

# Die strukturellen Grenzen der Patientenzentrierung

Warum das Konzept im realen Versorgungssystem schwer umsetzbar ist

## Kernaussage

Patientenzentrierung ist in europäischen Gesundheitssystemen breit anerkannt, bleibt jedoch strukturell begrenzt. Dies liegt nicht primär an mangelndem Willen, sondern spiegelt einen grundlegenden Widerspruch wider zwischen dem, was Gesundheitssysteme leisten sollen, und dem, was Patientenzentrierung erfordert.

Solange dieser Widerspruch nicht adressiert wird, lässt sich Patientenzentrierung leichter propagieren als in der Praxis verwirklichen.

**Susanne Gedamke**

Strategy Advisor | Structural Patient-Centered Care

## Die strukturelle Spannung

Gesundheitssysteme sind ausgerichtet auf Effizienz und Standardisierung sowie messbare Leistungen und Kostenkontrolle. Patientenzentrierung hingegen erfordert Zeit und Beziehungskontinuität, Individualisierung und Flexibilität sowie gemeinsame Entscheidungsprozesse unter Unsicherheit.

Diese beiden Logiken sind nur begrenzt vereinbar. Die zentrale Fehlannahme im Gesundheitswesen besteht darin, dass sie sich gleichzeitig maximieren lassen. In der Praxis bedeutet mehr Patientenzentrierung demnach auch konkrete Zielkonflikte mit direkten Auswirkungen auf Produktivität, Planbarkeit und Steuerbarkeit.

## Warum Patientenzentrierung begrenzt bleibt

Diese Lücke zwischen Anspruch und Realität ist strukturell bedingt. Die entscheidende Frage ist nicht, ob Organisationen Patientenzentrierung unterstützen, sondern ob ihre Strukturen Patientenzentrierung ermöglichen.

### Anreize werden anders gesetzt

Gesundheitssysteme in ihrer aktuellen Form belohnen

- möglichst Eingriffe
- möglichst hohes Volumen
- messbare Aktivitäten

Sie belohnen nicht:

- Kommunikation
- Koordination
- Berücksichtigung von Patientenpräferenzen

### Zeit ist strukturell begrenzt

Die Gesundheitsversorgung ist organisiert entlang von hohen Fallzahlen und eng getakteten Abläufen. Patientenzentrierung erfordert jedoch Zeit für Klärung, iterative Entscheidungsprozesse und Raum für Unsicherheit. Diese Logiken sind im Versorgungsalltag kaum vereinbar.

## **Fragmentierung verlagert Verantwortung auf Patientinnen und Patienten**

Patientinnen und Patienten bewegen sich durch verschiedene Versorgungsbereiche und Institutionen.

An den Schnittstellen:

- ist Koordination schwach
- sind Zuständigkeiten unklar
- ist Information unvollständig

So finden sich Patientinnen und Patienten oft in der Rolle wieder, die einzigen mit einem Gesamtüberblick zu sein. Damit werden sie implizit dazu gezwungen, ihren Patientenpfad selbst zu managen.

## **Standardisierung begrenzt Individualisierung**

Leitlinien und Behandlungspfade ermöglichen Skalierung und Sicherheit. Sie basieren jedoch auf Durchschnittsfällen und nicht auf individuellen Lebensrealitäten.

Wirksame Patientenzentrierung erfordert häufig eine bewusste Abweichung vom Standard.

## **Professionelle Rollen geraten unter Druck**

Patientenzentrierung bedeutet, Entscheidungen zu teilen und Unsicherheit offen zu kommunizieren. Die klinische Realität verlangt jedoch klare Empfehlungen und Verantwortungsübernahme durch Fachpersonen. In der Praxis bleiben Entscheidungen daher häufig gelenkt, statt tatsächlich gemeinsam getroffen.

## **Ein funktionierendes System, aber kein Patientenzentriertes**

Das aktuelle System ist nicht dysfunktional. Es liefert qualitativ hochwertige Versorgungsleistungen, stabile Abläufe und planbare Ergebnisse.

Viele Akteure profitieren davon:

- Leistungserbringer: effiziente Prozesse
- Versicherer: Steuerbarkeit der Kosten
- Industrie: skalierbare Modelle
- Politik: messbare Leistungsindikatoren

Patientenzentrierung wiederum birgt Variabilität, Zeitbedarf und Unsicherheit und stellt damit die bestehende Systemlogik infrage.

## **Warum die Lücke bestehen bleibt**

- Es gibt keinen klaren Verantwortlichen
- Anreizsysteme bleiben unverändert
- Kosten entstehen sofort, Nutzen verzögert
- Strukturelle Veränderungen sind politisch schwierig
- kulturelle Initiativen werden nicht durch strukturelle Anpassungen gestützt

Die Folge: Patientenzentrierung wird breit unterstützt, aber nicht priorisiert.

## **Was Entscheidungsträger berücksichtigen müssen**

Die zentrale Barriere für Patientenzentrierung ist nicht mangelnde Erkenntnis, sondern die Vermeidung von Zielkonflikten.

Patientenzentrierung in größerem Massstab umzusetzen bedeutet:

- weniger Fälle pro Tag
- mehr Zeit pro Patientin / Patient
- mehr Umgang mit Unsicherheit
- teilweise weniger Interventionen

# Implikationen

## 1. Strukturelle Voraussetzungen analysieren

Bevor Massnahmen definiert werden, müssen Organisationen verstehen, ob ihre Strukturen Patientenzentrierung tatsächlich ermöglichen. Dazu gehören Governance, Anreize, Entscheidungsprozesse, Koordination, professionelle Rollen, Patient Journey und Steuerung.

## 2. Von Anspruch zu Priorisierung

Nicht alle Ziele lassen sich gleichzeitig maximieren. Es braucht klare Entscheidungen, wo Patientenzentrierung Vorrang hat.

## 3. Anreize ausrichten

Ohne Anpassungen bei:

- Finanzierung
- Zeitstrukturen
- Steuerungsgrössen

wird es keine substanziellen Veränderungen hin zu mehr Patientenzentrierung geben.

## 4. Zielkonflikte explizit machen

Zielkonflikte zu vermeiden, löst sie nicht. Im Gegenteil: Es verhindert wirksame Umsetzung.

## 5. Adaptiven Ansatz verfolgen

Patientenzentrierung kann nicht einheitlich umgesetzt werden. Unterschiedliche Kontexte erfordern unterschiedliche Formen der Einbindung.

## 6. Koordination und Navigation stärken

Häufig fehlt es an klarer Verantwortung für:

- Orientierung im System
- Kontinuität der Versorgung
- sektorenübergreifende Koordination

Diese Funktionen müssen strukturell verankert werden.

**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)