

Ausschussdrucksache

(16.10.2023)

Inhalt:

Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald
im Rahmen der Beratungen zum Doppelhaushalt 2024/2025

zur Anhörung des Sozialausschusses am 18.10.2023
(Thema Gesundheit)

(Drucksachen 8/2398, 8/2399 und 8/2400)

Anhörung des Sozialausschusses

Thema Gesundheit im Rahmen der Beratung über den Haushaltsplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern 2024 und 2025

Sachverständiger

Prof. Dr. Uwe Reuter, Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald

ALLGEMEIN

1. Welchen finanz- bzw. haushaltspolitischen Korrekturbedarf sehen Sie, unterschieden nach landes- und bundespolitischer Verantwortung bzw. Zuständigkeit?

2. Welchen sonstigen Korrekturbedarf (z. B. rechtlich, verfahrenstechnisch oder organisatorisch) sehen Sie, unterschieden nach landes- und bundespolitischer Verantwortung bzw. Zuständigkeit?

Aus unserer Sicht ist es die Aufgabe des Bundes, die notwendige Reform der Krankenhausstrukturen in ein Gesetz zu bringen, welches den beteiligten Akteuren, insbesondere den Krankenhäusern einen sicheren und verlässlichen Handlungsrahmen bietet. Es muss vermieden werden, dass durch starke Möglichkeiten der Gesetzesauslegung Fragen der tatsächlichen Anwendungen und Umsetzung auf Ebene der Länder, den Leistungserbringern und Kostenträgern unter großen Reibungsverlusten geklärt werden müssen. Ein mahnendes Beispiel aus der Vergangenheit ist das Pflegebudget, dessen sinnhafte Intention durch große Unsicherheiten bei allen Beteiligten überlagert wurden. Hier war im Besonderen strittig welche Mitarbeiter nun in das Pflegebudget eingerechnet werden i.e. die pflegeunterstützende Beschäftigten. Dies führte zu einem unglaublichen bürokratischen Aufwand auf Seiten der Krankenhäuser, verzögerten Abschlüsse mit den Krankenkassen und belastete die Liquidität vieler Häuser sehr stark¹. Solche Streitigkeiten müssen vermieden werden bei der kommenden Krankenhausreform.

Die Universitätsmedizinen des Landes sind hochspezialisierte Einrichtungen, die Geräte und Personal für komplexe medizinische Eingriffe vorhalten. Dieses ist Voraussetzung zur Sicherung der Versorgung der Bevölkerung sowie der gesamthaften Ausbildung im Studium der Humanmedizin sowie in der Facharztweiterbildung. Diese Umstände sind bei der Planung und Koordinierung von Versorgung adäquat zu berücksichtigen. Dabei wäre es wichtig, die wissenschaftliche Expertise sowie die Expertise beider Universitätsmedizinen in der Krankenversorgung in die Krankenhaus- und Versorgungsplanung des Bundeslandes M-V mit einzubeziehen². Momentan sind die beiden wichtigsten Einrichtungen des Bundeslandes für die

¹ [Das Pflegebudget eine weitere Herausforderung für die finanzielle Lage \(solidaris.de\)](https://solidaris.de) (abgerufen 26.09.2023)

² Vgl. Gutachterkommission Universitätsmedizin²⁰³⁰ MV / Empfehlung 2

Krankenversorgung und die Ausbildung nicht an der Krankenhausplanung des Bundeslandes M-V beteiligt. Dieses halten wir für wenig zielführend, ohne eine Beteiligung im entscheidenden Gremium des Bundeslandes kann die koordinierende Rolle nur insuffizient bzw. nicht wahrgenommen werden. Die universitären Belange sehen wir in diesem Kontext auch nicht durch die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV) vertreten. Zudem sollten die landeseigenen Universitätsmedizinen zukünftig eine koordinierende und vernetzende Rolle in der Patientenversorgung auf regionaler und überregionaler Ebene einnehmen³. Die zurückliegende Pandemie zeigte deutlich die Notwendigkeit einer zentralen Koordinierung und Vorhaltung komplexer und sehr teurer Behandlungsmöglichkeiten. Von entscheidender Bedeutung wird sein, dass für eine wissenschaftlich gestützte (patientenorientierte) Bedarfsplanung sowohl die finanziellen Ressourcen bereitgestellt werden als auch die technischen und regulativen Voraussetzungen für eine bestmögliche Datenbasis geschaffen werden.

KRANKENHÄUSER

3. Wie bewerten Sie die aktuelle finanzielle Situation der Krankenhäuser in M-V?

Die finanzielle Lage der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern und auch der Universitätsmedizinen im M-V ist angespannt. Das aktuelle Gesamtdefizit aller Krankenhäuser im Bundesland beläuft sich nach Auskunft der KGMV derzeit auf stattliche 190.000.000 Euro⁴. Dieses hohe Defizit lässt sich auf unterschiedliche Gründe zurückführen. Der fortschreitenden Zunahme der Kosten insbesondere in den Bereichen der Energieversorgung bei gleichzeitigem Entfall staatlicher Energiepreisbremsen, den bezogenen Dienstleistungen und den Sachkosten für medizinisches Verbrauchsmaterial sowie den Personalkosten (Forderung der Lohnsteigerung um 10,5% seitens Verdi⁵), steht die strukturell unzureichende Vergütung durch die Fallpauschalen gegenüber.

Im Jahr 2022 lag die Steigerung der Krankenhaus DRG-Erlöse bei 2,3 % (ohne Berücksichtigung eines Mengeneffekts) demgegenüber stand eine Kostensteigerung in Höhe von 7,9 %. Für das Jahr 2023 zeigt sich ein ähnliches Bild. Die Schere zwischen Kostensteigerung und Erlösanpassung geht weiter auseinander, und bei einem auf lediglich Kostendeckung ausgelegten Finanzierungssystem der Krankenhäuser, führt dies zwangsweise zu Defiziten in den Einrichtungen. Auch die über Jahre fehlende Erneuerung der infrastrukturellen und technischen Ausstattung und der bauliche Zustand vieler Häuser führen z.B. zu hohen Heizungskosten,

³ Vgl. Empfehlung Wissenschaftsrat zur Rolle der Universitätsmedizin (http://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.pdf?_blob=publicationFile&v=7 / abgerufen 13.10.2023)

⁴ [KGMV - Startseite](#) (abgerufen 29.09.2023)

⁵ <https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++c5f17690-6834-11ee-8ace-001a4a16012a> (abgerufen 13.10.2023)

Stromkosten und Reparaturkosten, die jetzt in Zeiten hoher Energiekosten besonders evident werden.

4. Welche Maßnahmen – insbesondere auch finanztechnischer Natur – müsste das Land Ihrer Ansicht nach ergreifen, um eine effiziente Umsetzung der Krankenhausreform zu gewährleisten? Ist hierfür bspw. gesondertes Personal im Ministerium von Nöten?

Das Gelingen der Strukturreform im Krankenhauswesen wird wesentlich von der geänderten Allokation der Ressourcen hin zu effizienteren und qualitätssichernden Strukturen abhängig sein. Um diese Aufgabe bewältigen zu können, ist es wichtig die kommenden Bedarfe aus der populationsorientierten Versorgungsforschung abzuleiten. Nur so können personelle und apparative Strukturen (der Leistungsgruppen) gezielt geplant und aufgebaut werden. Diese Funktion innerhalb der Bedarfsplanung und auch die Erbringung von koordinierenden und vernetzender Aufgaben der Universitätskliniken oder anderen geeigneten Versorgern in Regionen ohne Universitätsmedizinen müssen extra und außerhalb des als voraussichtlich fix definierten Erlösvolumens vergütet werden.

Basierend auf den Erfahrungen aus der SARS-CoV-2-Pandemie, dem zunehmenden Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie den G-BA Vorgaben sind wir überzeugt, dass eine strukturierende Rolle der Universitätsmedizin notwendig für eine sichere und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist (siehe Pkt. 2) und damit ein Garant zum Gelingen der Krankenhausstrukturreform sein wird. Für die Krankenversorgung sehen wir primär die strukturierende Rolle der Universitätsmedizinen in Disziplinen mit Strukturanforderungen oder Mindestmengenvorgaben durch den GBA sowie solcher, mit besonderer Bedeutung für die Bevölkerung. Zu den letzteren gehören die Kinderheilkunde, die Intensivmedizin und die Notfallmedizin. Besonders im Bereich der Notfall- und Intensivmedizin nehmen wir täglich die Einschränkungen der Handlungsfähigkeit der kleinen Versorger wahr.

Zu den Bereichen mit Struktur- und Qualitätsanforderungen, die eine Koordination der Patientenfälle benötigen, gehören die Onkologie inklusive der abdomino-thorakalen onkologischen Chirurgie (z. B. Pankreaskarzinom/Lungenkarzinom/ Ösophaguskarzinom), die Transplantationsmedizin, die Stammzelltransplantation sowie die Schlaganfallbehandlung. In den erstgenannten Bereichen muss gerade in unserem Bundesland eine Zuordnung erfolgen, da sonst aufgrund der geringen Fallzahl die Gefahr droht, diese Patienten nicht mehr im Bundesland versorgen zu können. Unabhängig von der Fallzahl sehen wir die Erfüllung der strukturellen G-BA- und Fachgesellschaftsvorgaben (Qualitätskriterien) zur Durchführung dieser Behandlungen als ihre unabdingbare Voraussetzung an. So ist es heute aus unserer Sicht nicht zu verantworten, Patienten mit onkologischen Erkrankungen bei Erstdiagnose in Kliniken ohne eine Fallberatung in einem Tumorboard (und zukünftig molekularen TumorBoard) zu behandeln. Daher halten wir auch

die derzeitige Regelung im Referentenentwurf Krankenhausreform zu den Möglichkeiten der Ausnahmegenehmigungen der Länder für Leistungsgruppen (max. 1Jahr) bei nicht Einhaltung der Qualitätskriterien für sinnvoll.

In der Bereitstellung technologischer Infrastruktur durch die Universitätsmedizinen für andere Mitwirkende im Gesundheitswesen sehen wir eine Notwendigkeit und Chance zugleich. Hierdurch könnte z. B. die bildgebende Diagnostik zentral aus der Universitätsmedizin gesteuert werden. Die Teleradiologie ist die bekannteste und eine etablierte Funktion in der Medizin, andere telemedizinische (Tele-Stroke-Unit/ Teleintensiv) oder digitale Vernetzungen folgen bzw. werden in den nächsten Jahren folgen und bieten eine große Chance in der Fläche Patienten bestmöglich zu behandeln.

Um der Mangelsituation bei spezialisierten Arbeitskräften entgegenzuwirken sollte das Land die infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen für die Ausbildung aller Gesundheitsberufe im Besonderen von Fachärzten schaffen. Denn das DRG-System selbst sieht hierfür keine zusätzliche Vergütung vor, die wir aufgrund des damit verbundenen Aufwands jedoch für unabdingbar halten. Im Besonderen dann, wenn nur Teile der Facharztausbildung an den Maximalversorgern zur Komplettierung des Ausbildungskataloges absolviert werden. Die von den Universitätsmedizinen gemeinsam angestrebte Etablierung der Pflegeakademie kann eine geeignete Struktur sein, um die gesamthaften Bedarfe an Aus-, Fort- und Weiterbildung bis hin zur Akademisierung aller Gesundheitsfachberufe als Gegenmaßnahme für den Fachkräftemangel umzusetzen. Kurzfristigen Handlungsbedarf sehen wir beim Neubau der beruflichen Schule der Krankenpflege in Greifswald und bei der Anerkennung ausländischer Fachkräfte. Der unstrittigen Notwendigkeit stehen hohe Hürden zur Integration in den Arbeitsmarkt und die Anerkennung des im Heimatland erworbenen Qualifikationsniveau entgegen. Die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Fachkräfte müssen dringend beschleunigt und quantitativ ausgeweitet werden.

5. Sind die von Bund und Land bereitgestellten Gelder für die Investitionen in die Krankenhäuser Ihrer Ansicht nach ausreichend?

Die Bereitstellung von Geldern für Investitionen in Krankenhäuser ist ein drängendes Problem mit multiplen Herausforderungen. Zwischenzeitlich beläuft sich der Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern auf ~50 Milliarden Euro⁶. Dieser Stau ist das Ergebnis jahrelanger Unterfinanzierung und Vernachlässigung der Krankenhausinfrastruktur, der auch die Universitätsmedizinen mit ihrer spezifischen Finanzierung betrifft. Die bisherigen finanziellen Mittel sind derzeit nicht ausreichend, um dem Investitionsstau nachhaltig abzubauen. Dies gilt auch für das Sondervermögen für beide Universitätsmedizinen, welches signifikant geholfen hat -

⁶ Fleßa, Steffen. Systemisches Krankenhausmanagement, Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg, 2018.
<https://doi.org/10.1515/9783110525687>

gemeinsam mit anderen Förderinstrumenten- elementare Bedarfe der UMs wie z.B. das Da-Vinci Operationssystem zu erwerben. Für die zur Bereitstellung dieses Sondervermögens möchten wir uns hier ausdrücklich beim Land Mecklenburg-Vorpommern, bei allen Abgeordneten des Landtags und bei den Vertretern der Exekutive, die dieses Sondervermögen ermöglicht haben, sehr herzlich bedanken.

Darüber hinaus entwickelt sich die medizinische Technologie kontinuierlich weiter, und Krankenhäuser benötigen regelmäßige Investitionen, um den neuesten Fortschritten folgen zu können. Dies schließt den Kauf innovativer medizinischer Geräte (für die robotische Chirurgie, oder für die Radiologie ein PET-CT oder Photon-counting CT) ein, die für die moderne und effiziente Patientenversorgung und Diagnose mittlerweile unerlässlich sind. Auch für benötigte Modernisierungen und Investitionen in die bauliche Infrastruktur steigen die Ausgaben mit zunehmender Lebensdauer stetig an. Dabei sind für die Universitätsmedizin Rostock, im Rahmen des Masterplans 2030, umfassende Neubauprojekte (u.a. 2 Bettenhäuser, Ersatzneubau Zentrum für Innere Medizin, OP-Zentrum, Verwaltungsgebäude) essentiell. In Greifswald handelt es sich vielmehr um die Instandsetzung des mittlerweile in die Jahre gekommenen ersten Bauabschnittes des Hauptgebäudes, der sukzessiven bedarfsorientierten Campusentwicklung wie beispielhaft der Apotheke oder der aufgrund neuer Vorschriften für Belüftung und Hygiene erforderlichen Kernsanierung bzw. eines Neubaus von OP und Intensivtrakt.

Für die bauliche und apparative Ausstattung der Universitätsmedizinen bedarf es ausreichender finanzieller Mittel. Strategisch muss der Einsatz der begrenzten Investitionsmittel am Bedarf eines Hauses und den ihm zugewiesenen Leistungsgruppen ausgerichtet werden. Eine Verstetigung der Mittel des Sondervermögens halten wird zur Finanzierung der regulären, notwendigen Investitionsbedarfe der Universitätsmedizinen mittelfristig für dringend erforderlich.

Ebenfalls sollten Investitionen in die Digitalisierung der Universitätsmedizin bereitgestellt werden. Mecklenburg-Vorpommern, als Flächenland mit geringer Bevölkerungsdichte, Fachkräftemangel und der deutschlandweit drittniedrigsten Lebenserwartung, ist in hohem Maße auf neue und innovative Gesundheitskonzepte angewiesen, um auch zukünftig eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und flächendeckende Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können. Die digitale Transformation bietet zahlreiche Möglichkeiten, Prozesse zu optimieren und die Behandlung von Patienten effizienter und erfolgreicher zu gestalten. Telemedizinische Versorgungsangebote und E-Health-Strukturen helfen dabei, den Herausforderungen der Universitätsmedizin in Mecklenburg-Vorpommern zu begegnen. Die dafür erforderlichen Strukturen müssen allerdings erst geschaffen werden, und dazu bedarf es finanzieller Unterstützung. Die derzeit bereitgestellten Mittel für die erforderlichen Investitionen zur Erreichung eines hohen Digitalisierungsgrades stehen nicht ausreichend zur Verfügung.

6. Welche Maßnahmen sind darüber hinaus erforderlich, um die Krankenhäuser im Land leistungs- und wettbewerbsfähig aufzustellen? Wo bestehen Ihrer Ansicht die größten Defizite, bei denen das Land finanzielle Unterstützung leisten könnte und sollte?

Unabhängig von der anstehenden und notwendigen Krankenhausreform müssen die bürokratischen Belastungen der Krankenhäuser deutlich reduziert werden. Aus unserer Sicht sind Maßnahmen zum im Koalitionsvertrag mehrfach erwähnten Bürokratieabbau bis zum jetzigen Zeitpunkt weder zielführend angedacht noch umgesetzt worden. Vielmehr ist zu befürchten, dass das anstehende Krankenhaustransparenzgesetz einen zusätzlichen Bürokratieschub mit sich bringt. Es ist wünschenswert, dass das Land im Bund darauf hinwirkt, bei anstehenden Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen den Aspekt der Bürokratiebelastung verstärkt mit zu berücksichtigen.

Mit dem Blick auf eine optimale und effiziente Versorgung der Patienten und die notwendige Leistungsdokumentation kann ein Ziel darin bestehen, durch einheitliche Software oder Schnittstellen die Datengrundlage gesamthaft zu verbessern. Ein dadurch erzielter Transparenzgewinn für alle Leistungserbringer vermeidet dabei redundante Untersuchungen und doppelten Dokumentationsaufwand.

Die Bevölkerung im Bundesland speziell in der Region Vorpommern tragen im bundesweiten Vergleich eine besonders hohe Krankheitslast. Sie sind vor allem von den großen Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, neurologischen Erkrankungen, Fettleibigkeit und chronischen Schmerzerkrankungen betroffen. Demografisch wird die Gesundheitsversorgung mit den Folgen und Herausforderungen einer zunehmenden Überalterung der Menschen konfrontiert sein, auch diese Entwicklung ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt. Damit werden einige Probleme die für ganz Deutschland relevant sind in Mecklenburg-Vorpommern bereits früher auftreten. MV könnte sich als „Reallabor“ für die Anwendung von Digitalisierung und KI präsentieren, und dabei spezielle rechtliche und förderrechtliche Rahmenbedingungen schaffen um z.B. im Rahmen einer Modellregion mit erleichterten Regelungen die Translation von Digitalisierung und KI in der Versorgung zu erproben und zu fördern. Hier setzen wir mit unserem Projekt „Länger leben in Vorpommern“ an. Mithilfe des breiten Einsatzes von Telemedizin in Verbindung mit Wearables und einem regionalen Versorgungsnetzwerk, bestehend aus Hausärzten, Pflegediensten und neuen Berufsgruppen, verbessern wir die Gesundheit der Bevölkerung und erschaffen damit eine in Deutschland einzigartige Innovationsregion.

Das Projekt „Länger leben in Vorpommern“ lässt sich in drei Phasen gliedern:

Startschuss ist die Gründung eines digitalen und telemedizinischen Versorgungszentrums Vorpommern an der Universitätsmedizin Greifswald. Das Versorgungszentrum verantwortet den Aufbau der Projektstruktur und entwickelt die krankheitsspezifischen Gerätekonzepte. Im Projektverlauf soll hier zudem die benötigte Dateninfrastruktur entstehen. Das Zentrum rekrutiert

erste Patienten für das zentrale Monitoring an der Universitätsmedizin Greifswald und ist mit einer telemedizinischen Ambulanz erster Ansprechpartner für die verbundenen Patienten. In Projektphase II werden die hausärztlichen und pflegerischen Bereiche in das Projekt integriert. Hausärzte und Pflegeeinrichtungen spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung. Hierdurch können die Hausärzte gemeinsam mit dem telemedizinischen Versorgungszentrum der UMG einen umfassenden Einblick in die Gesundheitsdaten ihrer Patienten erhalten und gezielte Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheit aussprechen. In der letzten Projektphase III ist eine Integration der Rettungsdienste sowie die Etablierung eigener Interventionsteams geplant. Rettungsdienste sollen bei akuten Auffälligkeiten lebenswichtiger Vitalparameter oder Stürzen direkt alarmiert werden. Die telemedizinischen Interventionsteams schließen die Lücke zwischen akuter Notfallversorgung und hausärztlicher Versorgung, wenn sich relevante Auffälligkeiten bei Patienten insbesondere im Bereich der Frührehabilitation ergeben.

Sehr gerne stellen wir Ihnen unseren Projektvorschlag auch außerhalb dieser Beratungen vor, Ziel wird es sein, über den Zeitraum von 5 Jahren und einem Budget von 10 bis 12 Millionen EUR die verlorenen Lebensjahre durch frühzeitigen Tod signifikant zu reduzieren.

Dieses Projekt ist nur ein Beispiel welches zeigt, dass es für Innovationen in der Versorgung auch innovative Finanzierungsinstrumente braucht, die alle Facetten für eine dauerhafte Neuausrichtung der Versorgungslandschaft berücksichtigen.

7. Braucht es auch aus Ihrer Sicht einen Härtefallfonds des Landes, um im Zweifelsfall die Existenz einiger Krankenhausstandorte bis zum Wirken der Krankenhausreform abzusichern?

8. Wenn ja, wie sollte dieser ausgestaltet sein und welches finanzielle Volumen wird notwendig sein?

Da die Universitätsmedizinen in der Trägerschaft des Bundeslandes sind und daher nicht von einer Insolvenz bedroht sind, möchten wir uns in dieser Diskussion weitgehend zurückhalten. Wie in anderen Krankenhäusern auch, ist ein ausgeglichener Haushalt der UMs in den nächsten 2-3 Jahren ohne signifikante Änderungen des Vergütungssystems nicht zu erwarten. Zur Überbrückung dieser Phase kann ein Härtefallfond sinnvoll sein. Die große Schwierigkeit eines solchen Fonds liegt in seiner Verteilung sowie in einer möglichen Stützung von Einrichtungen, für die es keinen Bedarf gibt durch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Die Definition eines Krankenhausstatus nach „Versorgungsrelevanz“ wäre sicherlich im Vorfeld notwendig, um die Mittel eines Härtefallfonds sinnvoll und gerecht einzusetzen.

Der Härtefallfonds sollte auf klaren Bewertungskriterien basieren, die sicherstellen, dass die Unterstützung denjenigen Krankenhäusern zugutekommt, die sich in einer Notlage befinden und gleichzeitig eine klare, zukunftssichere Strategie entwickelt haben und versorgungsnotwendig sind.

9. Wie bewerten Sie die Höhe der Haushaltsansätze des Landes 2024/25 für die Förderung von Investitionskosten bei den Krankenhäusern?

10. Wo besteht in dieser Hinsicht Handlungsbedarf?

11. In welcher Höhe sollte das Land Investitionsmittel für die Krankenhäuser bereitstellen?

Die Bewertung der Ansätze im Haushaltsentwurf des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport für die Investitionen an Krankenhäusern sind aus unserer Perspektive für die gesamte Krankenhauslandschaft des Bundeslandes schwer möglich. Neben der absoluten Höhe der Investitionsmittel ist es essentiell die finanziellen Ressourcen gezielt in Hinblick auf apparative Strukturanforderungen und zentralisierte Versorgungsleistungen zu verteilen. Umso klarer wird die Notwendigkeit der Koordinierung und Konzentrierung komplexer und kostenintensiver Leistungen. Die für 2024 aus dem Strukturfonds des Bundes zur Verfügung stehenden 50 Mio. EUR (Haushaltstitel 1014 892.04 MG 04) können dafür ein guter finanzieller Ansatzpunkt für die notwendigen Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft sein. Mit Verweis auf die bereits erwähnte Digitalisierung, den schnellen Innovationszyklen in der medizinischen Behandlung als auch der Medizintechnik aber auch den höheren Anforderungen in der Informationssicherheit lässt sich ableiten, dass die Mittel der Maßnahmengruppe 1 und 2 mit rund 50 Mio. EUR in 2024/25 (ca. 1,4 Mio. EUR je Krankenhaus) die Bedarfe der Häuser nicht ausreichend bedienen werden können.