischen Instabilität des Spitals. Der starke Beizug temporär angestellter Pflegefachpersonen in der UHMA ist dafür ein Beispiel: Diese Fachpersonen, die sich selbst in ein noch unvertrautes Umfeld einarbeiten, verfügen nicht immer über die nötigen Anhaltspunkte, um die Rolle der Peers zu erkennen, Patientinnen und Patienten an sie zu verweisen oder die ihnen bekannten Ressourcen der Gemeinde (etwa Selbsthilfegruppen, AA, NA) zu mobilisieren. Die unbeabsichtigte Auslassung ihrer Anwesenheit in einem Briefing oder das Ausbleiben einer Erklärung ihrer Rolle gegenüber



neuen Patientinnen und Patienten bedeutet keine Verweigerung der Zusammenarbeit: Es ist eine strukturelle Grenze, verbunden mit der Überlastung von Fachpersonen, die selbst noch dabei sind, sich zurechtzufinden.

Was sich hier abspielt, lässt sich als Überlagerung von Prekaritäten beschreiben. Die Peers, deren Berufsstatus im Aufbau ist, deren Präsenzzeit auf 40 % begrenzt ist und deren Legitimität unablässig neu bekräftigt werden muss, müssen sich in Teams einfügen, die selbst teilweise instabil sind. Die Peer-Arbeit erfährt so indirekt die Folgen einer organisatorischen Prekarität, die nicht die ihre ist. Die Peer-Person, die in einem Briefing nicht erwähnt wird, ist nicht Opfer von Gleichgültigkeit, sondern der Überlastung jener, die sie sichtbar machen müssten.

### D.3.4 Wenn das formale Instrument auf die relationale Logik trifft: der neu angeeignete PCC

Dieser letzte Unterabschnitt untersucht, was geschieht, wenn ein formales Instrument wie der gemeinsame Krisenplan (PCC) auf die konkrete Logik der Peer-Arbeit trifft. Der gemeinsame Krisenplan, konzipiert als strukturierende Stütze, um Verletzlichkeiten zu antizipieren und die Ressourcen der Patientin oder des Patienten zu mobilisieren, wurde im analysierten Zeitraum in seiner ursprünglichen Form kaum genutzt. Dieser geringe Rückgriff führt zu einer Lesart, die eine Wiederaneignung seiner Inhalte in Formen zeigt, die auf die Praxis der Peer-Arbeit abgestimmt sind.

Die vom PCC getragenen Themen — das Erkennen von Auslösern, die Mobilisierung von Ressourcen, das Antizipieren von Verletzlichkeiten und der besten Umgangsweisen damit — fehlen in der Praxis nicht. Sie finden sich diffus, aber wirksam in die Pairémulationsgespräche integriert und werden je nach Zeitpunkt im Verlauf und nach Verfügbarkeit der Person neu aufgegriffen. Nicht der Inhalt des PCC wird abgelehnt, sondern sein Format, das als zu linear und zu starr gilt, um sich einer motivationalen Dynamik anzupassen, die gerade in der Suchtmedizin von Natur aus schwankend, ambivalent und nichtlinear ist. Das zeigt, wie wichtig ein Gleichgewicht zwischen Struktur und Flexibilität für eine wirklich personenzentrierte Begleitung ist (Foye et al., 2025); genau dieses Gleichgewicht scheinen die Peers bewahrt haben zu wollen, indem sie sich schrittweise vom ursprünglichen Format entfernt haben.

Die Daten zeigen im Übrigen, dass der Vorschlag eines PCC selbst als eigenständiger klinischer Indikator wirken kann. Annahme, Vermeidung oder Ablehnung einer Formalisierung geben Aufschluss über die psychische Verfügbarkeit der Person in genau diesem Moment, ohne damit über die Qualität der Beziehung oder das Engagement für die Genesung zu urteilen. In manchen Fällen verhindert die Ablehnung einer Formalisierung nicht, dass sich vertiefte Gespräche über durchaus zentrale Elemente des Verlaufs entwickeln.

Der PCC behält in bestimmten Konstellationen eine echte Relevanz: wenn die Person motiviert und psychisch verfügbar ist, wenn die Beziehung hinreichend gefestigt ist, um eine vertiefte reflexive Arbeit zu erlauben, oder ganz zu Beginn einer Begleitung, wo er als strukturierender Rahmen für den Einstieg in die Zusammenarbeit dienen kann. Die Frage ist deshalb nicht, ob das Instrument beizubehalten oder aufzugeben ist, sondern wie es unter anderen zu positionieren und kontextbezogen statt systematisch einzusetzen ist.



### ***Sichtbarkeit der unsichtbaren Arbeit***

Die Pairémulationsgespräche, die informellen Austausche, die wiederholten Mikrokontakte und die nachstationäre Begleitung entziehen sich weitgehend den bestehenden Monitoring-Instrumenten. Was nicht erfasst wird, wird nicht gesehen — und was nicht gesehen wird, lässt sich gegenüber Entscheidungsträgern, Geldgebern und jenen Gremien, welche die Relevanz des Dispositivs beurteilen, schlecht verteidigen.

Diese Unsichtbarkeit hat daher sehr konkrete Folgen: Sie schwächt die institutionelle Legitimität des Dispositivs, erschwert die Beurteilung seiner Wirkung und trägt dazu bei, die Peers in einer Position zu halten, in der sie ihren Nutzen unablässig begründen müssen, ohne über die Instrumente zu verfügen, um ihn formal zu belegen. Es geht hier nicht darum, für eine verstärkte Formalisierung zu plädieren, welche die relationale Logik des Dispositivs verraten würde — das Risiko bestünde darin, genau die oben beschriebenen erstarrten Bedingungen neu zu schaffen. Es geht vielmehr darum, Formen der Nachvollziehbarkeit zu entwickeln, die der Natur dieser Arbeit angemessen sind, und Instrumente zu schaffen, die der relationalen Dichte Rechnung tragen, ohne sie auf standardisierte Leistungsindikatoren zu reduzieren.

Ein Beispiel dafür, was eine solche Arbeit umfassen könnte: die Operationalisierung des « Feeling » (beschrieben in Abschnitt D.2.3), jenes intuitiven Kriteriums, mit dem die Peers die relationale Verfügbarkeit einer Patientin oder eines Patienten in einem bestimmten Moment einschätzen. Die konkreten Indikatoren zu benennen, die dieser Einschätzung zugrunde liegen — ohne sie in ein mechanisches Raster zu pressen —, würde es erlauben, sie den Behandlungsteams mitteilbar zu machen und in eine gemeinsame Logik einzubetten. Das wäre eine Weise, ein reales Erfahrungswissen aufzuwerten, ohne es durch Standardisierung zu verraten.

### ***Peer-Arbeit als hybrides Dispositiv***

Diese vier Unterabschnitte laufen auf die Feststellung hinaus, dass Peer-Arbeit im akutstationären Umfeld mit den für klinische Standardinterventionen entwickelten Instrumenten weder vollständig verstanden noch beurteilt werden kann. Sie wirkt im Dazwischen: zwischen dem Innen der Institution und dem Aussen, zwischen der Akutzeit und der langen Zeit der Genesung. Diese Position ist kein zu behebendes Defizit, doch sie muss als solche anerkannt werden, damit sie nicht zu einer Quelle dauerhafter Fragilität wird.

## **D.3.5 Supervision durch Peers: ein notwendiger Regulationsraum**

Dieses Pilotprojekt verfügte über eine externe Supervision durch eine professionelle Peer-Person. Diese im französischsprachigen Raum noch wenig verbreitete Form verdient eine eigene Diskussion: nicht als bloße logistische Stütze, sondern als strukturelle Bedingung dafür, die Rolle über die Zeit tragen zu können.

### ***Ein unverzichtbarer Regulationsraum, besonders im ersten Jahr***

Das erste Berufsjahr setzt Peers einer spezifischen Verletzlichkeit aus, an der Kreuzung mehrerer gleichzeitiger Prozesse. Erstens der Aufbau einer noch instabilen beruflichen Identität, die sich im Kontrast zur unmittelbar vorausgehenden Patientenidentität definieren muss, ohne über die gefestigten Anhaltspunkte eines etablierten Berufs zu verfügen. Zweitens die Integration in ein Umfeld, das bisweilen wenig darauf vorbereitet ist, sie aufzunehmen, und in dem die Unkenntnis der Rolle die Peers zwingt, ihre Legitimität zu begründen. Drittens das



Risiko eines Rollendriffs, also eines allmählichen Abgleitens in eine konventionelle klinische Haltung, unter dem gemeinsamen Einfluss des Drucks im Spitalumfeld und des Fehlens berufseigener Anhaltspunkte (Englander et al., 2020).

Genau um diese Risiken einzudämmen, gilt eine spezifische Supervision durch Peers in der Literatur als entscheidend, namentlich um den mit dieser Positionierung verbundenen Stress zu bewältigen und beruflicher Erschöpfung vorzubeugen (Collins et al., 2019). Diese Supervision ersetzt die übliche hierarchische Führung nicht, unterscheidet sich aber von ihr: Sie bildet einen dritten Raum ausserhalb der pflegerischen Hierarchielinie, in dem sich die Peer-Person positionieren kann, ohne eine Beurteilung ihrer Praxis durch jene Vorgesetzten befürchten zu müssen, denen sie administrativ ohnehin untersteht.

### **Warum eine supervidierende Peer-Fachperson**

Die Supervision einer Peer-Fachperson (professionelle Peer-Person) statt einer klinisch tätigen Person anzuvertrauen, ist eine strukturierende Entscheidung und kein organisatorisches Detail. Sie beruht auf derselben Grundannahme, die sich durch diese gesamte Überlegung zieht: Die gelebte Erfahrung stellt einen unersetzlichen Mehrwert dar. Die supervidierende Peer-Fachperson ist nicht nur eine Stütze in der täglichen Rollenausübung; sie ist auch eine Vermittlerin, die künftige Peers in ihrer beruflichen Integration begleiten kann — in einer Logik der Weitergabe, die über den Rahmen des Pilotprojekts hinausreicht.

Eine klinisch tätige supervidierende Person bleibt, so kompetent sie auch sein mag, dem situierten Wissen äusserlich, das die Peer-Arbeit begründet. Sie läuft Gefahr, die Supervision auf konventionelle klinische Kategorien zurückzuführen und damit im Herzen des Regulationsraums genau jenen Rollendrift zu reproduzieren, den dieser verhindern soll. Sie muss zudem unterscheiden können, was zur kulturellen und institutionellen Besonderheit der Peer-Rolle gehört und was auf strukturelle Zwänge zurückgeht, die für die gesamte Behandlungsprofession gelten.

Diese Feststellung deckt sich mit einem in der Literatur gut belegten Ergebnis: Ausbildung und Supervision zählen zu den am häufigsten genannten Bedürfnissen in Studien zur Peer-Arbeit, mit einer bestätigten Häufigkeit von 44 % (Walker & Bryant, 2013). Die Supervision durch eine Peer-Fachperson ist keineswegs optional, sondern erscheint als strukturelle Bedingung für die Tragfähigkeit der Rolle, besonders in den ersten Jahren eines noch im Aufbau befindlichen Dispositivs.

## **D.4. Kulturelle Transformationen**

Über ihre unmittelbaren Wirkungen auf die Patientinnen und Patienten und über ihre Reibungen mit den Spitallogiken hinaus erzeugt die Peer-Arbeit eine dritte Art von langfristigen Wirkungen: Sie wirkt auf die institutionelle Kultur selbst. Dieses Kapitel erschliesst diese Dimension in zwei Schritten. Es analysiert die im Pilotprojekt beobachteten konkreten kulturellen Wirkungen und fragt anschliessend, was die Peer-Arbeit mit der Institution macht — und ob diese Präsenz eher einem Kulturwandel entspricht oder einer pragmatischen Anpassung an die Zwänge eines unter Druck stehenden Systems.



### D.4.1 Pädagogik durch Präsenz

Der Einfluss der Peers auf die beruflichen Vorstellungen wirkt nicht über die formale Vermittlung von Wissen, sondern über etwas Unauffälligeres und Diffuseres: die Präsenz selbst. Ihre Teilnahme an Briefings, Gesprächsgruppen oder Ateliers ist eine Form impliziter Pädagogik. Sie wirkt zunächst auf die Patientinnen und Patienten, die in der Peer-Person eine Figur der Legitimierung ihres Erlebens finden — den verkörperten Beweis, dass ein ähnlicher Weg in eine Genesungsentwicklung münden kann. Sie wirkt aber auch, subtiler, auf die Fachpersonen: Die Weitergabe von Zeugnissen bereichert deren Verständnis von Suchtverläufen und nährt eine Empathie, die klinische Ausbildungen allein nicht immer hervorbringen können (Linder, 2020).

Die Peers übernehmen zudem eine Vermittlungsrolle zwischen der Welt der gelebten Erfahrung und jener der Institution. Besonders sichtbar wird diese Funktion bei den Ressourcen der Gemeinde (Selbsthilfegruppen wie AA, NA oder CA), die manche Behandlungsteams, namentlich temporär angestellte, kaum kennen oder zu wenig wertschätzen. Weil sie diese Räume persönlich besuchen, kennen die Peers deren tatsächliche Funktionsweise, deren Codes und deren Tragweite. Indem sie sie in Briefings oder Ateliers sichtbar machen, tragen sie dazu bei, das Verständnis von Behandlung über den streng spitalbezogenen Rahmen hinaus zu erweitern, und erinnern daran, dass Heilung sich auch — und manchmal vor allem — in Räumen abspielt, welche die Institution nicht kontrolliert.

### D.4.2 Zwischen institutionellem Hebel und Risiko der Instrumentalisierung

Im Kontext des Pilotprojekts gewährleiten die Peers faktisch eine relationale Kontinuität, welche die Institution aus eigener Kraft kaum sicherstellen kann. Sie halten die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten in den Zwischenräumen der Behandlung aufrecht, mildern teilweise die Folgen der Pflegefluktuation und erleichtern die Verbindung zu einem Netzwerk in der Gemeinde. Das wirft jedoch eine Frage auf, der die Daten auszuweichen verbieten: In welche Logik fügt sich dieser Nutzen ein?

Zwei Logiken bestehen in der heutigen Entfaltung der Peer-Arbeit nebeneinander, ohne sich zwingend zu widersprechen, aber auch ohne zusammenzufallen. Die erste ist eine Logik der Rationalisierung: kostengünstigere Personalressourcen zu mobilisieren, um Bedürfnisse zu decken, die das formale System nicht mehr vollständig abdecken kann. Die zweite ist eine Logik der Anerkennung: einzuräumen, dass die relationale Begleitung ein vollwertiger Bestandteil der Behandlung ist — kein geduldeter Zusatz, sondern eine konstitutive Dimension der Versorgung. Diese beiden Logiken sind nicht unvereinbar, doch die Spannung zwischen ihnen ist nicht belanglos: Sie bestimmt, wie die Peer-Arbeit gestützt, gerahmt und schliesslich verstetigt oder an den Rand gedrängt wird.

Was die Peer-Arbeit in jedem Fall bewirkt, ist, Bedürfnisse sichtbar zu machen, die schon vor ihr bestanden: das Bedürfnis nach Beziehung, nach Zeit, nach relationaler Kontinuität, nach Anerkennung des Erlebten. Indem sie diese benennt und ihre klinische Relevanz aufzeigt, zwingt sie die Institution, sich mit einigen ihrer blinden Flecken auseinanderzusetzen. Die in diesem Projekt beobachteten Spannungen (administrative Unsichtbarkeit, Schwierigkeit, die Arbeit zu formalisieren, statusbedingte Widerstände) sind keine Betriebsunfälle. Sie sind kennzeichnend für die Einführung innovativer Dispositive im institutionellen Umfeld und



besonders erwartbar, wenn diese Dispositive implizite Wissenshierarchien in Frage stellen (Shalaby et al., 2020; Burr et al., 2020). Die Vorurteile, denen Peers seitens mancher Kolleginnen und Kollegen begegnen, oder ihre noch marginale Beteiligung an Forschungsprozessen und an Entscheidungen der Versorgungspolitik zeugen von Widerständen, deren Tiefe nicht unterschätzt werden darf.

Die Peer-Arbeit kann einen wirklich transformativen Kulturwandel bewirken, wenn die Institution bereit ist, sich in Frage stellen zu lassen, und die Bedingungen für eine echte Integration schafft — mit den Ressourcen, der Anerkennung und den Beratungsräumen, die dies voraussetzt. Sie kann aber auch defensiven Widerstand oder gar ein allmähliches Verschwinden hervorrufen, wenn sie als Bedrohung statt als Ressource wahrgenommen wird. Die Herausforderung für die Weiterführung des Dispositivs besteht darin, die Bedingungen des ersten Szenarios aktiv zu pflegen: die Fragen, welche die Peer-Arbeit an die Institution stellt, ausdrücklich zu benennen, kollektive Diskussionsräume dazu zu schaffen und auf den bereits geknüpften Allianzen aufzubauen, um den Kreis der überzeugten Fachpersonen schrittweise zu erweitern.



## E. EMPFEHLUNGEN DER PEERS

*Die folgenden Empfehlungen wurden von Gaël Lehmann gemeinsam mit den Peers Corine Chevaux und Thomas Robertson erarbeitet.*

Es fällt mir schwer, diese Empfehlungen einzuleiten, ohne meinen eigenen Blick zu teilen: den eines Experten aus Erfahrung, der zum Begleiter dieser Peers geworden ist. Ein persönlicher Blick, geformt ausserhalb der Hörsäle.

Ich gehe hier von der Annahme aus, dass sich der Mensch im Teilen gemeinsamer Erfahrungen wiedererkennt und Halt findet — insbesondere im Teilen jener grossen Schwierigkeiten, die mit einer Sucht verbunden sind. Diesen Schwierigkeiten entspricht grosses Leid. Damit sind wir mitten in unserem Thema: der Isolation im Leid. Denn während manche Momente des Alleinseins für den menschlichen Weg wesentlich sind, kann Isolation tödlich sein.

Aus der Isolation herauszutreten, ohne sich zutiefst anerkannt zu fühlen, kann zur Qual werden: Sinnverlust, Todeswunsch, dann Aufgabe und Verzweiflung. Aufgabe und Verzweiflung führen uns aber in die falsche Richtung — weg von dem, wonach wir streben: einer besseren Lebensqualität. Verletzt und unverstanden schlagen wir dann einen Weg ein, der von äusserstem Leid genährt ist und die Züge eines Punktes ohne Wiederkehr annimmt: ein Weg der Scham, der Schuld, des Verlusts der Bürgerschaft und sogar der Entmenschlichung.

*« Die Peer-Person tritt hier vor dich hin — du selbst am Boden, verzweifelt und fatalistisch. In einem der schlimmsten Momente deines Lebens verkündet sie dir eine unerwartete, unvorstellbare Nachricht: Sie versteht dich, sie hat das durchgemacht, und es ist nie zu spät, wieder Geschmack am Leben zu finden. Das Glück, sagt sie dir, besteht aus kleinen Details, die sich in Freude und guter Laune summieren. Eine gute Laune, die belanglos ist, unauffällig und vor allem flüchtig: flüchtig, weil sie in jedem Augenblick auftauchen und verschwinden kann; belanglos, aber nicht oberflächlich. Du entdeckst, dass sie tief in deinem Innersten wurzelt und der beständigen, dumpfen Verstörung Konkurrenz macht.*

*Umgeben, verstanden und in deinem unermesslichen Leid geachtet, wird es möglich, wieder zu leben. Mit deinen heutigen körperlichen und psychischen Möglichkeiten kannst du die Hoffnung wiederfinden und erneut Freude am Leben empfinden. Mehr noch: Grosse Momente der Freude erwarten dich, entlang einer Kette kleiner Siege — Siege, dem Unmöglichen abgerungen. Denn das Unmögliche wird möglich, Müdigkeit verwandelt sich in Energie, und Bedauern wird zu verkörperter Annahme.*

*Aber ich bin nicht hier, um dir Luftschlösser zu verkaufen. Ich bin hier, jetzt, um einen Moment mit dir zu verbringen. Und wer lebt, wird sehen. »*

Die Losungen « par les pairs et pour les pairs ! » und « rien sur nous sans nous ! » erinnern daran, dass das Konzept der Genesung in einem Kontext von Misshandlungserfahrungen der Peers entstanden ist. Ausserhalb des sozial- und gesundheitsmedizinischen Feldes erklärt sich dieses Konzept leicht: Es meint schlicht eine menschliche und ganzheitliche Behandlung, die Zusammenarbeit im weiten Sinne fördert. In einem Versorgungssystem, das von struktureller Entmenschlichung geprägt ist, zielt die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung getragene Genesung darauf ab, die moderne Behandlung wieder zu einem Ganzen zu machen — zu einer Gemeinschaft von Menschen, die dafür kämpfen, das Wesentliche



eines Ortes der Behandlung nie aus den Augen zu verlieren: Gutes zu tun, Resilienz zu stützen und Krankheit ohne jedes Urteil aufzunehmen.

Zu den Empfehlungen möchte ich vier Punkte ansprechen:

### **Die Vorstellung der PAA in den Teams**

Die Literatur ist reich an Empfehlungen zur Einführung von Peer-Arbeit; ich beschränke mich hier auf einige Feststellungen aus diesem Pilotprojekt.

Wie wir in diesem Bericht gesehen haben, hängt die Integration der PAA von den strukturellen und organisatorischen Zwängen des Spitals ab, namentlich von der Fluktuation und vom Beizug temporären Personals.

Unabhängig von einer umfassenden Schulung des Spitalpersonals im Konzept der Genesung — ein Thema, das den Rahmen dieses Pilotprojekts sprengt — verdienen mehrere Stossrichtungen Beachtung:

- Die PAA sollten von einer vorgesetzten Person vorgestellt werden und ihre Erfahrung mit den bestehenden Teams teilen können, in einem strukturierten Rahmen, der die Erfahrungsexpertise und ihre Ergänzungsfunktion zum bestehenden Versorgungssystem hervorhebt. Dieses Vorgehen sollte regelmässig wiederholt werden, insbesondere beim Eintritt neuer Mitarbeitender.
- Neue Mitarbeitende sollten bereits bei der Anstellung darüber informiert werden, dass sie einem Team mit Peers beitreten. Eine kurze Vorstellung dieses entstehenden Berufs und seines Mehrwerts — für die Behandlungsfachpersonen wie für die Patientinnen und Patienten — wäre dabei hilfreich.
- In den Einheiten, die mit PAA zusammenarbeiten könnten, sowie für deren neue Mitarbeitende sollten systematische Informationsveranstaltungen zur Peer-Arbeit und, weiter gefasst, zum Konzept der Genesung durchgeführt werden. Idealerweise würden diese von eigens dafür beauftragten externen Peers geleitet.

### **Die Supervision durch Peers**

Es erscheint wesentlich, dass die PAA regelmässig eine Supervision durch Peers erhalten. Dieser Vorschlag beruht auf einer Grundannahme: Das Teilen einer gemeinsamen Erfahrung stellt einen erheblichen Mehrwert dar. Als « Expertinnen und Experten aus Erfahrung » können Peers andere unterstützen; diese klinisch tätigen Fachpersonen der psychischen Gesundheit können so künftige Peers auf dem Weg der beruflichen Integration begleiten. Wie oben erwähnt, ist es wichtig, ihr Interventionsfeld von jenem der anderen Behandlungsfachpersonen zu unterscheiden. In dieser Hinsicht erscheint die Supervision durch Peers als wirksames Mittel, die Eigenart dieses Berufs zu bewahren und damit seiner Angleichung entgegenzuwirken. Über die Supervisionsausbildungen hinaus lassen sich vier Voraussetzungen benennen.

Vorhanden sein sollten:



- Berufserfahrung mit der Integration in ein Spitalumfeld oder in eine medizinisch betreute Einrichtung vom Typ EPSM (medizinisch betreute psychosoziale Einrichtungen im Kanton Waadt);
- Erfahrung in der Intervention im Feld oder gute Kenntnisse des Handlungsbereichs;
- gute Kenntnis des Kontexts der Professionalisierung von Peers in der Westschweiz, mit regelmässiger Aktualisierung dieser Kenntnisse;
- eine gute Fähigkeit, die mit der Professionalisierung der Peers verbundenen Fragen (kulturelle, institutionelle usw.) von jenen zu unterscheiden, die zur strukturellen Organisation des Spitals gehören und die gesamte Behandlungsprofession betreffen (Zwänge und Funktionsweisen der Institution Spital).

### **Die Koproduktion des Projekts mit den Peers**

- Die PAA sowie eine auf die Einführung von Peer-Arbeit spezialisierte Organisation in alle Projektphasen einzubeziehen, scheint die Umsetzung erheblich zu erleichtern.

### **Die ideale Einheit: von Peers und für Peers**

Ich lasse mich hier von Pelletier (Pelletier et al., 2021) und dem von ihm beschriebenen afrikanischen Spital ohne Mittel inspirieren, in dem jede Patientin und jeder Patient eingeladen ist, an der Führung des Ortes mitzuwirken. Ich gestehe, dass ich von einer Einheit träume, die mehrheitlich aus Peers besteht und auf Selbstverwaltung beruht. Ein Traum, den ich in den Supervisionssitzungen mehrfach mit den PAA geteilt habe.

Die beiden in diesem Pilotprojekt angestellten PAA profitierten von einem besonderen Modell — einem in der Praxis verbreiteten Modell, in dem nahezu alle Fachpersonen ihr Wissen an zwei Orten verorten: beim klinischen oder beruflichen Wissen und beim Erfahrungswissen. Ärztin oder Arzt, Pflegefachperson, Mitglied der Hauswirtschaft: Alle sind betroffen und benennen ihr eigenes Erfahrungswissen zur Sucht. Ein Modell, das durch belastbare Ergebnisse geformt wurde.

Um auf den Kontext künftiger Einführungen von PAA zurückzukommen, empfehlen wir eine Einheit, die:

- aus einem Fachteam besteht, das Wissen an zwei Orten verortet: Fachpersonen, die ihr Erfahrungswissen zum Erleben von Sucht benennen, und PAA;
- täglich eine Palette von Gesprächs- und Therapiegruppen anbietet, die von Peers geleitet oder mitgeleitet werden;
- Selbstverwaltung und gegenseitige Hilfe unter Peers auf definierte und strukturierte Weise unterstützt.

Wir sind vom menschlichen, gesundheitlichen und strukturellen Nutzen überzeugt, den eine solche Spitaleinheit bieten würde.



## F. PERSPEKTIVEN UND SCHLUSSWORTE

Dieses Pilotprojekt hat es erlaubt, erste konkrete Grundlagen für eine in das Waadtländer Spital integrierte Peer-Arbeit zu legen. Es eröffnet mehrere Wege für die Zukunft.

Der erste betrifft die Verstetigung des Dispositivs: Es wird darum gehen, eine statutarische Anerkennung der Rolle der Peer-Arbeit innerhalb des CHUV zu formalisieren (den Anstellungsstatus zu klären, einen regelmässigen Supervisionsrahmen zu verankern und eine Finanzierung über die Pilotphase hinaus zu sichern), ohne dabei jene relationale Flexibilität zu verleugnen, die gerade ihren Mehrwert ausmacht.

Der zweite Weg besteht darin, eine breitere Reflexion über die Integration der Peer-Arbeit in weitere Dienste des CHUV oder in andere Spitäler der Westschweiz anzustossen — in einem Kontext zunehmender Professionalisierung des Feldes und erweiterter Überlegungen zur Verbreitung des Modells.



## G. BIBLIOGRAPHIE

- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Weidling, K., Kozel, B., et Gurtner, C. (2020). Peer support in Switzerland – Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, (29). <https://doi.org/10.1111/inm.12665>
- Byrne, L., Roennfeldt, H., Wolf, J., Linfoot, A., Foglesong, D., Davidson, L., et Bellamy, C. (2022). Effective Peer Employment Within Multidisciplinary Organizations: Model for Best Practice. *Administration and policy in mental health*, 49(2), 283–297. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A. et Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(4), 429– 441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
- Crisanti, A. S., Earheart, J., Deissinger, M., Lowerre, K., et Salvador, J. G. (2022). Implementation Challenges and Recommendations for Employing Peer Support Workers in Emergency Departments to Support Patients Presenting after an Opioid-Related Overdose. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095276>
- Collins, D., Alla, J., Nicolaidis, C., Gregg, J., Gullickson, D. J., Patten, A., et Englander, H. (2019). « If It Wasn't for Him, I Wouldn't Have Talked to Them » : Qualitative Study of Addiction Peer Mentorship in the Hospital. *Journal of general internal medicine*, 10.1007/s11606-019-05311-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05311-0>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Demilly, L., et Garnoussi, N. (2025). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences et Actions Sociales, Empowerment, participation, activation... Des concepts aux pratiques d'intervention sociale*, (1).
- Eddie, D., Hoffman, L., Vilsaint, C., Abry, A., Bergman, B., Hoepfner, B., Weinstein, C., et Kelly, J. F. (2019). Lived Experience in New Models of Care for Substance Use Disorder: A Systematic Review of Peer Recovery Support Services and Recovery Coaching. *Frontiers in psychology*, 10, 1052. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01052>
- Egli Anthonioz, N., Naula, M., et Bornet, G. (2024). Collaboration entre domaines des soins et spécialistes des addictions impliquant un service de liaison, des pairs-aidants ou du travail social — Revue des bénéfices, vécus et éléments de mise en œuvre (Numéro 168). *Addiction Suisse*.



- Englander, H., Gregg, J., Gullickson, J., Cochran-Dumas, O., Colasurdo, C., Alla, J., Collins, D., et Nicolaidis, C. (2020). Recommendations for integrating peer mentors in hospital-based addiction care. *Substance abuse*, 41(4), 419–424. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635968>
- Forchuk, C., Martin, M.— L., Sherman, D., Corring, D., Srivastava, R., O'Regan, T., Gyamfi, S. et Harerimana, B. (2020). An ethnographic study of the implementation of a transitional discharge model: peer supporters' perspectives. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), Article 18. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00353-y>
- Foye, U., Lyons, N., Shah, P., Mitchell, L., Machin, K., Chipp, B., Jeffreys, S., Jeynes, T., Persaud, K., Nicholls, V., Cooper, R. E., Grundy, A., Pemovska, T., Ahmed, N., Appleton, R., Repper, J., Johnson, S., Lloyd-Evans, B. et Simpson, A. (2025). Understanding the barriers and facilitators to delivering peer support effectively in England: a qualitative interview study. *BMC psychiatry*, 25(1), 480. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06850-z>
- Gardien, È. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale*, 20(4), 31-44. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0031>
- Gardien, È. (2010). La pairémulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France. *Rhizome*, 2010, 40, pp. 3-4. hal— 00673245
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>.
- Lennox, R., Lamarche, L., et O'Shea, T. (2021). Peer support workers as a bridge: a qualitative study exploring the role of peer support workers in the care of people who use drugs during and after hospitalization. *Harm reduction journal*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00467-7>
- Liebling, E. J., Perez, J. J. S., Litterer, M. M., et Greene, C. (2021). Implementing hospital-based peer recovery support services for substance use disorder. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 47(2), 229–237. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1841218>
- Linder, A. (2020). Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale. Une perspective sociologique. In *Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale. Une perspective sociologique*. Elsevier Masson.
- Maugiron, P., Gross, O., Fransolet, P., Klenorova, T., et Koenig, M. (2020). 5 — Légitimité de la pair-aidance professionnelle. In *Pair-aidance en santé mentale* (p. 61-70). Elsevier France. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00005-5>
- Pelletier, J.— F., et al. (2021). Se rétablir en santé mentale, fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance. Elsevier Masson
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Salim, O. et Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use



- disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(7), 853–861. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400047>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- SAMHSA (2023). *Incorporating Peer Support Into Substance Use Disorder Treatment Services (TIP 64)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. pp 18-19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK596262/>.
- Shalaby, R. A. H., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer Support in Mental Health: Literature Review. *JMIR Mental Health*, 7(6), Article 15572. <https://doi.org/10.2196/15572>
- Silver, J., et Nemec, P. B. (2016). The role of the peer specialists: Unanswered questions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 289–291. <https://doi.org/10.1037/prj0000216>
- Suter, C., et Favrod, J. (2020). 18 — Pair-aidance en Suisse romande. In *Pair-aidance en santé mentale* (p. 203-211). Elsevier France. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00018-3>
- OFAS, R. Müller de Menezes et E. Chiapparini (2021). « Et si vous nous donniez la parole ». Tenir compte des signes]. Disponible sur : <https://www.bundespublikationen.admin.ch/fr/product/000000000862691336/guide-pratique-participation>
- Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2020). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams : Results from a qualitative interview study. 263-269.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine*, 32(1), 20–47. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>



## H. ANHÄNGE

Christophe **Al Kurdi** (GREA, Senior-Projektleiter): Verantwortlich für die Leitung des Projekts Sucht im Spital und für die operative Führung mehrerer Teilprojekte.

Loïc **Menneret** (SMA, ICS und ADSD): Stellvertreter der Pflegedirektion und Pflegedienstleiter.

Charlène **Tripalo** (CORAASP, Koordinatorin des Kompetenzzentrums für Peer-Arbeit in der psychischen Gesundheit): Vorbereitung der ELMA auf die Aufnahme der Peers (Phase 1).

Gaël **Lehmann** (SYSTMD, Peer Koordinator): Coaching und externe Supervision der Peers, Mitwirkung bei Rekrutierung und Anstellung der Peers, Mitwirkung an den Überlegungen zur Integration der Peer-Arbeit im Spital.

Alice **Diebolt** (UHMA, Stationsleiterin Pflege [ICUS]): Mitverantwortliche für die Pflege im Liaison- und Mobilteam Sucht (ELMA) sowie für die Arbeitsorganisation der Peers innerhalb der UHMA.

Dr. med. Mélanie **De Almeida** (DCISA): Mitverantwortliche für die Pflege im Liaison- und Mobilteam Sucht (ELMA).

Andréa **Ehretsmann** (CORAASP, Peer-Praktikerin für psychische Gesundheit [PPSM] am Kompetenzzentrum für Peer-Arbeit in der psychischen Gesundheit): Vorbereitung der ELMA auf die Aufnahme der Peers (Phase 1).

Tania **Zambrano Ovalle** (CORAASP, Peer-Praktikerin für psychische Gesundheit [PPSM] am Kompetenzzentrum für Peer-Arbeit in der psychischen Gesundheit): Vorbereitung der ELMA auf die Aufnahme der Peers (Phase 1).

Sarah **Mariéthoz** (INTERFACE, Senior-Projektleiterin): Verantwortlich für die externe Evaluation des Pilotprojekts: organisatorische Aspekte, Einbettung des Teilprojekts « PP CHUV » in das Projekt Sucht im Spital.

Lucien **Rochat**: Supervision des quantitativen Teils.

Corine **Chevaux** (ELMA, UHMA, Peer im Suchtbereich [PAA]): Zur ELMA abgeordnet.

Thomas **Robertson** (ELMA, UHMA, Peer im Suchtbereich [PAA]): Zur ELMA abgeordnet.

Mariel **Hunziker** (SMA, Projektbeauftragte): Verantwortlich für die Erhebung und Konsolidierung der Daten.

Prof. Dr. Yasser **Khazaal** (SMA, Chefarzt): Verantwortlicher des Waadtländer Pilotprojekts im Dienst für Suchtmedizin (SMA).

*Präzisierung: Die ELMA besteht heute nicht mehr und wurde in die Leistungen der Einheit für intensive und gemeindenahе Behandlung (USIC) überführt, die in erster Linie von Mélanie de Almeida und Céline Ngniheula, Leiterin Sozialpädagogik, geführt wird.*