

THESENPAPIER GESUNDHEIT!

Neue Denkanstöße der CDU-Bürgerschaftsfraktion für eine bestmögliche medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern des Landes Bremen

WIE GESUND IST UNSER GESUNDHEITSSYSTEM?

Erfahrungen aus der Corona-Pandemie zeigen zum einen, dass wir in Deutschland und auch im Land Bremen im internationalen Vergleich gut aufgestellt sind. Mit unseren Kliniken und Arztpraxen realisieren wir insgesamt eine stabile, flächendeckende gesundheitliche Grundversorgung. Wertschätzend blicken andere Staaten auf das hiesige System der Krankenversicherung, auf den Versorgungsgrad, auf Strukturen und Qualität von Gesundheit und Pflege. Gesundheitsausgaben und Lebenserwartung der Menschen steigen, Möglichkeiten zur freien Wahl von Fachärztinnen und Fachärzten sind gegeben und Wartezeiten im internationalen Vergleich eher gering. Von Spitzenmedizin partizipieren alle – weitestgehend unabhängig vom Einkommen, vom Alter, von der sozialen Herkunft und dem persönlichen Krankheitsrisiko.

Bundesweit trüben jedoch auch **negative Schlagzeilen** immer häufiger das Bild: Versorgungsnotstände in ländlichen Regionen, regionale Über- und Unterversorgungen, explodierende Kosten im Gesundheitswesen, Überkapazitäten und unzureichende Spezialisierungen in der deutschen Krankenhauslandschaft, zu viele Leistungen in zu schlechter Qualität, überlastete Notfallaufnahmen, hoher Leerstand von Klinikbetten, zu schmale Investitionen in zu breite Digitalisierungsbedarfe, Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal. Symptome eines doch nicht optimalen Gesundheitssystems? Hinzu kommen **kritische Stellungnahmen und Bedarfsanzeigen** aus den Krankenhäusern in kommunaler oder freier Trägerschaft, aus Praxen, von niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten, von Medizinischen Diensten, von Verantwortlichen in staatlichen Gesundheitsämtern, von Landesvertretungen wie Ärzte-, Apotheker- oder Pflegekammern.

Symptomatisch auch hier die vielen Perspektiven, Interessen, widerstreitenden Meinungen und Forderungen. Sie finden sich in zahlreichen Publikationen der jeweiligen Interessenvertretungen; im Kern geht es immer um eine auskömmliche **Finanzierung des Gesundheitssystems**, um **bedarfsgerechte Versorgungskapazitäten** und immer mehr um den **Mangel und die schwierige Rekrutierung von Fachpersonal**.

Patientinnen und Patienten sind sich in einem einig: Sie betrachten ihre persönliche Gesundheit als das höchste Gut. Differenzierter dagegen ist die Bewertung von erlebter ärztlicher Versorgung in Praxen und Krankenhäusern. Eine aktuelle Befragung von gesetzlich Krankenversicherten bringt auch Unzufriedenheit über mangelnde Versorgung und Behandlungen ans Licht: Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern werden wahrgenommen, gegenüber unnötigen Operationen wird die Kritik lauter, unzureichende Qualität und Fehlversorgung werden benannt. Bei der Wahl des Krankenhauses sind aus Sicht der Patientinnen und Patienten Sauberkeit und Hygiene sowie Empfehlungen und der Ruf der Klinik und ihrer Fachärzteschaft die Hauptkriterien. Weniger von Belang sind die Größe des Krankenhauses oder das Abschneiden in Bewertungsportalen. Zudem fühlen sich Patientinnen und Patienten zu oft noch unsicher, ohnmächtig gegenüber ihren Krankheiten, zu wenig mitgenommen bei Diagnose, Therapie und der Verbesserung der Behandlungsqualität. Eine moderne Gesundheitslandschaft mit dem Ziel der bestmöglichen Patientenversorgung muss aber genau diese Aspekte viel stärker beachten und umsetzen.

Spezialisierung, Expertenwissen und daran geknüpft die Erwartung einer **optimalen Gesundheitsversorgung stehen für Patientinnen und Patienten an erster Stelle**. Dafür nehmen sie nach eigener Auskunft längere Wegstrecken und Fahrzeiten zur Bestbehandlung allemal in Kauf. In Befragungen antworten 26 Prozent der Menschen aus städtischen Regionen, dass sie bereit seien, Fahrzeiten zu spezialisierten Kliniken von bis zu einer Stunde in Kauf zu nehmen, weitere 38 Prozent sogar mehr als zwei Stunden. Die Qualität in Gesundheit und Pflege und das Gefühl, sein höchstes Gut in besten Händen zu wissen, hat für die Menschen oberste Priorität. Selbstverständlich auch für Bremerinnen und Bremer.

Ende des Jahres 2021 stehen vor allem die stationären Strukturen vor enormen Herausforderungen. Medien sehen „**Kränkende Krankenhäuser**“ als die größte gesundheitspolitische Baustelle der neuen Legislaturperiode im Bund. Bundesweit sei jede achte Klinik von Insolvenz bedroht, warnt die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Im Land Bremen sind die **Nach- und Aufholbedarfe** aufgrund einer verfehlten Landesgesundheitspolitik in den letzten Jahrzehnten immens. 14 Kliniken zählt das kleinste aller Bundesländer. Hier krankt es an einer fehlenden Versorgungsbedarfsanalyse, einer damit nicht möglichen fundierten Krankenhausplanung, an der jährlich millionenschweren DefizitAusgleichspolitik für den öffentlichen Klinikverbund Gesundheit Nord (GeNo), an seit 30 Jahren ausbleibenden Strukturveränderungen und seit 15 Jahren unzureichenden Landesinvestitionen. Bezeichnend ist ein ständiges Kommen und Gehen von Mitgliedern der GeNo-Geschäftsführung im Vergleich zur personellen Kontinuität des Managements in den vier stadtbremischen freien Kliniken. Auch im Aufsichtsrat erleben wir ein Stühlerücken und damit verbundene Diskontinuität. Hinzu kommt die Bremische Besonderheit der in einer Hand liegenden politischen Leitung des Landesgesundheitsressorts sowie Leitung des Kontrollorgans eines städtischen Klinikverbundes, die wir für äußerst problematisch halten. Der damit verbundene **Interessenskonflikt** zwischen Verantwortung für alle Kliniken des Landes und besonderer Verantwortung für vier öffentliche Kliniken im Verbund gehört gesundheitspolitisch aufgelöst.

Zudem mangelt es seit eh und je an einer **Landeskrankenhausstrategie**, an einem strukturierten und organisierten Miteinander aller Kliniken in den Städten Bremen und Bremerhaven. Darüber hinaus fehlt die Perspektive über die Landesgrenzen hinaus. Mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten kommt aus dem niedersächsischen Umland. Die Rolle Bremens als Oberzentrum und die Bedeutung einer Gesundheitsregion in Kooperation bleiben politisch unterbelichtet.

WAS IST DIE AUSGANGSLAGE HEUTE?

Eine hohe Krankenhausdichte, ein erheblicher Fachkräftemangel in der Pflege und in der Ärzteschaft, die wirtschaftlich schwierige Lage in den vier öffentlichen Kliniken der GeNo, Kontroversen über Mindestmengen, Ausnahmegenehmigungen und Qualitätspotentiale in stationären Fachbereichen, ein kontraproduktiver Wettbewerb zwischen den Kliniken und Trägern sowie zunehmende Einflüsse der Bundesebene auf die Krankenhausplanung – all das und noch mehr kennzeichnet die Situation in unserem Bundesland. Landesgesundheitspolitik steht in der Pflicht, ihre eigene Verantwortung wahrzunehmen. Zentrales Steuerungsinstrument für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ist die Aufstellung der **Krankenhausplanung**. Hierbei obliegt dem Senat im Beteiligungsprozess gesetzlich ausdrücklich die Letztverantwortung und das Letztentscheidungsrecht.

Dieser Verpflichtung kommt das Gesundheitsressort nicht ausreichend nach. Das dauerhafte Defizit bei der GeNo verbunden mit immer höheren steuerfinanzierten Zuschüssen einerseits und unzureichende Investitionsmittel für Landeskrankenhäuser andererseits belegen den fehlenden politischen Willen, Krankenhausplanung neu und patientenorientiert zu denken. Umsteuerung? Fehlanzeige. Andere Bundesländer sind hier im Denken und Handeln weiter.

Im Land Bremen konzentriert sich die Krankenhausplanung weiterhin an Kapazitäten und Fachgebieten, eine stärker leistungsorientierte Planung steht hingegen nicht zur Debatte. Die **Megatrends Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, Spezialisierung und Digitalisierung** werden im Rahmen der aktuellen Krankenhausplanung zu wenig berücksichtigt. Und wieder einmal setzt der Senat den zweiten vor dem so notwendigen ersten Schritt, wenn die Erarbeitung eines neuen Krankenhausrahmenplans 2022 der Landeskrankenhäuserstrategie und einer Versorgungsbedarfsanalyse vorläuft.

Leider müssen wir erneut eine gesundheitspolitisch verlorene Legislaturperiode konstatieren! Das ist aus Sicht der CDU-Bürgerschaftsfraktion und angesichts der drängenden Probleme eines längst laufenden Strukturwandels im ambulanten und stationären Gesundheitsbereich nicht hinnehmbar.

Der Senat nimmt seine Verantwortung nicht wahr, und steht doch in der gesetzlichen Pflicht, die **tatsächlichen Versorgungsbedarfe** darzustellen und die dafür notwendigen medizinischen Behandlungskapazitäten bereitzustellen.

Wir stellen uns aus der Opposition heraus den gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit und möchten mit Vorlage dieses Thesenpapiers aktiv mit allen Akteuren im Gesundheitswesen in den **Diskurs über neue Wege „Gesundheit Made in Bremen“** treten. Unser Ziel ist es, gemeinsam eine bestmögliche Medizin durch kluge Zukunftsinvestitionen auszuloten. Dabei sind alle Ideen und Vorschläge willkommen – gern auch kontrovers. Wir machen uns bei den Leistungserbringern vor Ort ein Bild, nehmen Meinungen mit und auf. Ebenso laden wir die vielen Gesundheitsakteure sowie die Öffentlichkeit im Rahmen von diversen Veranstaltungen dazu ein, auf uns aktiv zuzukommen.

Wir wollen unser Bundesland mit den Städten Bremen und Bremerhaven, aber auch mit Blick auf das niedersächsische Umland, gesundheitspolitisch und gesundheitswirtschaftlich voranbringen. Wir wollen die Städte Bremen und Bremerhaven als leistungsstarke Gesundheitszentren solide aufstellen und dies eng gekoppelt mit unserer **Region Nordwestdeutschland zum Spitzenstandort, ja zum „Silicon Valley“ von Medizin, Pflege und Gesundheitswirtschaft** entwickeln. Hierzu stellen wir unser „ABC“ kluger Investitionen in Kliniken, Köpfe und Künstliche Intelligenz, die entsprechenden Ausgangslagen und zehn Thesen mit Erfordernissen in den Diskussionsraum. **Diskutieren Sie und machen Sie mit?!**

A. KLUGE INVESTITIONEN IN KLINIKEN

Wie ist die Lage?

Unserem Bundesland fehlt eine Gesamtstrategie für Gesundheit, Medizin und Pflege. Die Krankenhausplanung findet eher „verwaltend“ statt und ist von Besitzstandswahrung geprägt. Entscheidungsgrundlage bleibt die Beibehaltung von Bettenzahlen. Seit 30 Jahren (!) unterbleiben Strukturveränderungen, ein deutschlandweit einzigartiges Versäumnis. In allen anderen Bundesländern, auch in vergleichbaren Großstädten, gab und gibt es Strukturveränderungen, um eben nicht nur auf wirtschaftliche Rahmenbedingungen, sondern auch auf medizinisch bedingten Fortschritt reagieren zu können. Seit 15 Jahren (!) sind die gesetzlich vorgesehenen Landesinvestitionsmittel für Krankenhäuser im Bundesland Bremen deutlich unzureichend. Der Finanzbedarf für die Kliniken liegt bei 613 Millionen Euro, der jährliche Mindestbedarf zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebs beträgt 90 Millionen Euro. Tatsächlich bewilligt werden jährlich jedoch nur 36 bis 38 Millionen Euro. Der kommunale Klinikverbund Gesundheit Nord erzielt seit über 14 Jahren hohe Defizite und hat durch den Haushaltsgesetzgeber Defizit-Ausgleiche in Höhe von ca. 600 Millionen Euro erhalten. Zudem konstatieren wir zwei Auffälligkeiten: Alle vier frei-gemeinnützigen Kliniken in der Stadtgemeinde Bremen (St.-Joseph-Stift, DIAKO, Rot Kreuz Krankenhaus, Roland Klinik) werden seit 15 bis 25 Jahren durch die gleichen Personen in den Geschäftsführungen vertreten. Und mit dem Standort Bremerhaven-Reinkenheide arbeitet im Bundesland ein kommunales Krankenhaus seit vielen Jahren wirtschaftlich erfolgreich mit guter Qualität und hoher Patientenzufriedenheit.

These 1: Eine neue Krankenhausplanung muss her!

- Schluss mit einer eher „verwaltenden“ besitzstandswahrenden und allein auf die Bettenzahl ausgerichteten Landeskrankenhausplanung! Ein Nebeneinander von ambulanter Medizin und stationärer Krankenhausversorgung ist nicht mehr zeitgemäß. Wir schöpfen die gesetzlich geschaffenen Möglichkeiten sektorenübergreifender Versorgung über ein sogenanntes „Landesgremium“ nach SGB V voll aus.

- Grundlage 1 einer künftigen modernen Landeskrankenhausplanung ist eine sektorenübergreifende Gesamtstrategie. Als Bemessungsgrundlage haben „Planbetten“ ausgedient. Jetzt geht es um die Ermittlung und Fortschreibung des tatsächlichen Versorgungsbedarfes der Bevölkerung.
- Grundlage 2 einer künftigen modernen Landeskrankenhausplanung sind die Trends: Digitalisierung, Spezialisierung und Ambulantisierung von Krankenhausleistungen.
- Grundlage 3 ist die aktive Einbeziehung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte über ihre Kassenärztliche Vereinigung als Interessensvertretung.

These 2: Die Digitalisierung in den Kliniken vorantreiben!

- Von der Aufnahme bis zur Entlassung gilt: In den Krankenhäusern der Zukunft werden nahezu alle Prozesse digitalisiert. Mehr Zeit für „direkte“ Medizin und Pflege am Menschen, weniger Bürokratieaufwand sowie ein Mehr an Komfort und Qualität sind möglich! Von dieser Haltung wird die Gesamtstrategie getragen.
- Der beschlossene „Digital-Pakt“ von Bund und Ländern wird im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes konsequent umgesetzt. Wir gehen neue Wege, um die Kliniken im Lande Bremen zur „Nummer 1 im Nordwesten“ zu entwickeln. Wir fördern auf die Zukunft ausgerichtete und sektorenübergreifende Digitalisierungsstrategien im Rahmen der Krankenhausplanung über gesonderte Investitionsmittel.

These 3: Die Investitionsmittel des Landes für Krankenhäuser deutlich erhöhen!

- Alle 14 Kliniken im Lande Bremen erhalten regelmäßig und bedarfsgerecht die ihnen gesetzlich zustehenden Landes- Investitionsmittel. Hierbei zählt Verlässlichkeit und Planbarkeit. Umstrukturierungsmittel werden zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung genutzt, so zum Beispiel in Medizinischen Versorgungszentren oder Gesundheitszentren in den Stadtteilen.
- Schluss mit einer rein auf den kommunalen Klinikverbund Gesundheit Nord ausgerichteten „GeNo-Defizit-Ausgleichs-Politik“. Wir fordern von der Geschäftsführung und dem Aufsichtsrat der GeNo weiterhin und unnachgiebig die Vorlage einer tragfähigen Sanierungsstrategie und eines schlüssigen Personalkonzepts.

- Grundlage 1 für die konkrete Höhe der Landes-Investitionsmittel ist der von der Krankenhausgesellschaft definierte und anerkannte „Mindestbedarf“ an Investitionen zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebs: Dieser liegt aktuell bei ca. 90 Millionen Euro pro Jahr.
- Grundlage 2 für die konkrete Höhe der Landes-Investitionsmittel ist eine mittelfristige Krankenhausplanung, die einer medizinischen Gesamtstrategie folgt. Diese richtet sich am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung aus und nicht am Besitzstand der aktuellen Planbetten.
- Bestandteil einer Gesamtstrategie sind neben der Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung auch die Trends: Digitalisierung, Spezialisierung und Ambulantisierung von Krankenhausleistungen. Sektorenübergreifende Strategie bedeutet die aktive Einbeziehung der niedergelassenen Ärzteschaft über die Kassenärztliche Vereinigung.

These 4: Die Krankenhäuser durch mehr Einfluss des Bundes finanzieren und strukturieren!

- Das System der dualen Finanzierung wird reformiert. Bislang werden die Investitionsmittel zum Vorhalten von Krankenhäusern durch die Bundesländer sichergestellt. Das Bundesland steht hier in der gesetzlichen Pflicht. Der laufende Betrieb hingegen ist sicherzustellen über auskömmliche Personal- und Sachmittel, finanziert durch die Krankenkassen über die Fallpauschalen (DRG's). Der Bund steht in der Pflicht, über den „Krankenhausstrukturfonds“ sowie mit dem „Digital-Pakt“ nach „Krankenhauszukunftsgesetz“ zusätzliche Finanzmittel bereitzustellen. So treiben wir Strukturveränderungen und Innovationen voran. Bremen nimmt überfällige nachhaltige Strukturveränderungen vor. Hierzu evaluieren wir: Struktur und Ausstattung von Fachbereichen? Anzahl der Kliniken? Zuschnitt sprich medizinisches Portfolio der Häuser? Fachkräftebedarfe in nahezu allen medizinischen und medizinnahen Berufen? – All dies wollen wir im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und finanzierbaren medizinischen Versorgung für unsere Bürgerinnen und Bürger auf den Prüfstand stellen.
- Der Bund ist aufgefordert, sich für die künftige Finanzierung der Kliniken noch stärker zu engagieren. Hierzu braucht es eine deutlichen Erhöhung von Finanzmitteln im Rahmen des „Krankenhausstrukturfonds“. Im Gegenzug ist das Setzen eines Gesamtrahmenplans oder durch präzisiert definierte Anreize von Seiten des Bundes denkbar.

B. KLUGE INVESTITIONEN IN KLUGE KÖPFE!

Wie ist die Lage?

Bundesweit und besonders im Bundesland Bremen besteht akuter und erheblicher Fachkräftemangel im Gesundheitswesen: in der Ärzteschaft, bei Pflegekräften, bei Hebammen, weiteren nicht-ärztlichen Heilberufen. Das Durchschnittsalter unter Ärztinnen und Ärzte ist im Land Bremen mit 55 Jahren so hoch wie sonst nirgends. Der Anteil der über 65-jährigen noch praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ist im Bundes- und Großstädtevergleich hier der höchste. Konträr hierzu steht, dass Bremen als einziges Bundesland keine universitäre Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern ermöglicht und ausschließlich von den Anstrengungen und Ausgaben aller anderen Bundesländer abhängig ist und profitiert. Ein unhaltbarer Zustand, der enormen politischen Handlungsbedarf aufzeigt. Die Bürgerinnen und Bürger leiden zudem unter defizitären Angeboten eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der seit vielen Jahren unter dem erforderlichen Personalbedarf arbeitet. Nicht zuletzt die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Sachmittel und Strukturen von Gesundheitsämtern und Behörden enorm modernisierungsbedürftig sind. Wir brauchen ein Mehr an fleißigen Händen und klugen Köpfe in der stationären Gesundheitsversorgung sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Künstliche Intelligenz und digitale Anwendungen können und sollen Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger nicht ersetzen. Wir setzen weiterhin auf Zuwendung von Menschen für Menschen, wobei neue Technologien schwere körperliche Arbeit oder Feindiagnostik und Therapien erleichtern. Sie komplettieren klassische Apparate und Instrumente, wie Stethoskope oder Röntgenapparate. Wir ersetzen nicht, sondern stärken menschliche Arbeit durch Technologie.

These 5: Klares Ja zu einer Medizinischen Fakultät!

- Bremen investiert in eine Medizinische Fakultät zur Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. Wir kommen wie alle anderen Bundesländer endlich auch unserer Verpflichtung nach. Aktuell fordert der Deutsche Ärztetag bundesweit 3.000 bis 5.000 zusätzliche Medizin-Studienplätze.

- Wir verbinden die hervorragende medizinische und wissenschaftliche Infrastruktur in den Städten Bremen und Bremerhaven mit der Medizinischen Fakultät in der Erwartung von Synergieeffekten.
- Die Medizinische Fakultät errichten wir an der Universität Bremen. Daneben organisieren sich innovative Kooperationen, hochschul- und trägerübergreifend. Wir greifen zurück auf frühere Konzepte aus den Jahren 2018/2019, Qualifizierungsprogramme und frühere politische Vorlagen des Senats, in denen es nicht an Erkenntnis, sondern an Umsetzung mangelt.
- Wir favorisieren weitergehende Kooperationen zwischen großen und kleineren Playern im Land, die wir gerade im kleinsten Bundesland für gut umsetzbar halten. Wir denken dabei aber auch über Landesgrenzen hinweg und befürworten Kooperationen in der Gesundheitsregion Nordwest.

These 6: Durch Investitionen in Infrastruktur und Personal den größten und attraktivsten Gesundheits-Campus in Norddeutschland schaffen!

- Die Bewältigung des Fachkräftemangels in den Pflegeberufen sowie den zahlreichen nicht-ärztlichen Heilberufen gelingt nur in einer großen, trägerübergreifenden und überregionalen Kooperation.
- Der bestehende akademisch ausgerichtete Gesundheits-Campus der Hochschule Bremen in der City dient als vorbereitender erster Schritt. Blaupause sind auch Modelle aus anderen Bundesländern. Wir gewinnen junge Leute für Gesundheitsberufe mit attraktiven Ausbildungsstandorten, zeitgemäßen Ausbildungsinhalten und vor allem mit guten Jobperspektiven hinsichtlich Vergütung, Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten sowie Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten.
- Mit einer „Konzertierten Aktion Pflege“ gewinnen wir Pflegekräfte und holen sie zurück in den Beruf. Dazu nutzen wir auch aktuelle Studien, diverse Netzwerke und Verbände.
- Im Blick haben wir die neue generalistische Pflegeausbildung und den bevorstehenden Wettbewerb um junge Pflegefachkräfte, der zwischen der Kranken- und Altenpflege noch mehr ausgetragen werden wird. Zudem brauchen wir eine offene Debatte um Anwerbung von Fachpersonal aus dem Ausland und deren Integration in unsere Gesellschaft und Arbeitswelt.

These 7: Durch Investitionen und bessere Arbeitsorganisation den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu einem attraktiven Arbeitgeber und hochmodernen Dienstleister machen!

- Der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen vielfältigen und sinnstiftenden Aufgaben wird gestärkt. Die Gesundheitsämter versorgen wir mit ausreichend qualifiziertem Personal und bieten attraktive Arbeitsbedingungen. Es braucht mehr Investitionen in die Infrastruktur.
- Doch nicht alle Unzulänglichkeiten haben allein mit Geld zu tun. Wir sorgen auch für bessere Arbeitsorganisation und für funktionsfähige und wirksame Arbeitsabläufe im öffentlichen Gesundheitsdienst, auch in ressortübergreifenden Kooperationen.
- Wichtig ist uns der Wissenstransfer universitärer Expertise in die Praxis: in Organisation, Verwaltung, Kommunikation und Außendarstellung der Gesundheitsämter. Wir wollen insbesondere die Ausbildungsinhalte des Studiengangs „Public Health“ für funktionierende Strukturen im Gesundheitsmanagement, in der Gesundheitsökonomie, Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung nutzen.

C. KLUGE INVESTITIONEN IN KÜNSTLICHE INTELLIGENZ!

Wie ist die Lage?

Im internationalen Vergleich hinkt Deutschland insgesamt und auch sein Gesundheitswesen der Entwicklung bei Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz hinterher. Erste Schritte, wie beispielsweise die Einführung von e-Rezept und e-Patientenakte, verlaufen nur schleppend. Auch das Bundesland Bremen ist kein Innovationstreiber für die vielen Anwendungsmöglichkeiten, die sich mit Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz eröffnen. Dabei bündelt sich Wissen gerade hier bei uns: Der Technologiepark Bremen an der Universität, eine Reihe von Forschungsinstituten u.a. mit bildgebenden Verfahren wie MEVIS, das Deutsche Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz, die Robotik-Entwicklung an der Universität, die Jacobs University in Neuausrichtung auf neue KI-Technologien, die Hochschule Bremerhaven mit Studiengängen für Medizintechnik und Digitalisierung und viele weitere Akteure arbeiten an digitalen Lösungen.

Beispiele für erlebbare Erfolge gibt es, aber noch viel zu wenige. Auch hier drängt sich das Erfordernis einer eigenen Medizinischen Fakultät in Bremen geradezu auf.

These 8: Durch kluge Investitionen in Künstliche Intelligenz Bremen zum Spitzenstandort, ja zum „Silicon Valley“ von Medizin, Pflege und Gesundheitswirtschaft machen!

- Wir denken Bremen, Bremerhaven, Oldenburg und das gesamte Umland als Metropolregion Gesundheit Nordwest. Gemeinsam und gestärkt verfügen wir über eine herausragende wissenschaftliche und technologische Infrastruktur, die es zu nutzen gilt.
- Wir bilden ein „Kooperationsverbund Künstliche Intelligenz“, bestehend aus Universitäten, Hochschulen, Forschungsinstituten und Investoren. Lassen Sie uns ein in Deutschland einzigartiges technologisches Innovationscluster bilden.
- Wir etablieren digitale Innovationen sowie medizinische Anwendungen unter Nutzung von Künstlicher Intelligenz schnell und unbürokratisch in den Alltag von Medizin und Pflege. Wir sind Innovationstreiber für Deutschland - ein hoher Anspruch für alle Player im System. Why not?

These 9: Mit einer digitalen Gesundheitsplattform Innovationen vorantreiben!

- „Big Data“ ermöglicht die Nutzung elektronischer Gesundheitsdaten zu umfangreichen Forschungszwecken, auch und gerade in den Anwendungsfeldern Künstlicher Intelligenz. Daten sind das Herzstück einer jeden digitalen Plattform. Je größer und umfangreicher die Plattform, desto mehr Daten werden gesammelt, desto größer werden die Möglichkeiten, medizinische und pflegerische Entscheidungen oder Optionen vorherzusagen bzw. zu beeinflussen.
- Wir entwickeln eine Reihe an Möglichkeiten von neuen Diagnostik-, Therapie-, Produktions- und Dienstleistungsangeboten im „Kooperationsverbund KI“ einer Metropolregion. Alle Leistungserbringende aus den Bereichen Medizin, Pflege und Gesundheitswirtschaft wirken hieran mit und entwickeln sich dabei selbst weiter.
- Ein „Kooperationsverbund KI“ mit einer gemeinsamen digitalen Plattform ermöglicht Innovationen auch im Verwaltungsbereich unter Wahrung des geltenden Datenschutzes: Interoperabilität, offene Schnittstellen mit sicheren Standards oder die Integration weiterer Leistungen in die elektronische Patientenakte sind nur einige unserer Vorstellungen.

These 10: Mit finanzieller KI-Förderung medizinische Innovationen vorantreiben!

- Wir treiben durch die finanzielle Förderung von KI-Projekten die Entwicklung eines anzustrebenden Innovationsclusters voran. Profitieren soll die gesamte Metropolregion Gesundheit Nordwest auch in Kooperation mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- Wir wollen das umfangreiche medizinische Wissen mittels KI und Digitalisierung einfacher und schneller zugänglich machen. So werden Diagnostik und Therapien zielgerichteter, präziser und effektiver für individuelle Behandlungspfade.