

II. Reformmaßnahmen

Um die oben erwähnten Probleme zu lösen, ist eine Reihe von Reformmaßnahmen vor allem seit 1997 ergriffen worden. Dazu zählen z.B. die Erhöhung der Selbstbeteiligung, die Änderung der Vergütungsmaßstäbe, die Förderung der sachgerechten Rollenverteilung zwischen den Leistungserbringern und die Änderung des finanziellen Ausgleichssystems.

1. Erhöhung der Selbstbeteiligung

Die meisten Reformgesetze, die in der Zeit von 1997 bis 2002 verabschiedet worden sind,⁶⁴ sehen die Erhöhung der Selbstbeteiligung vor, um den Ausgabenanstieg zu dämpfen. Früher war es in Japan ein politisches Ziel, die Selbstbeteiligung zu reduzieren, um die Versicherten finanziell zu entlasten. Seit Anfang der 80er Jahre wird die Selbstbeteiligung hingegen stufenweise erhöht, um die finanziellen Schwierigkeiten der GKV zu überwinden. Diese Entwicklung beeinflusste die Reformgesetze in den letzten Jahren.

a) Bisherige Entwicklung

aa) Senkung der Selbstbeteiligung (bis 1981)

Mitte der 60er Jahren mussten alte Menschen als Versicherte der VKV oder als Familienversicherte der AKV eine Selbstbeteiligung tragen, die 30 bis 50 % der medizinischen Kosten entsprach. Das Renteneinkommen hielt damals jedoch ein niedriges Niveau. Vor diesem Hintergrund stieg die Zahl der Präfekturen sowie der Städte und Gemeinden, die die Selbstbeteiligung der alten Menschen aus Steuermitteln erstatteten, um sie finanziell zu entlasten.⁶⁵ Darüber hinaus wurde das Gesetz über die Wohlfahrt der älteren Menschen im Jahr 1972 geändert.⁶⁶ Damit wurde ein System eingeführt, in dem die Selbstbeteiligung in der GKV, die alle alten Menschen in Japan tragen mussten, aus Steuermitteln übernommen wurde. So kam es dazu, dass alte Menschen ohne Selbstbeteiligung die medizinischen Leistungen der GKV erhalten konnten.

64 Gesetz Nr. 94 im Jahr 1997, Gesetz Nr. 140 im Jahr 2000 und Gesetz Nr. 102 im Jahr 2002.

65 Vgl. Yoshihara K./Wada M. (Fn. 41), S. 228 ff.

66 Gesetz Nr. 96 im Jahr 1972.

Diese Befreiung von der Selbstbeteiligung förderte den Arztbesuch von alten Menschen sehr stark. Der Leistungsanspruch wurde allerdings manchmal auch missbraucht: Wartezimmer bei Ärzten und Krankenhäusern sahen gelegentlich wie Stuben für alte Menschen aus. Diese Befreiung von der Selbstbeteiligung führte zu einer drastischen Steigerung der Leistungsausgaben für alte Menschen.⁶⁷ Dies brachte für die Versicherungsträger, die wegen der wirtschaftlichen Stagnation nach der Ölkrise vor einem finanziellen Problem standen, vor allem die Versicherungsträger der VKV, die viele alte Menschen versicherten, große Schwierigkeiten mit sich. Durch diese Erfahrung zeigte sich deutlich, dass eine angemessene Selbstbeteiligung notwendig ist, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und den Missbrauch des Leistungsanspruchs zu verhindern.

bb) Erhöhung der Selbstbeteiligung (ab 1982)

(1) Wiedereinführung der Selbstbeteiligung für alte Versicherte

Aus diesem Grund wurde das Gesetz über die Gesundheit der älteren Menschen (GGÄ) im Jahr 1982 verabschiedet, mit dem eine Selbstbeteiligung für alte Versicherte ab 70 Jahren wieder eingeführt wurde. Demnach mussten sie bei der vollstationären Krankenhausbehandlung 300 Yen pro Tag (längstens 2 Monate) und bei den anderen medizinischen Leistungen 400 Yen pro Monat bezahlen. Sie trugen jedoch damit eine viel geringere Selbstbeteiligung als jüngere Versicherte. Der durchschnittliche Anteil der medizinischen Kosten, die von den Krankenversicherungsträgern getragen werden, bei alten Versicherten lag im Finanzjahr 1983 über 98 %.⁶⁸

(2) Erhöhung der Selbstbeteiligung für die Mitglieder der AKV

Seit Mitte der 70er Jahre hielt sich das Wirtschaftswachstum auf einem niedrigen Niveau und das Defizit der Staatskasse erhöhte sich. Die schnell steigenden Gesundheitsausgaben konnten deshalb nicht mehr durch die Erhöhung des Beitragssatzes oder des staatlichen Zuschusses aufgefangen werden. Vor diesem Hintergrund wurde das nächste Ziel der Gesundheitspolitik, den Ausgabenzuwachs der GKV unter dem Wirtschaftswachstum zu halten. Eine der wichtigsten Maßnahmen dazu war, durch die Erhöhung der Selbstbeteiligung das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken, um eine angemessene Leistungsinanspruchnahme zu fördern.

67 Die medizinischen Ausgaben für alte Menschen betrugen im Jahr 1974 um 55 % mehr als die im vorigen Jahr.

68 Weil die Pauschalbeträge der Selbstbeteiligung seitdem stufenweise erhöht worden sind, sank diese Quote im Finanzjahr 1999 auf ca. 93 %.

Die Erhöhung der Selbstbeteiligung für die Mitglieder der AKV war auch dafür notwendig, den Unterschied in der Höhe der Selbstbeteiligung zwischen den Versicherten stufenweise zu reduzieren und dadurch eine gerechte Kostentragung zu verwirklichen. Damals hatten Mitglieder der AKV lediglich einen kleinen Pauschalbetrag zu leisten, während Familienversicherte der AKV und Versicherte der VKV 20 bis 30 %⁶⁹ der medizinischen Kosten selbst tragen mussten. Der Grund für diese unterschiedliche Behandlung ließ sich nur aus der bisherigen Entwicklung erklären.

Mit der Gesundheitsreform 1984 ist die Selbstbeteiligung in Form eines Pauschalbetrags für die Mitglieder der AKV durch eine Selbstbeteiligung in Höhe von 10 % der medizinischen Kosten ersetzt worden. Zudem galt für sie die gleiche Obergrenze der Selbstbeteiligung (monatlich 51.000 Yen) wie für die anderen Versicherten, um eine unzumutbare Belastung zu vermeiden.⁷⁰

Im Lauf dieser Reformgesetzgebung veröffentlichte die Regierung einen Plan für die künftige Gesundheitsreform⁷¹. Danach soll das Verhältnis der Selbstbeteiligung zu den medizinischen Kosten künftig auf 20 % vereinheitlicht werden. Die Erhöhung der Selbstbeteiligung für Mitglieder der AKV war der erste Schritt zu dieser Vereinheitlichung.

cc) Erhöhung der Selbstbeteiligung in den letzten Jahren (ab 1997)

Nach dem Ende der sogenannten „Bubble Economy“ Anfang der 90er Jahre blieb die Zuwachsrate des Einkommens der Bevölkerung wegen der Stagnation des Wirtschaftswachstums und der Zunahme der Arbeitslosigkeit auf niedrigem Niveau. Diese Entwicklung stellte durch den niedrigen Zuwachs der Beitragseinnahme die GKV vor ein großes Finanzierungsproblem.

Mit der Reform 1997 wurde der Prozentsatz der von Mitgliedern der AKV getragenen Selbstbeteiligung von 10 % auf 20 % angehoben mit dem Ziel, dieses Problem zu lösen und die finanzielle Stabilität zu sichern. Zudem wurde statt der Selbstbeteiligung in Form eines Pauschalbetrags eine prozentuale Selbstbeteiligung für alte Versicherte im Jahr 2001 eingeführt, die 10 % der Kosten entspricht. Dabei galt eine

69 Die 20 %ige Selbstbeteiligung galt nur für den Fall der vollstationären Krankenhausbehandlung, die Familienversicherte der AKV erhalten. Für die anderen Fällen galt die 30 %ige Selbstbeteiligung.

70 Gleichzeitig gab es eine niedrigere Obergrenze (monatlich 30.000 Yen = ca. 210 Euro) für Versicherte, deren Einkommen sehr niedrig war. Darüber hinaus bestand die niedrigste Obergrenze von 10.000 Yen (ca. 70 Euro) pro Monat für Versicherte, die an einer bestimmten chronischen Krankheit leiden. Zu ihnen gehören Bluter und Patienten, die als chronisch Nierenkranke auf Dialysen angewiesen sind.

71 Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Richtung der künftigen Gesundheitspolitik, 1984.

niedrige Obergrenze. Diese Änderung spiegelte die Zunahme der finanziellen Fähigkeit von alten Menschen durch die Steigerung der Renteneinkommen wider. Sie war auch erforderlich, um Belastungsgerechtigkeit zwischen den Generationen zu schaffen und das Kostenbewusstsein der alten Menschen zu stärken.

Obwohl diese Maßnahmen getroffen worden sind, konnte die Verschlechterung der Finanzlage der GKV nicht vermieden werden, und viele Versicherungsträger gerieten in den finanziellen Notstand. Der Prozentsatz der Selbstbeteiligung für Mitglieder der AKV wurde deshalb mit der Gesundheitsreform 2002 auf 30 % erhöht.⁷² Zudem wurde der Prozentsatz der Selbstbeteiligung, die Familien versicherte der AKV ab dem Alter von 3 Jahren im Fall der vollstationären Krankenhausbehandlung tragen, von 20 % auf 30 % erhöht. Daraus ergab sich die Vereinheitlichung der Selbstbeteiligung für jüngere Versicherte auf 30 %. Darüber hinaus ist die Obergrenze der Selbstbeteiligung für alte Versicherte erhöht und die 20 %ige Selbstbeteiligung für alte Versicherte, deren Einkommen einen bestimmten Betrag überschreitet, eingeführt worden.⁷³

b) Auswirkung und Aufgaben

Ebenso wie in Deutschland wurde die Erhöhung der Selbstbeteiligung in Japan nicht ohne Schwierigkeiten durchgeführt. Aber die folgenden Umstände minderten diese Schwierigkeiten: Bis 2002 war die Höhe der Selbstbeteiligung zwischen den Versicherten unterschiedlich. Die Versicherten der VKV und die Familienversicherten der AKV trugen eine höhere Selbstbeteiligung. Die höhere Selbstbeteiligung verhinderte trotzdem nicht, dass sie rechtzeitig den Arzt aufsuchten. Zudem machte man die Erfahrung, dass die Abschaffung der Selbstbeteiligung für alte Versicherte zum Missbrauch des Leistungsanspruchs führte. Das machte deutlich, dass eine angemessene Selbstbeteiligung notwendig ist, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und den Missbrauch des Leistungsanspruchs zu verhindern.

Die Erhöhung der Selbstbeteiligung hatte drei Ziele. Das erste war, durch die Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten den Missbrauch des Leistungsanspruchs zu vermeiden. Tatsächlich besuchten kurz nach der Erhöhung der Selbstbeteiligung weniger Versicherte den Arzt und die durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten sanken. Diese Auswirkung wurde aber nicht zur Regel. Bei der

72 Der Prozentsatz der Selbstbeteiligung, der für Kinder bis 3 Jahre gilt, blieb bei 20 %.

73 Der Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 sieht vor, dass der Prozentsatz der Selbstbeteiligung für Versicherte ab 70, deren Einkommen einen bestimmten Betrag überschreitet, und Versicherte zwischen 70 und 75 Jahren auf 30 % bzw. 20 % erhöht würde.

Erhöhung der Selbstbeteiligung im Jahr 1997 wurden die durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten um ca. 6 % niedriger als im gleichen Zeitraum des vorigen Jahres. Sie stieg jedoch nach einem Jahr wieder an.⁷⁴ Dies zeigte deutlich, dass die Erhöhung der Selbstbeteiligung nur eine kurzfristige Auswirkung auf das Verhalten von Patienten und Ärzten hat.

Das zweite Ziel war, die Versicherungsträger finanziell zu entlasten. Die Erhöhung der Selbstbeteiligung sorgte sofort nach dem Inkrafttreten durch die Änderung der Lastenverteilung zwischen den Versicherten und den Versicherungsträgern für eine große finanzielle Entlastung der Versicherungsträger. Durch die Erhöhung des Prozentsatzes der Selbstbeteiligung von 20 % auf 30 % werden die Ausgaben der Versicherungsträger der AKV voraussichtlich von 2003 bis 2007 durchschnittlich um 680 Mrd. Yen (ca. 4,8 Mrd. Euro) pro Jahr gesenkt.⁷⁵ Dieser Betrag entspricht 9 % der Gesamtleistungsausgaben der AKV im Jahr 2001.

Das dritte Ziel war, den unterschiedlichen Anteil der Selbstbeteiligung zwischen den Versicherten auszugleichen. Mit der Reform 2002 ist der Anteil der Selbstbeteiligung, die Versicherte unter 70 Jahren tragen müssen, schon auf 30 % vereinheitlicht worden. In dieser Hinsicht bleibt nur noch ein kleiner Spielraum, die Selbstbeteiligung weiter zu erhöhen.

In diesem Verlauf ist nicht nur der Prozentsatz der Selbstbeteiligung erhöht worden, sondern auch die Selbstbeteiligung nach einem bestimmten Pauschalbetrag durch diejenige ersetzt worden, die einem Prozentsatz der Kosten entspricht. Die Selbstbeteiligung nach einem Prozentsatz der Kosten kann dazu besser beitragen, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Andererseits kann sie zu einer unzumutbaren Belastung der Versicherten führen, wenn die Kosten sehr groß werden. Um eine solche Belastung zu vermeiden, ist in der GKV eine bestimmte Obergrenze der Selbstbeteiligung vorgesehen, wobei zu erwähnen ist, dass für die Versicherten mit geringerem Einkommen eine niedrigere Obergrenze gilt. Auch diese Begrenzung der Selbstbeteiligung trug mit den oben erwähnten Faktoren dazu bei, den Widerstand gegen die Erhöhung der Selbstbeteiligung zu mildern.

In den meisten Reformgesetzen, die in der Zeit von 1997 bis 2002 verabschiedet worden sind, war die Erhöhung der Selbstbeteiligung, die sofort nach dem Inkrafttreten die Versicherungsträger finanziell entlasten kann, die wichtigste Maßnahme. Eine grundlegende Reform, die langfristig die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu steigern vermag, ist hingegen verschoben worden. Das Parlament forderte

74 Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Entwicklung der medizinischen Ausgaben 1998.

75 Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

deshalb immer bei der Verabschiedung dieser Reformgesetze die Regierung dazu auf, notwendige Maßnahmen für eine grundlegende Reform zu treffen. Die Erfahrungen in Japan zeigen, dass es sehr wichtig ist, eine grundlegende Reform in langfristiger Hinsicht zu prüfen und durchzuführen, auch wenn die Erhöhung der Selbstbeteiligung mit einer sofortigen finanziellen Auswirkung durchgeführt wird.

Nicht nur durch die Erhöhung der Selbstbeteiligung, sondern auch durch die Schmälerung des Leistungskatalogs der GKV können ihre Ausgaben reduziert werden. Es gibt in Deutschland eine lebhafte Diskussion darüber. Es wäre in der nahen Zukunft in Japan aus folgenden zwei Gründen nicht akzeptabel, eine bestimmte medizinische Leistung vom geltenden umfassenden Leistungskatalog inklusive Zahnersatz herauszunehmen.

Ein Grund dafür ist, dass in Japan großer Wert auf die Gleichbehandlung der Versicherten gelegt wird. Nach dieser Auffassung muss jeder Bürger unabhängig von seiner Einkommenshöhe gleichermaßen medizinische Leistungen bekommen können. Würden diese Änderungen aber vorgenommen, so könnten Personen mit niedrigem Einkommen nicht alle notwendigen Leistungen erhalten.

Ein anderer Grund ist, dass Inhalt und Preis der medizinischen Leistung einer öffentlichen Kontrolle untergezogen werden müssen. Wenn eine medizinische Leistung aus dem Leistungskatalog herausgenommen würde, müssten Patienten die Notwendigkeit der Leistung und ihren angemessenen Preis selbst beurteilen. Aber diese Beurteilung ist schwer für Patienten, weil sie in der Regel keine ausreichenden Fachkenntnisse haben.

2. Änderung der Vergütungsmaßstäbe

a) Abschaffung des Fehlanreizes

Die Höhe der Vergütung der Leistungserbringer wird anhand von Maßstäben berechnet, die vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt bestimmt und geändert werden. Er ist gesetzlich verpflichtet, die Meinung des zentralen Ausschusses für die medizinische Versorgung in der Sozialversicherung vorher einzuholen. An diesem Ausschuss beteiligen sich neben Sachverständigen die Vertreter der Leistungserbringer und der Versicherungsträger. Wenn beide Seiten konträre Meinungen haben, bemüht sich das Gesundheitsministerium um eine Kompromisslösung. Obwohl keine direkten Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherungsträgern geführt werden, ermöglicht dieses Verfahren, die unterschiedlichen Interessen beider Seiten auszugleichen.