

Sozialdemokratischer Pressedienst

Chefredakteur:
Helmut G. Schmidt
Heussallee 2-10, 5300 Bonn 12

Postfach: 120 408
Telefon: (0 22 21) 21 80 38/39
Telex: 08 86 848-48 ppbn d



Inhalt

Kurt Mattick MdB, Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Innerdeutsche Beziehungen zur aktuellen Behinderung westdeutscher Korrespondenten in der DDR.

Seite 1/2

Eugen Glombig MdB, Vorsitzender des Arbeitskreises Sozialpolitik der SPD-Bundestagsfraktion, stellt Grundsätze für eine Reform der Krankenhausfinanzierung auf.

Seite 3-6

Harald B. Schäfer MdB, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Reaktorsicherheit und Strahlenschutz der SPD-Bundestagsfraktion, fordert Einsicht in die Verträge zur Lagerung abgebrannter Brennelemente aus deutschen Kernkraftwerken.

Seite 7

Herausgeber und Verleger:
Sozialdemokratischer
Pressedienst GmbH
Godesberger Allee 108-112
5300 Bonn 2
Telefon: (0 22 21) 37 66 11

33. Jahrgang / 163

25. August 1978

Was ist das für ein Staat?

Von Kurt Mattick MdB

Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Innerdeutsche Beziehungen

Die DDR-Führung soll sich nicht wundern, wenn nicht nur in der Bundesrepublik und in ihrem eigenen Bereich, sondern mehr und mehr in Europa die Frage gestellt wird: "Die DDR, was ist das für ein Staat?" Was ist das für eine "Rechtsordnung", auf die sich die Staatsführung beruft, wenn sie einem Journalisten wie Lutz Lehmann, bekannt als einen Mann, der sich abmüht, die Öffentlichkeit korrekt zu informieren, den Vorwurf macht, sich in die inneren Angelegenheiten der DDR einzumischen? Anlaß ist sein Versuch, für den ganzen deutschsprachigen Raum interessante Schriftsteller, die als loyale Bürger in der DDR leben, einem interessierten Publikum mit ihrem Leben und Werk vorzustellen.

Das große Ziel der KSZE war es, die Kriegsgefahr zu bannen und der Entspannung dadurch zu dienen, daß die Menschen einander begegnen, sich kennenlernen, mehr voneinander wissen. Das sollte vor allem zwischen den Blöcken

und in besonderem Maße im deutsch-deutschen Verhältnis gelten.

Es ist schlimm, daß die DDR sogar nach den Konferenzen von Helsinki und Belgrad nun daran geht, ihren Schülern ein Feindbild von der Bundesrepublik Deutschland durch einen Wehrkundeunterricht in den Schulen in die Gehirne einzustanzen. Mit dem Eingriff in die Tätigkeit westdeutscher Journalisten am Beispiel von Lutz Lehmann ist ein erneuter besonders markanter Fall der moralisch politischen Abkehr von den Absichten der KSZE festzustellen.

Wie soll ein Schriftsteller seiner Aufgabe in seiner Gesellschaft nachkommen, wie soll er Einsichten erarbeiten und vermitteln, wie soll er - und das ist doch zweifellos auch seine Aufgabe - auch über Grenzen hinweg am geistigen Austausch teilhaben, wenn ihm der Kontakt verwehrt wird, auch wenn er nicht zur politischen Opposition gehört, auch wenn er loyaler Bürger seines Staates ist. Muß man auch die loyalen Genossen unter strenger Kontrolle halten?

Was ist das für ein Staat, fragten wir am Anfang? Was würde Ernst Toller dazu sagen, wenn er heute in diesem Staat leben müßte? Wir fragen die Schriftsteller in der DDR und wir fragen die ehemaligen Kampfgenossen von Ernst Toller.

Eine letzte Bemerkung: 1980 will die DDR-Führung die weltumspannende Interparlamentarische Konferenz zu Gast haben, die in diesem Jahr in der Bundesrepublik tagt. Wäre es nicht für die SED-Führung an der Zeit, sich Gedanken zu machen um publizistischen und allgemeinen Freiheitsraum, ohne den eine so große internationale Konferenz für die Welt und für die DDR zu einem Fiasco werden kann?

(-/25.8.1978/hgs/bgy)

+ + +

Erfolge der Kostendämpfung konsolidieren

Die vier Grundsätze zur Reform der Krankenhausfinanzierung

Von Eugen Glombig MdB

Vorsitzender des Arbeitskreises Sozialpolitik der SPD-Bundestagsfraktion

Es ist unbestreitbar: Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG), das am 1. Juli 1977 inkraft getreten ist, ist ein großer sozialpolitischer Erfolg der sozialliberalen Bundesregierung und der sie tragenden Fraktionen. Die Entwicklung der Beitragssätze bei den verschiedenen Krankenkassen weisen eindeutig nach, daß der Trend nach oben in der Kostenentwicklung des Gesundheitswesens zunächst gebrochen ist. Die Versicherten spüren diesen Erfolg der gesetzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen an ihrem Geldbeutel, d.h. an ihren Beitragszahlungen für die Krankenversicherung.

Nunmehr kommt es auf die Konsolidierung der Erfolge in der Kostendämpfungspolitik an. Um diese Erfolge nicht zu gefährden, ist eine Reform des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) unabdingbar. In einem zweiten Schritt gesetzlicher Kostendämpfungsmaßnahmen muß also das nachgeholt werden, was im Zusammenhang mit den Beratungen des KVKG nicht verwirklicht werden konnte. Ohne gesetzliche Absicherung der Kosten auch vom Krankenhaussektor her, wird das Ziel einer wirksamen und dauerhaften Kostendämpfung im Gesundheitswesen nicht erreicht werden können. Die sich tendenziell abzeichnende Anpassung der Steigerungsrate der Krankenhauskosten an die allgemeine Lohnentwicklung muß gesetzlich abgesichert werden. Auch im Krankenhausbereich ist eine Einpassung der Kostenentwicklung in den gesamtwirtschaftlichen Wachstumsprozeß dringend geboten.

Die SPD-Bundestagsfraktion geht bei ihren Überlegungen davon aus, daß an den bisher bewährten Grundsätzen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) festgehalten wird und Änderungen nur dort vorgenommen werden, wo dies erforderlich ist. Es geht also nicht darum, - wie die Opposition behauptet -, ein 1972 mit Recht gewichtig und weitreichend genanntes Gesetzgebungswerk bereits nach sechs Jahren umzustößeln, sondern es geht darum, die Unebenheiten zu beseitigen, die sich in der praktischen Anwendung dieses Gesetzes, das 1972 politisches Neuland berührte, nach sechs Jahren herauskristallisiert haben.

Eine dieser Unebenheiten, die es dabei zu beseitigen gilt, ist die mangelnde Mitwirkungsmöglichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl bei der Krankenhausbedarfsplanung als auch bei der Gestaltung der Pflegesätze. Die Gewährung einer verstärkten Mitwirkungsmöglichkeit der Krankenversicherung ist notwendige Voraussetzung für ein reformiertes Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Nach den bisher geltenden Bestimmungen des KHG ist den Krankenkassen bei der entscheidenden Aufgabe der Krankenhausbedarfsplanung und den darauf aufgebauten Krankenhausjahresbauprogrammen nur ein bescheidenes Mitwirkungsrecht eingeräumt: Sie werden angehört. Ein gleiches gilt auch für die Krankenträger: Sie werden ebenfalls nur angehört. Sicherlich bietet dieses Anhörungsrecht von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Möglichkeiten der Mitwirkung, zuwenig ist es in jedem Fall. Zuwenig vor allem deshalb, weil die Krankenkassen, die ja durch die Pflegesätze den nicht in-

vestitionsbedingten Teil der Krankenhauskosten tragen, damit zum Hauptadressaten für die Folgekosten der Krankenhausinvestitionen werden. Den Krankenkassen gebührt bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und damit bei der Festlegung des Investitionsumfangs ein Mitspracherecht, denn sie müssen letztlich den laufenden Krankenhausbetrieb entscheidend finanzieren. Ein Blick in die Vergangenheit beweist die Logik einer solchen Regelung: Die bisherige Bedarfsplanung hat die Ungleichgewichte in der Krankenhausversorgung nicht verhindern können. Sie hat nicht verhindern können, daß insgesamt ein Bettenüberhang besteht, der paradoxerweise von regional und in bestimmten medizinischen Fachrichtungen festzustellenden Mangelsituationen begleitet wird. Dies verlangt zwingend nach der Schlußfolgerung, diejenigen, die das Krankenhaus betreiben oder den Betrieb finanzieren, besser als bisher in den Planungsprozeß einzubeziehen. Dies ist der erste Grundsatz.

Eine zweite unabdingbare Voraussetzung für die Reform des KHG ist eine Verfahrensänderung beim Zustandekommen der Krankhauspflegesätze. Ein solches Verfahren muß mehr als bisher augenscheinlich werden lassen, daß unser Gesundheitswesen sich auch auf der Selbstverwaltung der Betroffenen gründet. Es ist geboten, die Gestaltung der Krankhauspflegesätze vor allem in die Hände der Betroffenen, also Krankenkassen und Krankenhausträger, zu geben. Insbesondere Krankenhäuser und Krankenkassen sollten die Pflegesätze aushandeln. Eine solchermaßen selbstverwaltungskonforme Regelung, die übrigens im ambulanten Sektor des Gesundheitswesens seit langem üblich ist, muß das staatliche Festsetzungsverfahren einschränken. Die erheblichen Pflegesatzsteigerungen in der Vergangenheit, - sicherlich unterschiedlich zustande gekommen und unterschiedlich begründbar -, haben durch ein staatliches Festsetzungsverfahren nicht verhindert werden können. Die direkte Einbindung der Betroffenen in die Verantwortung für die Pflegesätze erscheint also geeignet, einer zu starken Tendenz zur Erhöhung der Pflegesätze entgegenzuwirken. Sicherlich hat sich diese Tendenz in den letzten zwei Jahren schon abgeschwächt, aber diese Entwicklung muß sowohl verstärkt als auch durch vernünftige gesetzliche Maßnahmen abgesichert werden.

Gesetzliche Maßnahmen zur Kostenabsicherung im Krankenhausbereich sind auch politisch notwendig. Wie will man es gegenüber den anderen Sektoren im Gesundheitswesen - etwa bei Arzthonoraren, Zahnarzthonoraren und der Verschreibung von Arznei- und Heilmitteln - vertreten, die Beteiligten durch gesetzliche Maßnahmen zur Sparsamkeit zu zwingen, wenn man gleichzeitig im Krankenhaussektor alles beim alten beläßt? Jede Kostendämpfungspolitik verlöre bei einem solchen Verfahren ihre Glaubwürdigkeit und würde ihre Erfolge in Gefahr bringen.

Im Zusammenhang mit der Verstärkung der Verantwortung der Krankenkassen und Krankenhausträger bei der Pflegesatzgestaltung ist vor der zu sehr einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Krankenkassen gewarnt worden. Dieses Argument ist wenig hilfreich. Es desavouiert die ernsthaften Bemühungen der Kassen um kostengünstigere Erbringung von Gesundheitsleistungen. Zudem spricht ein solches Argument der gesetzlichen Krankenversicherung die eigenverantwortliche aktive gesundheitspolitische Rolle ab und denaturiert sie zum reinen Abrechnungsverein. Als wahrer der Interessen der Versicherten sind die Kassen jedoch zur Übernahme einer solchen Rolle verpflichtet. Wie eigentlich will man die Position der Krankenversicherung gegenüber ihren Vertragspartnern stärken, wenn man ihren gesetzlichen Auftrag ins Zwielficht bringt, die Ausgaben auch an den Einnahmen zu orientieren? Kann es sinnvoll sein, die Krankenkassen auf diese Weise auf den Abweg zu locken, die Ausgabenpolitik nicht ganz so streng zu handhaben und erhöhte Ausgaben in jedem Fall als Beitragserhöhung an die Versicherten weiterzu-

geben, deren Interessen sie im Konzert der gesundheitspolitischen Stimmen doch eigentlich wahrnehmen sollen? Wie eigentlich sollen angesichts der Kostensituation im Gesundheitswesen die auf uns zukommenden Aufgaben gelöst werden, wenn das Bemühen der Kassen um die kostengünstigste Art der Erbringung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen auf diese Weise diskreditiert wird?

Dritter unverzichtbarer Grundsatz für die Reform des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist die Einführung des Prinzips der Bundeseinheitlichkeit der Bedarfs- und Planungskriterien.

Wichtigster Planungsgrundsatz ist die Zugrundelegung bundeseinheitlicher Planungskriterien. Sie müssen deshalb von den Bundesländern unter Mitarbeit des Bundes gemeinsam aufgestellt werden. Die im Grundsatz festgelegte Verpflichtung, für einheitliche Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik zu sorgen, verlangt gerade auf dem lebenswichtigen Gebiet der Krankenhausversorgung diese Bundeseinheitlichkeit. Unter Beachtung der regionalen Besonderheiten werden bisher die Fördermittel des Bundes nach dem KHG auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne verteilt. Die stärkere Beachtung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse verlangt deshalb, daß die Kriterien für diese Planung auch wirklich einheitlich sind. Es ist nicht zu begründen, daß die Bettenplanung - etwa in den chirurgischen Fächern - nicht dem Gebot der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse gerecht wird, weil sie von Bundesland zu Bundesland nach unterschiedlichen Grundsätzen erfolgt. Es ist auch nicht zu begründen, daß die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse dadurch nicht gefördert wird, daß von Bundesland zu Bundesland für gleiche Planungsgegenstände unterschiedliche Begriffe verwendet werden. Das Gebot der Einheitlichkeit schließt die Forderung nach Vergleichbarkeit ein. Grundlage jeder verlässlichen Krankenhausplanung ist eine exakte Definition und Ermittlung des Bedarfs. Dies kann aber nur dann vernünftig geschehen, wenn in den verschiedenen Bundesländern nicht mit unterschiedlichen Kriterien gearbeitet wird.

Wer es mit einer Beseitigung der Unebenheiten im Krankenhausfinanzierungsgesetz ernst meint, muß gerade bei der Frage der Bundeseinheitlichkeit auch ernst machen. Ohne die verstärkte Berücksichtigung dieser Probleme muß eine KHG-Reform Makulatur bleiben.

Weiter wird erforderlich sein, daß allgemeine Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser erarbeitet werden müssen. Dies gilt insbesondere für die Personal- und Sachkosten. Gerade über solche Standardmaßstäbe lassen sich durch bessere Vergleichbarkeit mehrerer Kliniken gleicher Art realistischere Beurtei-

lungen der Pflegesätze und Investitionserfordernisse erreichen. Es ist offensichtlich, daß vor allem die Krankenkassen und Krankenhäuser diese Aufgabe zu erfüllen haben.

Es liegt auf der Hand, daß sie einen Überblick über die hier anstehenden Probleme und Schwierigkeiten haben. Erhöhte Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit durch Standardmaßstäbe dienen jedoch nicht nur der Absicht, vor allem den Versicherten Kosten zu sparen; sie dienen ebenfalls den Patienten, die überzeugt sein müssen, daß die Behandlung, die sie im Krankenhaus erfahren, von der medizinischen Leistungsfähigkeit und Qualität her gesichert ist und von der Wirtschaftlichkeit her auch effektiv erbracht wird. Die Verwirklichung solcher Maßstäbe würde letztlich auch nicht die Interessen derjenigen verletzen, die in den Krankenhäusern beschäftigt sind.

Der vierte Grundsatz schließlich ist die Anbindung des Krankenhaussektors an die Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Es wäre unververtretbar, zwei Sektoren des Gesundheitswesens, den Sektor der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung und den Arzneimittel-Sektor in Einklang mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zu bringen und zu halten, dies beim dritten großen Sektor, dem Krankenhausbereich, zu unterlassen. Dies muß zwangsläufig zu Disparitäten führen und die Kosten- und Leistungsbalance zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens beeinträchtigen.

Bei alledem muß jedoch klar bleiben, daß die Anbindung des Krankenhaussektors an die konzertierte Aktion den Besonderheiten des Krankenhauswesens gerecht werden muß. Wie man diesen Besonderheiten gerecht werden kann, muß im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch eingehend geprüft werden. Die Besonderheiten des Krankenhaussektors dürfen jedoch auf keinen Fall dazu führen, daß die Anbindung an die Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen unterbleibt.

Der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf enthält die Mindestregelung für eine Reform der Krankenhausfinanzierung. Weitere vom Bundesrat geforderte Abstriche an diesem Minimalprogramm würden jedoch die von allen angestrebte Reform der Krankenhausfinanzierung zu einer fragwürdigen Augenwischerei machen.

(-/25.8.1978/ks/ca)

+ + +

Parlamentarische Kontrolle unerwünscht?

Werden dem Bundestags-Innenausschuß wichtige Unterlagen vorenthalten?

Von Harald B. Schäfer MdB

Vorsitzender der Arbeitsgruppe Reaktorsicherheit und Strahlenschutz
der SPD-Bundestagsfraktion

Die Verträge zwischen der Deutschen Gesellschaft für die Wiederaufarbeitung von Kernbrennstoffen (DWK) und der französischen Firma Cogema auf Übernahme von 1.700 t abgebrannter Brennelemente aus deutschen Kernkraftwerken ab 1981 nehmen unter dem Gesichtspunkt der Entsorgungsvorsorge für den Betrieb und die eventuelle Genehmigung neuer Kernkraftwerke bis zur Errichtung eines deutschen Wiederaufarbeitungszentrums eine Schlüsselstellung ein.

Nach Auffassung der Bundesregierung und der Betreiber ist mit diesen Verträgen eine hinreichende Entsorgungsvorsorge für den Betrieb und den Bau neuer Kernkraftwerke gegeben. In der Öffentlichkeit und im Parlament wurden Zweifel an dieser Auffassung laut.

Um den Wert dieser Verträge beurteilen zu können hat der Innenausschuß des Deutschen Bundestages am 19. April einstimmig die Einsichtnahme in die Vertragsbestimmungen durch den Innenausschuß gefordert. Bis zur Stunde ist dieses Verlangen des Innenausschusses nicht erfüllt worden. Bereits im Februar 1978 hatte auf eine entsprechende Anfrage der Bundesminister des Innern die Einsichtnahme zugesichert unter dem Vorbehalt freilich der Zustimmung der Vertragspartner und der niedersächsischen Landesregierung. In diesen Tagen sind nun Vertragsbestimmungen in der Öffentlichkeit bekannt geworden.

Trotz der Bemühungen der Abgeordneten konnte die Bundesregierung ihre Zusage nicht einlösen. Was stand einer Realisierung der Zusage des Innenministers bisher entgegen? Wann können die Mitglieder des Innenausschusses mit der Einsichtnahme in die Vertragsbestimmungen rechnen? Wurden von seiten der Vertragsparteien DWK und Cogema, der niedersächsischen Landesregierung oder der französischen Regierung Einwände gegen die Einsichtnahme der Bundestagsabgeordneten erhoben? Das sind die Fragen die jetzt beantwortet werden müssen.

Eine Kenntnisnahme der Vertragsbestimmungen durch das Parlament ist unerlässlich, wenn das Parlament dazu seine Zustimmung geben soll. Im übrigen drängt sich gerade der Eindruck auf als ob parlamentarische Kontrolle unerwünscht ist. (-/25.8.1978/ks/hgs)