# Überdiagnostik & Übertherapie: Kritik, Mythen & Evidenz

**Autor:** Wolfram Klatt
**Veröffentlicht am:** 10.08.2026

Dokument generiert über Gesundheitsmythen.de

ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)

*Überdiagnostik und Übertherapie werden durch das Fallpauschalensystem (DRG) und mangelnde Honorierung sprechender Medizin befeuert, was zu unnötigen Eingriffen und Ängsten führt. Kritik am System ist berechtigt, wird jedoch oft von Anbietern unbelegter Verfahren instrumentalisiert. Echte Lösungsansätze bieten Vorhaltepauschalen, Zweitmeinungsverfahren und partizipative Entscheidungsfindung.*

## Wenn mehr Medizin nicht mehr Gesundheit bedeutet: Die Realität von Überdiagnostik und Übertherapie

Das deutsche Gesundheitssystem gilt international oft als Vorzeigemodell. Wir haben im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern geringere Wartezeiten für Facharzttermine, eine bemerkenswerte Dichte an hochmodernen Krankenhäusern und bildgebenden Verfahren, wie MRT-Geräten, bis hinein in ländliche Regionen. Auf den ersten Blick wirkt dies wie der Inbegriff exzellenter gesundheitlicher Versorgung.

Doch dieser technologische und infrastrukturelle Reichtum hat eine Schattenseite, die in der medizinischen Fachwelt und Gesundheitsökonomie zunehmend in den Fokus rückt: die sogenannte Überdiagnostik und die unweigerlich daraus resultierende Übertherapie. Es handelt

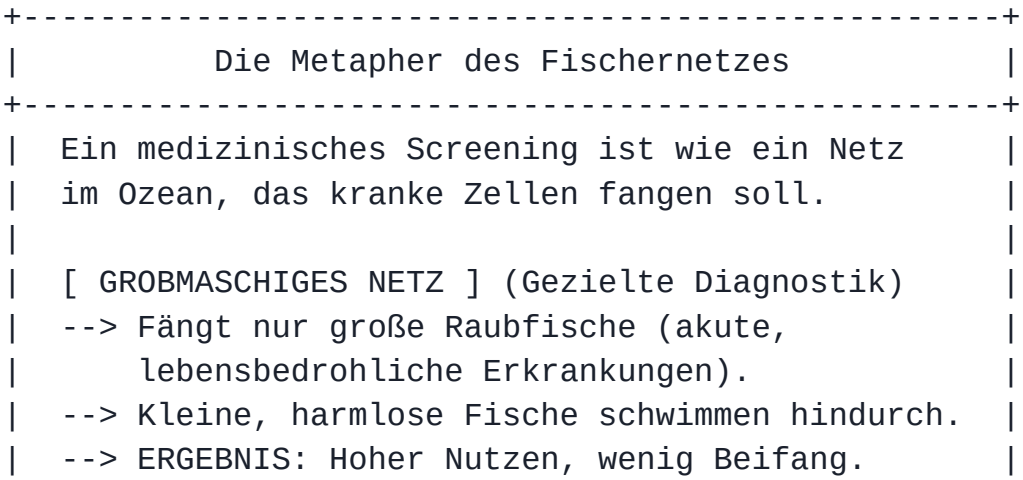
sich um ein systemisches Problem, das nicht nur immense Ressourcen bindet, sondern ganz reale, tiefgreifende Konsequenzen für die Gesundheit, die Psyche und die Lebensqualität der Patienten hat. In einer medizinischen Landschaft, die in den vergangenen Jahrzehnten einer starken Ökonomisierung unterworfen wurde, drängt sich die essenzielle Frage auf: Ab welchem Punkt schadet uns ein Übermaß an medizinischen Interventionen mehr, als es nützt? Und wie können wir eine Balance finden zwischen lebensrettender Früherkennung und belastender Überversorgung?

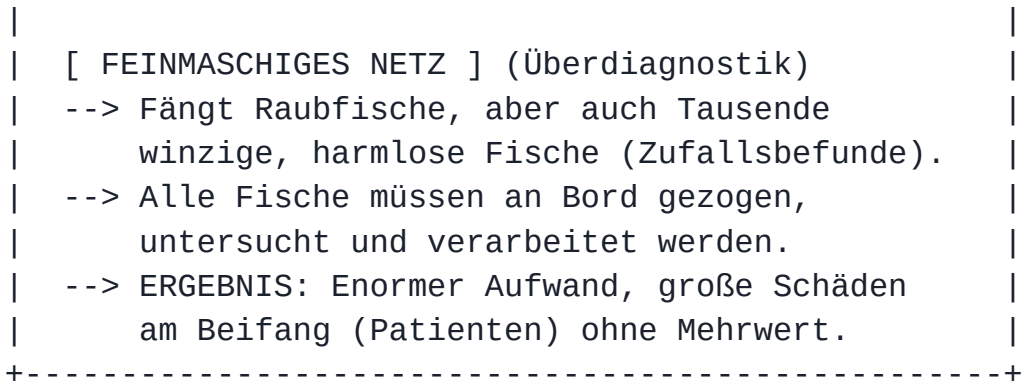
# 1. Problemdefinition: Der Kern des Systemfehlers

Um die Tragweite des Problems zu erfassen, müssen die beiden zentralen Begriffe klar voneinander abgegrenzt werden.

**Überdiagnostik** beschreibt das Phänomen, dass durch immer empfindlichere und feinere Untersuchungsmethoden (wie hochauflösende Bildgebung oder weitreichende Blut-Screenings) Anomalien oder Krankheitsvorstufen entdeckt werden, die im Laufe des restlichen Lebens der betroffenen Person niemals zu Symptomen oder gar zum vorzeitigen Tod geführt hätten. Ein klassisches, oft zitiertes Beispiel sind winzige Gewebeveränderungen in der Prostata oder der Schilddrüse. Viele dieser Karzinome wachsen biologisch so extrem langsam, dass der Patient bei hoher Lebensqualität an einer ganz anderen Ursache verstorben wäre, bevor der Tumor je Beschwerden verursacht hätte. Durch anlasslose Screening-Methoden werden diese beschwerdefreien Menschen jedoch plötzlich zu Patienten gemacht – mit allen psychischen und physischen Folgen.

Um dieses Prinzip anschaulich zu machen, hilft die **Metapher des Fischernetzes**:






**Übertherapie** ist häufig die direkte Folge dieser Überdiagnostik, kann jedoch auch unabhängig davon auftreten. Sobald ein Befund – sei er auch noch so harmlos – vorliegt, entsteht sowohl auf Seiten der Medizin als auch des Patienten oft der drängende Wunsch, "etwas zu unternehmen". Übertherapie beschreibt den Einsatz von Behandlungen, deren medizinischer Nutzen wissenschaftlich fraglich ist oder bei denen die Risiken den potenziellen Nutzen deutlich übersteigen.

Ein prominentes Beispiel sind vorschnelle Operationen bei altersbedingtem Verschleiß der Wirbelsäule oder der Kniegelenke. Oftmals würde ein abwartendes Verhalten ("Watchful Waiting") kombiniert mit gezielter Physiotherapie langfristig gleiche oder sogar bessere Ergebnisse erzielen als ein riskanter chirurgischer Eingriff. Dennoch wird häufig und frühzeitig zur Operation geraten.

Der Kern dieses Problems im modernen deutschen Gesundheitssystem liegt tief in den strukturellen Vergütungsmodellen verwurzelt. Seit der Einführung des Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups, DRG) im Jahr 2004 werden Krankenhäuser primär nach der Menge und der Schwere der abgerechneten Diagnosen und Prozeduren vergütet. Ein Krankenhaus, das viele lukrative apparative oder operative Eingriffe durchführt, finanziert so sein Überleben. Konservative Behandlungen, abwartendes Beobachten und das ausführliche, beratende Gespräch werden hingegen ökonomisch oft benachteiligt, da sie Zeit kosten, aber keine hohen Pauschalen generieren.

## 2. Die wahre Faktenlage: Zahlen, Daten und handfeste Evidenz

Dass Überdiagnostik und Übertherapie keine abstrakten akademischen Debatten sind, belegen unabhängige Berichte und gesundheitsökonomische Daten eindrücklich.

Ein Blick auf den **AOK-Krankenhausreport** oder den **Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung** zeigt seit Jahren eine bemerkenswerte Entwicklung auf. Im internationalen Vergleich, etwa innerhalb der OECD-Staaten, belegt Deutschland bei bestimmten Eingriffen regelmäßig Spitzenplätze. So werden hierzulande signifikant mehr Knie- und Hüftgelenke implantiert und deutlich mehr Wirbelsäulenoperationen sowie Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt als in vergleichbaren europäischen Ländern wie den Niederlanden, Schweden oder Dänemark.

Evidenzbasierte, rein medizinische Gründe für diese massiven Unterschiede – wie etwa eine völlig andere demografische Struktur oder gravierendere Krankheitsbilder – fehlen. Gesundheitsökonomen verweisen stattdessen unmissverständlich auf den finanziellen Anreiz des Systems: Ein höheres Operationsaufkommen bedeutet höhere Umsätze für die Kliniken.

Auch im ambulanten Bereich zeigt sich ein ähnliches Bild, besonders eindrücklich beim Thema der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Diese Leistungen werden Patienten in Praxen als sinnvolle Ergänzung angeboten, müssen jedoch selbst bezahlt werden, da die gesetzlichen Kassen die Kosten mangels wissenschaftlich belegtem Nutzen nicht übernehmen. Der **IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes (MD)** bewertet regelmäßig solche Angebote. Das Ergebnis ist für Betroffene oft ernüchternd: Von zahlreichen untersuchten Leistungen – etwa der Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung, der Augeninnendruck-Test zur Glaukom-Früherkennung oder viele anlasslose Vitamin-Analysen – werden die allermeisten als "tendenziell negativ" oder gar "negativ" eingestuft. Ein gesundheitlicher Nutzen ist wissenschaftlich nicht belegt, doch das Risiko für falsch-positive Befunde, unnötige Ängste und völlig überflüssige Folgeeingriffe ist unverhältnismäßig hoch.

## 3. Instrumentalisierung durch alternative Gesundheitsangebote

Genau an diesem hochsensiblen Punkt des Gesundheitssystems haken Anbieter von Pseudomedizin und unbelegten, alternativen Heilverfahren ein. Sie nutzen die berechtigte und evidenzbasierte Kritik an Apparatemedizin und finanziellen Fehlanreizen gezielt aus, um ihre eigenen, oft unwissenschaftlichen Alternativen zu positionieren.

Ihre Argumentationslinie ist psychologisch äußerst wirksam, da sie bei einem wahren Kern ansetzt: Dem Gefühl vieler Patienten, in einem hochtechnisierten System wie am Fließband

behandelt zu werden, wo Profit oft über individueller Zuwendung zu stehen scheint. Die Aussage "Die Kliniken wollen doch nur Geld mit Operationen verdienen" resoniert tief bei Menschen, die sich nicht als Person, sondern als abzuarbeitende Umsatzquelle gefühlt haben.

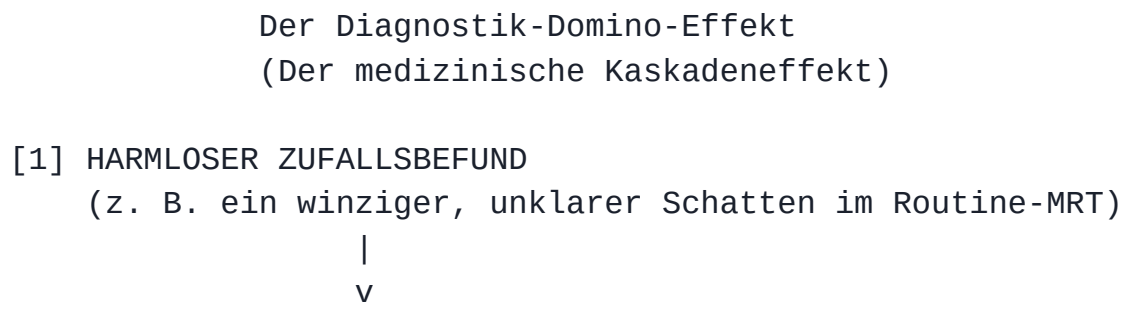
Anstatt jedoch auf evidenzbasierte und existierende Lösungen – wie das Einholen einer fundierten ärztlichen Zweitmeinung oder das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung – hinzuweisen, erfolgt in diesen Milieus ein folgenschwerer rhetorischer Schwenk. Das reale Problem der Überversorgung wird instrumentalisiert, um die wissenschaftliche Medizin in ihrer Gesamtheit abzulehnen und ein tiefes Misstrauen zu schüren. Vertrauen soll stattdessen in teure Nahrungsergänzungsmittel, energetische Verfahren oder andere Methoden fließen, deren Wirksamkeit über den reinen Placebo-Effekt hinaus nie methodisch fundiert belegt werden konnte.

So wird die Enttäuschung der Patienten genutzt, um sie in ein alternatives, oft gleichermaßen profitorientiertes System der Nicht-Therapie zu leiten, das jeglicher wissenschaftlicher Grundlage entbehrt.

## 4. Die Auswirkungen auf den Patienten: Leid und der Kaskadeneffekt

Für die behandelten Menschen hat diese Dynamik gravierende Folgen. Auf der rein physischen Ebene stellt jede Form der Übertherapie ein echtes, absolut vermeidbares Risiko dar. Jeder Eingriff – sei er auch noch so "routiniert" – birgt die Gefahr von Komplikationen wie Krankenhausinfektionen, Narkoserisiken, Thrombosen oder chronischen Schmerzen. Wird eine Bandscheibe operiert, obwohl eine konservative, begleitete Physiotherapie ausgereicht hätte, trägt der Patient das volle Risiko eines unnötigen Eingriffs.

Besonders gefürchtet ist in diesem Zusammenhang der medizinische **Kaskadeneffekt**, ein Domino-Effekt der Diagnostik:



```
[2] BEUNRUHIGUNG & PSYCHISCHER STRESS
    (Der Patient fühlt sich urplötzlich "krank")
                  |
                  v
[3] INVASIVE ABKLÄRUNG
    (z. B. Gewebeentnahme / Biopsie)
                  |
                  v
[4] KOMPLIKATIONEN DER DIAGNOSTIK
    (z. B. Infektion oder Blutung durch die Nadel)
                  |
                  v
[5] UNNÖTIGE THERAPIE DER KOMPLIKATION
    (Der Patient benötigt nun Antibiotika oder weitere OPs)
                  |
                  v
[6] DAUERHAFTE EINSCHRÄNKUNG ODER ÄNGSTE
    (Obwohl initial gar keine Gefahr für die Gesundheit bestand!)
```

Fast noch schwerer wiegen die psychischen Belastungen. Sogenannte "Inzidentalome" (Zufallsbefunde in der hochauflösenden Bildgebung) machen beschwerdefreie Menschen praktisch über Nacht zu besorgten Patienten. Die Stigmatisierung durch einen potenziell bösartigen Verdacht kann tiefe seelische Narben, dauerhafte Panik und langanhaltende Ängste hinterlassen, selbst wenn sich der Befund Wochen später als völlig harmlos herausstellt.

Das gesellschaftliche Langzeitproblem ist der schleichende Vertrauensverlust. Wenn Betroffene das Gefühl haben, aus wirtschaftlichen Gründen überbehandelt zu werden, suchen sie in ihrer Verzweiflung oft nach sanfteren Alternativen. Dies kann lebensbedrohlich werden, wenn bei tatsächlich schweren Erkrankungen wirksame Therapien zugunsten unwirksamer Heilsversprechen abgelehnt werden.

## 5. Echte Lösungsansätze: Wie wir das System heilen können

Die Lösung für diese komplexen Herausforderungen liegt keinesfalls in der Abkehr von der evidenzbasierten Wissenschaft. Im Gegenteil: Es braucht eine noch stärkere Besinnung auf bewiesene Wirksamkeit, verknüpft mit einer radikalen Patientenorientierung. Folgende

Reformen werden in der Fachwelt breit diskutiert und eingefordert:

- **Reform der Krankenhausfinanzierung:** Die Abkehr von reinen Fallpauschalen hin zu sogenannten **Vorhaltepauschalen**. *Die Feuerwehr-Metapher:* Eine gut organisierte Stadt finanziert ihre Feuerwehr dafür, dass sie präsent, ausgestattet und einsatzbereit ist (Vorhaltepauschale) – und nicht pro gelöschtem Feuer. Würde man Feuerwehrleute nur nach der Anzahl der Einsätze bezahlen, entstünde ein fataler Anreiz, mehr Brände zu finden, zu definieren oder sogar brennen zu lassen. Genau diesen Fehlanreiz zur Fallzahlsteigerung gilt es bei Kliniken durch Vorhaltepauschalen abzubauen.
- **Aufwertung der "Sprechenden Medizin":** Zeit für Zuwendung, eine ausführliche Anamnese und beratende Gespräche muss im Vergütungssystem (wie dem EBM) finanziell so aufgewertet werden, dass Ärztinnen und Ärzte sich diese Zeit nehmen können, ohne wirtschaftliche Einbußen zu erleiden.
- **Initiative "Gemeinsam Klug Entscheiden" (Choosing Wisely):** Diese von medizinischen Fachgesellschaften (in Deutschland koordiniert durch die AWMF) getragene Initiative identifiziert weltweit spezifische Untersuchungen und Behandlungen ohne nachweisbaren Nutzen. Sie rät aktiv von deren routinemäßiger Anwendung ab und hilft Patienten, unnötige Eingriffe zu hinterfragen.
- **Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making):** Patienten müssen ermächtigt und unterstützt werden, Therapieentscheidungen auf Augenhöhe mit ihren behandelnden Ärzten zu treffen. Es gilt, transparent über Risiken, Nutzen und vor allem über abwartende Alternativen (das "aktive Nichtstun") aufzuklären.
- **Stärkung von Zweitmeinungsverfahren:** Bei planbaren, schweren Eingriffen (wie Gelenkersatz oder Gebärmutterentfernungen) haben gesetzlich Versicherte in Deutschland oft das Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Dieses mächtige Instrument bietet einen hervorragenden Schutz vor Übertherapie und sollte konsequent von Patienten eingefordert werden.

## 6. Empathie und Respekt: Die Patienten als Opfer des Systems verstehen

Um diese strukturellen Probleme nachhaltig zu bewältigen, ist ein zutiefst respektvoller und empathischer Umgang mit den Patienten entscheidend. Wenn Menschen sich frustriert von der klassischen Medizin abwenden und unkonventionelle Heilmethoden suchen, tun sie dies äußerst

selten aus Ignoranz oder Leichtgläubigkeit. Es sind meist verzweifelte, besorgte und von chronischen Leiden geplagte Personen, die von einem zeitarmen und hochtechnisierten System enttäuscht wurden.

Wer mit chronischen Schmerzen nach langer Wartezeit in wenigen Minuten abgefertigt und lediglich mit einem Termin für eine OP entlassen wird, fühlt sich als Individuum nicht wahrgenommen. Wenn sich im direkten Kontrast dazu ein Anbieter alternativer Methoden in entspannter Atmosphäre intensiv Zeit nimmt, emphatisch zuhört und den Leidensdruck bedingungslos validiert, ist es eine zutiefst menschliche und verständliche Reaktion, Vertrauen zu fassen – selbst wenn die darauf folgende Therapie wissenschaftlich völlig unwirksam ist.

Die Angst vor Nebenwirkungen, das ohnmächtige Gefühl der Hilflosigkeit im Krankenhausapparat und der gravierende Mangel an zeitintensiven, beruhigenden Gesprächen sind reale Mängel unseres Versorgungssystems. Patienten, die hier kritisch nachfragen und nach sanfteren Wegen suchen, verhalten sich nachvollziehbar; sie sind Leidtragende systemischer Schwächen.

Ein abwertender, überheblicher oder spöttischer Umgang mit Patienten, die auf unkonventionelle Heilsversprechen vertraut haben, ist daher fachlich unangebracht und menschlich falsch. Es ist Aufgabe der Gesundheitsaufklärung, zu verstehen, *warum* alternative Versprechungen so attraktiv wirken: Sie simulieren oft genau die Zeit, Menschlichkeit und Sicherheit, die im regulären Klinikalltag aufgrund der harten Rahmenbedingungen häufig schmerzlich fehlen.

## 7. Fazit: Eine bessere Medizin erkämpfen, nicht dem Aberglauben verfallen

Das Gesundheitssystem weist unbestreitbar strukturelle Schwächen auf, die kritisiert und dringend reformiert werden müssen. Ökonomische Anreize, die Überdiagnostik belohnen und systematische Übertherapie fördern, richten Tag für Tag realen Schaden an. Es ist essenziell, diese Missstände objektiv aufzuzeigen und politische wie strukturelle Änderungen vehement einzufordern.

Dennoch ist eine klare Abgrenzung unabdingbar: Die Fehler in der Struktur der modernen Medizin validieren keine unbelegten Heilmethoden. Therapien ohne jeglichen wissenschaftlichen Wirkungsnachweis bieten keine echte, nachhaltige Heilung. Es handelt sich oftmals lediglich um einen parallel existierenden Gesundheitsmarkt, der sich an den Ängsten von

Patienten bedient, ohne evidenzbasierte Lösungen zu liefern.

Die angemessene Antwort auf Überdiagnostik und den Zeitmangel im System darf nicht lauten, evidenzbasierte medizinische Errungenschaften aufzugeben. Die einzig nachhaltige Antwort besteht darin, eine sprechende, ehrliche und entökonomisierte Medizin zu fordern, die den kranken Menschen – ausgestattet mit ausreichend Zeit, Empathie und bester Evidenz – wieder in ihr absolutes Zentrum rückt.

---

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