Nürnberg, 01.12.2025

Gemeinsame Vorschläge

des Berufsverbands Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA)

und der

Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

zu strukturell wirksame Maßnahmen, die geeignet sind, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren, ohne die Behandlungsqualität einzuschränken.

Die hier vorgestellten Vorschläge sollen dazu beitragen, die GKV-Ausgaben nachhaltig zu senken, die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung zu erhöhen und Effizienzpotenziale freizusetzen, ohne dass die anästhesiologische Versorgung in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt wird.

A 1 Evidenzbasierte präoperative Diagnostik

Wir schlagen vor, die **präoperative Diagnostik strikt evidenzbasiert auszurichten** und pauschale, nicht indikationsbezogene Untersuchungen vollständig abzuschaffen. Viele Kliniken führen weiterhin routinemäßige Laborwerte, EKGs oder Röntgenaufnahmen durch, obwohl wissenschaftliche Leitlinien klar zeigen, dass diese Untersuchungen in zahlreichen Fällen keinen Einfluss auf das perioperative Outcome haben. Internationale Empfehlungen betonen, dass Diagnostik nur dann sinnvoll ist, wenn sie patienten- oder eingriffsspezifische Risiken adressiert. Die Übernahme dieser Standards in nationale Leitlinien würde unnötige Kosten reduzieren und gleichzeitig die Patientensicherheit erhöhen.

Vorschläge

- Abschaffung pauschaler präoperativer Untersuchungen ohne medizinische Indikation
- Entwicklung nationaler Leitlinien, die sich klar an internationalen Standards (z. B. NICE, ASA) orientieren
- Nutzung risikoadaptierter, klar definierter diagnostischer Algorithmen
- Förderung der interdisziplinären Abstimmung zwischen Anästhesiologie, Chirurgie und Hausarztwesen hinsichtlich notwendiger Vorbefunde

Hintergrund

Zahlreiche Studien zeigen, dass viele Routineuntersuchungen — darunter EKG, Thoraxröntgen und Standardlabor — bei gesunden oder gering vorerkrankten erwachsenen Patientinnen und Patienten **keinen** Beitrag zur Senkung perioperativer Komplikationsraten leisten. Die NICE-Leitlinie belegt, dass ein Großteil dieser Tests entfallen kann, wenn klare Indikationsgrenzen definiert werden.[1] Die American Society of Anesthesiologists (ASA) bestätigt ebenfalls, dass Diagnostik nur bei klarer klinischer Fragestellung durchgeführt

[1] https://www.nice.org.uk/guidance/ng45/resources/routine-preoperative-tests-for-elective-surgery-pdf-1837454508997

BDA und DGAI vereinen mehr als 30.000 Ärztinnen und Ärzte für Anästhesiologie sowie Mitarbeitende der Gesundheitsfachberufe, die deutschlandweit jährlich mehr als zehn Millionen Patientinnen und Patienten aller Altersklassen in den fünf medizinischen Bereichen der Anästhesiologie betreuen: Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin. Gemeinsam stehen sie im täglichen Einsatz für die bestmögliche Patientenversorgung und Patientensicherheit. 365 Tage im Jahr und 24 Stunden rund um die Uhr.

werden soll.[2] Eine evidenzbasierte Reduktion unnötiger Diagnostik spart Kosten, verkürzt Prozesszeiten und vermeidet falsch-positive Befunde, die wiederum unnötige Folgeuntersuchungen auslösen können.

A 2 Nationales Programm zur perioperativen Risikoreduktion

Wir schlagen die Einrichtung eines **bundesweiten Programms zur perioperativen Risikoreduktion** vor, das präoperative Gesundheitsrisiken systematisch erfasst, behandelt und im Vorfeld elektiver Eingriffe minimiert. Viele postoperative Komplikationen entstehen nicht im Operationssaal, sondern aufgrund unzureichender Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf den Eingriff. Risikofaktoren wie unbehandelte Anämie, schlecht eingestellter Diabetes, aktives Rauchen oder Adipositas erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Wundheilungsstörungen, Infektionen, Intensivverlegungen und längere Krankenhausaufenthalte deutlich. Internationale Organisationen wie die WHO und die Lancet Commission on Global Surgery betonen, dass die systematische Präoptimierung ein zentraler Hebel zur Verbesserung der chirurgischen Ergebnisse und zur Reduktion vermeidbarer Kosten ist.

Vorschläge

- Einführung eines nationalen Programms zur perioperativen Risikoreduktion, angesiedelt im hausärztlichen und ambulanten Bereich
- verpflichtende risikoadaptierte Präoptimierung bei elektiven Eingriffen, z. B. Therapie der präoperativen Anämie, Optimierung des Glukosestoffwechsels, Rauchstopp-Programme
- strukturierte Dokumentation relevanter Risikofaktoren vor Operationen
- definierte Schnittstellen zwischen Hausärzt:innen, Chirurgie und Anästhesiologie, um Präventionsmaßnahmen rechtzeitig einzuleiten
- Förderung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen, um Komplikationen und Intensivaufenthalte zu reduzieren

Hintergrund

Die WHO betont, dass perioperative Sicherheit nicht im OP beginnt, sondern bereits Wochen vor einem Eingriff.[3] Patienten, die präoperativ nicht optimal vorbereitet sind, zeigen höhere Komplikationsraten, vermehrte Transfusionen, längere Liegezeiten und höhere Behandlungskosten. Die Lancet Commission on Global Surgery unterstreicht, dass eine systematische Risikoreduktion weltweit zu den effektivsten Maßnahmen zählt, um chirurgische Ergebnisse zu verbessern und Ressourcen zu schonen.[4] Nationale und internationale Fachgesellschaften, darunter auch die DGAI, weisen darauf hin, dass die Behandlung präoperativer Risikofaktoren einen größeren Einfluss auf das Outcome hat als viele intraoperative Maßnahmen.[5] Durch ein strukturiertes Programm lassen sich Kosten senken, Qualität steigern und Prozesse zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessern

A 3 Patient Blood Management (PBM)

Wir schlagen die **bundesweite Einführung von Patient Blood Management (PBM)** als verbindlichen Qualitätsstandard vor. PBM ist ein evidenzbasiertes, multimodales Konzept, das darauf abzielt, den Blutverlust während Operationen zu reduzieren, eine präoperative Anämie

---

[2] https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/basic-standards-for-preanesthesia-care

[3] https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c2ea24bb-10f7-48e4-8f63-55932e817ddc/content

[4] https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60160-X/fulltext

[5] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11076399/pdf/101_2024_Article_1408.pdf

zu behandeln und Bluttransfusionen nur bei klarer Indikation einzusetzen. Transfusionen sind nicht nur kostenintensiv, sondern gehen auch mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen wie Infektionen, kardiale Ereignisse oder verlängerte Intensivaufenthalte einher. Internationale Organisationen wie die WHO und die AABB empfehlen PBM ausdrücklich als zentrale Maßnahme zur Verbesserung der Patientensicherheit, zur Reduktion vermeidbarer Komplikationen und zur Senkung der Behandlungskosten. Die Implementierung eines strukturierten PBM-Programms im stationären Sektor bietet somit erhebliches Potenzial, sowohl Qualität als auch Wirtschaftlichkeit der Versorgung nachhaltig zu steigern.

Vorschläge

- Einführung eines verpflichtenden PBM-Standards in allen Kliniken, insbesondere bei Operationen mit erwartbarem Blutverlust
- systematisches Screening und Behandlung präoperativer Anämie
- Reduktion des intraoperativen Blutverlusts durch strukturierte Verfahren und moderne Technologien
- klare Indikationsstellung für Bluttransfusionen auf Basis internationaler Grenzwerte und Empfehlungen
- verpflichtende Qualitätserfassung und regelmäßiges Monitoring transfusionsbezogener Kennzahlen

Hintergrund

Bluttransfusionen gehören zu den häufigsten medizinischen Interventionen im Krankenhaus und sind zugleich mit relevanten Nebenwirkungen und hohen Kosten verbunden. Die WHO betont in ihrem offiziellen Policy Brief, dass PBM eine der wirksamsten Strategien ist, um „bessere klinische Ergebnisse bei gleichzeitig geringeren Kosten“ zu erzielen.[6] Die AABB (American Association of Blood Banks) empfiehlt seit Jahren einschränkende Transfusionsgrenzen und zeigt, dass restriktive Strategien sicherer sind als liberale.[7] Aktuelle Daten aus dem German Patient Blood Management Network zeigen anhand von 1,2 Millionen Patient:innen, dass PBM den Verbrauch von Erythrozytenkonzentraten und die Transfusionsrate signifikant reduziert – bei unveränderter Patientensicherheit.[8] Eine gesundheitsökonomische Analyse von Meybohm et al. belegt zudem einen durchschnittlichen Netto-Nutzen von rund 21,60 € pro Patient, wodurch PBM sowohl klinisch als auch ökonomisch klar vorteilhaft ist. Die strukturierte Einführung von Patient Blood Management (PBM) reduziert nachweislich den Verbrauch von Blutprodukten und ist in großen Kohortenstudien mit verbesserten klinischen Outcomes – darunter geringere Komplikationsraten, reduzierte Mortalität und kürzere Krankenhausverweildauer – sowie klaren Kosteneinsparungen assoziiert.[9,10,11]

A 4 Digitalisierung des perioperativen Bereichs

Wir schlagen eine **konsequente Digitalisierung und Interoperabilität im gesamten perioperativen Bereich** vor, um Prozessqualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit nachhaltig zu verbessern. Derzeit existieren in vielen Kliniken parallele

---

[6] https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/22604cec-af50-4791-889b-cc8be95d26c1/content

[7] https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/trf.13735

[8] https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(23)00241-6/fulltext

[9] https://research-repository.uwa.edu.au/en/publications/improved-outcomes-and-reduced-costs-associated-with-a-health-syst/

[10] https://journals.lww.com/annalsofsurgery/abstract/2016/08000/patient_blood_management_is_associated_with_a.1.aspx

[11] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689623000575?via%3Dihub

Dokumentationssysteme, inkompatible Softwarelösungen und manuelle Informationsübergaben, die zu Medienbrüchen, redundanten Untersuchungen, ineffizienten Abläufen und erhöhtem Personalaufwand führen. Eine einheitliche digitale Infrastruktur würde ermöglichen, dass Vorbefunde aus dem ambulanten Bereich automatisch in der Klinik verfügbar sind, OP- und Anästhesiedokumentation nahtlos ineinandergreifen und Entscheidungsprozesse auf aktuellen, vollständigen Daten basieren.

Internationale Studien und nationale Digitalisierungsberichte zeigen, dass interoperable Systeme insbesondere im OP-Bereich erhebliche Effizienzgewinne ermöglichen — etwa durch automatisierte Checklisten, digitale Medikamenten- und Geräteverfügbarkeit, präoperative Risikoalgorithmen und Echtzeit-Prozesssteuerung. Die Digitalisierung ist damit sowohl ein Qualitäts- als auch ein Wirtschaftlichkeitsinstrument, dessen Potenzial bisher nur unzureichend genutzt wird.

Vorschläge

- Einführung interoperabler, klinikübergreifender Dokumentationssysteme für OP, Anästhesie, Intensivmedizin und ambulante Vorbefunde
- automatisierte Übernahme aller relevanten präoperativen Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA)
- Nutzung digitaler OP-Checklisten, Entscheidungsunterstützungssysteme und Echtzeit-Prozesssteuerung
- Minimierung redundanter Diagnostik durch digital verfügbare Vorbefunde
- Verpflichtende Interoperabilitätsstandards für alle IT-Systeme in deutschen Krankenhäusern

Hintergrund

Deutschland liegt in internationalen Vergleichen zur Krankenhausdigitalisierung weiterhin deutlich hinter vergleichbaren Gesundheitssystemen zurück.[12] Fehlende Interoperabilität, analoge Prozesse und wiederholte Diagnostik verursachen unnötige Kosten und erhöhen das Risiko von Informationsverlusten. Die ePA-Strategie des Bundesgesundheitsministeriums betont die Notwendigkeit verbindlicher Schnittstellen, um Vorbefunde sektorenübergreifend verfügbar zu machen.[13] Das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) weist zudem darauf hin, dass digitale OP- und Intensivsysteme entscheidend zur Prozessoptimierung beitragen und die Kapazitätsnutzung verbessern können.[14] Eine durchgängige digitale Struktur im perioperativen Bereich ist somit nicht nur ein moderner Standard, sondern ein zentraler Hebel für Kosteneffizienz.

[12] https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/BfArM/Publikationen/Bundesgesundheitsblatt/2023-02-stachwitz_debatin.pdf?__blob=publicationFile

[13] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/digitalisierungsstrategie-fuer-das-gesundheitswesen-und-die-pflege.html

[14] https://www.iuk.fraunhofer.de/content/dam/iuk/whitepapers/de/isst/2020_ISST_PP_Digitalisierung_im_Krankenhaus_de.pdf

A 5 Effizienz- und Qualitätssteigerung durch telemedizinische Vernetzung der Intensivstationen

Wir schlagen den systematischen Ausbau telemedizinischer Intensivnetzwerke vor, um die Ergebnisqualität, Patientensicherheit und Ressourceneffizienz in der intensivmedizinischen Versorgung bundesweit zu erhöhen. Tele-ICU-Modelle ermöglichen die kontinuierliche digitale Anbindung intensivmedizinisch spezialisierter Zentren an Krankenhäuser mit begrenzten intensivmedizinischen Strukturen. Dadurch können komplexe Fälle früher erkannt, standardisierte Behandlungsstrategien umgesetzt und regionale Versorgungsdisparitäten reduziert werden. Internationale Studien zeigen, dass telemedizinische Intensivmedizin mit signifikanten Verbesserungen klinischer Ergebnisse assoziiert ist – darunter geringere Mortalität und kürzere Behandlungsdauer. Deutsche Modellprojekte wie TELnet@NRW oder das Tele-ICU-Programm der Charité belegen, dass telemedizinische Entscheidungsunterstützung sowohl die Behandlungsqualität steigert als auch Ressourcen spart.

Vorschläge

• Aufbau regionaler teleintensivmedizinischer Netzwerke unter Führung universitärer Zentren

• Einführung regelmäßiger telemedizinischer Visiten, strukturierter Zweitmeinungen und 24/7-telemedizinischer Entscheidungsunterstützung

• verbindliche technische und semantische Interoperabilitätsstandards für teleintensivmedizinische Daten, Bildübertragung und Dokumentation

• Förderung zertifizierter Schulungsprogramme für teleintensivmedizinische Kompetenz und Prozessstandardisierung

• Integration telemedizinischer Intensivnetzwerke in bestehende Notfall- und Qualitätsstrukturen, inklusive sektorenübergreifender Steuerung

Hintergrund

Telemedizinische Intensivmedizin ist international umfassend untersucht: Eine große Studie von Lilly et al. zeigte, dass Tele-ICU-Konzepte die Krankenhaussterblichkeit um rund 20 % senken und die Intensivverweildauer reduzieren.[15] In Deutschland bestätigt das Innovationsfondsprojekt TELnet@NRW die Wirksamkeit telemedizinischer Konsile: Leitlinienadhärenz stieg signifikant, Behandlungsprozesse wurden beschleunigt, und intensivmedizinische Komplikationen nahmen ab.[16] In Deutschland ist auch das Angebot bereits groß, wie z. B. an der Charite[17], reicht aber bei weitem noch nicht aus.[18]

[15] https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/900247
[16] https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/telnetatnrw.84
[17] https://anaesthesieintensivmedizin.charite.de/leistungen/kai_telemedizin
[18] https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2024/10-2024/AI_10-2024_Originalia_Dohmen_ONLINE-FIRST.pdf

Kontaktdaten:
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) /
Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
dgai@dgai-ev.de / bda@bda-ev.de
0911 93378-0
www.dgai.de / www.bda.de