Überversorgung bei Routine-OPs: Evidenz & Reformen

Autor: Wolfram Klatt
Veröffentlicht am: 10.08.2026

Dokument generiert über Gesundheitsmythen.de

ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)

Durch das Fallpauschalensystem (DRG) werden in Deutschland lukrative chirurgische Routineeingriffe wie Kniearthroskopien, Wirbelsäulenversteifungen oder Stents bei stabiler KHK übermäßig oft durchgeführt, obwohl evidenzbasierte Studien oft keinen Zusatznutzen gegenüber konservativen Therapien zeigen. Systemische Reformen wie Vorhaltepauschalen, Zweitmeinungsverfahren und Qualitätsregister sind essenziell, um Indikationsqualität und Patientenwohl in den Mittelpunkt zu rücken.

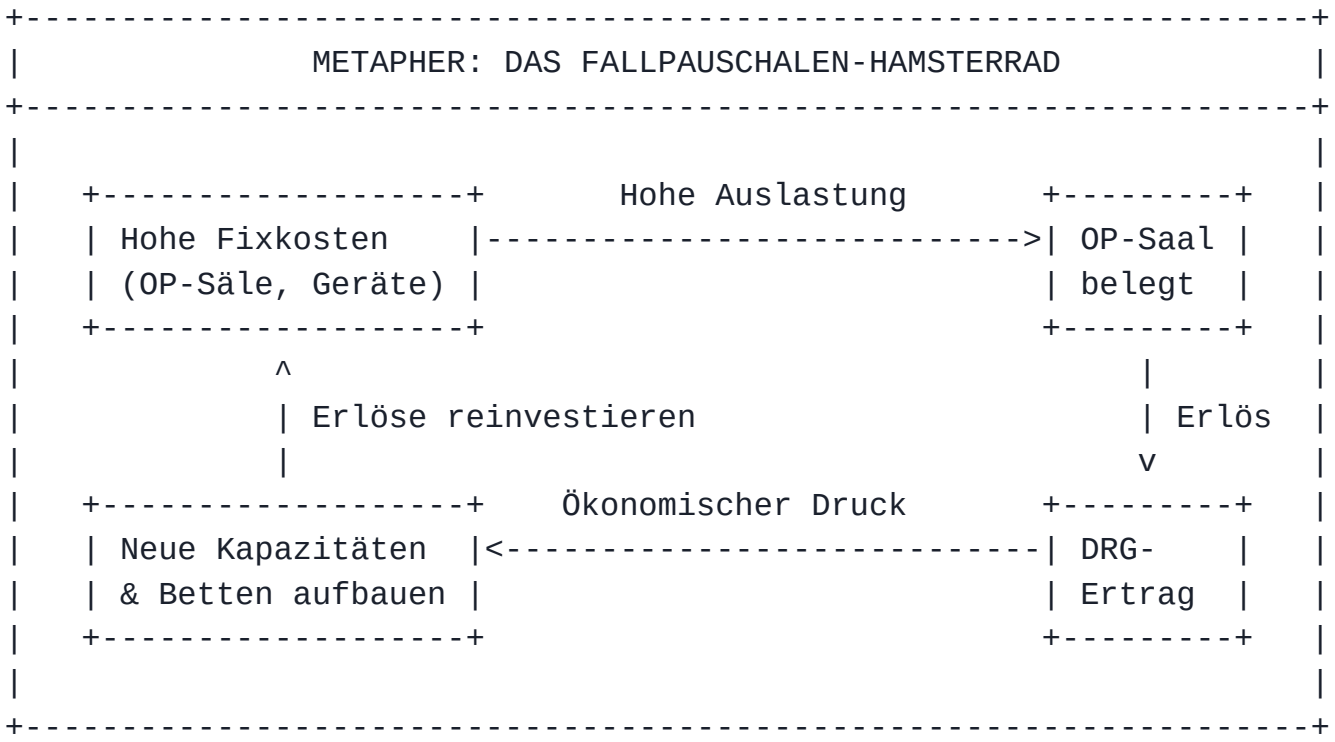
Wenn das Skalpell schneller ist als die Evidenz: Die systematische Überversorgung bei Routineeingriffen

1. Problemdefinition: Das Ökonomische Dilemma der Modernen Medizin

Das deutsche Gesundheitssystem gilt weltweit als eines der leistungsfähigsten und ressourcenstärksten. Es zeichnet sich durch eine enorme Dichte an Fachärzten, eine flächendeckende stationäre Infrastruktur und einen schnellen Zugang zu modernsten medizinischen Technologien aus. Doch hinter dieser hochtechnisierten, vermeintlich perfekten Fassade verbirgt sich ein profunder, struktureller Fehlanreiz, der seit über zwei Jahrzehnten eine

schleichende Entwertung der medizinischen Indikationsstellung vorantreibt. Der Kern des Problems liegt in der Architektur der Krankenhausfinanzierung – namentlich im System der Fallpauschalen (*Diagnosis Related Groups*, DRG).

Mit der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems in den Jahren 2003 und 2004 wurde ein tiefgreifender Paradigmenwechsel vollzogen. Krankenhäuser wurden von rein öffentlichen Einrichtungen der Daseinsvorsorge faktisch in konkurrierende Wirtschaftsunternehmen transformiert. In diesem System werden Kliniken nicht für das Vorhalten von notwendigen Strukturen oder für den tatsächlichen, langfristigen Heilungserfolg bezahlt, sondern primär für die Menge der erbrachten, abrechenbaren Einzelleistungen. Jeder Patient wird zu einer diagnosebasierten Fallpauschale, und jeder Fall generiert einen festen Erlös, der maßgeblich von der Art der Prozedur (Operation, Intervention) abhängt.



Dieser Mechanismus erzeugt einen allgegenwärtigen ökonomischen Druck auf Chefärzte, Klinikgeschäftsführungen und niedergelassene Chirurgen. Es entsteht das gesundheitsökonomische Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“: Die Vorhaltung teurer OP-Säle, moderner Roboter-Systeme und hochspezialisierten Personals erzeugt permanente Fixkosten. Um schwarze Zahlen zu schreiben, müssen diese Ressourcen kontinuierlich ausgelastet werden.

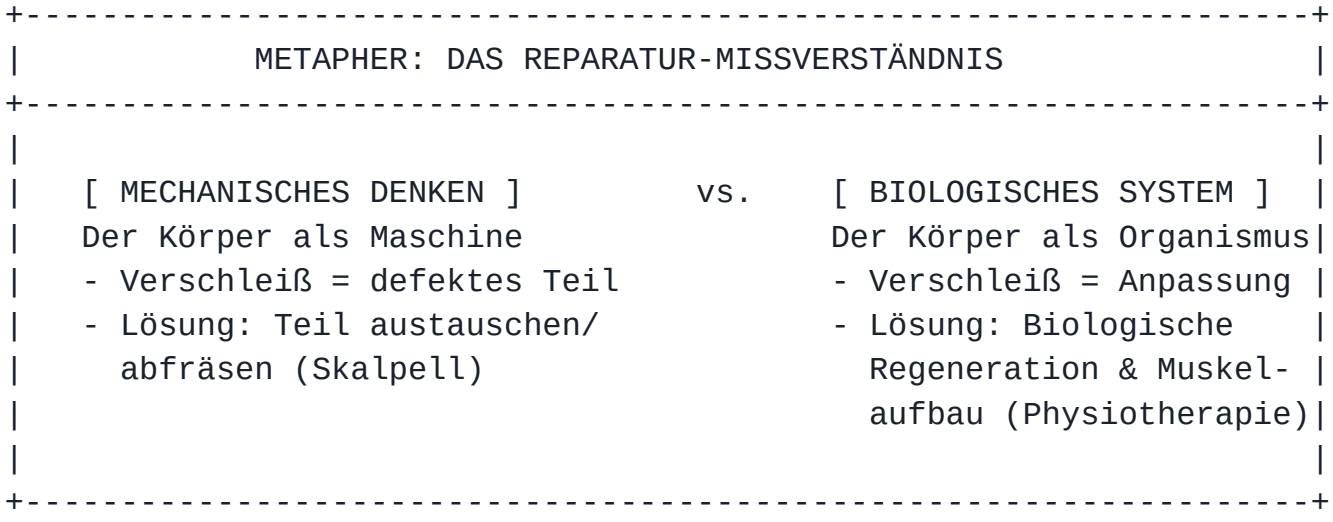
Die bittere Konsequenz ist eine gravierende Fehlsteuerung im Behandlungsalltag. Zeitintensive, konservative Therapien – wie das ausführliche, abwägende ärztliche Gespräch („sprechende Medizin“), das aufmerksame Beobachten des Krankheitsverlaufs (*Watchful Waiting*) oder eine gut strukturierte, monatelange Physiotherapie – werden im Vergütungssystem unzureichend abgebildet. Sie sind für Leistungserbringer wirtschaftlich oft defizitär. Apparative Diagnostik und chirurgische Eingriffe hingegen erzielen hohe Renditen. Infolgedessen kommt es bei zahlreichen Routineeingriffen zu einer bedenklichen Überversorgung (*Overuse*): Es wird nicht zwingend das durchgeführt, was dem individuellen Patienten nach strengen Kriterien der evidenzbasierten Medizin (EbM) den größten gesundheitlichen Nutzen bringt, sondern das, was sich im DRG-Katalog wirtschaftlich rechnet.

---

2. Die wahre Faktenlage: Zahlen, Daten und klinische Evidenz

Dass diese Überversorgung keine theoretische Unterstellung ist, sondern eine empirisch belastbare Realität, belegen zahlreiche wissenschaftliche Studien, Versorgungsberichte und internationale Vergleiche.

Ein Blick auf die Daten der OECD (*Health at a Glance*) zeigt seit Jahren ein konstantes Bild: Deutschland gehört bei der Pro-Kopf-Häufigkeit von Operationen regelmäßig zur internationalen Spitzengruppe, ohne dass diese hohe Eingriffsfrequenz zu einer messbar besseren Gesamtgesundheit der Bevölkerung im Vergleich zu restriktiver operierenden Nachbarländern führt.

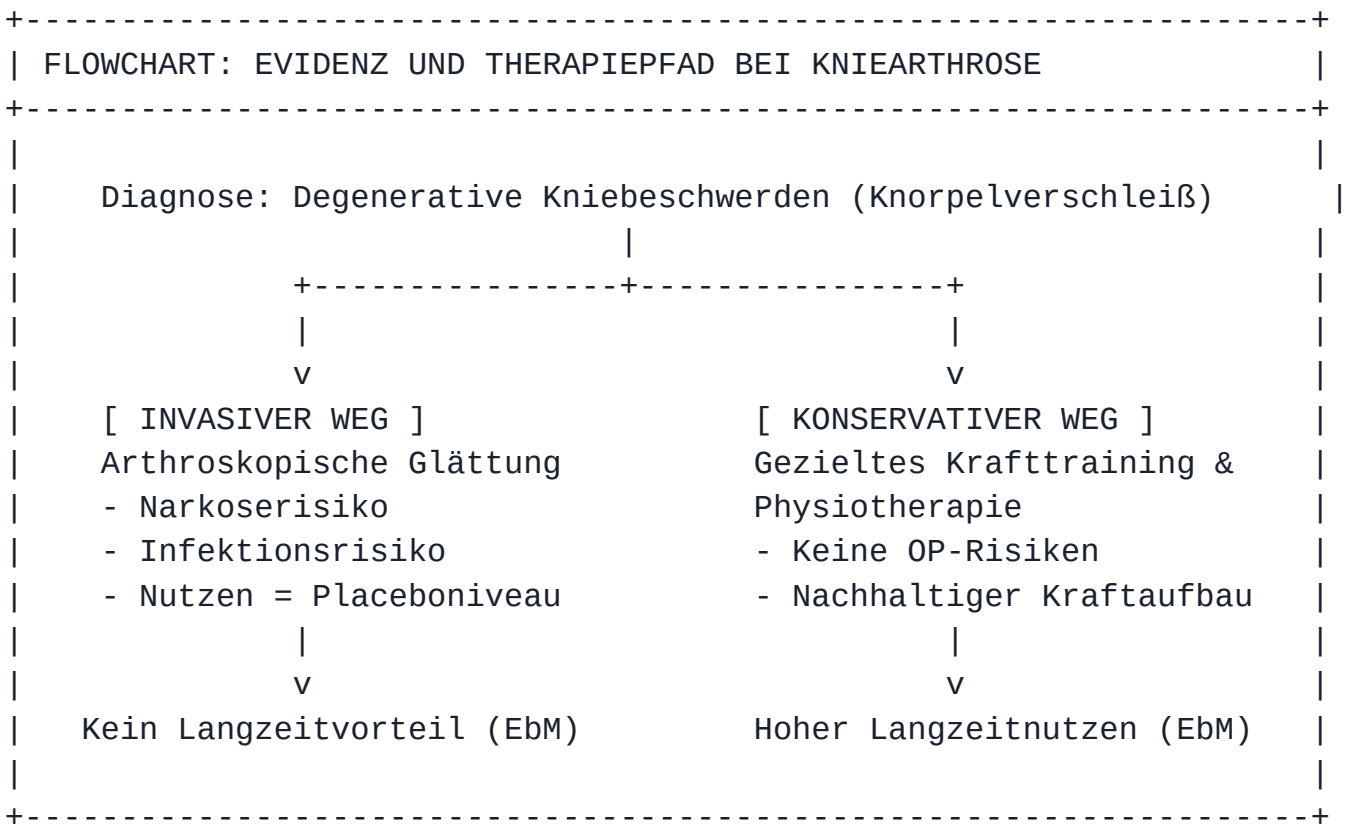


Besonders prägnant zeigt sich diese Problematik bei drei häufigen Indikationsgebieten:

A. Kniearthroskopie bei Gonarthrose und degenerativen Meniskusschäden

Jahrelang gehörte die arthroskopische Gelenkspiegelung mit Knorpelglättung und Meniskusteilresektion zu den am häufigsten durchgeführten Routineoperationen in Deutschland. Patienten wurde vermittelt, man könne das Kniegelenk „ausputzen“ oder „glätten“ und so den Gelenkverschleiß aufhalten.

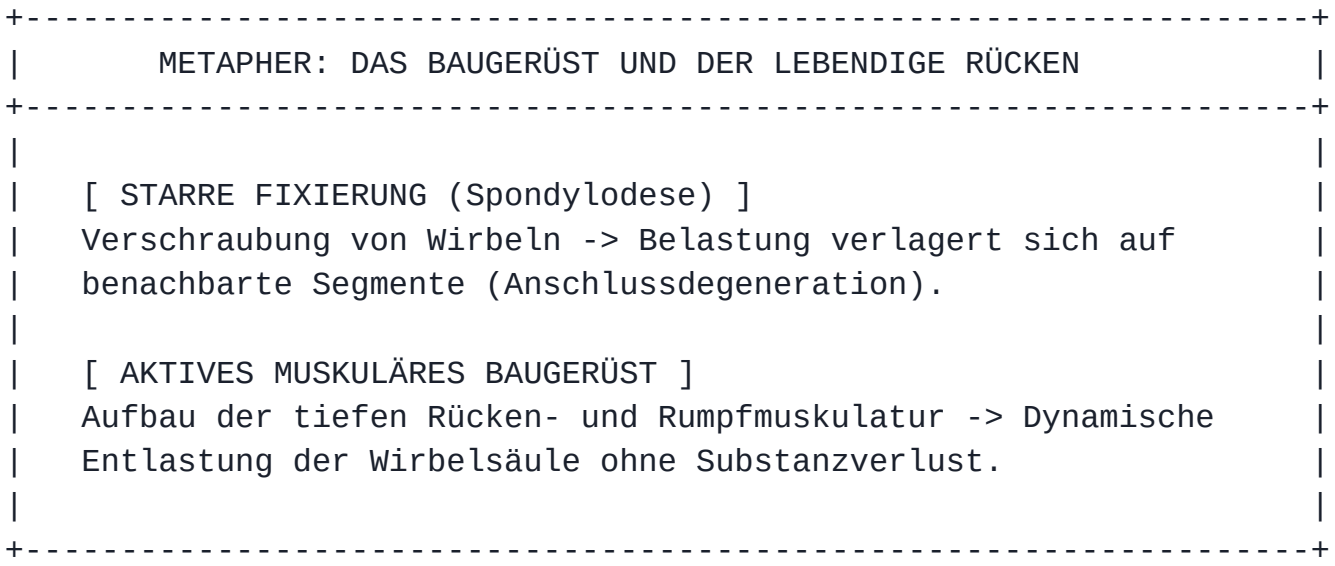
- **Die wissenschaftliche Evidenz:** Die wegweisende, randomisierte placebokontrollierte Studie von *Moseley et al. (2002)* sowie nachfolgende systematische Übersichten der *Cochrane Collaboration* und Bewertungsberichte des *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* zeigten übereinstimmend: Eine rein arthroskopische Sanierung bei degenerativen Knieveränderungen erbringt keinen patientenrelevanten Zusatznutzen hinsichtlich Schmerzreduktion oder Funktionalität gegenüber einer Scheinoperation (*Sham-Surgery*) oder einer strukturierten Physiotherapie.



B. Wirbelsäulenversteifungen (Spondylodesen) bei degenerativen Rückenschmerzen

Die Zahl der operativen Versteifungen und Dekompressionen an der Wirbelsäule hat sich in den letzten Jahrzehnten drastisch erhöht.

- **Die wissenschaftliche Evidenz:** Der *Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)* und internationale Registerdaten belegen extreme regionale Häufigkeitsschwankungen. Bei unkomplizierten, degenerativen Rückenschmerzen ohne akut fortschreitende neurologische Ausfälle (wie Lähmungen) zeigen hochwertige RCTs (*Randomized Controlled Trials*), dass operative Eingriffe langfristig nicht überlegener sind als eine intensive, multimodale Schmerztherapie (Kombination aus aktiver Bewegung, Physiotherapie, medikamentöser Einstellung und psychologischer Schmerzbewältigung).



C. Stent-Implantation bei stabiler koronarer Herzkrankheit (KHK)

Bei einem akuten Herzinfarkt ist die zügige Öffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes mittels Katheter und Stent lebensrettend. Anders verhält es sich jedoch bei der *stabilen* KHK, bei der Verengungen ohne akute Instabilität vorliegen.

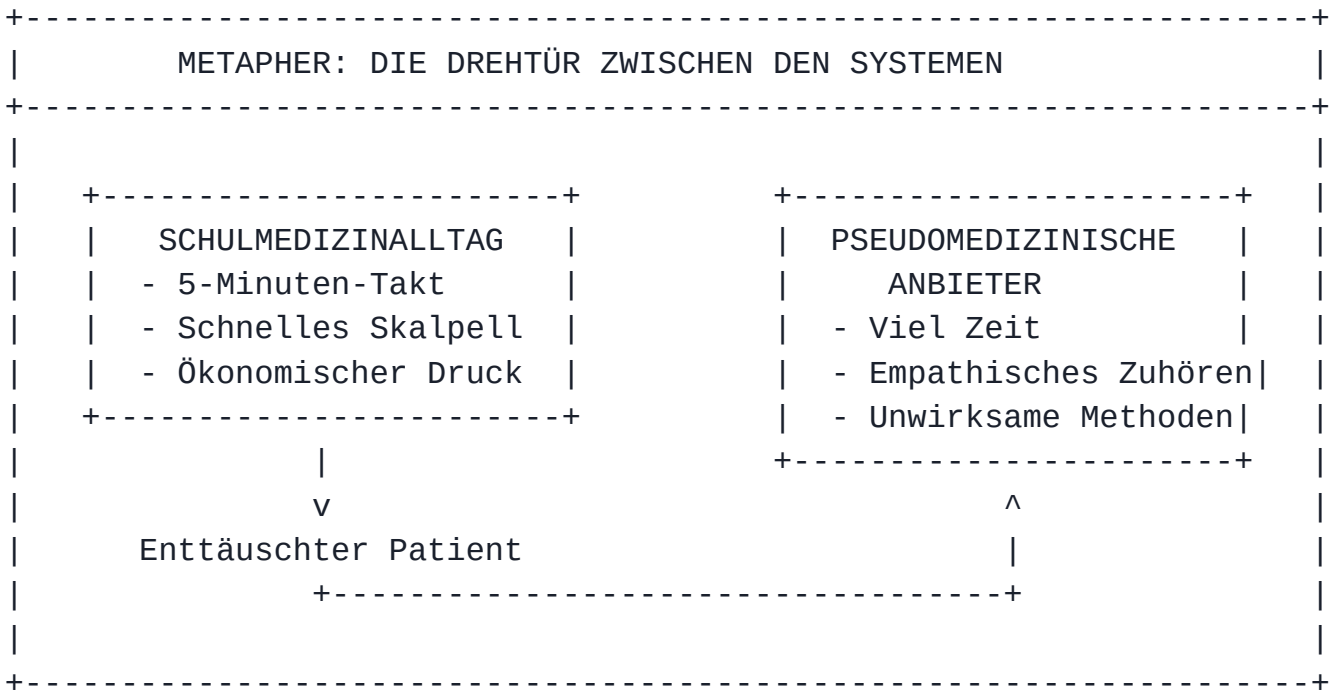
- **Die wissenschaftliche Evidenz:** Die großangelegte, internationale *ISCHEMIA-Studie (Maron et al., 2020)* verglich eine primär invasive Strategie (Stent oder Bypass) mit einer konservativen, optimalen medikamentösen Therapie (*Optimal Medical Therapy*, OMT). Das Ergebnis nach mehrjähriger Nachbeobachtung: Die invasive Intervention senkte bei stabiler KHK weder das Gesamtmortalitätsrisiko noch das Risiko für spätere Herzinfarkte signifikant im Vergleich zur reinen medikamentösen Therapie. Dennoch werden invasive Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland in sehr hoher Frequenz

durchgeführt.

---

3. Die Vertrauenslücke: Instrumentalisierung durch Pseudomedizin

Die berechtigte wissenschaftliche Kritik an diesen systemischen Schwachstellen der Krankenhausversorgung wird nicht selten von Akteuren der Pseudomedizin und Esoterik instrumentalisiert. Dabei ist ein differenzierter Blick essenziell, um die Dynamik zu verstehen.



Das Vorgehen folgt dabei oft einem psychologisch nachvollziehbaren Muster:

1. **Validierung realer Kritik:** Heilpraktiker oder Anbieter alternativer Heilmethoden greifen die echten Defizite der Schulmedizin auf (z. B. Zeitmangel im Klinikalltag, rein ökonomisch getriebene OP-Empfehlungen). Patienten fühlen sich in ihren Bedenken ernst genommen.
2. **Der Fehlschluss:** Aus dem berechtigten Unmut über wirtschaftliche Fehlanreize im Gesundheitssystem wird fälschlicherweise geschlussfolgert, dass auch die *wissenschaftlichen Grundlagen* der Medizin wertlos seien.
3. **Präsentation unseriöser Alternativen:** Anstatt auf evidenzbasierte, konservative Therapien hinzuweisen (z.B. qualifizierte Physiotherapie, multimodale

Schmerztherapie), werden nicht wirksamkeitsbelegte Methoden wie „energetische Wirbelsäulenaufrichtungen“, Globuli oder ungeprüfte Nahrungsergänzungsmittel als vermeintlich „sanfte Heilung“ verkauft.

Für Hilfesuchende entsteht dadurch ein zweites Risiko: Sie verlassen ein System mit ökonomischen Fehlanreizen, um in einem Bereich ohne qualitätsgesicherte Evidenz und Haftungsstandards zu landen.

---

4. Reale Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten

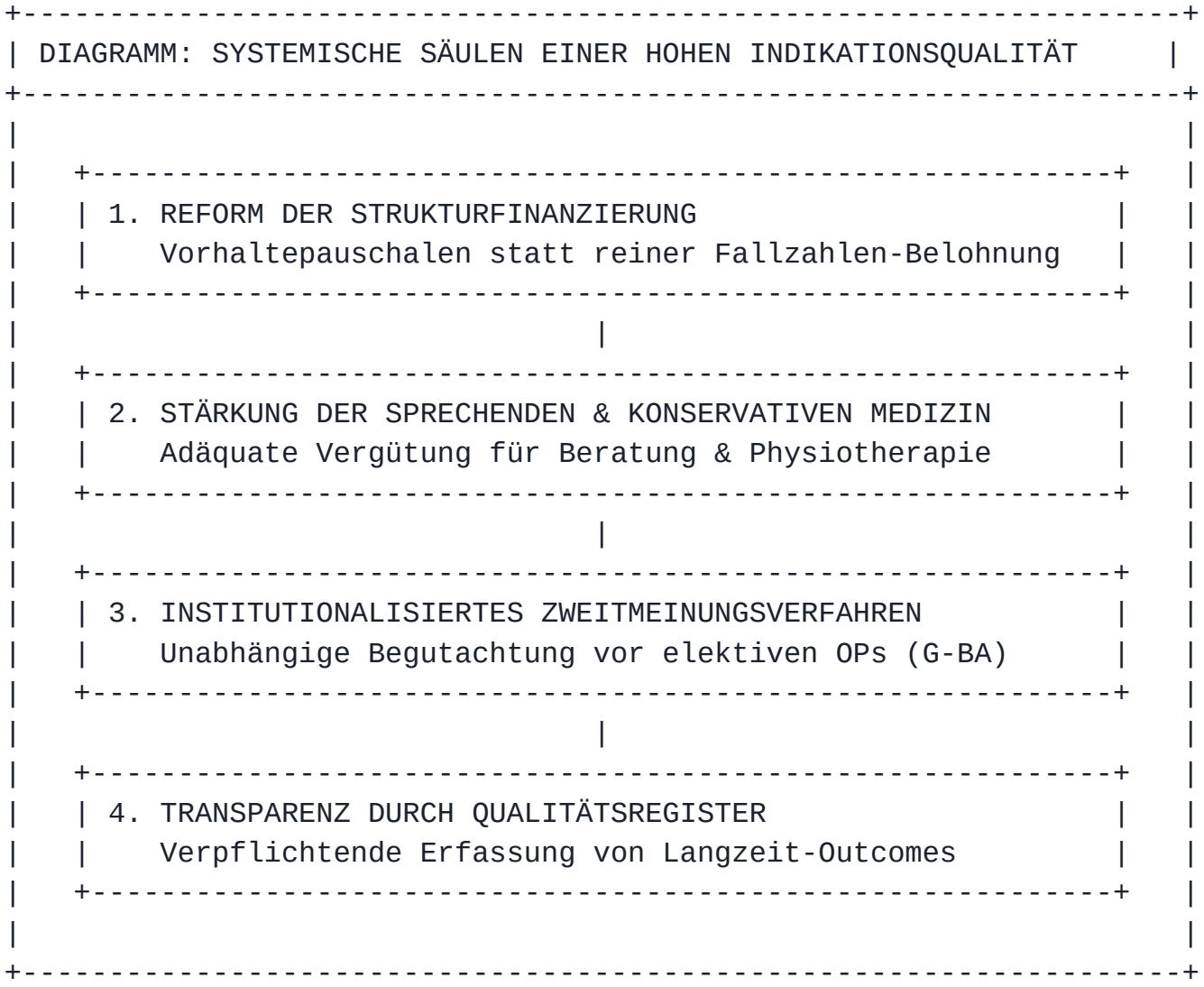
Die Konsequenzen fehlerhafter Indikationsstellungen und unnötiger Routineeingriffe sind vielschichtig und betreffen physische, psychische sowie finanzielle Ebenen:

- **Physische OP-Risiken:** Jedes operative Verfahren trägt allgemeine Eingriffsrisiken wie Wundinfektionen (einschließlich nosokomialer Erreger), Narkosekomplikationen, Nachblutungen oder Thrombosen. Wer sich einer Operation ohne klare Indikation unterzieht, geht diese Risiken ohne Aussicht auf gesundheitlichen Zusatznutzen ein.
- **Das „Failed Back Surgery Syndrome“ (Postdiskotomiesyndrom):** Wird eine Wirbelsäulen-OP bei unklarem oder komplexem Schmerzsyndrom durchgeführt, bleibt der erhoffte Heilungserfolg häufig aus. Durch Gewebevernarbungen und biomechanische Veränderungen im OP-Gebiet können sich die Schmerzen sogar verstärken und chronifizieren.
- **Psychische Belastung & Vertrauensverlust:** Bleibt der Heilungserfolg nach einem belastenden Eingriff aus, erleben Patienten Enttäuschung und Hilflosigkeit. Der Vertrauensverlust in das medizinische System erschwert oft die spätere Bereitstellung evidenzbasierter Hilfen.
- **Finanzielle Belastung:** Nach gescheiterten Operationen investieren betroffene Patienten oft erhebliche Eigenmittel in unbelegte Alternativtherapien, was zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung führt.

---

5. Evidenzbasierte Lösungsansätze: Wie das System heilen kann

Eine nachhaltige Verbesserung der Indikationsqualität erfordert verlässliche strukturelle und politische Reformen:



1. **Abkehr vom reinen Mengenanreiz (Vorhaltepauschalen):** Die schrittweise Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Vorhaltepauschalen soll Kliniken finanziell absichern, damit der wirtschaftliche Zwang zur Maximierung von Operationszahlen sinkt.
2. **Stärkung der konservativen und „sprechenden“ Medizin:** Die zeitintensive ärztliche Zuwendung, ausführliche Befunderläuterungen und strukturierte konservative Behandlungspfade müssen im Honorarsystem angemessen abgebildet werden.
3. **Ausbau des Zweitmeinungsverfahrens:** Der *Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)* hat für verschiedene planbare Eingriffe (z. B. an Wirbelsäule, Knie, Schulter oder Gebärmutter) strukturierte Zweitmeinungsverfahren etabliert. Unabhängige Fachärzte prüfen hierbei vorab, ob die OP-Indikation gerechtfertigt ist oder konservative Alternativen bestehen.

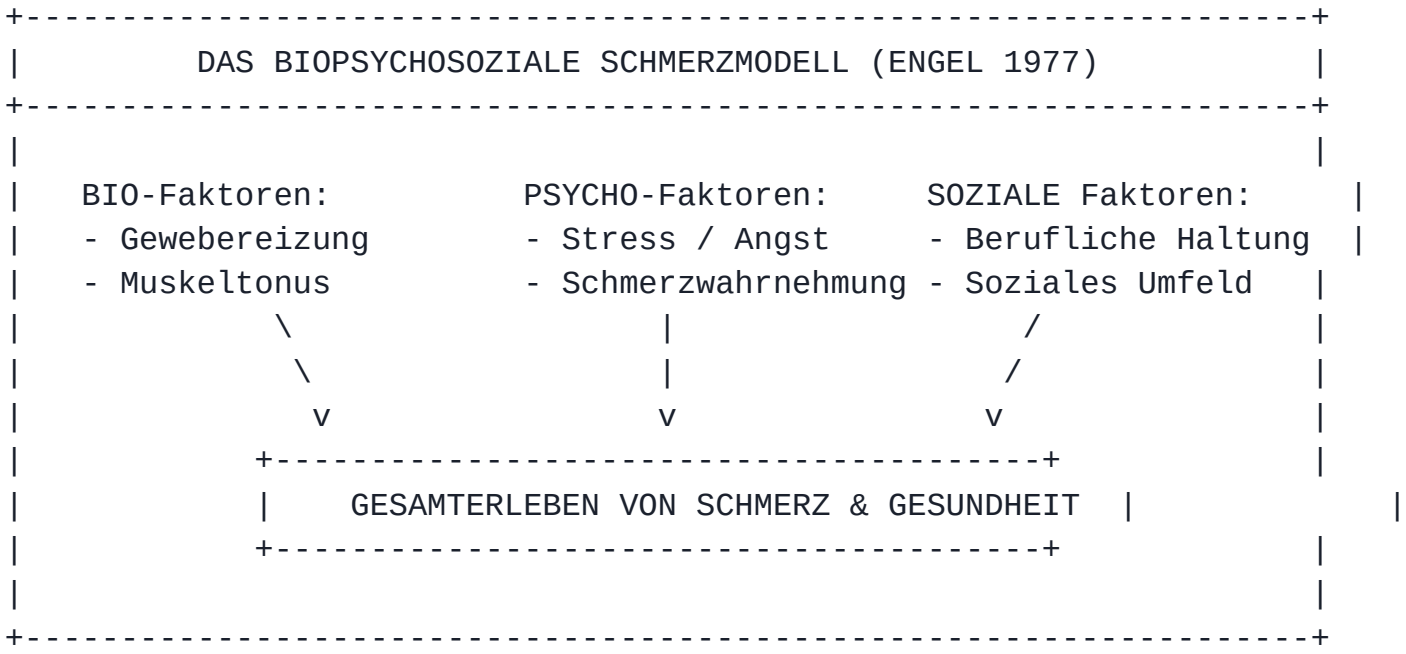
4. **Qualitätsregister und Mindestmengen:** Transparente klinische Register (wie das Endoprothesenregister Deutschland, EPRD) und die Durchsetzung von Mindestmengen stellen sicher, dass Eingriffe mit hoher Qualität und verlässlicher Indikationsstellung durchgeführt werden.
5. **Shared Decision Making (Gemeinsame Entscheidungsfindung):** Patienten sollten durch unabhängige, verständliche Informationen in die Lage versetzt werden, gemeinsam mit den behandelnden Ärzten Nutzen und Risiken von Therapieoptionen auf Augenhöhe abzuwägen.

---

6. Empathie & Respekt: Das biopsychosoziale Verständnis von Schmerz

Bei der Auseinandersetzung mit der Problematik der Überversorgung ist ein empathischer und respektvoller Blick auf die Betroffenen zentral.

Chronische Schmerzen an Gelenken oder der Wirbelsäule beeinträchtigen die Lebensqualität tiefgreifend. Sie betreffen Schlaf, Berufsausübung und soziale Teilhabe. In einer Situation hoher körperlicher und seelischer Belastung ist der Wunsch nach einer schnellen, spürbaren Entlastung vollkommen verständlich.



Die Vorstellung, dass ein schmerzendes Gelenk wie ein defektes Bauteil durch einen chirurgischen Eingriff repariert werden kann, entspricht einem weit verbreiteten Alltagsverständnis. Wenn ein Arzt eine Operation empfiehlt, vertrauen Patienten naturgemäß auf diesen fachlichen Rat. Vertrauen in die Medizin ist ein hohes Gut. Wenn dieses Vertrauen durch fehlerhafte Anreize beeinträchtigt wird, ist das ein systemisches Problem – keines der einzelnen Patienten.

Ziel einer verlässlichen Aufklärung muss es daher sein, Betroffene sachlich, ermutigend und ohne Zuweisung von Schuld über evidenzbasierte Wege zu informieren und ihnen zu helfen, fundierte Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen.

---

7. Fazit

Fehlanreize im Finanzierungssystem können dazu führen, dass chirurgische Routineeingriffe durchgeführt werden, ohne dass ein nachgewiesener Zusatznutzen gegenüber konservativen Behandlungen belegt ist. Dies stellt eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar, die durch strukturelle Reformen – wie Vorhaltefinanzierung, Qualitätsregister und unabhängige Zweitmeinungsverfahren – adressiert werden muss.

Eine Abkehr von wissenschaftlichen Standards bietet jedoch keine Lösung. Der Schlüssel zu einer besseren Versorgung liegt in einer konsequent evidenzbasierten Medizin, die den einzelnen Menschen mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt stellt, konservative Behandlungspfade stärkt und Entscheidungen auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse ermöglicht.

Dieses Dokument ist ein offizieller Export von Gesundheitsmythen.de (COMUN e.V.). Alle Fakten und Quellenangaben sind auf der Website einsehbar.