Übermäßige Diagnostik aus Haftungsgründen

Autor: Wolfram Klatt
Veröffentlicht am: 10.08.2026

Dokument generiert über Gesundheitsmythen.de

ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)

Defensivmedizin führt durch juristische Absicherungsbedürfnisse von Ärztinnen und Ärzten zu übermäßiger Diagnostik, Strahlenbelastung und psychisch belastenden Zufallsbefunden (Inzidentalomen). Die Entfremdung von der Anamnese öffnet nicht-evidenzbasierten Verfahren Tür und Tor. Evidenzbasierte Reformen im Arzthaftungsrecht, der Ausbau von Choosing-Wisely-Leitlinien und die Honorierung sprechender Medizin bieten Wege aus diesem Systemfehler.

Die Last der Gewissheit: Wie defensive Überdiagnostik Patienten belastet und das Vertrauen in die Medizin schwächt

Das moderne Gesundheitssystem im deutschsprachigen Raum gehört zweifelsohne zu den leistungsfähigsten der Welt. Es bietet einen raschen Zugang zu hochkomplexer Technologie, lebensrettenden Notfallinterventionen und einer beispiellos dichten medizinischen Infrastruktur. Doch unter der Oberfläche dieses hochgradig technisierten und organisierten Systems schwelt eine tiefgreifende Problematik, die sich oftmals unbemerkt im Alltag von Praxen und Kliniken abspielt. Es ist eine Entwicklung, die das sensible Vertrauensverhältnis zwischen medizinischem Personal und Patienten stark unterminiert und gleichzeitig erhebliche gesundheitliche wie

psychologische Auswirkungen haben kann: Die Rede ist von der sogenannten **Defensivmedizin**.

Hinter den Kulissen und in ärztlichen Qualitätszirkeln wird offen darüber gesprochen, doch für Patientinnen und Patienten bleibt zumeist verborgen, warum bestimmte medizinische Entscheidungen tatsächlich getroffen werden. Dieses Phänomen ist tief in der juristischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Struktur unseres Gesundheitssystems verwurzelt – und es bereitet unbeabsichtigt den Boden für eine Entfremdung, die dazu führt, dass Betroffene in belastenden Situationen zunehmend nach alternativen Erklärungsmodellen suchen.

In diesem umfassenden Hintergrundartikel beleuchten wir die strukturellen Mechanismen der defensiven Diagnostik, erklären die gravierenden psychologischen und physischen Folgen von diagnostischen Zufallsbefunden und zeigen auf, wie Empathie, Aufklärung und systemische Reformen den Weg zu einer menschlicheren, stark evidenzbasierten Heilkunde weisen können.

---

1. Zwischen Hippokrates und Paragrafen: Wenn juristische Absicherung die Medizin regiert

Im Kern beschreibt der Begriff "Defensivmedizin" (oder defensive Medizin) ein ärztliches Handeln, das in erster Linie nicht durch die strikte medizinische Notwendigkeit für das Wohl des Patienten motiviert ist, sondern vielmehr durch das Bestreben des behandelnden Fachpersonals, sich gegen mögliche juristische Konsequenzen abzusichern. In der Medizinethik und Gesundheitsökonomie unterscheidet man dabei grundsätzlich zwei Ausprägungen:

1. **Die negative Defensivmedizin:** Fachpersonal oder ganze Kliniken meiden die Behandlung von Hochrisikopatienten oder die Durchführung komplexer, potenziell riskanter Eingriffe. Das primäre Ziel ist es hierbei, das statistische Risiko von Komplikationen – und damit von potenziellen rechtlichen Auseinandersetzungen – von vornherein zu umgehen. Dies kann zu einer Unterversorgung schwer kranker Menschen führen.
2. **Die positive Defensivmedizin:** Diese weitaus häufigere Form äußert sich im ärztlichen Alltag durch die Anordnung von zusätzlichen, eigentlich verzichtbaren diagnostischen Maßnahmen, ausgedehnten Laboruntersuchungen, raschen Überweisungen an andere Fachdisziplinen oder rein prophylaktischen Behandlungen.

Im Kontext der Überdiagnostik fokussieren wir uns auf die weitreichenden Konsequenzen der positiven Defensivmedizin. Das Problem entsteht aus einer stetig zunehmenden

"Verrechtlichung" der Heilkunde. Der klassische hippokratische Grundsatz *"Primum non nocere"* (Zuerst einmal nicht schaden) gerät dabei paradoxerweise durch das zivile Haftungsrecht stark unter Druck.

Die Einführung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 war ein historisch wichtiger und absolut richtiger Schritt zur längst überfälligen Stärkung der Patientenautonomie und Transparenz. Es hat in der praktischen Umsetzung jedoch bei vielen Behandelnden auch zu einer starken Verunsicherung geführt. Besonders das juristische Instrument der **Beweislastumkehr** bei groben Behandlungsfehlern erzeugt einen enormen Druck: Wird ein grober Fehler nachgewiesen, muss der betroffene Patient nicht mehr beweisen, dass genau dieser Fehler zum gesundheitlichen Schaden geführt hat. Stattdessen liegt die Beweislast beim medizinischen Personal – dieses muss gerichtsfest belegen, dass der Fehler ausdrücklich *nicht* ursächlich war. In der juristischen Praxis ist das eine oft schier unlösbare Aufgabe.

Die "Vollkaskomentalität" in der Diagnostik

Ärztinnen und Ärzte, die unter massivem Zeitmangel, enormem bürokratischen Aufwand und starken Arbeitsbelastungen leiden, stehen in der täglichen Praxis daher oft vor einem zermürbenden Dilemma: *Wie beweise ich im Zweifel Jahre später vor Gericht lückenlos, dass ich an absolut jede noch so unwahrscheinliche Differentialdiagnose gedacht habe?*

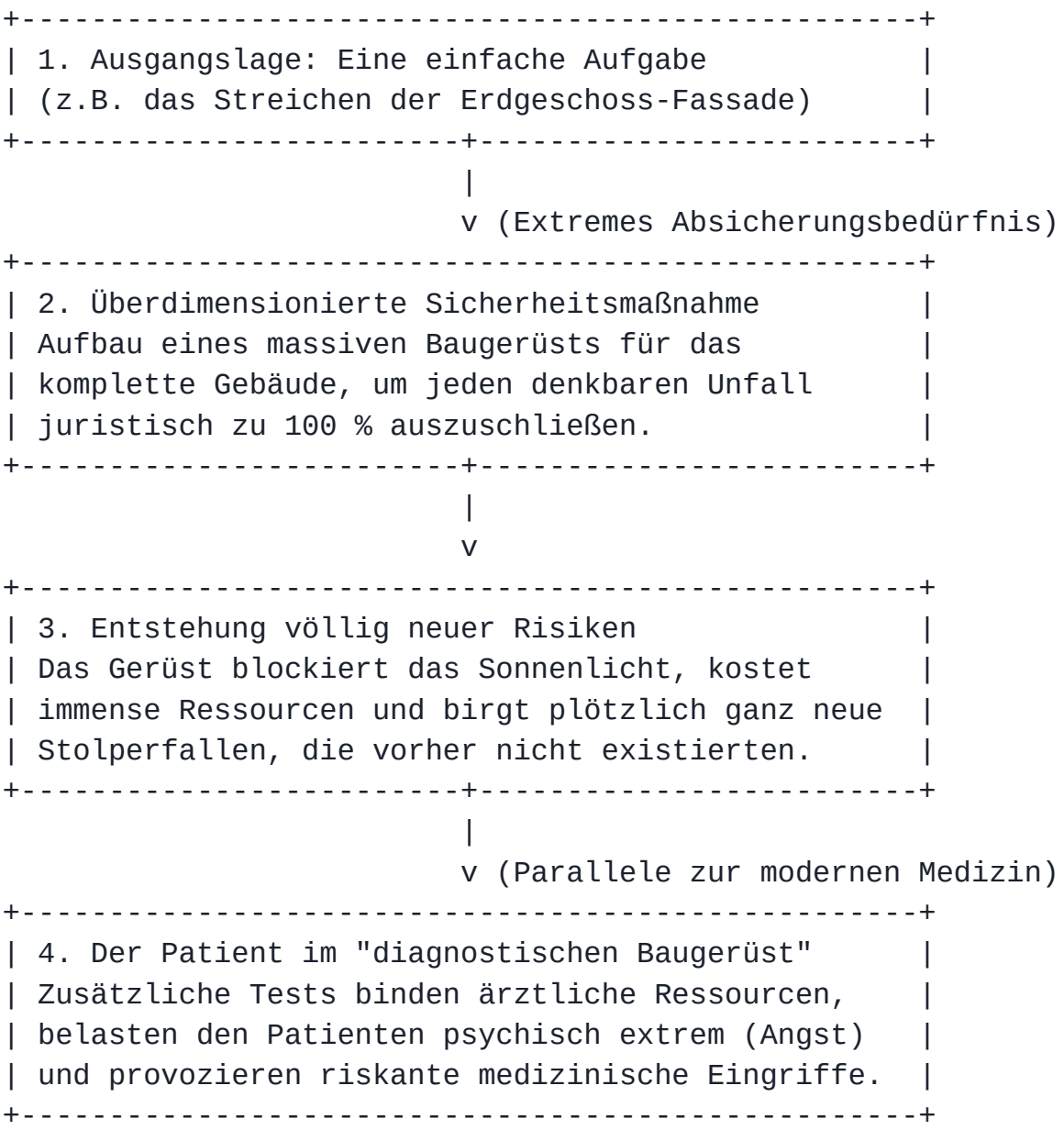
Die juristisch sicherste – wenn auch aus evidenzbasierter Sicht oft falsche – Antwort lautet in der Praxis leider häufig: *"Indem ich vorsorglich alles teste, was technisch messbar ist."*

Anstatt sich auf die solide klinische Erfahrung, die Wahrscheinlichkeitsrechnung (Prätestwahrscheinlichkeit) und vor allem auf das ausführliche Gespräch (die Anamnese) zu verlassen, wird der Patient zügig durch den MRT-Scanner geschoben oder es werden umfangreiche, unspezifische Labor-Panels angefordert. Das Diagnosegerät liefert einen scheinbar objektiven, objektivierbaren und vor allem gerichtsfest dokumentierbaren Befund, der die behandelnde Person rechtlich entlastet. In diesem automatisierten Prozess wird der Patient jedoch häufig unbewusst vom Subjekt einer ganzheitlichen Heilbehandlung zum reinen Objekt einer juristischen Risikominimierung degradiert.

Die Metapher des Baugerüsts: Sicherheit, die neue Gefahren schafft

Um zu verstehen, warum ein "Mehr" an Sicherheit paradoxerweise schädlich sein kann, hilft ein didaktischer Vergleich aus dem Alltag:

Stellen Sie sich vor, Sie beauftragen eine Fachfirma, um kleine Ausbesserungen an der Fassade Ihres Erdgeschosses vorzunehmen. Um absolute juristische Sicherheit zu erlangen und sicherzustellen, dass sich garantiert niemand auch nur den Knöchel verstaucht, ordnet die Firma an, ein gigantisches, extrem teures Baugerüst um das gesamte Gebäude herum zu errichten – bis hoch zum Dach, obwohl dort gar nicht gearbeitet wird.



Dieses metaphorische "Baugerüst" verdunkelt am Ende das Haus und schadet mehr, als es nützt. Genau dies geschieht in der Medizin, wenn zur reinen Absicherung übermäßige Diagnostik betrieben wird.

---

2. Zahlen, Daten, Überversorgung: Die messbaren Spuren der Defensivmedizin

Wie groß ist dieses Problem in der klinischen Realität? Handelt es sich lediglich um ein diffuses Gefühl unter gestresstem Klinikpersonal, oder lässt sich die Defensivmedizin anhand harter Fakten belegen? Offizielle Berichte und gesundheitsökonomische Studien zeichnen ein klares und alarmierendes Bild einer systematischen Überversorgung.

Deutschland und Österreich halten im internationalen Vergleich der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) regelmäßig unangefochtene Spitzenpositionen bei der Dichte und der Frequenz von bildgebenden Verfahren, ganz besonders bei Computertomografien (CT) und Magnetresonanztomografien (MRT). Doch aus wissenschaftlicher und gesundheitsökonomischer Sicht führt *mehr* Diagnostik in einer hochentwickelten Gesellschaft nicht zwangsläufig zu *mehr* Gesundheit.

Eine groß angelegte Befragung (Ärztemonitor) im Auftrag der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) brachte ans Licht, dass ein erheblicher Anteil der niedergelassenen Ärzteschaft freimütig zugibt, aus Sorge vor Regressforderungen durch Krankenkassen oder aus Angst vor juristischen Auseinandersetzungen zusätzliche, medizinisch nicht zwingend indizierte Diagnostik zu betreiben. Dies wird in der Fachsprache als **Low-Value Care** (Versorgung mit geringem Patientennutzen) bezeichnet.

Besonders eindrücklich wird diese Problematik durch die internationale Initiative **„Choosing Wisely“** (in Deutschland als „Gemeinsam Klug Entscheiden“ etabliert) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) dokumentiert. Diese wissenschaftliche Initiative listet für verschiedene Fachgebiete ganz konkrete Praktiken auf, die im Alltag sehr häufig angewendet werden, obwohl wissenschaftlich einwandfrei bewiesen ist, dass sie keinen Nutzen haben oder dem Patienten im schlimmsten Fall sogar schaden können.

Beispiel: Der akute Kreuzschmerz Ein klassisches und extrem häufiges Beispiel aus der ärztlichen Praxis ist der unkomplizierte, akute Kreuzschmerz (Lumbago). Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) empfehlen hier eindeutig, dass in den ersten vier bis sechs Wochen ausdrücklich *keine* bildgebende Diagnostik (wie Röntgen oder MRT) erfolgen soll, sofern bei der ärztlichen neurologischen Basisuntersuchung keine sogenannten „Red Flags“ (Warnsignale wie Lähmungserscheinungen, rascher Gewichtsverlust oder Fieber) vorliegen. Der medizinische Hintergrund: Bei rund 90 Prozent der Betroffenen verschwinden diese Schmerzen innerhalb weniger Wochen durch moderate Bewegung von ganz allein. Ein MRT-Bild ändert in dieser

Phase absolut nichts an der Therapieempfehlung.

Dennoch wird in der Praxis tagtäglich massenhaft frühzeitig geröntgt oder ein MRT veranlasst. Dies geschieht einerseits aus dem tiefen Bedürfnis nach juristischer Absicherung der Behandelnden, andererseits jedoch auch, weil viele Patienten, die verständlicherweise unter Schmerzen leiden und einer „Mehr-ist-besser“-Mentalität anhängen, diese Bilder sehr nachdrücklich und aktiv einfordern.

Auch Institutionen wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes weisen in regelmäßigen Abständen streng evidenzbasiert darauf hin, dass viele auf dem Gesundheitsmarkt frei angebotene Diagnoseverfahren (oft als Selbstzahlerleistungen, sogenannte IGeL) keinen nachgewiesenen Nutzen für symptomfreie Patienten haben. Diese strukturelle Überversorgung bindet immense finanzielle und personelle Ressourcen. In der Konsequenz bedeutet dies: Die Wartezeiten auf lebenswichtige MRT-Termine für Menschen mit einem begründeten Krebsverdacht verlängern sich spürbar, weil die knappen Geräte durch defensivmedizinische oder ungerichtete Routineuntersuchungen blockiert werden.

---

3. Die Spirale der Angst: Wenn Zufallsbefunde Gesunde verunsichern

Die Konsequenzen der juristisch getriebenen Überdiagnostik für den einzelnen Patienten sind enorm, weitschichtig und oftmals psychologisch extrem belastend.

Der unmittelbarste physische Schaden entsteht durch die direkte diagnostische Intervention, wie beispielsweise die kumulative Strahlenbelastung. Computertomografien (CTs) gehen mit einer nicht unerheblichen Dosis an ionisierender Strahlung einher. Wenn derartige Untersuchungen primär zur rechtlichen Absicherung und ohne streng gestellte Indikation durchgeführt werden, trägt der Patient das erhöhte, wenn auch kleine, Risiko für strahleninduzierte Krebserkrankungen, ohne dass diesem Risiko ein angemessener diagnostischer Nutzen gegenübersteht.

Das weitaus komplexere und für den Patienten oft tiefgreifendere Problem ist jedoch die Überdiagnostik durch sogenannte **Zufallsbefunde**, in der medizinischen Fachsprache als **Inzidentalome** (von engl. *incidental* = zufällig) bezeichnet.

Die Metapher der Kieselstein-Untersuchung

Um das abstrakte Prinzip der Inzidentalome didaktisch greifbar zu machen, hilft die Metapher des Kieselsteins unter dem Elektronenmikroskop:

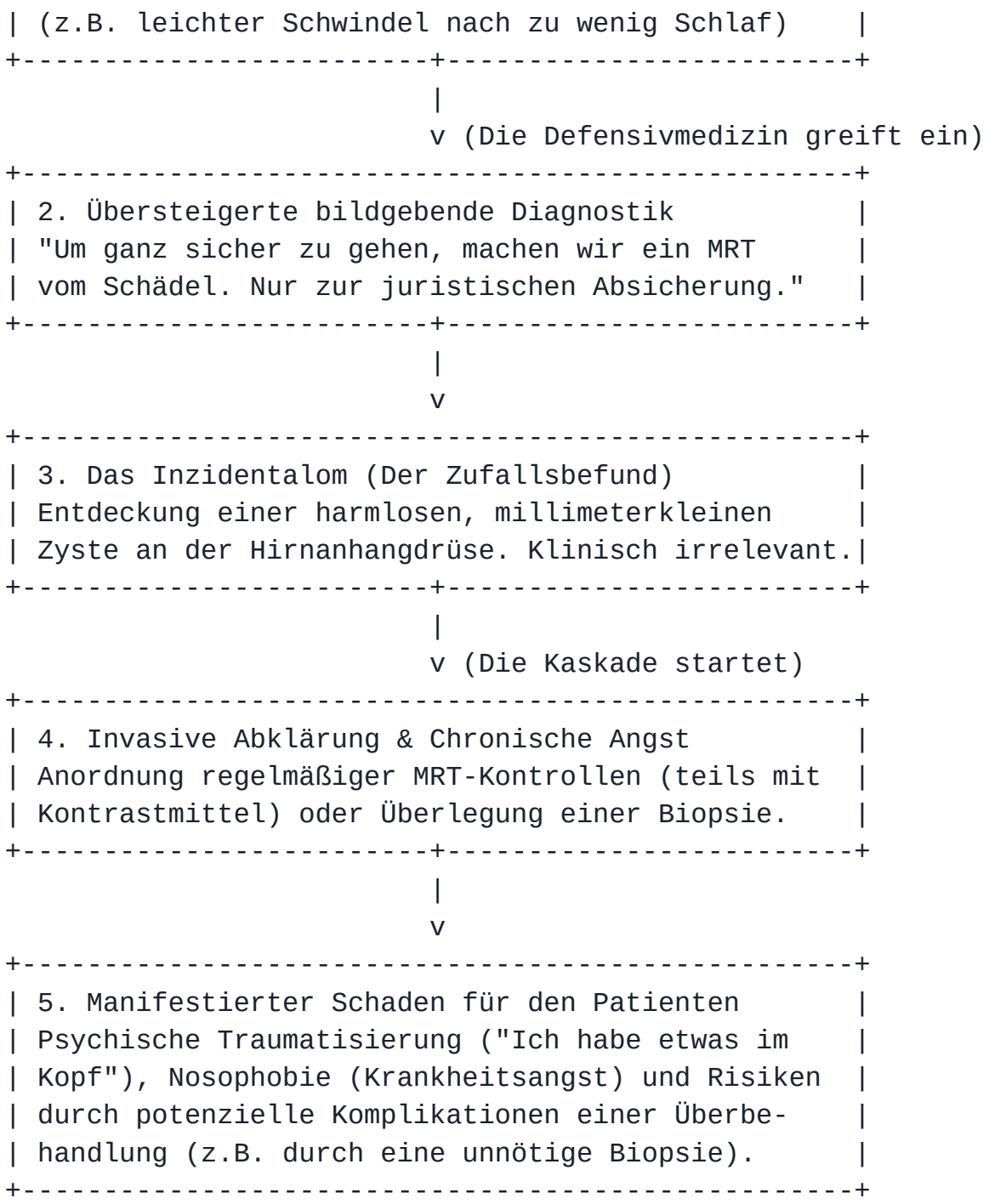
> Stellen Sie sich vor, Sie spazieren an einem sonnigen Tag am Ufer eines Gebirgsflusses entlang und heben einen perfekt glatten, runden Kieselstein auf. Für das bloße Auge und für seine Existenz in der Natur ist dieser Stein vollkommen makellos.
>
> Wenn Sie diesen exakt selben Stein nun jedoch in ein Hochleistungslabor bringen und unter ein Rasterelektronenmikroskop legen, werden Sie plötzlich Tausende mikroskopisch kleine Risse, schroffe Krater und scheinbare Strukturdefekte entdecken. Auf der Ebene unseres normalen Alltags haben diese mikroskopischen Risse absolut keinerlei Relevanz. Der Stein wird nicht zerbrechen. Würden Sie nun aber versuchen, jeden dieser winzigen, unsichtbaren Risse mit schwerem Werkzeug „zu reparieren“, würden Sie den Stein zwangsläufig zerstören.

Genau dies passiert in gewisser Weise bei modernen, extrem hochauflösenden bildgebenden Verfahren am menschlichen Körper. Wird ein völlig asymptomatischer (beschwerdefreier) Mensch in ein hochauflösendes MRT geschoben – beispielsweise im Rahmen eines ungerichteten "Executive-Check-ups" –, zeigt das Bild sehr häufig anatomische Normvarianten. Man findet kleine, absolut harmlose Zysten in Organen, gutartige winzige Knötchen (z. B. in der Schilddrüse oder der Nebenniere) oder kleine Verknöcherungen, die im gesamten Leben der betroffenen Person niemals gewachsen wären und niemals auch nur das geringste Symptom verursacht hätten.

Sobald ein solcher Zufallsbefund jedoch schwarz auf weiß im schriftlichen Arztbrief und in der Patientenakte steht, erzwingt das medizinisch-juristische System ein aktives Eingreifen. Der Arzt *muss* diesen kleinen Knoten nun weiter abklären, um rechtlich nicht angreifbar zu sein, falls es sich in einem von zehntausend Fällen doch um etwas Bösartiges handeln könnte. Damit setzt sich eine verhängnisvolle Dynamik in Gang.

Visualisierung: Die diagnostische Kaskade (Der Schneeballeffekt)

```
+-------------------------------------------------+
| 1. Ausgangspunkt: Unspezifische Bagatelle       |
```



Neben der konkreten physischen Gefahr durch nun folgende invasive Eingriffe (wie Blutungen, Infektionen oder Narkoserisiken bei einer Gewebeentnahme) ist die psychische Belastung für den Patienten immens. Ein unklarer Befund setzt eine Kaskade der Angst und tiefen Verunsicherung in Gang. Menschen, die noch am Vorabend des Arztbesuchs völlig gesund, leistungsfähig und lebensfroh waren, fühlen sich plötzlich als chronisch Kranke oder als „tickende Zeitbomben“.

Die Wochen des zermürbenden Wartens auf das Ergebnis einer histologischen Gewebeprobe empfinden viele Betroffene als psychologische Extremsituation. In der Psychologie und Medizinethik spricht man hierbei auch von einer **iatrogenen (durch ärztliches Handeln verursachten) Fixierung auf Krankheit**. Die Lebensqualität sinkt drastisch, obwohl objektiv gar keine Erkrankung vorlag.

> **Wichtiger Hinweis zur medizinischen Einordnung:**
> Bei ernsthaften, neu aufgetretenen, anhaltenden oder sich verschlechternden körperlichen Beschwerden (wie etwa starken Schmerzen, unerklärlichem Gewichtsverlust, Nachtschweiß oder neurologischen Ausfällen) ist eine sorgfältige und vollumfängliche ärztliche Diagnostik unerlässlich und lebensrettend. Die evidenzbasierte Kritik an der Überdiagnostik wendet sich ausdrücklich *nicht* gegen notwendige, zielgerichtete medizinische Untersuchungen bei konkreten klinischen Indikationen, sondern ausschließlich gegen den unkritischen, ungezielten Einsatz von Diagnostik (z.B. "Ganzkörper-Scans") zur reinen juristischen Absicherung bei fehlenden Symptomen. Echte Beschwerden sollten stets ernst genommen und von qualifiziertem Fachpersonal abgeklärt werden.

---

4. Die Illusion der Zuwendung: Warum Patienten alternative Wege suchen

Dieser reale und überaus gravierende Systemfehler – die zunehmende Entfremdung von Patienten durch eine stark juristisch und zeitlich limitierte Apparatemedizin – hat weitreichende Folgen für das Verhalten von Gesundheitssuchenden.

Wenn die menschliche Begegnung, die sprechende Medizin und das aufmerksame Zuhören im Takt der Gebührenordnungen und Notaufnahmen verloren gehen, entsteht ein emotionales und kommunikatives Vakuum. Genau in diese Lücke treten sehr häufig Anbieter alternativer Gesundheitsleistungen oder pseudomedizinischer Verfahren. Akteure, die mitunter auch Skepsis gegenüber dem evidenzbasierten Gesundheitssystem schüren, erkennen diese strukturelle Schwäche sehr präzise und bieten den Betroffenen scheinbare Lösungen an.

Ihre Argumentation greift die tatsächlichen Schwachpunkte des Systems auf: *"Im Krankenhaus sieht man in dir nur noch eine Nummer auf dem Laborblatt"*, *"Ärzte schauen während des Gesprächs nur auf ihre Computermonitore, aber nicht mehr auf den Menschen"* oder *"Dort wird*

man doch nur unpersönlich in Maschinen geschoben". Diese Beobachtungen resümieren die aufrichtige Frustration vieler Patientinnen und Patienten punktgenau und validieren ihre zutiefst menschlichen Gefühle.

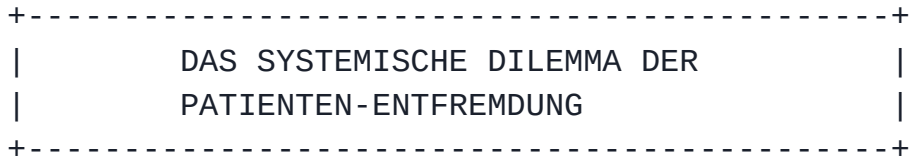
Die Lösung jedoch, die in diesen alternativen Settings häufig präsentiert wird, führt weg von nachweisbarer Wirksamkeit. Als Gegenpol zur angeblich "kalten Schulmedizin" werden oft sehr sanfte, "ganzheitliche" und stark mystifizierte Diagnosemethoden angeboten. Nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand fehlt vielen dieser Verfahren (wie etwa der Irisdiagnostik, der Dunkelfeldmikroskopie, kinesiologischen Muskeltests oder bestimmten Bioresonanzanalysen) jedoch eine plausible biologische oder physikalische Grundlage. Ihre diagnostische Validität konnte in methodisch hochwertigen Studien nicht belegt werden.

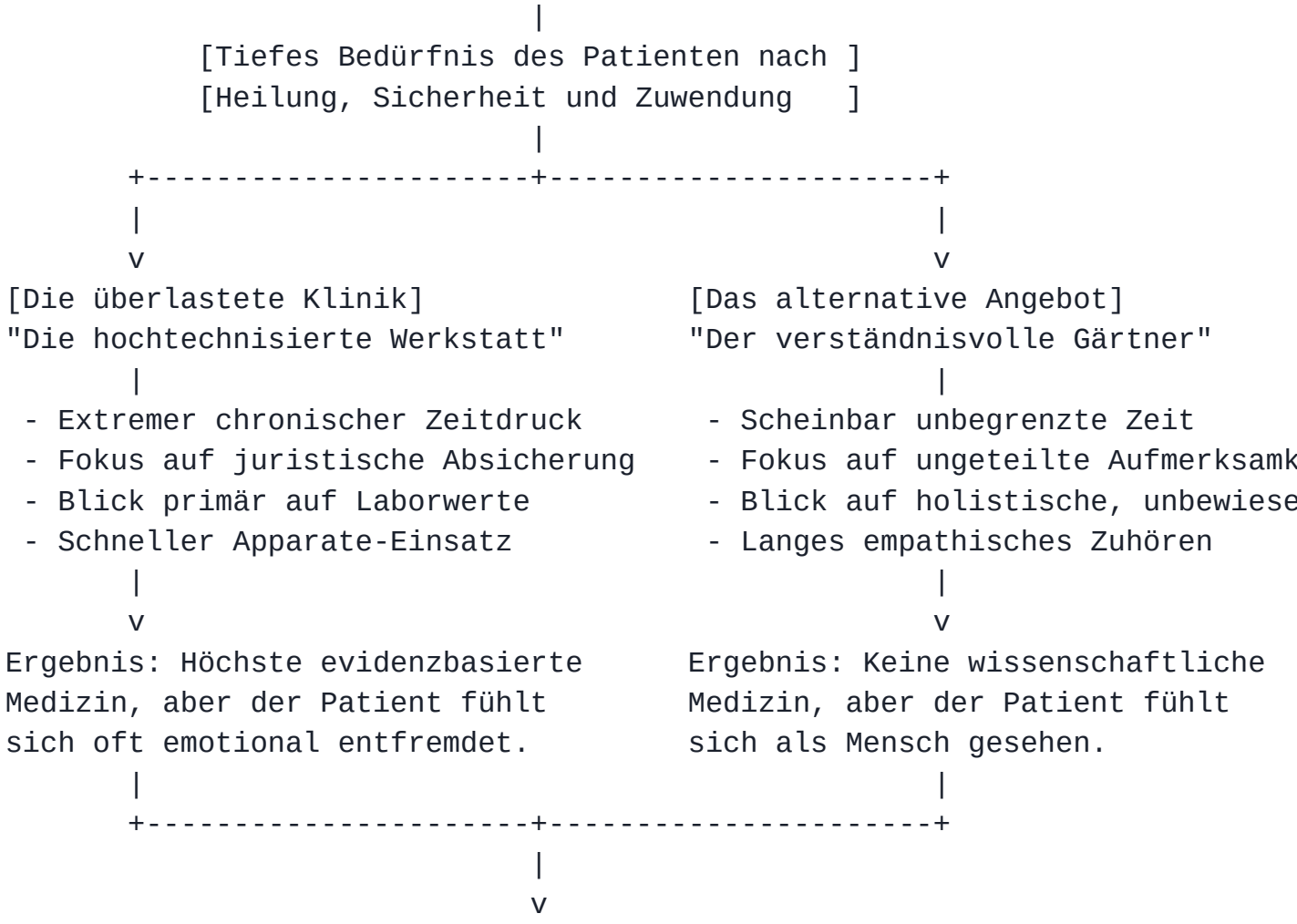
Warum fühlen sich so viele intelligente, aufgeschlossene Menschen dennoch von diesen Angeboten angezogen? Die Antwort liegt in der Empathie und der Zeitressource. Während die Behandelnden in der Klinik aus systematischem Zeitdruck oft nur wenige Minuten für ein komplexes Gespräch haben und schnell Laborwerte zur rechtlichen Absicherung anfordern müssen, nehmen sich Anbieter alternativer Heilmethoden oft weit über eine Stunde Zeit. Sie hören ungeteilt zu, fragen tiefgehend nach Lebensumständen, Stressfaktoren und Ängsten. Sie bieten am Ende des Gesprächs eine Erklärung an, die scheinbar alle diffusen, unklaren Symptome auf einmal schlüssig miteinander verbindet.

Häufig werden dabei wissenschaftlich nicht anerkannte Diagnosen gestellt (wie etwa eine "chronische energetische Übersäuerung" oder ein unspezifischer "Blockadestau"). Im Anschluss an solche Befunde werden nicht selten kostenintensive Präparate oder Behandlungen empfohlen, für die ein wissenschaftlicher Wirkungsnachweis fehlt.

Das größte Risiko für die Betroffenen besteht dabei jedoch nicht primär im finanziellen Verlust, sondern darin, dass sie unter Umständen einer hochwirksamen, evidenzbasierten und vielleicht lebensrettenden Therapie entzogen werden, weil sie in dem alternativen Setting genau die menschliche Zuwendung gefunden haben, die sie im hochtechnisierten regulären System schmerzlich vermisst haben.

Visualisierung: Der Konflikt zwischen Systemdruck und Patientenbedürfnis





---

5. Wege aus dem Systemfehler: Von der Haftungsreform zur sprechenden Medizin

Wenn wir als Gesellschaft anerkennen, dass die Defensivmedizin ein massives strukturelles Problem darstellt, das Ressourcen verschwendet und Menschen belastet, und wir gleichzeitig verstehen, dass die Abkehr in nicht-evidenzbasierte Milieus keine sichere medizinische Lösung bietet – wie muss dann ein konstruktiver Ausweg aussehen?

In der medizinischen Fachwelt, in der Gesundheitsökonomie und der klinischen Ethik werden derzeit weitreichende Reformen gefordert. Im Mittelpunkt steht dabei das Konzept der

Quartären Prävention. Diese beschreibt alle Maßnahmen, die dazu dienen, Patienten vor medizinischer Überversorgung und potenziell schädlichen diagnostischen Kaskaden zu schützen:

1. Reform des Arzthaftungsrechts und Etablierung einer offenen Fehlerkultur:
Um Behandelnden die permanente Sorge vor juristischen Konsequenzen bei medizinisch korrekten, aber statistisch unglücklich verlaufenden Behandlungen zu nehmen, bedarf es einer grundlegenden Modernisierung des Haftungsrechts. Skandinavische Länder gelten hier als Vorreiter: Mit sogenannten "No-fault"-Kompensationssystemen (verschuldensunabhängigen Entschädigungsfonds) können Patienten, die im Zuge einer Behandlung einen unerwarteten Schaden erlitten haben, schnell, fair und unbürokratisch finanziell abgesichert werden. Die lähmende Frage nach der direkten individuellen Schuld des Fachpersonals rückt in den Hintergrund, solange weder grobe Fahrlässigkeit noch Vorsatz im Spiel waren. Dies fördert eine offene, angstfreie Fehlerkultur, in der Komplikationen ohne juristische Angst ehrlich analysiert werden können, um Systemfehler für die Zukunft abzustellen.

2. Ausbau des Shared Decision Making (Gemeinsame Entscheidungsfindung):
Das medizinische Personal muss bereits im Studium viel intensiver in empathischer und transparenter Risikokommunikation ausgebildet werden. Aus wissenschaftlicher Sicht zeigt sich deutlich: Wenn Patienten laienverständlich und auf Augenhöhe über die Risiken, den exakten Nutzen und insbesondere auch den potenziellen *Schaden* (z.B. durch Zufallsbefunde) einer Diagnostik aufgeklärt werden, entscheiden sie sich sehr häufig proaktiv gegen überflüssige Tests. Ein Arzt, der transparent sagt: *"Wir könnten jetzt ein MRT machen. Die Wahrscheinlichkeit, dass wir dabei aber etwas völlig Harmloses finden, das Sie danach monatelang in große Panik versetzt und weitere Eingriffe nach sich zieht, ist sehr hoch. Ich rate Ihnen daher nachdrücklich davon ab"*, schützt seinen Patienten aktiv. Ein tiefes, durch echte Aufklärung geprägtes Vertrauensverhältnis schützt in der Realität besser vor juristischen Auseinandersetzungen als jede extensive Überdokumentation.

3. Stärkung evidenzbasierter Leitlinien ("Choosing Wisely"):
Medizinische Fachgesellschaften müssen in ihren Leitlinien noch weitaus klarer definieren, in welchen Fällen ärztliches "Nicht-Tun" nicht nur erlaubt, sondern explizit die evidenzbasierte, wissenschaftliche **Goldstandard-Therapie** darstellt. Wenn eine S3-Leitlinie (die höchste Stufe der wissenschaftlichen Evidenz) klar festhält, dass ein MRT bei unkomplizierten Rückenschmerzen in den ersten Wochen kontraindiziert ist, bietet dies dem medizinischen Personal einen starken rechtlichen Schutzschild. Solche "Do-Not-Do"-Empfehlungen müssen verbindlicher und sichtbarer in den klinischen Alltag und die Aus- und Weiterbildung integriert werden.

4. Umbau der Vergütungssysteme zugunsten der "Sprechenden Medizin":
Die Architektur vieler aktueller ärztlicher Honorarsysteme belohnt das rasche Erbringen von technischen und apparativen Leistungen finanziell oftmals deutlich höher als das tiefgehende, ausführlich beratende Gespräch. Dies stellt einen fatalen systemischen Fehlanreiz dar und muss dringend korrigiert werden. Behandelnde müssen finanziell adäquat dafür honoriert werden, dass sie sich ausreichend Zeit nehmen, um eine detaillierte Anamnese zu erheben, psychosoziale Lebensumstände zu evaluieren und Patienten in Krisensituationen ihre Ängste zu nehmen – ohne gezwungen zu sein, sofort den Überweisungsschein für die Radiologie auszudrucken, um die Fallpauschale wirtschaftlich abzubilden.

---

6. Zwischen Systemdruck und Grundbedürfnis: Warum Empathie der beste Brückenschlag ist

Bei der kritischen und wissenschaftlichen Betrachtung von Überdiagnostik und dem Ausweichen von Patienten in den alternativmedizinischen Sektor ist es von absolut zentraler Bedeutung, eine von tiefgreifender Empathie und tiefem Respekt getragene Haltung einzunehmen – und zwar ausdrücklich in alle Richtungen.

Patientinnen und Patienten, die im undurchsichtigen Gestrüpp der Überdiagnostik stranden oder Trost bei Anbietern nicht-evidenzbasierter Verfahren suchen, handeln meist aus einer tiefen Not heraus. Sie sind verletzliche Menschen in psychologischen Ausnahmesituationen, auf der dringenden Suche nach Orientierung, Schmerzlinderung und existentieller Sicherheit. Es ist zutiefst verständlich, menschlich nachvollziehbar und legitim, dass Betroffene von einer durchgetakteten, stark an Apparate delegierten Fließband-Medizin tief enttäuscht sind. Wenn ein Mensch mit schwerer chronischer Erschöpfung Hilfe sucht und am Ende nach kurzem Arztkontakt nur einen Zettel mit Normwerten und die Worte "Organisch fehlt Ihnen nichts" in der Hand hält, bleibt ein Abgrund an Ratlosigkeit zurück. Die Suche nach jemandem, der zuhört, der validiert und den Menschen ganzheitlich wahrnimmt, ist ein unverhandelbares Grundbedürfnis im Kranksein. Wir dürfen Patienten daher niemals verurteilen oder belächeln, wenn sie in einer derart belastenden Situation nach alternativen Erklärungsmodellen suchen.

Gleichzeitig jedoch gebührt auch der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal unser größter Respekt und Mitgefühl. Medizinerinnen und Mediziner wachen nicht morgens mit dem Ziel auf, knappe Ressourcen zu verschwenden oder gesunde Menschen in die Angstspirale von Zufallsbefunden zu treiben. Sie agieren jeden Tag, oft bis weit über ihre physischen und psychischen

Belastungsgrenzen hinaus, in einem hochkomplexen, extrem reglementierten System. Ein System, das von struktureller Unterfinanzierung, massivem Personalnotstand und der ständigen juristischen Bedrohung durch Klagen geprägt ist. Wer im Minutentakt unfehlbare Entscheidungen über die Gesundheit von Menschen treffen muss, sucht instinktiv nach objektivierbarer, messbarer Sicherheit. Die Ausübung von Defensivmedizin ist für unzählige hoch engagierte Fachkräfte schlichtweg eine traurige psychologische Überlebensstrategie in einem gnadenlosen Berufsalltag. Es ist die Architektur des Systems, die krankt, nicht der Wille der dort handelnden Individuen.

---

7. Wissenschaft statt Scheingewissheit: Ein klarer Blick auf die Zukunft

Die zunehmende Überdiagnostik aus Haftungsgründen ist zweifellos eine der drängendsten strukturellen, ökonomischen und medizinethischen Herausforderungen unseres heutigen Gesundheitssystems. Sie ist ein starker Motor der Ressourcenverschwendung, eine unterschätzte Quelle immenser psychischer Belastungen für Patienten und eine direkte Konsequenz fehlgeleiteter rechtlicher Rahmenbedingungen.

Die nachhaltige Lösung für dieses vielschichtige Problem liegt jedoch nicht in der Abkehr von der Wissenschaft oder im Rückzug in unbewiesene alternativmedizinische Modelle. Sie liegt im mutigen, ehrlichen Umbau der evidenzbasierten Medizin selbst: Hin zu einer modernen Heilkunde, die mutig weniger testet, dafür umso besser zuhört, die faire Rahmenbedingungen und Vergütungen für sprechende Medizin schafft und den verletzlichen Menschen wieder als Subjekt in den absoluten Mittelpunkt rückt – ohne dabei jemals die fundamentalen, bewiesenen Erkenntnisse der Naturwissenschaften über Bord zu werfen. Nur wenn wir das System von der Angst befreien, können wir das Vertrauen zwischen Arzt und Patient nachhaltig heilen.

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