

# Vom Anspruch zur Umsetzung: Strategische Optionen für Patientenzentrierung

Wie Organisationen und Systeme Patientenzentrierung  
wirksam verankern können

**Susanne Gedamke**

Strategy Advisor | Structural Patient-Centered Care

Zürich | 2026

# Executive Summary

Patientenzentrierung ist in europäischen Gesundheitssystemen breit anerkannt, bleibt in der Umsetzung jedoch begrenzt. Die zentrale Herausforderung ist nicht mangelndes Engagement, sondern ein struktureller Widerspruch: Gesundheitssysteme sind auf Effizienz, Standardisierung und Steuerbarkeit ausgerichtet, während Patientenzentrierung Zeit, Flexibilität und gemeinsame Entscheidungsprozesse erfordert.

Dieses Papier skizziert drei strategische Optionen zur Integration von Patientenzentrierung unter realen Systembedingungen:

- 1. Schrittweise Integration in bestehende Strukturen**  
Geringes Risiko und politisch gut anschlussfähig, aber begrenzte strukturelle Wirkung.
- 2. Gezielte strukturelle Anpassungen**  
Grössere Wirkung durch Anpassungen bei Anreizen, Koordination und Entscheidungsprozessen, erfordert jedoch Ressourcenverschiebung und strategisches Commitment.
- 3. Parallele Strukturen und neue Modelle**  
Hohes Transformationspotenzial, aber schwerer zu skalieren und in bestehende Systeme zu integrieren.

Keine dieser Optionen reicht für sich allein aus. Ein rein schrittweiser Ansatz überwindet strukturelle Barrieren nicht. Umgekehrt drohen vollständig parallele Modelle, isoliert zu bleiben.

Die tragfähigste Strategie besteht deshalb darin, zentrale Barrieren im bestehenden System gezielt zu benennen und dort neue Modelle zu entwickeln, wo aktuelle Strukturen an ihre Grenzen stossen. Dafür braucht es klare Priorisierung und die Bereitschaft, Zielkonflikte offen zu bearbeiten. Patientenzentrierung kann nicht überall maximiert werden. Realistischer ist adaptive Patientenzentrierung, nämlich ein kontextabhängiger Ansatz, der sich an Patientenbedürfnissen, klinischer Situation und Systembedingungen orientiert.

Die zentrale Frage für Entscheidungsträger ist daher nicht, wie Patientenzentrierung überall umgesetzt werden kann, sondern wo sie besonders wichtig ist und welche Zielkonflikte dafür akzeptiert werden müssen.

# 1. Ausgangslage: Ein struktureller Widerspruch

Patientenzentrierung ist breit anerkannt, bleibt aber strukturell begrenzt. Der Grund ist, dass Gesundheitssysteme auf Effizienz, Standardisierung und Steuerbarkeit ausgerichtet sind. Patientenzentrierung hingegen benötigt Zeit, Flexibilität und gemeinsame Entscheidungsprozesse. Daraus entsteht eine grundlegende Spannung, die sich ohne explizite Priorisierung und strukturelle Anpassungen nicht auflösen lässt.

Die relevante Frage lautet daher nicht, ob Patientenzentrierung umgesetzt werden soll, sondern wie, wo und in welchem Ausmass.

# 2. Zielbild: Adaptive Patientenzentrierung

Ein realistischer Ansatz erfordert, Patientenzentrierung nicht als einheitliches, sondern adaptives Modell zu verstehen. Patientenzentrierung kann nicht in jeder Situation gleich umgesetzt werden. Die Umsetzung muss sich u.a. nach Kontext, Belastbarkeit und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten richten.

Das bedeutet einen Wechsel weg von standardisierten Beteiligungsmodellen hin zu situativ angepasster Einbindung.

In der Praxis heisst das:

- direkte Vorgehensweisen in akuten Situationen
- partizipative Ansätze bei chronischer oder komplexer Versorgung
- flexible Anpassung an Bedürfnisse und Präferenzen der Patientinnen und Patienten

Die strategische Herausforderung besteht somit nicht darin, Patientenzentrierung überall gleich umzusetzen, sondern sie dort wirksam zu integrieren, wo sie den grössten Mehrwert schafft.

## 4. Strategische Optionen

### Option 1: Schrittweise Integration in bestehende Strukturen

Patientenzentrierte Elemente werden in bestehende Abläufe und Strukturen integriert, ohne das Systemdesign grundlegend zu verändern.

Beispiele:

- Kommunikationstrainings
- Shared-Decision-Making-Instrumente
- verbesserte Patienteninformationen

#### Vorteile

- geringes Umsetzungsrisiko
- politisch gut anschlussfähig
- rasch initiiierbar

#### Grenzen

- begrenzte Wirkung
- abhängig vom individuellen Engagement
- strukturelle Begrenzungen bleiben bestehen

### Wann dieser Ansatz sinnvoll ist

Dieser Ansatz eignet sich vor allem dort, wo strukturelle Veränderungen politisch oder organisatorisch nur begrenzt möglich sind und die Bereitschaft für tiefgreifendere Reformen noch fehlt.

Er kann als Einstieg dienen, wenn Systeme Fortschritt sichtbar machen wollen, ohne ihre bestehende Leistungslogik zu verändern. Auch in Organisationen, in denen Führung und Mitarbeitende erst für das Thema sensibilisiert werden müssen, kann dieser Ansatz sinnvoll sein.

Der Ansatz sollte jedoch als Übergangsstrategie verstanden werden, nicht als langfristige Lösung. Für sich allein werden strukturelle Barrieren damit kaum überwunden werden können.

## Option 2: Gezielte strukturelle Anpassungen

Ausgewählte strukturelle Barrieren werden durch fokussierte Massnahmen adressiert.

Beispiele:

- Vergütung von Gesprächszeit
- Einführung von Patient-Navigator-Rollen
- Integration von Koordinationsfunktionen
- selektive Nutzung von PROMs und PREMs als Steuerungsinstrumente

### Vorteile

- messbare Wirkung
- bessere Abstimmung zwischen Anreizen und Verhalten
- weiterhin kompatibel mit der bestehenden Systemlogik

### Grenzen

- erfordert Ressourcenverschiebung
- bewirkt eher partielle als systemweite Veränderung
- Risiko neuer Fragmentierung, wenn Massnahmen nicht koordiniert werden

### Wann dieser Ansatz sinnvoll ist

Dieser Ansatz ist besonders wirksam in Systemen oder Organisationen, die bestehende Grenzen anerkennen und bereit sind, ausgewählte Barrieren gezielt anzugehen.

Er eignet sich insbesondere für Versorgungsbereiche mit hoher Komplexität, hohem Koordinationsbedarf und langfristiger Patienteneinbindung, etwa bei chronischen Erkrankungen oder Multimorbidität.

Voraussetzung ist ein Mindestmass an strategischem Commitment sowie die Bereitschaft, Ressourcen umzuverteilen und Anreize anzupassen. Wo diese Bereitschaft vorhanden ist, bietet dieser Ansatz den besten Ausgleich zwischen Machbarkeit und Wirkung.

## Option 3: Parallele Strukturen und neue Modelle

Neue Strukturen werden neben bestehenden Systemen entwickelt, um ein höheres Mass an Patientenzentrierung zu ermöglichen.

Beispiele:

- spezialisierte Patientennavigationsplattformen
- integrierte Versorgungsmodelle
- sektorenübergreifende Koordinationsstrukturen
- digitale Plattformen zur Entscheidungsunterstützung und Orientierung

### Vorteile

- höheres Transformationspotenzial
- weniger stark durch bestehende Strukturen begrenzt
- ermöglicht das Testen neuer Ansätze

### Grenzen

- höheres Risiko
- Integrationsprobleme
- erfordert Investitionen und langfristiges Commitment

### Wann dieser Ansatz sinnvoll ist

Dieser Ansatz wird relevant, wenn bestehende Strukturen an ihre Grenzen stossen und schrittweise Anpassungen nicht mehr ausreichen.

Er eignet sich besonders für innovationsorientierte Umfelder, Pilotregionen oder Organisationen, die bereit sind, in neue Modelle zu investieren und mehr Unsicherheit zu akzeptieren. Sinnvoll ist er auch dort, wo klar erkannt wird, dass wirksame Patientenzentrierung innerhalb der aktuellen Systembedingungen nicht ausreichend erreicht werden kann.

Sein Erfolg hängt jedoch davon ab, ob neue Strukturen später sinnvoll mit dem Gesamtsystem verbunden werden können. Andernfalls besteht das Risiko, dass es bei isolierten Lösungen bleibt.

## 5. Strategische Empfehlung

Es wird empfohlen, nicht eine der Optionen isoliert zu wählen, sondern zwei Ansätze gezielt zu verbinden:

Erstens sollten ausgewählte strukturelle Barrieren im bestehenden System konkret genannt werden. Dazu gehören Anreize, Koordinationsmechanismen, Entscheidungsprozesse sowie Rollen, die Orientierung und Kontinuität unterstützen.

Zweitens sollten dort neue Modelle entwickelt werden, wo bestehende Strukturen voraussichtlich nicht ausreichen, um substantielle Veränderung zu ermöglichen. Dazu können spezialisierte Navigationsangebote, integrierte Versorgungsmodelle oder sektorenübergreifende Koordinationsstrukturen gehören.

Ein rein schrittweiser Ansatz bleibt zu begrenzt, um strukturelle Barrieren zu überwinden. Ein vollständig paralleler Ansatz birgt dagegen das Risiko, isoliert zu bleiben und schwer skalierbar zu sein. Der tragfähigste Weg besteht daher darin, Patientenzentrierung innerhalb bestehender Systeme strukturell zu stärken, und gleichzeitig dort neue Modelle zu entwickeln, wo aktuelle Strukturen an ihre Grenzen stossen.

Dafür braucht es klare Priorisierung. Entscheidungsträger müssen definieren, wo Patientenzentrierung den grössten Mehrwert schafft, und welche Zielkonflikte sie in diesen Kontexten bereit sind zu akzeptieren.

## 6. Erste Schritte zur Umsetzung

Der Weg von Anspruch zu Umsetzung erfordert eine begrenzte Zahl fokussierter Schritte.

### 1. Strukturelle Voraussetzungen analysieren

Bevor Massnahmen definiert werden, müssen Organisationen verstehen, ob ihre Strukturen Patientenzentrierung tatsächlich ermöglichen. Eine strukturelle Standortbestimmung kann sichtbar machen, wo Patientenzentrierung durch Governance, Entscheidungsprozesse, Koordination, Anreize, professionelle Rollen, Patient Journey und Steuerung unterstützt wird, und wo sie begrenzt bleibt.

## **2. Kontexte mit hohem Mehrwert identifizieren**

Patientenzentrierung sollte anschliessend dort priorisiert werden, wo sie voraussichtlich den grössten Mehrwert schafft, etwa in der chronischen, komplexen oder sektorenübergreifenden Versorgung.

## **3. Das passende Mass an Einbindung definieren**

Nicht jede Situation erfordert dasselbe Ausmass an Patientenbeteiligung. Es sollte geklärt werden, wo gemeinsame Entscheidungsprozesse, professionelle Orientierung oder stärker direktive Vorgehensweisen angemessen sind.

## **4. Ermöglichende Strukturen anpassen**

In den ausgewählten Kontexten müssen zentrale strukturelle Bedingungen gezielt angepasst werden. Dazu gehören Zeitstrukturen, Anreize, Koordinationsrollen, Entscheidungsprozesse und Verantwortlichkeiten.

## **5. Fachpersonen entlasten**

Patientenzentrierung ist nicht nachhaltig, wenn sie zusätzlich auf bereits verdichtete klinische Arbeitsrealitäten aufgesetzt wird. Die Umsetzung muss Bedingungen schaffen, unter denen Fachpersonen patientenzentrierte Praktiken im Alltag tatsächlich anwenden können.

## **6. Neue Modelle in klar definierten Settings testen**

Wo bestehende Strukturen nicht ausreichen, sollten neue Modelle in abgegrenzten Kontexten pilotiert werden. Dazu können Navigationsrollen, integrierte Versorgungsmodelle oder digitale Instrumente gehören, die Orientierung und Entscheidungsprozesse unterstützen.

Diese Schritte beseitigen strukturelle Spannungen nicht vollständig. Sie machen sie jedoch sichtbar, bearbeitbar und handlungsfähig.

**Susanne Gedamke**

Strategy Advisor | Structural Patient-Centered Care

[www.susanne-gedamke.com](http://www.susanne-gedamke.com)

[susanne@susanne-gedamke.com](mailto:susanne@susanne-gedamke.com)