

# Unter- & Fehlversorgung: Kritik, Fakten & Mythen

Autor: Wolfram Klatt

Veröffentlicht am: 10.08.2026

Dokument generiert über Gesundheitsmythen.de

## ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)

*Das deutsche Gesundheitssystem leidet an einem Paradoxon: Wir investieren Milliarden in lukrative apparative Eingriffe und Operationen (Fehlversorgung), während es an der Basis eklatant an Hausärzten, Therapieplätzen und sprechender Medizin fehlt (Unterversorgung). Diese Lücke der Zuwendung treibt verzweifelte Patienten oft in die Hände von Anbietern pseudomedizinischer Verfahren. Ein empathischer und faktenbasierter Blick auf die strukturellen Probleme unseres Systems und Wege aus der Krise.*

## Zwischen Skalpell und Wartezimmer: Die Realität von Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem

### 1. Einleitung: Das Paradoxon der modernen Medizin

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf einem starken Fundament: dem Solidarprinzip. Eigentlich soll jeder Mensch, unabhängig von seinem Einkommen, Zugang zur bestmöglichen medizinischen Versorgung haben. Im internationalen Vergleich verfügen wir über eine der höchsten Ärztedichten, modernste klinische Ausstattungen und enorme finanzielle Ressourcen.

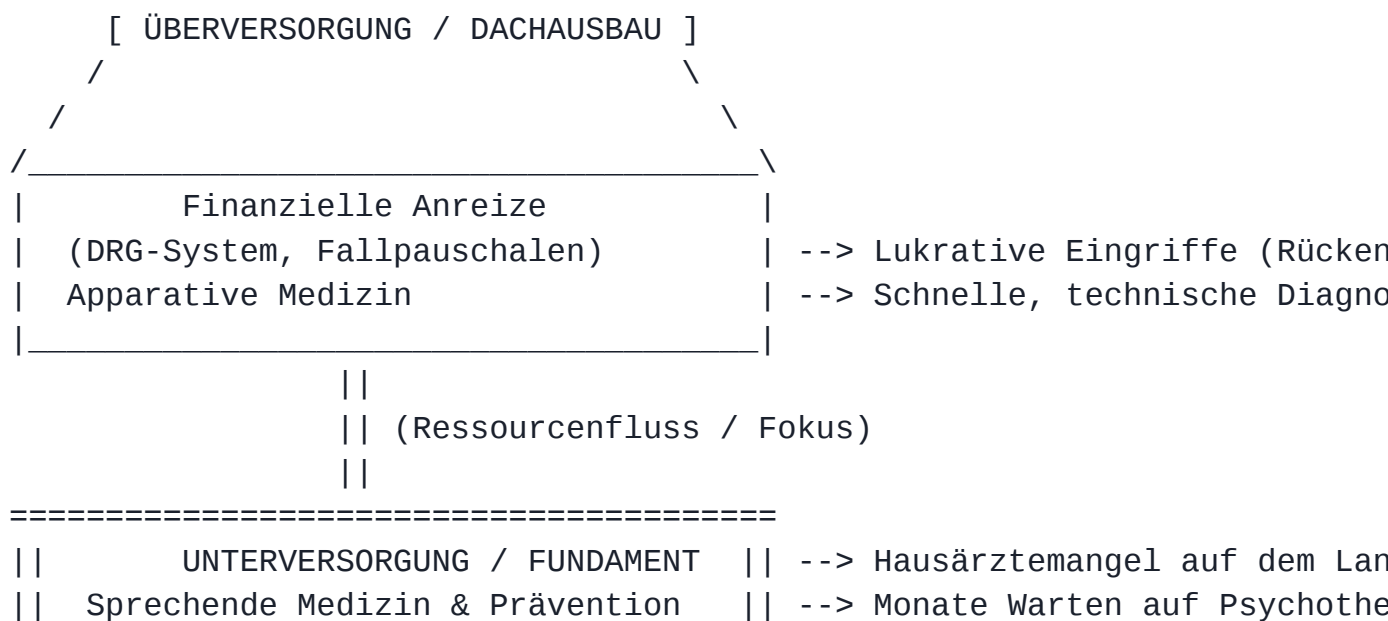
Dennoch stoßen Patientinnen und Patienten, die dringend Hilfe benötigen, im Alltag zunehmend auf ein fundamentales, strukturelles Paradoxon: Wir erleben eine gravierende Unterversorgung in der Basisversorgung, während gleichzeitig eine bedenkliche Fehl- und Überversorgung in hochspezialisierten, lukrativen Bereichen stattfindet.

Dieses Spannungsfeld ist nicht nur eine gesundheitsökonomische Fußnote, sondern bestimmt maßgeblich, wie wir Krankheit und Heilung erleben. Um zu verstehen, warum Menschen in medizinischen Notlagen oft verzweifeln, müssen wir die Mechanismen betrachten, die dieses Ungleichgewicht steuern.

## Die Metapher des ungleichen Baugerüsts

Stellen Sie sich unser Gesundheitssystem wie den Bau eines großen Hauses vor. Die **Grundversorgung** (Hausarztpraxen, Pflege, Physiotherapie, psychotherapeutische Begleitung) bildet das Fundament und das tragende Baugerüst. Sie stabilisiert den Patienten im Alltag, fängt ihn bei ersten Beschwerden auf und verhindert Schlimmeres. Die **Spezialmedizin** und die apparative Diagnostik (Chirurgie, MRTs, High-Tech-Eingriffe) sind das Dach und der aufwendige Innenausbau.

Unser aktuelles Vergütungssystem schüttet einen Großteil der Ressourcen in den Dachausbau. Es wird enorm lukrativ, "vergoldete Dachziegel" (hochkomplexe Eingriffe) zu verbauen. Gleichzeitig bröckelt das Fundament, weil die Instandhaltung des Baugerüsts (die zeitintensive Betreuung durch Hausärzte oder Pflegekräfte) finanziell vernachlässigt wird.



|| Pflege, Zeit & menschliche Nähe || --> Chronische Überlastung der

=====

(Strukturelle Vernachlässigung)

## 2. Die Anatomie der Unterversorgung: Wenn das Fundament bröckelt

---

Unterversorgung bedeutet in Deutschland nicht, dass wir generell zu wenige medizinische Einrichtungen haben. Es bedeutet, dass medizinisch notwendige Leistungen nicht zur richtigen Zeit, am richtigen Ort oder in angemessener Qualität zur Verfügung stehen.

**Der Mangel in der Fläche und bei der Zeit:** Das offensichtlichste Beispiel ist der eklatante Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten im ländlichen Raum. Wenn Praxen schließen und kein Nachfolger in Sicht ist, bricht für viele ältere und chronisch kranke Menschen eine essenzielle Versorgungssäule weg. Es bedeutet unzumutbare Anfahrtswege, überfüllte Wartezimmer bei den verbleibenden Praxen und de facto Aufnahmestopps für neue Patienten. Ähnlich dramatisch ist die Situation in der Psychotherapie. Nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer warten Hilfesuchende teils über ein halbes Jahr auf den Beginn einer Richtlinientherapie – in einer Phase akuter seelischer Not eine kaum erträgliche Zeitspanne.

Zudem betrifft die Unterversorgung eine Ressource, die für Heilung von zentraler Bedeutung ist: Zeit. Die sogenannte "sprechende Medizin" – also die ausführliche Erhebung der Krankengeschichte (Anamnese), das verständnisvolle Gespräch, die Aufklärung über Befunde und die gemeinsame Entscheidungsfindung – wird im System der pauschalierten Vergütung systematisch benachteiligt. Hausärztinnen und Hausärzte müssen oft im Minutentakt arbeiten, nicht weil sie nicht mit den Patienten sprechen wollen, sondern weil das System ein tiefgehendes Beratungsgespräch finanziell nicht ausreichend abbildet. Eine Praxis, die sich für jeden Patienten 30 Minuten Zeit nimmt, ist schlichtweg nicht wirtschaftlich zu führen.

Auch die Pflege in Krankenhäusern, in der stationären Altenhilfe und bei der ambulanten Betreuung ist massiv von Unterversorgung betroffen. Der eklatante Personalmangel führt dazu, dass die Arbeit am Patienten oft auf das medizinisch Notwendigste reduziert werden muss. Das bedeutet: Wundversorgung, Medikamentengabe, Körperpflege – aber keine Zeit für ein tröstendes Wort, keine Zeit, dem verwirrten Patienten Orientierung zu geben, keine Zeit, Ängste vor einer Operation zu nehmen. Dies ist für das Pflegepersonal, das in der Regel hochmotiviert

und zutiefst ethisch angetrieben ist, eine enorme psychische Belastung (Moral Injury) und für die Patienten mit handfesten gesundheitlichen Risiken verbunden.

### 3. Die Anatomie der Fehlversorgung: Falsche Anreize, fatale Folgen

---

Während an der Basis gespart wird, grassiert parallel dazu die Fehlversorgung, die oft fließend in eine Überversorgung übergeht.

**Fehlversorgung** liegt vor, wenn eine medizinische Maßnahme durchgeführt wird, die für das spezifische Leiden nicht die optimale, evidenzbasierte Wahl ist. **Überversorgung** bedeutet, dass Behandlungen oder Diagnostiken stattfinden, die medizinisch nicht zwingend notwendig sind, keinen bewiesenen Zusatznutzen haben oder sogar potenziell schaden.

**Das DRG-System und seine gravierenden Nebenwirkungen:** Eine der Hauptursachen hierfür ist unser Krankenhausfinanzierungssystem, das seit Anfang der 2000er Jahre auf sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG) basiert – den Fallpauschalen. Eine Klinik erhält für eine bestimmte Diagnose und die dazugehörige Prozedur (zum Beispiel eine Kniegelenksoperation oder das Setzen eines Stents) einen fest abgewogenen, fixen Betrag.

Das bedeutet in der Praxis: Ein Krankenhaus muss eine möglichst hohe Anzahl an lukrativen, hochbewerteten "Fällen" generieren, um seine immensen Fixkosten (Personal, Gebäude, Geräte) zu decken und wirtschaftlich zu überleben. Das System belohnt Aktivität – also Operationen, Eingriffe und aufwendige apparative Diagnostik – und bestraft Passivität – also das konservative Behandeln, das geduldige Abwarten, das Beobachten oder die ausführliche Aufklärung.

Dies schafft fatale finanzielle Fehlanreize. Ein Patient mit unspezifischen, altersbedingten Rückenschmerzen erhält auf diese Weise möglicherweise sehr schnell eine teure MRT-Untersuchung und im Anschluss rasch die Empfehlung für eine komplexe Versteifungsoperation an der Wirbelsäule (Überversorgung). Gleichzeitig muss genau dieser Patient aber vielleicht monatelang auf einen Termin für eine begleitende, evidenzbasierte Schmerztherapie oder eine physiotherapeutische Behandlung warten (Unterversorgung). Die Operation spült Geld in die Kassen der Klinik, die langwierige, multimodale Schmerztherapie ist oft ein Verlustgeschäft.

Der "Faktencheck Gesundheit" der Bertelsmann Stiftung und die umfangreichen Berichte des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) belegen

seit Jahren enorme regionale Schwankungen bei bestimmten Eingriffen (z.B. Rücken- oder Knie-OPs, Herzkatheter). Diese Schwankungen lassen sich nicht durch unterschiedliche Krankheitslasten der Bevölkerung erklären, sondern spiegeln oft nur die lokalen Angebotsstrukturen und den ökonomischen Druck wider.

## **4. Das Vakuum füllt sich: Die psychologische Lücke und alternative Angebote**

---

Genau in diesem strukturellen Riss zwischen massiver Unterversorgung und lukrativer Fehlversorgung – zwischen hastigen Fünf-Minuten-Terminen in der Hausarztpraxis und der begründeten Angst vor vorschnellen chirurgischen Eingriffen im Krankenhaus – entsteht ein emotionales, kommunikatives und psychologisches Vakuum.

Menschen, die chronisch krank sind oder unter unklaren Symptomen leiden, sind in einer hochgradig vulnerablen Position. Sie suchen Orientierung, Linderung ihrer Schmerzen und vor allem jemanden, der ihnen zuhört und sie als ganzen Menschen wahrnimmt, ohne sie sofort in ein standardisiertes medizinisches Protokoll zu pressen. Wenn das reguläre System einem Patienten mit Schmerzen nach drei Minuten mitteilt, "Wir finden nichts, das muss psychosomatisch sein", und ihn mit einem Rezept für Schmerzmittel verabschiedet, hinterlässt das tiefe Ohnmacht.

Diese Verzweiflung und Enttäuschung sind zutiefst menschlich, nachvollziehbar und völlig berechtigt. Und genau hier finden viele Patientinnen und Patienten Zuflucht in den Angeboten der Komplementär- oder Alternativmedizin. Diese Anbieter füllen exakt das Vakuum, das die Schulmedizin hinterlassen hat: Sie bieten Zeit. Eine Erstanamnese beim Homöopathen oder Heilpraktiker dauert nicht selten ein bis zwei Stunden. Es gibt ungeteilte Aufmerksamkeit, Empathie und vermeintlich ganzheitliche Erklärungsmodelle, die dem Chaos der Krankheit einen Sinn geben.

Es ist eine der größten Tragödien unseres modernen Gesundheitssystems, dass Patienten das Gefühl der "Sprechenden Medizin", des Gesehen-Werdens und der menschlichen Zuwendung oft nur noch außerhalb der solidarisch finanzierten kassenärztlichen Versorgung finden, indem sie privat tief in die eigene Tasche greifen.

Die immense Gefahr besteht jedoch darin, dass sich in diesem völlig unregulierten Raum zahlreiche Anbieter pseudomedizinischer Verfahren bewegen. Diese Akteure nutzen die reale

Frustration der Patienten mit der kühlen "Apparatemedizin" geschickt aus, um wissenschaftlich unhaltbare Therapien als sanfte, natürliche und nebenwirkungsfreie Alternativen zu vermarkten. Das berechtigte Unbehagen gegenüber der Profitgier von Krankenhauskonzernen wird gezielt umgemünzt in ein pauschales Misstrauen gegenüber der evidenzbasierten Wissenschaft an sich. Das Narrativ lautet dann: "Die Schulmedizin will dich nur operieren, wir wollen dich ganzheitlich heilen."

Das ist fatal, denn Pseudomedizin (wie Homöopathie, Bioresonanz oder sogenannte Geistheilung) heilt nachweislich keine Krankheiten jenseits des Placebo-Effekts. Doch wir dürfen in der Aufklärung niemals vergessen: Es ist nicht intellektuelle Naivität oder Unwissenheit, die Menschen in diese Arme treibt. Es ist das fundamentale menschliche Bedürfnis nach Gehör, Mitgefühl, Autonomie und einer individuellen Behandlung. Wenn unser hochtechnisiertes System dieses Bedürfnis ignoriert, schafft es sich seine eigene, pseudomedizinische Konkurrenz.

## 5. Die Konsequenzen für die Betroffenen

---

Die realen und bitteren Auswirkungen dieser strukturellen Fehlsteuerungen tragen letztlich immer die Patientinnen und Patienten:

- **Risiken und Schäden der Fehlversorgung:** Jeder medizinisch nicht zwingend erforderliche Eingriff birgt erhebliche Risiken. Eine unnötige Operation kann Komplikationen, lebensgefährliche Krankenhausinfektionen oder chronische Schmerzen nach sich ziehen (wie das sogenannte "Failed Back Surgery Syndrome" nach missglückten Rücken-OPs). Zudem untergräbt Überversorgung das grundsätzliche Vertrauen. Wer das Gefühl hat, aus reinen Profitgründen operiert worden zu sein, begegnet künftigen ärztlichen Ratschlägen mit verständlichem Misstrauen – bedauerlicherweise auch dann, wenn diese lebensrettend wären.
- **Das stille Leid durch Unterversorgung:** Ein chronisch kranker Mensch, der auf dem Land keinen Arzt findet, sucht möglicherweise erst dann notgedrungen Hilfe, wenn sich sein Zustand lebensbedrohlich verschlechtert hat. Dies bedeutet eine enorme Belastung für den Einzelnen und letztlich auch höhere Kosten für das System durch späte Notaufnahmen. Ein Mensch mit einer schweren Depression, der ein halbes Jahr auf einen Therapieplatz warten muss, riskiert in dieser Zeit die Chronifizierung seiner Erkrankung, den Verlust des Arbeitsplatzes oder familiäre Zusammenbrüche.

- **Verlust von Zeit und Geld im pseudomedizinischen Sektor:** Wer aus berechtigter Enttäuschung in unwirksame Heilsversprechen flüchtet, verliert oftmals erhebliche finanzielle Mittel. Weitaus gravierender ist jedoch der Verlust von wertvoller Zeit. Wird eine ernste Erkrankung "alternativ" statt evidenzbasiert behandelt, schließt sich nicht selten das medizinische Zeitfenster, in dem eine kurative Behandlung (Heilung) überhaupt noch möglich gewesen wäre.

## 6. Lösungswege: Den ethischen Kern der Medizin stärken

---

Um diese strukturelle Krise zu überwinden, bedarf es keiner Flucht in magisches Denken, sondern tiefgreifender politischer, struktureller und ökonomischer Reformen. Die evidenzbasierte Medizin muss von ökonomischen Zwängen befreit werden, die ihrem eigentlichen Auftrag schaden. Konkrete und intensiv diskutierte Ansätze umfassen:

1. **Reform der Krankenhausfinanzierung (Abkehr von reinen Fallpauschalen):** Ein zentraler gesundheitspolitischer Hebel gegen die Fehl- und Überversorgung ist die Einführung von sogenannten Vorhaltepauschalen. Krankenhäuser müssen zu einem großen Teil dafür vergütet werden, dass sie Infrastruktur, Expertise und qualifiziertes Personal für Notfälle und Basisversorgung bereithalten – vergleichbar mit dem Prinzip einer Feuerwehr. Dies nimmt Kliniken den immensen ökonomischen Druck, Patienten operieren zu müssen, nur um das eigene finanzielle Überleben zu sichern.
2. **Aufwertung der Sprechenden Medizin:** Das Vergütungssystem, insbesondere im ambulanten Sektor, muss dringend neu gewichtet werden. Die ausführliche Beratung, die sorgfältige Anamnese und die langfristige Koordination der Behandlung durch den Hausarzt müssen mindestens genauso gut, wenn nicht besser honoriert werden als eine schnelle apparative Diagnostik. Zeit für Patienten muss sich für Ärztinnen und Ärzte wieder "lohnend" anfühlen.
3. **Primärversorgungszentren und interprofessionelle Teams:** Um der Unterversorgung, besonders im ländlichen Raum, zu begegnen, benötigen wir dringend neue Versorgungsmodelle. Vorbilder aus Skandinavien zeigen den Weg: Lokale Gesundheitszentren, in denen Ärztinnen und Ärzte, spezialisierte Pflegekräfte (Advanced Practice Nurses), Physiotherapeuten und Sozialarbeiter auf Augenhöhe in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten. Ärzte können hier im

Angestelltenverhältnis ohne bürokratisches Risiko arbeiten, während hochqualifizierte Pflegekräfte delegierte ärztliche Aufgaben übernehmen und so das System entlasten.

4. **Wissenschaftliche Gesundheitskompetenz fördern:** Patienten müssen befähigt werden, medizinische Entscheidungen besser zu verstehen und gemeinsam mit ihren Behandlern zu treffen (das Konzept des "Shared Decision Making"). Damit dies gelingt, müssen Ärztinnen und Ärzte jedoch zwingend die nötige Zeit im System zugestanden bekommen, um auf Augenhöhe aufzuklären.

## 7. Fazit: Empathie und Strukturwandel statt Vorwürfe

---

Das deutsche Gesundheitssystem steht an einem kritischen Punkt. Die tiefgreifenden Probleme der Unterversorgung (Hausärztemangel, eklatante Wartezeiten, Pflegenotstand) und der Fehlversorgung (falsche finanzielle Anreize, Überdiagnostik) sind unbestreitbare Realitäten. Diese strukturellen Defizite schaden Menschen in gesundheitlicher Not jeden Tag.

Wir dürfen diese Missstände nicht ignorieren oder beschönigen, aber wir dürfen sie auch keinesfalls als Legitimation für unwissenschaftliche Pseudomedizin missverstehen. Dass ein hochkomplexes Versorgungssystem Reformen benötigt, macht unwirksame alternativmedizinische Behandlungen nicht plötzlich wirksam. Zuckerkügelchen heilen keine bakteriellen Infektionen, nur weil Sie auf dem Land lange auf einen Arzttermin warten müssen. Ein Bioresonanzgerät bekämpft keinen Krebs, nur weil die Krankenhausfinanzierung fehlerhaft ist.

Der Weg aus der Krise führt über eine entschlossene Rückbesinnung auf den Kern der guten Medizin: die Verbindung von exzellenter, evidenzbasierter Wissenschaft mit ausreichender Zeit und tiefer menschlicher Empathie. Wir müssen dringend aufhören, Patientinnen und Patienten Vorwürfe zu machen, wenn sie im Dickicht unseres Systems die Orientierung verlieren, und stattdessen unsere Energie darauf verwenden, die Strukturen so zu reformieren, dass die evidenzbasierte Medizin wieder nahbar, menschlich und verlässlich wird.