

Wird der Protest der Krankenhäuser unterlaufen?

GKV-Spitzenverband fordert für 2009 erneute Einschnitte bei den Krankenhausvergütungen

Nur drei Wochen nach dem eindrucksvollen und beispiellosen Protest der Klinikmitarbeiter vom 25. September 2008 in Berlin hat der GKV-Spitzenverband erneut Begrenzungen bei den Krankenhausvergütungen gefordert. Vorausgegangen waren Diskussionen im „Schätzerkreis“ für den künftigen einheitlichen Beitragssatz der GKV. In diesem Kreis aus Fachleuten des Bundesversicherungsamtes, des BMG und der Krankenkassen forderten die Kassenvertreter einen höheren Beitragssatz und begründeten dies mit gestiegenen Ausgaben. Das BVA und das Gesundheitsministerium plädierten für einen Beitragssatz von 15,5 Prozent, wie er letztlich auch von der Bundesregierung am 29. Oktober verkündet wurde (siehe Seite 1120 in diesem Heft). Die Kassen machten dagegen einen Beitragssatz von 15,8 Prozent geltend. Als Hauptargument führten sie gestiegene Ausgaben für Krankenhäuser und Ärztehonorare ins Feld. Die Kassen hätten diese Kostensteigerungen abgelehnt, die Politik habe sie aber durchgesetzt. Nun müssten die Krankenkassen genügend Geld erhalten, um diese Kosten bezahlen zu können. Weil sie sich mit ihrer Forderung im Schätzerkreis nicht durchsetzen konnten, forderten die GKV-Vertreter im Gegenzug die Begrenzung der Krankenhausaufgaben und damit faktisch eine Nivellierung der ohnehin schon unzureichenden Finanzhilfen des Bundes für die Krankenhäuser.

Nach Auffassung der Krankenkassen sollen Mehrleistungen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes nur zu 35 Prozent ausgabenwirksam werden. Außerdem wird eine Absenkung des Landesbasisfallwertes auf den Durchschnitt der vereinbarten Landesbasisfallwerte vorgeschlagen. Nach Berechnungen der GKV würden den Häusern bei einer Umsetzung der beiden Vorschläge 1,3 Mrd. € entzogen. Dies ist exakt der Betrag, der den Krankenhäusern durch die anteilige Finanzierung der Tariflohnsteigerungen laut Kabinettsbeschluss vom 24. September zugesagt worden war.

Was sind die Beschlüsse des Bundeskabinetts noch wert?

Bekannt wurde, dass anlässlich der Beratungen zum KHRG am 22. Oktober im Bundesratsgesundheitsausschuss seitens des Bundesgesundheitsministeriums eine „Erklärung“ in Bezug auf die Position der Krankenkassen abgegeben wurde. Dem Vernehmen nach wurde in der nichtöffentlichen Beratung ausgeführt, dass die Bundesregierung bei der Verabschiedung des Gesetzentwurfs zum KHRG im Kabinett am 24. September 2008 von Mehrkosten in der GKV in Höhe von 1 Mrd. € durch geltendes Recht sowie 2 Mrd. € durch den KHRG-Entwurf ausgegangen sei. Bei den Beratungen des Schätzerkreises

für die Beitragsfestsetzung Anfang Oktober hätten die erwarteten Ausgabenzuwächse im Krankenhausbereich eine zentrale Rolle gespielt. BMG und BVA seien bei der Einschätzung des zu einer hundertprozentigen Ausgabendeckung erforderlichen paritätischen Beitragssatzes von 14,6 Prozent davon ausgegangen, dass die Mehrausgaben der Krankenhäuser auf einen Ausgabenzuwachs von maximal 3,5 Mrd. € begrenzt würden. Davon entfielen auf das KHRG rund 2,0 Mrd. € sowie auf die Folgen geltenden Rechts (Veränderungsrate, Wegfall der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung und zusätzliche Fälle und Schweregraderhöhungen) maximal 1,5 Mrd. €. Der GKV-Spitzenverband habe die Ausgabenzuwächse im Krankenhausbereich im Jahr 2009 im Schätzerkreis dagegen auf rund 4,6 Mrd. € geschätzt. Für diese höheren Ausgabenzuwächse würden von der Kassenseite insbesondere höhere Leistungssteigerungen als bisher angenommen und die Differenz zwischen den derzeitigen krankenhausesindividuellen Basisfallwerten und dem jeweiligen Landesbasisfallwert genannt, die im letzten Konvergenzschritt zum 1. Januar 2009 ausgabenwirksam würde.

Der Vertreter des BMG ergänzte demnach, dass geprüft werde, ob die Einschätzungen der Krankenkassen begründet seien. Sollte sich herausstellen, dass über einen Ausgabenzuwachs von maximal 1,5 Mrd. € nach bereits geltendem Recht hinaus tatsächlich weitere Ausgaben entstehen, müsse im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zum KHRG eine entsprechende Ausgabenbegrenzung sichergestellt werden.

Ende Oktober wurde bekannt, dass die konkrete Umsetzung einer fortgesetzten Ausgabenbegrenzung für Krankenhäuser im Jahr 2009 in verantwortlichen politischen Kreisen zum Thema geworden war. Offenbar konnte sich der GKV-Spitzenverband insoweit mit seinen Vorstellungen durchsetzen. Die DKG und die Landeskrankenhausesgesellschaften reagierten mit Empörung auf den erneuten Versuch der Deckelung der Krankenhausvergütung. Das Bündnis „Rettung der Krankenhäuser“ rief für den 18. November zu einem bundesweiten Aktionstag auf, um gegen die Pläne zu protestieren und Politiker, Abgeordnete sowie die Öffentlichkeit über die Haltung der Krankenhäuser zu informieren.

Große Sorge und Unzufriedenheit der Krankenhausträger und Mitarbeiter

Die DKG hat die bedrohliche Entwicklung, die aus den Äußerungen des GKV-Spitzenverbandes und des BMG deutlich wurde, in der zweiten Oktoberhälfte zum Anlass genommen, gegenüber der Politik und den Abgeordneten das Unverständnis und die Bedenken der Krankenhäuser vorzutragen. Dabei

verschwieg die DKG nicht, dass manches von dem, was im Vorfeld des Kabinettsentwurfes zum KHRG diskutiert worden war und die Krankenhäuser noch stärker belastet hätte, durch engagierten politischen Einsatz verhindert wurde. So sei es ausdrücklich zu begrüßen, dass die Rabattverträge nicht mehr verfolgt würden. Gleichwohl könnten die Krankenhäuser „nicht zufrieden sein“. Die Finanzierungshilfen für die Tarifsteigerungen deckten zusammen mit der Grundlohnrate nicht einmal 50 Prozent des Personalkostenzuwachses ab. Wie selbstverständlich werde von den Häusern erwartet, dass sie die andere Hälfte, also 1,35 Mrd. €, anderweitig aufbringen. Für die massiv gestiegenen Sachkosten einschließlich des Energiekostenanstiegs reiche die Grundlohnrate von 1,4 Prozent nicht aus. Nach Jahren massiver Kürzungen und maximaler Einsparanstrengungen „stehen Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zur Verfügung“, so die DKG in einem Schreiben unter anderem an die Mitglieder des Bundestagsgesundheitsausschusses, mit dem gleichzeitig die Stellungnahme der DKG zum KHRG-Entwurf übermittelt wurde (siehe ab Seite 1126 in diesem Heft).

Die DKG bekräftigte die zentralen Forderungen der Krankenhäuser:

- die volle Refinanzierung der Tarifsteigerungen und die Vorgabe einer prozentualen Erhöhungsrates im Gesetz;
- die verbindliche Einführung und vollständige Berücksichtigung des Orientierungswertes ohne Abhängigkeit von jährlichen Rechtsverordnungen;
- eine 100-prozentige Finanzierung für zusätzliche Pflegestellen.

Zum Vorstoß des GKV-Spitzenverbandes schrieb die DKG:

„Der GKV-Spitzenverband kritisiert und attackiert die im KHRG vorgesehenen Finanzierungshilfen für die Krankenhäuser mit Spekulationen und Behauptungen über zu erwartende Ausgabenentwicklungen in der stationären Versorgung. Der Verband macht Vorschläge zu Kostendämpfungsmaßnahmen, die in das KHRG eingefügt werden sollen. *Im Ergebnis würden den Krankenhäusern dadurch 1,3 Mrd. € entzogen und die im KHRG vorgesehenen Finanzierungshilfen mit dem gleichen Gesetz wieder weggenommen.* Dieser Vorstoß hat bei den Krankenhausträgern helle Empörung ausgelöst.“ Die Abgeordneten wurden eindringlich gebeten, der Ankündigung des BMG im Schätzerkreis, Kürzungen zu Lasten der Krankenhäuser in das Gesetzgebungsverfahren zum KHRG einbringen zu wollen, entgegenzutreten.

Selbst wenn die Krankenhäuser den von den Kassen behaupteten Erlöszuwachs von 4,6 Mrd. € – anstelle der vom BMG erwarteten 3,5 Mrd. € – realisieren würden, seien damit noch lange nicht die 8 Mrd. € Mehrkosten der Häuser in den Jahren 2008 und 2009 gedeckt. Zusätzliche Leistungen führten zudem zu zusätzlichen Kosten.

Nach Feststellung der DKG ist die Stimmung bei den Trägern und Mitarbeitern in den Krankenhäusern „von allergrößter Sorge und Unzufriedenheit über die gesetzlichen Finanzierungsrestriktionen geprägt“. Deutlich verstärkt würde das Un-

verständnis der Träger und Beschäftigten der Krankenhäuser, wenn mit dem KHRG Kürzungen zu Lasten der Krankenhäuser tatsächlich erwogen werden sollten.

Bewertung der GKV-Forderungen zu § 10 KHEntgG – Landesbasisfallwerte

Der GKV-Spitzenverband forderte mit einem Schreiben vom 14. Oktober 2008 an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

- 1) die „Kürzung der Vergütung von Mehrleistungen der Krankenhäuser auf 35 Prozent im Jahr 2009 (Höhe der variablen Kosten)“. Das Einsparpotenzial liegt nach Aussage des Kaserverbandes hier bei „rund 700 Mio. €“;
- 2) eine „Schließung der Lücke zwischen den Landesbasisfallwerten und den durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerten“. Das Einsparpotenzial wird hier mit rund 600 Mio. € benannt.

Zu 1) Kürzung der Vergütung von Mehrleistungen der Krankenhäuser

Der GKV-Spitzenverband begründet seine Forderung mit Prognosen über zukünftige Entwicklungen der Leistungsmengen und des durchschnittlichen CMI-Wertes (Fallschwere). Dabei werden Annahmen gemacht, die völlig spekulativ und nur aus seinem interessengeleiteten Standpunkt zu verstehen sind.

Mit der Einführung des G-DRG-Systems ist die Fallzahl bundesweit in den ersten Jahren zunächst zurückgegangen. Aus einem eventuell festzustellenden Fallzahlenanstieg in der ersten Jahreshälfte 2008 einen Trend abzuleiten, der sich in der Zukunft weiter fortsetzt, ist auf der Grundlage der bisherigen heterogenen Entwicklung unhaltbar. Auch für eine Vorhersage einer Steigerung des CMI-Wertes gibt es keinerlei verlässliche Anhaltspunkte. Die Entwicklung war in den einzelnen Ländern und Krankenhäusern stets höchst unterschiedlich. Mehrleistungen sind schon heute unterfinanziert. Darüber hinaus kann aus einer Mengenenwicklung keinesfalls auf die Höhe einer dadurch bedingten Ausgabensteigerung für die gesetzliche Krankenversicherung geschlossen werden. Die diesbezügliche Unterstellung des GKV-Spitzenverbandes ignoriert vollständig die Verhandlungsrealität auf der Ortsebene sowie die vielfältigen im bestehenden Gesetz vorgehaltenen Mechanismen, die verhindern, dass Leistungssteigerungen direkt ausgabenwirksam werden.

Die Krankenhäuser konnten Mehrleistungen in den Budgetverhandlungen zwar geltend machen. Diese hätten 2008 entsprechend der gesetzlichen Regelungen theoretisch zu 80 Prozent des Landesbasisfallwertes in das Erlösbudget für 2008 eingehen müssen. Die Krankenkassen waren aber, soweit sie überhaupt Mehrleistungen anerkannten, zumeist nur bereit, diese zu einem weit niedrigeren Prozentsatz zu finanzieren bis hin zur Weigerung jeglicher zusätzlicher Finanzierung. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen in den Budgetverhandlungen 2009 die Anerkennung von Mehrleistungen,

die dann mit dem Landesbasisfallwert vergütet würden, noch weit restriktiver handhaben werden. Denn für nicht vereinbarte, aber erbrachte Mehrleistungen müssen die Krankenhäuser im Folgejahr 65 Prozent der Erlöse an die Krankenkassen zurückerstatten, was die Ausgaben der Krankenkassen dann stark absenkt. Bei Mehrerlösen durch eine gestiegene Fallschwere musste das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen den schwierigen Nachweis führen, dass diese nicht kodierbedingt sind, da sie sonst vollständig zurückzuzahlen waren.

Mehrleistungen senken die Landesbasisfallwerte

Auch für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes sind im Gesetz Regelungen vorgesehen, die die Ausgabenwirksamkeit von Mengenentwicklungen stark einschränken. Fallzahlsteigerungen sind beim Landesbasisfallwert absenkend zu berücksichtigen, Auswirkungen einer veränderten Kodierung vollständig auszugleichen. Auch die Einflüsse landesspezifischer Katalogeffekte auf den CMI werden bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes berücksichtigt. CMI-Steigerungen, die aus einer tatsächlichen Erhöhung der durchschnittlichen Fallschwere resultieren, begründen bei den Krankenhäusern auch einen höheren Aufwand. Deren Auswirkungen komplett zu Lasten der Landesbasisfallwerte zu verrechnen, wie es der GKV-Spitzenverband jetzt fordert, würde das Morbiditätsrisiko einseitig auf die Krankenhäuser verlagern. Dies war und kann nicht der Wille des Gesetzgebers sein.

65 Prozent Absenkung verstärkt die Unterfinanzierung

Der GKV-Spitzenverband fordert die aus einer Entwicklung der Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen in 2008 abgeleiteten Ausgabensteigerungen zu 65 Prozent pauschal auf den Landesbasisfallwert 2009 absenkend anzurechnen. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass diese unterstellten Ausgabensteigerungen aus den oben genannten Gründen zum großen Teil gar nicht realisiert wurden oder bereits in den Landesbasisfallwerten 2008 absenkend berücksichtigt wurden. Nur die Vertragsparteien auf der Landesebene verfügen über die notwendigen Datengrundlagen, um dies zu beurteilen. Der Gesetzgeber hat ihnen auch die nötigen Instrumente an die Hand gegeben, um dies in den Verhandlungen sachgerecht abzuwägen. Eine pauschale Absenkung der Vereinbarungsergebnisse zu Lasten der Krankenhäuser, wie jetzt vom GKV-Spitzenverband gefordert, würde nachträglich die Verhandlungsergebnisse und Schiedsstellenentscheidungen auf Landesebene desavouieren und dem Grundsatz von Treu und Glauben widersprechen. Das Gegenteil ist zu fordern, nämlich die Abschaffung der restriktiven Vorgabe in § 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntG, die bewirkt, dass Fallzahlsteigerungen zu Absenkungen der Vergütungen führen.

Verschärfung der Grundlohnratenbegrenzung

Die Forderungen des GKV-Spitzenverbandes sind auch mit den bisherigen Vorstellungen des Gesetzgebers von einer leis-



„In der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation ist es ganz wichtig, dass die öffentliche Hand, Bund, Länder und Gemeinden, ihre Investitionen nicht zurückhalten, sondern verstärken. Geplante Investitionen für die kommenden Jahre in Straßenbau, Hochschulen, Krankenhäuser und andere Gebäude sollten vorgezogen werden. Sie sind ohnehin notwendig, das hier investierte Geld ist nicht verloren, sondern trägt zur Stützung der Wirtschaftstätigkeit bei.“

Prof. Dr. Ferdinand Dudenhöffer, Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Automobilwirtschaft der Universität Duisburg-Essen

tungsgerechten Vergütung der Krankenhäuser nicht vereinbar. Nach der derzeitigen Rechtslage sind bei der Verhandlung des Landesbasisfallwertes nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 und Satz 2 KHEntG bereits Fallzahlsteigerungen absenkend zu berücksichtigen, nicht jedoch bei der parallel dazu stattfindenden Ermittlung der Obergrenze des Landesbasisfallwertes gemäß § 10 Absatz 4 KHEntG (Vergleichsgröße). Diese wird maßgeblich über die Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V bestimmt.

Bei einer Umsetzung der Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes würde die bisherige Geschäftsgrundlage verlassen und der erklärte Wille des Gesetzgebers unterlaufen, da Mengenausweitungen offensichtlich auch absenkend bei der Obergrenzenberechnung berücksichtigt werden sollen. Der vom Gesetzgeber zugestandene Verhandlungsspielraum bis zur Höhe der Obergrenze würde vollständig entfallen, wodurch die Unterfinanzierungsproblematik durch manipulativ abgesenkte Landesbasisfallwerte nochmals nachhaltig verschärft würde. Die Krankenhäuser haben begrüßt, dass in den Koalitionsgesprächen im Vorfeld des Referentenentwurfes diese Verschlimmerung der ohnehin nicht mehr akzeptablen Grundlohnratensteuerung verworfen wurde. ▶

Zu 2) Schließung der Lücke zwischen den Basisfallwerten.

Die fehlende Anerkennung der gesetzlich zugestandenen Finanzierungsquoten für vereinbarte Mehrleistungen – vielfach wurde von den Krankenkassen in den Verhandlungen das Einverständnis der Krankenhäuser dazu mit dem Hinweis auf eine Kompensation durch die volle Finanzierung im Jahr 2009 erreicht – könnte ein Grund für die Differenz zwischen gewichteten Durchschnitts- und Landesbasisfallwerten in einigen Bundesländern sein. Jedoch kennen die Krankenkassen weder die Budgets der Krankenhäuser in 2009 noch die Landesbasisfallwerte für 2009. Die Prognosen des GKV-Spitzenverbandes sind reine Spekulationen und Behauptungen. Für eine nachträgliche, manipulative Korrektur der Landesbasisfallwerte gibt es aber überhaupt keine Veranlassung. Die Differenz ist also zum größten Teil dadurch zu erklären, dass den Krankenhäusern entgegen den gesetzlichen Vorgaben systematisch Mittel vorenthalten wurden, die ihnen eigentlich zugestanden hätten. Es ist zudem völlig unsachgemäß, eine im Jahr 2008 auftretende Differenz auch für das Jahr 2009 zu unterstellen und daraus einen sogenannten Konvergenzeffekt zu konstruieren.

In den Ländern werden teilweise Fehlschätzungen der Vereinbarungen 2008 hinsichtlich der Leistungsmenge absenkend bei den Verhandlungen des Landesbasisfallwerts 2009 berücksichtigt. Keinesfalls darf daher eine nochmalige Absenkung der Landesbasisfallwerte für den gleichen Tatbestand mittels einer pauschalen Verrechnung dieses Effektes über alle Länder erfolgen, wie vom GKV-Spitzenverband gefordert. Ausdrücklich ist auch hier darauf hinzuweisen, dass viele Krankenhäuser davon berichten, dass zusätzliche Leistungen nicht zu den jeweiligen gesetzlich vorgegebenen Quoten der Konvergenz in die Budgets gegeben wurden. Dadurch sind die krankenhaushausindividuellen Basisfallwerte abgesenkt worden und haben sich nicht im Gleichschritt mit den Landeswerten entwickelt.

Fazit

Die gesetzlichen Restriktionen, die der GKV-Spitzenverband fordert, sind nach DKG-Einschätzung völlig inakzeptabel. Den Krankenhäusern sollen 1,3 Mrd. € entzogen werden, nachdem sie durch die Kürzungsrunden bei den Grundlohnraten und durch den Sanierungsbeitrag bereits mehr als 2 Mrd. € abgeben mussten. Die ohnehin nur als teilweiser Ausgleich vorgesehenen 1,35 Mrd. € für die Tarifsteigerungen würden mit dem gleichen Gesetz wieder einkassiert werden.

Die Träger und die Mitarbeiter der Krankenhäuser, die Partnerverbände des Bündnisses zur Rettung der Krankenhäuser und die 130 000 Demonstranten vom 25. September 2008 appellieren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, solche hochprovokativen Einfälle klar und deutlich zurückzuweisen. ■

Nettovermögen der Krankenkassen muss in den Fonds

Bereits vor der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes durch den Schätzerkreis hatte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum gefordert, dass genügend Mittel für die Krankenhäuser berücksichtigt werden müssen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Mittel von 2 Mrd. € reichten nicht aus, um die massiven Kostenlasten der Krankenhäuser zu decken. Damit könne gerade einmal das Loch gestopft werden, das die Kürzungsmaßnahmen in den vergangenen Jahren in die Klinikbudgets gerissen haben. Über den Gesetzentwurf hinausgehende Hilfen für die Krankenhäuser seien notwendig, gerechtfertigt und finanzierbar. Das Nettovermögen der Krankenkassen in Höhe von 3,5 Mrd. € müsse in die Finanzierungsdiskussion einbezogen werden: Laut GKV-Statistik hatten die Krankenkassen Ende 2007 ein Nettovermögen von 3,5 Mrd. €. Dieses wird bis Ende 2008 weiter ansteigen. Die Überschüsse sind auf die Kassen unterschiedlich verteilt. Ab Januar 2009 erhalten alle Kassen zur Deckung der Kosten einheitlich Mittel aus dem Fonds zugewiesen. Es stellt sich die Frage, was mit den bei den Kassen liegenden Milliarden geschieht. Krankenkassen, die mit der Einheitsmittelzuweisung auskommen, müssten ihr Vermögen nie mehr antasten. Nicht akzeptabel wäre, wenn die Krankenkassen, die auf Altvermögen zurückgreifen können, Wettbewerbsvorteile hätten. Die Logik des Fonds und des Einheitsbeitrages und der einheitlichen Mittelzuweisung an die Kassen gebietet die Überführung des vorhandenen Kassenvermögens in den Fonds. Da die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Sparzwänge in den vergangenen Jahren in erheblichem Maße zu den Überschüssen der Kassen beigetragen haben, können diese Mittel zur Deckung des zusätzlichen finanziellen Mehrbedarfs der Krankenhäuser eingesetzt werden, ohne dass die Beiträge erhöht werden müssen.

Während die Krankenhäuser durch niedrige Grundlohnraten, hohe Tarifabschlüsse, die Erhöhung der Mehrwertsteuer, massiv gestiegene Energiekosten, den Abzug des „Sanierungsbeitrags“ und eine inzwischen stabile Preissteigerungsrate von 3 Prozent finanziell ausgezehrt seien, würden die 1,35 Mrd. € des Gesetzentwurfes 2008/2009 nicht einmal 50 Prozent der Tarifkostenlasten ausgleichen. Die Krankenkassen dagegen werden aufgrund des höheren Bundeszuschusses, des Anstiegs der Beitragsbemessungsgrenze, der gestiegenen Löhne und der gestiegenen Zahl der Erwerbstätigen ca. 8 Mrd. € mehr einnehmen, ohne dass Beiträge erhöht werden müssen, so Baum. Weil ein Drittel der GKV-Leistungen auf die Krankenhäuser entfallen, stehen den Krankenhäusern nach Auffassung des DKG-Hauptgeschäftsführers 2,4 Mrd. € aus den Mehreinnahmen zu, ohne dass dadurch Beiträge erhöht werden müssten. Erst zusätzliche Mittel oberhalb von 2,4 Mrd. € für die Krankenhäuser würden den Finanzierungsbedarf in der GKV erhöhen. „Wenn diese Mittel nicht in der Vergangenheit den Häusern entzogen worden wären, stünden sie schon heute in den Beiträgen“, so Baum. Das den Krankenhäusern in den letzten Jahren entzogene Geld müsse „wieder voll zur Verfügung gestellt werden“. ■