

Die strukturellen Grenzen der Patientenzentrierung

Warum gute Absichten nicht ausreichen und was dies für Entscheidungsträger bedeutet

Susanne Gedamke

Strategy Advisor | Structural Patient-Centered Care

Executive Summary

Patientenzentrierung ist zu einem der am breitesten anerkannten Prinzipien in der modernen Gesundheitsversorgung geworden. In europäischen Gesundheitssystemen ist das Konzept fest in politischen Strategien, Organisationsleitbildern und fachlichen Debatten verankert. Trotz dieses breiten Konsenses bleibt die praktische Umsetzung begrenzt, uneinheitlich und häufig oberflächlich.

Dieses White Paper argumentiert, dass dies nicht primär an mangelndem Willen liegt. Vielmehr spiegelt es einen strukturellen Widerspruch wider:

Gesundheitssysteme sind nicht darauf ausgelegt, Patientenzentrierung umzusetzen.

Während Patientenzentrierung Zeit, Individualisierung und gemeinsame Entscheidungsprozesse erfordert, sind aktuelle Gesundheitssysteme auf Effizienz, Standardisierung und messbare Leistungen ausgerichtet. Diese Logiken sind nur begrenzt miteinander vereinbar. Der Versuch, beides gleichermaßen umzusetzen, erzeugt inhärente Spannungen.

In der Folge sind Patientenzentrierung häufig enge Grenzen gesetzt. Das Konzept ist sichtbar in Kommunikation, Initiativen und formalen Prozessen, aber selten in den Kernstrukturen des Systems verankert, etwa in Finanzierung, Organisation und Leistungssteuerung.

Zentrale Dynamiken, die zu dieser Lücke beitragen, sind:

- **Anreizsysteme**, die Aktivität belohnen und Eingriffe sowie Volumen stärker gewichten als Kommunikation, Koordination und gemeinsame Entscheidungsprozesse
- **zeitliche und organisatorische Strukturen**, die offene Gespräche und iterative Entscheidungsprozesse begrenzen
- **Fragmentierung zwischen Leistungserbringern und Versorgungssektoren**, wodurch Verantwortung für Koordination zu Patientinnen und Patienten verlagert wird
- **zunehmende Standardisierung**, die mit der Berücksichtigung individueller Lebensrealitäten in Konflikt geraten kann
- **professionelle und institutionelle Erwartungen**, die Kontrolle, Planbarkeit und klare Verantwortung gegenüber geteilter Verantwortung bevorzugen

Die begrenzte Umsetzung von Patientenzentrierung ist somit nicht das Ergebnis von Widerstand einzelner Akteure. Im Gegenteil: Patientenzentrierung wird von Patientinnen und Patienten, Fachpersonen, Organisationen und Politik breit unterstützt.

Jedoch agieren alle diese Akteure innerhalb von Strukturen, die grundlegende Veränderung erschweren. Viele profitieren zudem direkt oder indirekt von einem System, das planbar, standardisiert und steuerbar bleibt. Dadurch entsteht ein stabiles Gleichgewicht, in dem Patientenzentrierung im Grundsatz befürwortet wird,

in der Praxis aber kaum umgesetzt werden kann.

Patientenzentrierung scheitert somit nicht daran, dass das Konzept abgelehnt wird.

Patientenzentrierung bleibt begrenzt, weil die Zielkonflikte, die ihre konsequente Umsetzung erfordern würde, weder genannt noch gelöst werden.

Diese Begrenzungen anzuerkennen, schwächt die Bedeutung von Patientenzentrierung nicht. Im Gegenteil: Nur so kann eine realistische Grundlage für Veränderung geschaffen werden. Statt Patientenzentrierung als einheitliches Ideal zu behandeln, braucht es einen pragmatischeren Ansatz, in dem der Kontext berücksichtigt wird, Prioritäten gesetzt werden und situative Anpassungen möglich sind.

Die zentrale Herausforderung besteht daher nicht darin, Patientenzentrierung überall vollständig zu verwirklichen, sondern zu identifizieren, wo sie besonders wichtig ist, und sie dort innerhalb bestehender struktureller Grenzen wirksam umzusetzen.

1. Patientenzentrierung: Ein Konzept, an dem niemand zweifelt

Patientenzentrierung ist zu einem der am meisten kommunizierten Prinzipien in der modernen Gesundheitsversorgung geworden. Das Konzept erscheint in politischen Strategien, institutionellen Leitbildern und Qualitätskonzepten in Europa und darüber hinaus. Nur wenige Konzepte werden so breit unterstützt und praktisch nicht hinterfragt.

Dies hat gute Gründe, denn normativ ist die Idee überzeugend: Versorgung soll sich an den Bedürfnissen, Präferenzen und Lebensrealitäten von Patientinnen und Patienten ausrichten. Entscheidungen sollen gemeinsam getroffen werden. Kommunikation soll transparent sein. Systeme sollen primär um den Menschen herum organisiert werden, nicht um Institutionen.

Und doch sieht die praktische Realität anders aus. Patientenzentrierung ist häufig in der Sprache sichtbar, aber deutlich weniger in den Strukturen. Das Konzept ist in Projekten präsent, aber selten im Kerndesign des Systems verankert. Es wird in Schulungen vermittelt, ist im Alltag aber schwer dauerhaft umzusetzen.

Diese Lücke ist nicht einfach das Ergebnis von zu wenig Engagement oder schlechter Umsetzung. Sie verweist auf eine tiefere strukturelle Spannung: Patientenzentrierung kann innerhalb der aktuellen Logik vieler europäischer Gesundheitssysteme im Grunde nicht umgesetzt werden.

Um diese Spannung zu verstehen, reicht es nicht, nur zu fragen, wie Patientenzentrierung stattdessen umgesetzt werden kann. Die grundlegendere Frage lautet:

Was passiert, wenn ein Konzept, das Flexibilität, Zeit und gemeinsame Entscheidungsprozesse erfordert, in ein System eingeführt wird, das auf Effizienz, Standardisierung und Kontrolle optimiert ist?

Gesundheitssysteme unterscheiden sich von Land zu Land. Dieses Dokument konzentriert sich daher primär auf europäische Gesundheitssysteme. Trotz institutioneller Unterschiede – etwa bei Finanzierungsmodellen, Zentralisierungsgrad oder Rolle privater Akteure – teilen diese Systeme zentrale strukturelle Merkmale: starke professionelle Hierarchien, zunehmenden ökonomischen Druck und eine wachsende Orientierung an Effizienz und Standardisierung.

Gerade in diesem gemeinsamen Kontext werden die strukturellen Grenzen von Patientenzentrierung besonders sichtbar.

2. Die zentrale Illusion

Die zentrale Illusion der Patientenzentrierung liegt in der Annahme, dass sie umgesetzt werden kann, ohne das System grundlegend zu verändern.

Viele Initiativen beruhen implizit auf der Vorstellung, dass Gesundheitssysteme gleichzeitig Effizienz, Standardisierung, klinische Qualität und Patientenzentrierung maximieren können. Mit genügend Engagement, Schulung und gutem Willen, so die Annahme, müssten sich diese Ziele miteinander vereinbaren lassen. In der Praxis ist das jedoch nicht der Fall.

Effizienz und Skalierbarkeit beruhen auf Standardisierung und Planbarkeit und erfordern Prozesse, die wiederholbar, messbar und steuerbar sind.

Patientenzentrierung hingegen beruht auf Individualisierung, offenen Gesprächen und der Fähigkeit, mit Unsicherheit umzugehen. Es braucht Zeit, Flexibilität und Reaktionsfähigkeit auf Kontexte, die sich nicht vollständig standardisieren lassen.

Das ist keine kleine Spannung. Es ist ein struktureller Widerspruch. Dieser lässt sich wie folgt begründen:

Erstens herrscht die Vorstellung vor, dass Entscheidungsmacht geteilt werden kann, ohne Verantwortung tatsächlich zu verschieben. In Wirklichkeit bedeutet Patientenzentrierung, dass Verantwortung geteilt wird und damit auch Ergebnisse weniger vorhersehbar werden. Für Fachpersonen und Organisationen stellt dies tief verankerte Überzeugen infrage und wirft ebenfalls Fragen zu Haftung und Risikokontrolle auf.

Zweitens beruht das Konzept häufig auf einem zu rationalen Bild von Patientinnen und Patienten. In diesem Bild sind Menschen durchgehend willens und in der Lage, komplexe Informationen zu verarbeiten, Optionen abzuwägen und aktiv an Entscheidungen mitzuwirken. In der Praxis sind Patientinnen und Patienten jedoch oft überfordert, emotional belastet oder ambivalent. Viele möchten einbezogen werden, aber nicht immer auf dieselbe Weise und nicht immer im selben Ausmass.

Drittens besteht die Annahme, dass die Beziehungsebene in der Gesundheitsversorgung standardisiert und skaliert werden kann. Kommunikationsleitfäden, Entscheidungshilfen und strukturierte Gespräche sollen Patientenzentrierung unterstützen. Diese Instrumente können hilfreich sein, ersetzen jedoch nicht die grundsätzlich relationale Natur von Versorgung. Vertrauen und Verständnis lassen sich nicht auf Checklisten festhalten.

Schliesslich hält sich hartnäckig die Vorstellung, dass Kulturwandel allein genügt, um Patientenzentrierung umzusetzen. Schulungen, Definitionen von Werten und Sensibilisierungsmassnahmen sollen Haltungen und Verhalten verändern. Solange jedoch Zeitdruck, finanzielle Anreize und Organisationsstrukturen unverändert bleiben, ist deren Wirkung begrenzt. Verhalten folgt langfristig eher Strukturen als Absichten.

Zusammen erzeugen diese Annahmen ein mächtiges, aber irreführendes Narrativ: Patientenzentrierung könne bestehenden Systemen hinzugefügt werden, ohne grundlegende Zielkonflikte auszulösen. In der Realität ist dies nicht der Fall. Patientenzentrierung scheitert nicht daran, dass Akteure sie ablehnen, sondern daran, dass niemand bereit oder in der Lage ist, den Preis ihrer konsequenten Umsetzung zu zahlen.

Konkret umfasst dieser Preis weniger Fälle pro Tag, mehr Zeit pro Patientin/Patient, mehr Unsicherheit in Entscheidungsprozessen und in manchen Situationen weniger Interventionen. Solange diese Zielkonflikte implizit bleiben, wird Patientenzentrierung im Grundsatz weiter propagiert, in der Praxis aber begrenzt.

3. Die Systemlogik hinter dem Scheitern

Patientenzentrierung wird häufig als Verhaltensfrage verstanden, z.B. als Kommunikation oder als Haltung. Diese Faktoren sind wichtig, jedoch verdecken sie oft das grundlegendere Problem. Die Grenzen von Patientenzentrierung sind nicht primär verhaltensbezogen, sondern struktureller Natur.

In europäischen Gesundheitssystemen prägen bestimmte Systemlogiken durchgehend, wie die Gesundheitsversorgung organisiert, erbracht und bewertet wird. Diese Logiken sind nicht per se falsch. In vielerlei Hinsicht sind sie notwendig, um Qualität, Sicherheit und Zugang in grossem Massstab zu gewährleisten.

Die Logiken sind jedoch nicht auf die Anforderungen von Patientenzentrierung ausgerichtet. Im Kern liegt ein grundlegender Widerspruch zwischen dem, worauf das System optimiert ist, und dem, was umgesetzte Patientenzentrierung erfordern würde.

Ein System für Behandlung, nicht für Beziehung

Moderne Gesundheitssysteme sind darauf ausgelegt, grosse Mengen an Patientinnen und Patienten effizient zu versorgen. Terminstrukturen, klinische Abläufe und Organisationsziele orientieren sich an planbaren Leistungen und hoher Ressourcenauslastung. Konsultationen sind oft eng getaktet und Entscheidungen müssen schnell getroffen werden. Die Prozesse sind somit darauf ausgelegt, Patientinnen und Patienten kontrolliert und effizient durch das System zu führen.

Patientenzentrierung folgt jedoch einer anderen Zeitlogik. Sie braucht Raum für offene Gespräche, für Fragen, die nicht vorab definiert sind, und für Entscheidungen, die sich im Verlauf entwickeln. Sie umfasst Pausen, erneutes Abwägen und die Auseinandersetzung mit individuellen Präferenzen. Das sind Elemente, die sich nur schwer in standardisierte Zeitfenster einfügen.

Das Ergebnis ist eine strukturelle Spannung: Was aus Systemsicht als effizient gilt, begrenzt, was aus Patientensicht möglich wäre.

Das System belohnt erbrachte Leistungen und nicht passende Versorgung

Finanzierungs- und Anreizstrukturen verstärken diese Spannung. In den meisten europäischen Gesundheitssystemen werden vor allem messbare Leistungen systematisch vergütet, nämlich Diagnosen und Behandlungen. Diese Elemente sind klar definiert, kodifiziert und abrechenbar.

Viele zentrale Elemente von Patientenzentrierung bleiben hingegen weitgehend unsichtbar: Zuhören, Koordination zwischen Leistungserbringern oder gemeinsame Entscheidungsprozesse sind zeitintensiv, aber häufig schwach incentiviert oder gar nicht vergütet.

Dadurch entsteht ein vorhersehbares Muster: Organisationen und Fachpersonen setzen das um, was gemessen und belohnt wird, auch wenn sie sich gleichzeitig zu patientenzentrierten Idealen bekennen. Aus dieser Perspektive ist die begrenzte Umsetzung von Patientenzentrierung nicht überraschend. Sie ist strukturell konsistent mit den bestehenden Anreizen.

Fragmentierung und fehlende Verantwortung

Ein weiteres prägendes Merkmal von Gesundheitssystemen ist ihre Fragmentierung. Patientinnen und Patienten bewegen sich typischerweise zwischen verschiedenen Leistungserbringern, Institutionen und Sektoren: Grundversorgung, spezialisierte Versorgung, Rehabilitation, Langzeitpflege etc. . Jeder dieser Bereiche folgt einer eigenen Logik, mit eigenen Zuständigkeiten, Informationssystemen und Kennzahlen.

An den Schnittstellen zwischen diesen Akteuren findet häufig noch wenig Koordination statt. Das führt dazu, dass Informationen verloren gehen, Zuständigkeiten unklar werden, und Patientinnen und Patienten die Lücken selbst überbrücken müssen.

Paradoxerweise sind Patientinnen und Patienten oft die einzigen Akteure mit einer durchgehenden Perspektive auf ihren Weg durch das System, und zugleich diejenigen, die am wenigsten strukturell dabei unterstützt werden, diese Rolle auszufüllen.

Patientenzentrierung setzt Kontinuität, Orientierung und gemeinsames Verständnis über Versorgungsgrenzen hinweg voraus. Fragmentierung untergräbt genau diese Bedingungen systematisch.

Standardisierung versus Individualisierung

Um Komplexität zu bewältigen und Sicherheit zu gewährleisten, stützen sich Gesundheitssysteme stark auf Standardisierung, z.B. Leitlinien, Behandlungspfade und evidenzbasierte Protokolle. Diese Instrumente sind sehr wichtig, da sie Entscheidungen stützen und einen Schutz vor vermeidbarem Schaden bieten.

Gleichzeitig beruhen sie auf populationsbezogener Evidenz und Durchschnittsfällen. Patientenzentrierung hingegen bewegt sich auf der Ebene individueller Situationen, nämlich dort, wo Präferenzen, Lebensumstände und Werte von Standardannahmen abweichen können. Daraus entsteht eine inhärente Spannung. Je stärker Systeme auf Standardisierung ausgerichtet sind, desto schwieriger wird es, individuelle Unterschiede in sinnvoller Weise zu berücksichtigen.

Patientenzentrierung erfordert häufig bewusste Abweichungen von standardisierten Pfaden. Dies ist ein Schritt, der professionell, organisatorisch und rechtlich unangenehm sein kann.

Professionelles Selbstbild und der Umgang mit Unsicherheit

Strukturelle Begrenzungen werden durch die Sozialisation von Fachpersonen verstärkt. In der medizinischen und pflegerischen Ausbildung werden Verantwortung, Entscheidung unter Unsicherheit und die Pflicht thematisiert, im besten Interesse der Patientinnen und Patienten zu handeln. Dies führt häufig zu einer starken Orientierung an klaren Empfehlungen und an der Reduktion von Ambiguität.

Patientenzentrierung hingegen bringt eine andere Erwartung mit sich, nämlich Unsicherheit offen zu kommunizieren, nicht-medizinische Perspektiven einzubeziehen und Verantwortung für Entscheidungen mit Patientinnen und Patienten zu teilen.

Das ist keine kleine Anpassung, sondern berührt tief verankerte professionelle Identitäten und erhöht sowohl die kognitive als auch die emotionale Belastung von Fachpersonen.

Im klinischen Alltag, in dem Zeit begrenzt und Verantwortlichkeit hoch bleibt, ist es daher verständlich, dass viele Interaktionen in stärker direktive Muster zurückfallen, selbst wenn Fachpersonen patientenzentrierte Prinzipien grundsätzlich unterstützen.

Was gemessen wird und was nicht

Schliesslich werden Gesundheitssysteme wesentlich durch das geprägt, was sie messen. Leistungsindikatoren konzentrieren sich typischerweise auf klinische Ergebnisse, Komplikationsraten, Aufenthaltsdauer und Kosten. Diese Kennzahlen sind für Systemsteuerung unverzichtbar, erfassen aber nur einen Teil dessen, was für Patientinnen und Patienten relevant ist.

Aspekte wie Entscheidungsqualität, Patientenverständnis oder die Passung der Behandlung zur individuellen Lebensrealität sind deutlich schwerer zu quantifizieren. Deshalb bleiben sie in formalen Evaluations- und Steuerungssystemen häufig rudimentär. Organisationen optimieren, was sichtbar und messbar ist. Patientenzentrierung bleibt zu einem grossen Teil ausserhalb dieser Sichtbarkeit.

Zusammen ergeben diese strukturellen Elemente eine kohärente Systemlogik. Gesundheitssysteme sind hoch wirksam darin, Krankheiten zu behandeln, standardisierte Interventionen bereitzustellen und operative Effizienz aufrechtzuerhalten. In diesem Sinn sind sie nicht dysfunktional, jedoch nicht primär darauf ausgelegt, individuelle Patientenperspektiven, Präferenzen und Lebensrealitäten systematisch in Entscheidungsprozesse zu integrieren.

4. Ein funktionierendes System, aber kein Patientenzentriertes

Aus systemischer Perspektive wird die begrenzte Umsetzung von Patientenzentrierung häufig als Defizit verstanden, nämlich als Lücke zwischen Anspruch und Realität. Diese Deutung ist jedoch unvollständig.

Was aus einer Perspektive als Scheitern erscheint, kann aus einer anderen Perspektive als Erfolg verstanden werden. Gesundheitssysteme sind in ihrer heutigen Funktionsweise keine neutralen Umgebungen, die Patientenzentrierung einfach noch nicht erreicht haben. Sie sind so strukturiert, dass sie bestimmte Ziele priorisieren und diese relativ erfolgreich erfüllen.

Sie erbringen grosse Mengen an Behandlungen, gewährleisten ein hohes Mass an Standardisierung und sichern Planbarkeit und Kontrolle in komplexen Umgebungen. In diesem Sinn versagt das System nicht. Es funktioniert entsprechend seinem Design.

Warum das System stabil bleibt

Eine Vielzahl von Akteuren bewegt sich innerhalb dieses Systems, u.a. Leistungserbringende, Versicherer, Industrie, Politik und Fachpersonen. Jeder Akteur folgt einer eigenen Logik, geprägt durch spezifische Verantwortlichkeiten und Zwänge. Trotz ihrer Unterschiede sind diese Akteure in einem wichtigen Punkt verbunden: Sie profitieren direkt oder indirekt von einem System, das planbar, standardisiert und steuerbar bleibt.

- Leistungserbringer sind auf stabile Abläufe und hohe Auslastung angewiesen, um operativ und finanziell tragfähig zu bleiben.
- Versicherer benötigen Vergleichbarkeit und Standardisierung, um Kosten zu kontrollieren und Risiken zu steuern.
- Industrieakteure profitieren von skalierbaren Anwendungen und leitlinienbasierten Behandlungspfaden.
- Die Politik braucht Systeme, die regulierbar, messbar und in relativ einfachen Begriffen kommunizierbar sind.

Patientenzentrierung in einer ambitionierteren Form stellt diese Ausrichtung infrage, denn sie bringt Variabilität dort hinein, wo Planbarkeit geschätzt wird, braucht Zeit dort, wo Effizienz priorisiert wird und betont individuellen Kontext dort, wo Standardisierung für Skalierung notwendig ist. Aus Systemsicht sind dies keine marginalen Anpassungen. Es sind potenzielle Quellen von Instabilität.

Die verborgene Logik von “gut genug”

Im aktuellen System entsteht eine Art Gleichgewicht. Patientenzentrierung wird rhetorisch breit unterstützt. Das Konzept ist in Strategien, Projekten und Schulungen präsent. Gleichzeitig bleibt die Umsetzung durch die Hürden im bestehenden System begrenzt.

Damit entsteht ein Zustand, in dem Patientenzentrierung weder vollständig verwirklicht noch vollständig abwesend ist. Patientenzentrierung ist sichtbar, aber begrenzt, wird gefördert, aber kontrolliert. In vielen Kontexten ist dieses Gleichgewicht funktional. Es erlaubt Systemen, ihre Kernleistung aufrechtzuerhalten und gleichzeitig auf veränderte Erwartungen zu reagieren.

Das Ergebnis lässt sich als Patientenzentrierung beschreiben, die “gut genug” ist: ausreichend, um normative Erwartungen zu erfüllen, aber nicht transformativ genug, um bestehende Strukturen zu stören.

Kurzfristige Funktionalität versus langfristige Folgen

Dass dieses Gleichgewicht bestehen bleibt, ist kein Zufall. Für viele Akteure bietet das bestehende System kurzfristige Vorteile. Es ermöglicht effiziente Arbeitsabläufe, klare Zuständigkeiten und handhabbare Unsicherheit. Es reduziert die kognitive und emotionale Belastung von Fachpersonen und unterstützt organisatorische Stabilität.

Diese Stabilität hat jedoch ihren Preis. Entscheidungen werden möglicherweise getroffen, ohne die Patientenperspektive einzubeziehen. Behandlungen können klinisch begründbar sein, aber nicht zu individuellen Prioritäten passen. Patientinnen und Patienten bewegen sich durch fragmentierte Systeme, ohne ausreichende Unterstützung oder Orientierung zu erhalten.

Langfristig können daraus Fehlversorgung, Über- und Unterversorgung sowie wachsende Unzufriedenheit bei Patientinnen und Patienten sowie Fachpersonen entstehen. In diesem Sinn ist das System kurzfristig stabil, aber langfristig suboptimal.

5. Die Lücke im Versorgungsalltag

Wenn Patientenzentrierung im Grundsatz breit unterstützt, in der Praxis aber strukturell begrenzt ist, stellt sich eine naheliegende Frage:

Wie zeigt sich diese Lücke im Versorgungsalltag und warum ist sie überhaupt relevant?

Die Antwort ist nicht einfach die Abwesenheit von Patientenzentrierung. Vielmehr zeigt sich eine Lücke zwischen dem, was formal behauptet wird, und dem, was tatsächlich erlebt wird. Diese Lücke ist problematisch, weil sie nicht nur Erwartungen enttäuscht. Sie beeinflusst Entscheidungen, verschiebt Verantwortung, erschwert Orientierung und kann dazu führen, dass Versorgung zwar korrekt erscheint, aber nicht ausreichend zur Lebensrealität der Patient:innen passt.

Eine gemeinsame Vorstellung

Mit der Zeit hat sich im System eine Form impliziter Abstimmung entwickelt.

- Patientinnen und Patienten sollen als informierte und aktive Partner auftreten.
- Fachpersonen sollen Patientinnen und Patienten einbeziehen und befähigen.
- Organisationen sollen patientenzentrierte Prozesse gestalten.

Jede dieser Erwartungen ist für sich genommen sinnvoll. In der Praxis führen sie jedoch häufig selten zu einer grundlegenden Verschiebung.

Die Realität ist meistens anders:

- Patientinnen und Patienten stellen Fragen, aber zögern, Empfehlungen infrage zu stellen.
- Fachpersonen präsentieren Optionen, aber lenken Entscheidungen subtil.
- Organisationen fördern Beteiligung, aber behalten bestehende Strukturen bei.

Was entsteht, ist nicht die Abwesenheit von Patientenzentrierung, sondern eine Version davon, die sorgfältig innerhalb bestehender Grenzen gehalten wird.

Zwischen Autonomie und Abhängigkeit

Öffentliche Narrative betonen Autonomie, informierte Wahl und aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten. Viele Patientinnen und Patienten möchten in Entscheidungen einbezogen und als Partner behandelt werden.

Gleichzeitig sind reale Versorgungssituationen oft geprägt von Unsicherheit, emotionaler Belastung und Informationsüberforderung. In solchen Momenten kann die Erwartung, aktiv mitzuwirken, zur Belastung werden. Patientinnen und Patienten möchten vielleicht einbezogen werden, suchen aber gleichzeitig Orientierung, Sicherheit und klare Empfehlungen.

Dadurch entsteht eine Spannung, die selten offen benannt wird: Patientinnen und Patienten sollen eine Rolle übernehmen, die sie nicht in jeder Situation ausfüllen können. Beteiligung wird dadurch oft selektiv und situativ.

Gelenkte statt gemeinsame Entscheidung

Besonders sichtbar wird diese Dynamik in Entscheidungsprozessen. Shared Decision Making gilt als Kernelement von Patientenzentrierung. In der Praxis bleiben viele Entscheidungen jedoch implizit gelenkt.

Optionen werden dargestellt, aber nicht immer neutral. Risiken und Nutzen werden so gerahmt, dass professionelle Präferenzen sichtbar werden. Körpersprache und kontextuelle Hinweise signalisieren, welche Option als „angemessen“ gilt.

Patientinnen und Patienten nehmen diese Signale häufig wahr. In vielen Fällen folgen sie der Empfehlung der Fachperson und erleben den Prozess dennoch als partizipativ.

Daraus entsteht ein subtiler, aber wichtiger Unterschied: Entscheidungen sind formal geteilt, werden inhaltlich aber weiterhin stark durch bestehende Hierarchien geprägt. Das Ergebnis ist eine Form der Beteiligung, die real, aber begrenzt ist.

Eine Lücke, die nicht zufällig entsteht

Die Lücke im Versorgungsalltag ist nicht einfach das Ergebnis individuellen Scheiterns. In den meisten Fällen handeln Patientinnen und Patienten, Fachpersonen und Organisationen innerhalb nachvollziehbarer Erwartungen und realer Begrenzungen.

Patientinnen und Patienten werden zur Beteiligung ermutigt, aber nicht immer ausreichend dabei unterstützt. Fachpersonen sollen Patientinnen und Patienten einbeziehen, verfügen aber oft nicht über die nötige Zeit oder die passenden Strukturen. Organisationen fördern Patientenzentrierung, priorisieren aber weiterhin Effizienz und Steuerbarkeit. Das Ergebnis ist eine Form von Patientenzentrierung, die in Sprache und Prozessen präsent ist, in ihrer Tiefe jedoch begrenzt bleibt. Damit stellt sich die nächste Frage: Wenn diese Lücke im Alltag so sichtbar ist, warum bleibt sie bestehen?

6. Die Grenzen der Veränderung

Warum bleibt ein Konzept, das breit akzeptiert, immer wieder betont und normativ kaum bestritten wird, in der Praxis so schwer strukturell zu verankern? Die Antwort liegt nicht in einer einzelnen Barriere, sondern im Zusammenspiel von strukturellen Anreizen, institutionellen Zuständigkeiten und menschlichem Verhalten.

Keine klare Verantwortung

Eine der grundlegendsten Herausforderungen ist das Fehlen klarer Zuständigkeit. Patientenzentrierung gehört nicht einem einzelnen Akteur oder Bereich. Sie verläuft quer zu Politik, Finanzierung, Versorgung und Patientenbeteiligung. Dadurch liegt sie zwischen etablierten Verantwortlichkeiten.

- Politik definiert Rahmenbedingungen, erbringt aber keine Versorgung.
- Leistungserbringende versorgen, agieren aber innerhalb externer Zwänge.
- Versicherer beeinflussen Anreize, steuern aber nicht die klinische Praxis.
- Patientinnen und Patienten sollen sich beteiligen, gestalten aber das System nicht.

In dieser verteilten Landschaft wird Patientenzentrierung zu einem gemeinsamen Anspruch, aber nicht zu einem klar verantworteten Ziel. Ohne klare Verantwortung fehlt ein durchgehender Treiber für Veränderung.

Falsche Anreize

Gleichzeitig sendet das System klare Signale darüber, was zählt. Finanzielle und organisatorische Anreize priorisieren weiterhin messbare Leistungen: Volumen, Aktivität, Effizienz. Diese Signale werden durch Reporting, Kennzahlen und ökonomischen Druck verstärkt.

Viele Elemente von Patientenzentrierung sind dagegen schwach incentiviert. Zeit für Kommunikation, Koordination oder gemeinsame Entscheidungsprozesse lässt sich innerhalb bestehender Rahmenbedingungen oft schwer rechtfertigen. Dadurch entsteht eine strukturelle Asymmetrie: Was belohnt wird, ist skalierbar und messbar. Was Patientenzentrierung erfordert, ist genau das häufig nicht.

Solange diese Asymmetrie bestehen bleibt, folgt Verhalten eher Anreizen als Absichten.

Sofortige Kosten, verzögerter Nutzen

Eine weitere Barriere liegt in der zeitlichen Verteilung von Kosten und Nutzen. Patientenzentrierung umzusetzen erfordert häufig unmittelbare Investitionen: mehr Zeit pro Patientin/Patient, zusätzliche Koordination und möglicherweise komplexere Entscheidungsprozesse.

Der Nutzen ist dagegen oft indirekt, verzögert oder entsteht an anderer Stelle im System. Besser abgestimmte Entscheidungen können unnötige Interventionen reduzieren, langfristige Outcomes verbessern oder Patientenzufriedenheit erhöhen. Diese Effekte sind aber nicht immer kurzfristig sichtbar und kommen nicht zwingend dem Akteur zugute, der die Investition tätigt.

Dieses Ungleichgewicht erzeugt Zurückhaltung: Warum sofort Kosten tragen für einen Nutzen, der unsicher, verzögert oder externalisiert ist?

Psychologischer Widerstand bei allen Akteuren

Strukturelle Zwänge werden durch menschliche Faktoren verstärkt. Für Fachpersonen kann Patientenzentrierung tief verankerte Aspekte ihrer Rolle infrage stellen. Entscheidungen zu teilen bedeutet, Verantwortung zu teilen. Unsicherheit zu kommunizieren bedeutet, Grenzen sichtbar zu machen. Sich intensiver auf Patientenperspektiven einzulassen, erhöht kognitive und emotionale Anforderungen.

Für Patientinnen und Patienten wiederum kann die Erwartung, aktiv mitzuwirken, ebenfalls herausfordernd sein. An komplexen Entscheidungen teilzuhaben, erfordert nicht nur Informationen, sondern auch Vertrauen, Klarheit und emotionale Kapazität. All das kann in Krankheitssituationen begrenzt sein.

Organisationen erleben ihre eigene Form von Widerstand. Mehr Flexibilität zuzulassen, Variabilität zu akzeptieren und weniger planbare Prozesse zu ermöglichen, kann sich wie Kontrollverlust anfühlen.

Kurzum: Über alle Akteure hinweg verlangt Patientenzentrierung einen Schritt aus etablierten Komfortzonen heraus.

Die Grenzen des Kulturwandels

Als Reaktion auf diese Herausforderungen setzen viele Initiativen auf Kultur. Schulungen, Kommunikationstrainings und Werteprogramme sollen patientenzentrierte Haltungen und Verhaltensweisen fördern. Diese Ansätze sind wichtig, bleiben aber häufig von strukturellen Realitäten entkoppelt.

Denn Zeitdruck, Anreize und Organisationsprozesse bleiben unverändert. In solchen Kontexten steigen die Erwartungen, ohne dass sich die Bedingungen entsprechend verändern. Das führt zu einem vorhersehbaren Muster: anfängliches Engagement, gefolgt von schrittweiser Erosion.

Langfristig richtet sich Verhalten stärker an Strukturen aus als an Absichten.

Symbolischer Fortschritt und bequeme Rhetorik

Gesundheitssysteme sind sehr gut darin, symbolischen Fortschritt zu erzeugen. Neue Konzepte werden eingeführt. Pilotprojekte werden gestartet. Strategien werden entwickelt. Terminologie verändert sich.

Diese Aktivitäten sind nicht wirkungslos, denn sie können ein Bewusstsein schaffen, Dynamiken erzeugen und neue Ansätze testen. Jedoch können sie auch den Eindruck erzeugen, dass sich etwas verändern kann, ohne die zugrunde liegenden Strukturen anzutasten.

Somit wird Patientenzentrierung in Sprache und Initiativen sichtbar, während die Kernlogik des Systems unverändert bleibt. So kann symbolischer Fortschritt mit struktureller Kontinuität koexistieren.

Ein Preis, den niemand zahlen will

Letztlich lässt sich die Persistenz des aktuellen Zustands auf eine einfache Realität zurückführen. Patientenzentrierung in grossem Massstab umzusetzen, beinhaltet explizite Zielkonflikte. Diese betreffen Produktivität, Finanzierungsströme, professionelle Rollen und Erwartungen daran, was Gesundheitssysteme leisten sollen.

Sie lassen sich nicht leicht auffangen und werden selten direkt genannt. Solange das so bleibt, wird Patientenzentrierung weiter gefördert, diskutiert und teilweise umgesetzt, aber nicht grundlegend verwirklicht.

Anpassung ohne Transformation

Das alles bedeutet nicht, dass Gesundheitssysteme grundsätzlich veränderungsresistent sind. Sie verändern sich, passen sich an, entwickeln sich weiter und integrieren neue Ideen. Patientenzentrierte Elemente werden schrittweise aufgenommen, oft in bestimmten Kontexten oder für spezifische Patientengruppen.

Diese Anpassung geschieht jedoch meist innerhalb bestehender Grenzen. Patientenzentrierung transformiert das System nicht grundlegend, sondern wird so angepasst, dass sie in das bestehende System passt.

7. Schlussfolgerungen

Wenn die strukturellen Grenzen von Patientenzentrierung erkannt werden, sind die Konsequenzen nicht primär technischer Natur. Sie sind strategisch und verlangen eine Abkehr von idealisierten Konzepten hin zu expliziteren Entscheidungen.

Von Anspruch zu Priorisierung

In vielen politischen und organisatorischen Kontexten wird Patientenzentrierung neben anderen Zielen genannt, z.B. Qualität verbessern, Effizienz steigern, Kosten kontrollieren. Jedes dieser Ziele ist legitim, in seiner maximalen Ausprägung jedoch nicht vollständig miteinander vereinbar.

Die strukturellen Grenzen von Patientenzentrierung anzuerkennen bedeutet daher, von gleichzeitigen Ansprüchen zu klarer Priorisierung zu kommen. Dazu gehört, sichtbar zu machen, was häufig implizit bleibt: Wo soll Patientenzentrierung Vorrang haben und vor allem, wo nicht?

In welchen Kontexten ist Individualisierung zentral, und wo ist Standardisierung angemessener?

Ohne diese Differenzierung läuft Patientenzentrierung Gefahr, ein allgemeines Prinzip ohne operative Konsequenzen zu bleiben.

Absichten mit Anreizen verbinden

Eine zweite Konsequenz betrifft das Systemdesign. Solange finanzielle und organisatorische Anreize weiterhin Volumen, Effizienz und Standardisierung priorisieren, bleiben patientenzentrierte Praktiken begrenzt. Dafür braucht es nicht zwingend eine vollständige Neugestaltung von Gesundheitssystemen. Es braucht jedoch gezielte Anpassungen.

Zeit für Kommunikation, Koordination und gemeinsame Entscheidungsprozesse muss als Teil der Versorgung anerkannt werden, nicht als optionale Zusatzleistung. Rollen, die Navigation und Kontinuität unterstützen, müssen strukturell verankert werden. Leistungs- und Qualitätsmessung sollte nicht nur klinische Ergebnisse erfassen, sondern auch die Passung von Versorgung zur Lebensrealität der Patientinnen und Patienten. Ohne eine solche Ausrichtung werden Anspruch und Realität weiter auseinanderklaffen.

Fachpersonen entlasten, nicht zusätzlich belasten

Eine weitere Konsequenz betrifft die Rolle der Fachpersonen. In vielen aktuellen Ansätzen wird Patientenzentrierung als zusätzliche Erwartung eingeführt, zusätzlich zu bereits hoch belastenden klinischen Arbeitsumgebungen. Dadurch entsteht ein Paradox: Je stärker Patientenzentrierung umgesetzt wird, desto grösser ist das Risiko, dass sie zu einer weiteren Belastung wird.

Ein realistischerer Ansatz würde anerkennen, dass Patientenzentrierung nicht nur andere Kompetenzen erfordert, sondern auch andere Bedingungen. Dazu gehören der Abbau unnötiger administrativer Belastung, Raum für mehr Interaktionen und die Anerkennung der emotionalen und kognitiven Komplexität, die mit der Einbindung von Patientenperspektiven verbunden ist. Ohne solche Anpassungen bleibt Patientenzentrierung im Alltag schwer nachhaltig umzusetzen.

Die Rolle von Patientinnen und Patienten neu denken

Patientenzentrierung erfordert auch ein differenzierteres Verständnis der Patientenrolle. Statt von durchgehend aktiven und entscheidungsorientierten Patientinnen und Patienten auszugehen, muss Variabilität anerkannt werden.

Patientinnen und Patienten unterscheiden sich in ihren Präferenzen, Fähigkeiten und Situationen. Selbst bei derselben Person können diese Faktoren im Verlauf wechseln. Das spricht für einen Wechsel von einem festen Beteiligungsmodell hin zu einem adaptiveren Ansatz. In manchen Situationen möchten Patientinnen und Patienten stark einbezogen sein. In anderen wünschen sie sich Führung, Orientierung und klare Empfehlungen.

Patientenzentrierung bedeutet in diesem Sinn nicht, Beteiligung zu maximieren, sondern Einbindung an individuelle Bedürfnisse und Kontexte anzupassen.

Von Ideologie zu adaptiver Praxis

Zusammengenommen führen diese Überlegungen zu einem pragmatischeren Verständnis von Patientenzentrierung. Statt sie als absolutes Ziel zu behandeln, das in allen Settings gleichermassen erreicht werden muss, sollte sie eher als Leitprinzip verstanden werden, das kontextabhängig interpretiert werden muss.

Das bedeutet einen Wechsel weg von einem Einheitsmodell hin zu dem, was als adaptive Patientenzentrierung beschrieben werden kann.

Ein solcher Ansatz beinhaltet folgende Prämissen:

- Nicht jede Situation erlaubt dasselbe Mass an Beteiligung.
- Nicht jede Entscheidung erfordert denselben Grad an Abwägung.
- Nicht jeder Kontext kann dieselbe Flexibilität aufnehmen.

Entscheidend ist nicht die konsequente Anwendung eines vordefinierten Modells, sondern die Fähigkeit, sich an die jeweilige Situation anzupassen.

Zielkonflikte explizit akzeptieren

Die vielleicht wichtigste Konsequenz ist die Notwendigkeit, Zielkonflikte offen anzuerkennen. Patientenzentrierung ist nicht kostenlos. Sie braucht Zeit, Ressourcen und die Bereitschaft, Unsicherheit zu akzeptieren. In manchen Fällen kann sie zu weniger Interventionen oder langsameren Prozessen führen.

Diese Zielkonflikte zu ignorieren, lässt sie nicht verschwinden. Es macht sie nur implizit und damit schwerer bearbeitbar. Sie explizit zu machen, ermöglicht informiertere Entscheidungen:

- Welches Mass an Patientenzentrierung ist innerhalb bestehender Grenzen realistisch?
- Wo lohnt es sich, zusätzliche Ressourcen zu investieren?
- Welche Zielkonflikte sind akzeptabel und welche nicht?

Eine realistische Perspektive

Die strukturellen Grenzen von Patientenzentrierung anzuerkennen, schmälert ihre Bedeutung nicht. Im Gegenteil: Es schafft eine realistischere Grundlage für ihre Weiterentwicklung. Patientenzentrierung bleibt ein notwendiges Gegengewicht zu Systemen, die primär auf Effizienz, Standardisierung und Kontrolle ausgerichtet sind. Sie macht Aspekte von Versorgung sichtbar, die sonst leicht übersehen werden.

Gleichzeitig ist es unrealistisch zu erwarten, dass Patientenzentrierung Gesundheitssysteme vollständig transformiert, ohne die zugrunde liegenden Strukturen zu verändern. Eine konstruktive Perspektive wäre daher, nicht perfekte Patientenzentrierung anzustreben, sondern zu identifizieren, wo sie besonders wichtig ist, und sie dort sinnvoll und wirksam umzusetzen.

Fazit

Patientenzentrierung scheitert nicht daran, dass sie abgelehnt wird. Sie wird begrenzt, umgeformt und an Systeme angepasst, die ursprünglich nicht dafür konzipiert wurden, sie vollständig aufzunehmen.

Diese Begrenzungen zu verstehen, ist kein Argument gegen Patientenzentrierung. Es ist die Voraussetzung dafür, sie ernst zu nehmen.

Susanne Gedamke

Strategy Advisor | Structural Patient-Centered Care

www.susanne-gedamke.com

susanne@susanne-gedamke.com