

wicklung der medizinischen Ausgaben festlegen sollen. Eines der wichtigsten Ziele des Plans ist, ein effizientes medizinisches Versorgungssystem im Gebiet der Präfektur aufzubauen. Der Staat soll eine Richtlinie für den Plan festlegen und die Präfekturen bei der Durchführung des Plans unterstützen.

#### *4. Änderung des finanziellen Ausgleichssystems*

Trotz der bereits durchgeführten, vorstehend erwähnten Maßnahmen, stehen die Versicherungsträger wegen den steigenden Ausgaben für alte Menschen vor finanziellen Schwierigkeiten. Der Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 sieht deshalb den Aufbau eines neuen Finanzierungssystems für Leistungen zugunsten alter Menschen vor.

##### *a) Notwendigkeit des Ausgleichs*

Es gibt zwischen den Versicherungsträgern große Unterschiede, was den Anteil der alten Versicherten betrifft (Tabelle 1.2). Der Anteil der alten Versicherten in der VKV ist viel höher als in der AKV. Der Hauptgrund dafür liegt darin, dass alte Versicherte aus der AKV in die VKV abwandern, wenn sie in den Ruhestand gehen. In der VKV sind z.B. Selbständige, Landwirte und Nichterwerbstätige versichert. Rentner sind in der Regel als Nichterwerbstätige in der VKV versicherungspflichtig; sie sind in der AKV familienversichert, wenn ihr Einkommen eine bestimmte Obergrenze<sup>95</sup> nicht übersteigt und sie von einem in der AKV versicherten Kind unterhalten werden. In diesem System sind auch Personen, die jahrzehntelang als Arbeitnehmer Versicherte der AKV waren, in der VKV pflichtversichert, wenn sie in den Ruhestand gehen. Zudem wurde der Abstand dadurch vergrößert, dass die Zahl der jüngeren Versicherten in der VKV abnahm, was wiederum durch den Wandel der Wirtschaftsstruktur verursacht wurde.

Man kann darüber hinaus einen großen Unterschied in der jeweiligen Einkommenshöhe der Mitglieder der verschiedenen Versicherungsträger registrieren. Die Mitglieder der AKK sind meistens Arbeitnehmer großer Betriebe, die Arbeitnehmer der AKV der Regierung sind zumeist in kleinen oder mittleren Betrieben beschäftigt. Zu den Versicherten der VKV gehören viele Nichterwerbstätige. Demzufolge nimmt die durchschnittliche Einkommenshöhe der Mitglieder in dieser Reihenfolge ab (Tabelle 1.2).

---

<sup>95</sup> Siehe Fn. 30.

Deshalb haben die Versicherungsträger der VKV schlechtere Bedingungen als die anderen Versicherungsträger. Dieser Unterschied in der Risikostruktur hat einen großen Einfluss sowohl auf die Ausgaben als auch auf die Einnahmen der einzelnen Versicherungsträger. Dieser Unterschied in der Risikostruktur würde ohne Ausgleich zwischen den Versicherungsträgern zu einer unterschiedlichen Beitragsbelastung führen. Gleichwohl haben Versicherte nicht das Recht, ihre Versicherungsträger auszuwählen.<sup>96</sup> Diese Situation widerspricht der Belastungsgerechtigkeit. Um dieses Problem zu lösen, braucht man ein System, das die Auswirkungen der unterschiedlichen Risikostruktur ausgleichen kann.

*b) Ausgleichssystem*

Seit 1983 wird ein Ausgleich durchgeführt, der die finanziellen Auswirkungen des unterschiedlichen Anteils der alten Versicherten ab 70 Jahren zwischen den Versicherungsträgern eibebnet. Obwohl diese Personen Versicherte der GKV sind, erhalten sie medizinische Leistungen nicht nach dem Arbeitnehmer- oder Volkskrankenversicherungsgesetz, sondern nach dem Gesetz über die Gesundheit der älteren Menschen (GGÄ). Inhalt und Umfang dieser Leistungen entsprechen den Leistungen der Krankenversicherung. Träger der Leistungen nach dem GGÄ sind Städte und Gemeinden.<sup>97</sup> Sie gewähren den alten Versicherten diese medizinischen Leistungen anstatt der Krankenversicherungsträger. Deshalb tragen auch die Krankenversicherungsträger die Kosten dafür: 30 % davon wurden durch öffentliche Zuschüsse<sup>98</sup>, 70 % durch Umlagen der Krankenversicherungsträger finanziert.

Die Höhe der Umlage eines Trägers wird nach folgender Formel ermittelt:

$$HU = LA \times (DAV/AV) \times (1 - AZ)$$

**HU** = Höhe der Umlage des Krankenversicherungsträgers

**LA** = Leistungsabgaben für alte Versicherte des Trägers

**DAV** = durchschnittlicher Anteil der alten Versicherten alten Trägers

**AV** = Anteil der alten versicherten des Trägers

**AZ** = Anteil der öffentlichen Zuschüsse

---

<sup>96</sup> Es steht zur Zeit in Japan nicht zur Diskussion, den Wettbewerb zwischen den Versicherungsträgern in der GKV einzuführen, weil er die Unterschiedlichkeit der Versicherungsträger voraussetzt. Man befürchtet auch, dass eine Risikoselektion durch den Risikostrukturausgleich nicht vermieden werden kann.

<sup>97</sup> Sie gewähren Personen ab 40 Jahren Leistungen zur Gesundheitsförderung und zur Früherkennung von Krankheiten aus Steuermitteln, um den Krankheitsfall im Alter möglichst zu verhüten.

<sup>98</sup> Der Anteil der Zuschüsse, die vom Staat, den Präfekturen sowie den Städten und Gemeinden geleistet werden, beträgt jeweils zwei Drittel, ein Sechstel und ein Sechstel.

Durch diesen Ausgleich müssen Versicherungsträger wie die AKK, bei denen der Anteil der alten Versicherten unterdurchschnittlich ist, mehr als die tatsächlich notwendigen Kosten für ihre alten Versicherten tragen. Bemerkenswert ist, dass Städte und Gemeinden als Leistungsträger nach dem GGÄ weder einen Überschuss noch ein Defizit haben, weil alle Kosten für die medizinischen Leistungen über öffentliche Zuschüsse und Umlagen der Krankenversicherungsträger finanziert werden.

Dieser Ausgleich ist eine Art Risikostrukturausgleich, weil er nicht den Unterschied der entstehenden finanziellen Belastung, sondern den der Risikostruktur ausgleicht. In diesem System werden die finanziellen Auswirkungen je nach Anteil alter Versicherter zwischen den Trägern ausgeglichen, weil der Anteil alter Versicherter von wesentlicher Bedeutung für die Ausgaben der Versicherungsträger ist. Anders als im deutschen Risikostrukturausgleich werden die anderen Faktoren, welche auch die Ausgaben der Versicherungsträger beeinflussen, wie z.B. die Zahl der Familienversicherten und das Geschlecht der Versicherten, dabei nicht berücksichtigt.

In diesem System werden die Auswirkungen auf die Einnahmen der Versicherungsträger, die sich aus unterschiedlichen Einkommenshöhen ihrer Mitglieder ergeben, nicht ausgeglichen. Die Beitragsbemessungsgrundlagen von AKV und VKV sind sehr unterschiedlich. Während in der AKV das Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Beitragsbemessung zugrunde gelegt wird, wird bei der Beitragsbemessung der VKV nicht nur das Einkommen, sondern auch das Vermögen und die Zahl der Familienangehörigen berücksichtigt. Deshalb werden die finanziellen Folgen der unterschiedlichen Einkommenshöhen der Mitglieder in Japan durch öffentliche Zuschüsse ausgeglichen, während sie in Deutschland durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden.

Dieser Ausgleich hat insofern eine Gemeinsamkeit mit dem deutschen Risikostrukturausgleich, als die unterschiedliche Risikostruktur zwischen den Versicherungsträgern ausgeglichen wird. Aber er steht nicht im Zusammenhang mit dem Wettbewerb zwischen den Versicherungsträgern und zielt ausschließlich auf die Einebnung der Beitragsbelastung ab, während in Deutschland ein Risikostrukturausgleich mit dem Ziel durchgeführt wird, die Risikoselektion zu verhindern und für alle Krankenkassen die gleichen Chancen im Wettbewerb zu schaffen.

*c) Problem*

Mit dem starken Anstieg der Ausgaben für alte Versicherte nahmen die Umlagen, die die Versicherungsträger tragen müssen, in den letzten Jahr deutlich zu." Dieser Anstieg der Umlagen war eine Ursache der finanziellen Schwierigkeiten der Versicherungsträger. Um die Umlage zu reduzieren, ist die Selbstbeteiligung der alten Versicherten in den Jahren 2001 und 2002 erhöht worden. Zudem werden ab 2002 die Altersgrenze der Leistungsberechtigten nach dem GGÄ von 70 auf 75 Jahre und der Anteil der öffentlichen Zuschüsse von 30 % auf 50 % stufenweise angehoben. Durch diese Reform wird der Anteil der Umlage an den Gesamtausgaben der Versicherungsträger voraussichtlich im Jahr 2008 auf 25 % sinken, während er ohne diese Maßnahmen auf 40 % steigen würde.<sup>100</sup>

Trotzdem klagen die AKK insbesondere darüber, dass sie durch den Ausgleich für bei anderen Versicherungsträgern versicherte Personen viele Beiträge von ihren eigenen Versicherten erheben müssen. Ihre Behauptung geht von der Auffassung aus, dass die Krankenversicherung eigentlich auf der Solidarität innerhalb der bei einem Versicherungsträger versicherten Personen basiert. Das geltende Ausgleichssystem basiert jedoch auf der Solidarität zwischen Versicherten der Krankenversicherung, die über die einzelnen Versicherungsträger hinausgeht.

Neben diesem prinzipiellen Problem wirft der geltende Ausgleich zwei technische Probleme auf. Zum einen haben die Städte und die Gemeinden als Leistungsträger nach dem GGÄ keine Verantwortung für die Finanzierung ihrer Leistungen. Es fehlt ihnen deshalb an Anreizen, durch geeignete Kontrollen der Leistungsgewährung Kosten zu sparen. Andererseits können die Krankenversicherungsträger der AKV diese Leistungsgewährung nicht direkt beeinflussen, obwohl sie viele Kosten für diese Leistung tragen.

Zum anderen ist der Zusammenhang zwischen Leistungsausgaben und Beitragsbelastung für Versicherte im geltenden Finanzierungssystem nicht eindeutig. Alte Menschen entrichten Beiträge an ihre Krankenversicherungsträger oder als Familienversicherte keine Beiträge. Sie erhalten jedenfalls Leistungen nicht von ihren Versicherungsträgern, sondern von der Stadt oder der Gemeinde. Die Aufwendungen für diese Leistungen werden aus Steuermitteln und über Umlagen der Krankenversiche-

---

99 Die Höhe der Umlagen der AKK stiegen von 1,2 Billionen Yen (ca. 8,6 Mrd. Euro) im Jahr 1993 auf 1,9 Billionen Yen (ca. 13,6 Mrd. Euro) im Jahr 1999. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil dieser Umlagen an den Gesamtausgaben der AKK von 24 % auf 31 %.

100 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Zur Gesundheitsreform (in japanischer Sprache), Tokio 2001, S. 9.

nungsträger finanziert. Die Kosten für die Umlage werden auch durch Beiträge finanziert, die jüngere Versicherten entrichten.

*d) Reformvorhaben*

Um dieses Problem zu lösen, sieht der Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 vor, dass ein neues eigenständiges Versicherungssystem für alte Menschen geschaffen wird, innerhalb dessen die Träger der neuen Versicherung sowohl für die Leistungsgewährung als auch für deren Finanzierung verantwortlich sind. Träger der neuen Versicherung sind Städte und Gemeinden. Alle alten Menschen ab 75 Jahren sollen in dieser neuen Versicherung versichert sein und ihre Beiträge unmittelbar an ihre Versicherungsträger entrichten.

Die Aufwendungen dafür werden aus den Beiträgen, die alte Menschen entrichten, aus der Unterstützung der AKV und VKV sowie über öffentliche Zuschüsse finanziert. Die Hälfte der Leistungskosten für alte Menschen wird durch öffentliche Zuschüsse finanziert. In diesem System sollen auch die bestehenden Krankenversicherungsträger die Träger der neuen Versicherung finanziell unterstützen, um einen erheblichen Teil (ca. 40 %) der Leistungskosten für alte Menschen, die nicht mehr ihre Versicherten sind, zu finanzieren. Die einzelnen bestehenden Versicherungsträger tragen diese Kosten nach der Zahl ihrer Versicherten unter 75 Jahren. In dem neuen System gibt es keine Beziehung zwischen den jetzigen Krankenversicherungsträgern und den alten Versicherten mehr. Die Unterstützung durch die bestehenden Versicherungsträger kann deshalb lediglich mit der Solidarität zwischen den Generationen begründet werden. Die Verwirklichung dieses Systems hängt davon ab, ob die Vorstellung einer solchen breiten Solidarität in der japanischen GKV hingenommen werden kann.

Darüber hinaus sieht der Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 die Einführung eines neuen Finanzausgleichssystems für Leistungskosten für Versicherte zwischen 65 und 75 Jahren<sup>101</sup> vor. Diese Leistungskosten werden an die einzelnen Versicherungsträger nach der Zahl ihrer Versicherten unter 75 Jahren verteilt.

---

**101 Anders als Versicherte ab 75 Jahren sind sie bei den bestehenden Krankenversicherungsträgern nach wie vor versichert.**

## 5. Organisationsreform der Versicherungsträger

In Japan gab es Ende März 2004 insgesamt ca. 5.000 Krankenversicherungsträger. Die Zahl der Versicherten eines Versicherungsträgers ist sehr unterschiedlich. Der größte davon ist die Regierung als Versicherungsträger der AKV. Sie hatte damals 35,5 Mio. Versicherte und unterhält 380 Ämter in ganz Japan. Für alle ihre Versicherten gilt ein einheitlicher Beitragssatz, obwohl die medizinischen Ausgaben je Versichertem nach der Region sehr unterschiedlich sind. Andererseits gibt es viele kleine Versicherungsträger (Tabelle 1.3). Die meisten davon stehen manchmal vor finanziellen Schwierigkeiten und können die von ihnen erwartete Funktion als Versicherungsträger nicht befriedigend erfüllen. Es ist vor allem schwer für kleine Gemeinden, eine fachliche Organisation für die VKV einzurichten und fachliches Personal anzustellen.

Nach dem Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 wird die Rolle der Regierung als Versicherungsträger der AKV von einer selbstverwalteten rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts übernommen, die dafür neu gegründet wird. Ihr Beitragssatz ist nicht mehr einheitlich. Für Versicherte im Gebiet einer Präfektur setzt sie einen Beitragssatz fest, der ihren Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen von dort entspricht. Die Fusion der kleinen AKK wird durch Deregulierung gefördert. Zudem wird ein System, in dem die höheren medizinischen Ausgaben<sup>102</sup> eines Versicherungsträgers von allen Versicherungsträgern innerhalb des Gebiets der Präfektur gemeinsam finanziert werden, in der VKV der Städte und Gemeinden aufgebaut.

Diese Umstrukturierung zielt nicht nur darauf ab, die finanzielle Stabilität der Versicherungsträger sicherzustellen, sondern auch darauf, dass die Versicherungsträger ihre Funktion effizient erfüllen. Zu dieser Funktion zählt z.B. die Ergreifung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten sowie die Beratung der Versicherten. Darüber hinaus wird eine Grundlage dafür durch die Umstrukturierung geschaffen, dass die Krankenversicherungsträger auf Präfektorebene mit den Leistungserbringern im Interesse des Aufbaus einer effizienten und effektiven Versorgungsstruktur in der Region zusammenarbeiten können.

Bemerkenswert ist, dass diese Organisationsreform in Japan nach einem Gesamtplan mit einem gesundheitspolitischen Ziel vom Staat gefördert wird, während in Deutschland die freiwillige Fusion von Krankenkassen unter dem Druck des Wettbewerbs durchgeführt wird.

---

102 Monatlich über 300.000 Yen (ca. 2.140 Euro) je Fall.