

Studien aus dem Max-Planck-Institut
für ausländisches und internationales Sozialrecht

Band 39

Katsuaki Matsumoto

Reformen der sozialen Sicherungssysteme in Japan und Deutschland angesichts der alternden Gesellschaft

Vergleichende Studie zur gesetzlichen und privaten
Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung



Nomos

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8329-2744-8

1. Auflage 2007

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2007. Printed in Germany. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Die vorliegende Abhandlung ist das Ergebnis eines von der Volkswagen Stiftung, dem japanischen Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales und dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht geförderten Studienaufenthalts von Herrn Dr. Katsuaki Matsumoto in Deutschland.

I. *Entstehung* und *Anlage* der Studie sind höchst außergewöhnlich.

1. Herr Matsumoto hat seine Tätigkeit als Abteilungsleiter im Nationalen Institut für Bevölkerungsentwicklung und Soziale Sicherheit, Tokyo, für anderthalb Jahre unterbrochen, um am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht in München die Entwicklung des deutschen Sozialversicherungsrechts vor Ort und mit unmittelbarem Zugriff auf die weltweit größte Spezialbibliothek zum Sozialrecht studieren zu können. Das ist aus zwei Gründen bemerkenswert. Zum einen zeigt der Studienaufenthalt ein besonderes persönliches Interesse. Denn Herr Matsumoto hat seine Berufstätigkeit für eine lange Zeit unterbrochen und sich auf für ihn zwar nicht unbekannt, aber doch zunächst fremde Lebensumstände eingelassen - und zwar nicht zu Ausbildungszwecken, sondern um nach mehrjähriger erfolgreicher Beamtenkarriere ein ausländisches Rechtssystem näher kennenzulernen. Zum anderen ist der Studienaufenthalt und dessen Förderung auch von japanischer Seite Ausdruck des allgemeinen Interesses, daß in Japan nach wie vor an der Erkundung ausländischen Rechts und dem Rechtsvergleich besteht. An vielen japanischen Universitäten wird die Vermittlung entsprechender Kenntnisse gepflegt. Das geht auf die Rezeption europäischen und amerikanischen Rechts im 19. und 20. Jahrhundert zurück, entfaltet aber zugleich für die Weiterentwicklung des eigenen Rechts große Bedeutung. Der dafür erforderliche Aufwand ist, nicht zuletzt in sprachlicher Hinsicht, beachtlich. Ihm steht leider nach wie vor kein vergleichbares Interesse in den Ländern, die ihre Rechte „exportiert“ haben, gegenüber.

2. Die vorliegende Studie vermittelt Kenntnisse des japanischen Sozialversicherungsrechts und insbesondere dessen aktueller Reformen. Ihr besonderer Reiz liegt darin, daß dies nicht isoliert, sondern vor dem Hintergrund der deutschen Rechtsentwicklung geschieht. Und daß dabei das deutsche Recht aus dem Blickwinkel eines ausländischen Rechtswissenschaftlers beobachtet wird. Hier wird dem Leser, der „sein“ Recht kennt, eine ganz neue Perspektive eröffnet: Ihm wird gezeigt, welche Aspekte vor dem Hintergrund eines fremden Rechtssystems und einer fremden Rechtskultur für wichtig gehalten und wie die unterschiedlichen Reformmaßnahmen

bewertet werden. Damit wird ihm eine Sicht erschlossen, die ihm selbst wiederum sowohl neue Einschätzungen des eigenen Rechts als auch Rückschlüsse für die rechtsvergleichende Arbeit vermittelt. Ermöglicht wird das, weil Herr Matsumoto die Mühe auf sich genommen hat, die Studie auf deutsch zu verfassen. Der dabei verwendete nüchterne Stil wurde beibehalten, auf sprachliche Glättung verzichtet.

II. Die Wohlfahrtsstaaten stehen derzeit vor großen Herausforderungen.

1. Der *deutsche Sozialstaat* befindet sich in einer Umbruchphase. In historischer Perspektive erscheint sie als dritte Stufe der Entwicklung. Erste Stufe und Ausgangspunkt bilden die bahnbrechenden Errungenschaften der *Bismarck'sehen* Sozialversicherung in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts. Die Entwicklungen ab den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts können als zweite Phase betrachtet werden. Denn bis dahin wurde zwar insbesondere der Kreis der Personen, der durch Sozialversicherungen gegen Lebensrisiken geschützt wird, ausgeweitet. Aber erst mit der großen Rentenreform im Jahre 1957 sicherte die Sozialversicherung eine Wohlstandsteilhabe, und auch die meisten Förderungsleistungen wurden ab diesem Zeitpunkt geschaffen. Dennoch blieb die deutsche Sozialversicherung beschäftigungsbezogen, die Einbeziehung weniger Selbständiger und Nichterwerbstätiger, die aus sozialpolitischen Gründen als schutzbedürftig angesehen wurden, sind Ausnahmen. Den Schritt hin zu einer Einwohnersicherung oder zumindest einer Erstreckung der Sozialversicherung auf alle Erwerbstätigen, den viele andere europäische Länder im 20. Jahrhundert zum Teil schon vor, zum Teil nach dem Zweiten Weltkrieg vollzogen, hat Deutschland nicht unternommen.

Jetzt, seit ungefähr 10 Jahren, geht es erneut um strukturelle Änderungen. Sinkendes oder ausbleibendes Wirtschaftswachstum, aber insbesondere auch die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen, die mit einer zunehmenden Globalisierung verbunden sind, lassen die Verteilungsspielräume schrumpfen und die Verknüpfung der sozialen Sicherheit mit der Beschäftigung als problematisch erscheinen. Damit geraten tradierte Formen der Solidarität auf den Prüfstand - zumal durch die Wiedervereinigung die Rücklagen, die zum Ausgleich aktueller Schwierigkeiten benutzt werden, den Reformdruck also abpolstem könnten, aufgezehrt worden sind. Einerseits wird - zunehmend auch in der Europäischen Union - erkannt, daß soziale Sicherungssysteme eine wichtige Funktion zur Integration und Stabilisierung von politischen Gemeinschaften erfüllen, andererseits aber die Notwendigkeit gesehen, die mit ihnen verbundenen staatlichen Interventionen neu zu rechtfertigen und auszurichten.

2. Kurzfristiger Reformbedarf folgt angesichts des zunehmenden internationalen Wettbewerbs aus der Arbeitsmarktsituation. Die Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt berühren unmittelbar die Finanzierungsbasis der beschäftigungsbezogenen Sozialversicherungssysteme. Insofern ist die nun auch in Deutschland mit den sog. Hartz-Gesetzen verfolgte, an ausländische Vorbilder angelehnte Aktivierungsstrategie ein wichtiger Bestandteil der aktuellen Reformpolitik. Die Streichung der Arbeitslosenhilfe bedeutet für viele Erwerbslose nicht nur eine Abkehr von einer Sicherung des erreichten Einkommensstandards (wenn auch auf abgesenktem Niveau). Sie unterstreicht vielmehr zugleich die an sich immer existierende Erwartung, daß Sozialleistungen nur in Anspruch genommen werden sollen, wenn der Unterhaltsbedarf durch die eigene Arbeitskraft nicht gedeckt werden kann.

Langfristig ergibt sich weiterer Reformbedarf aus der demographischen Entwicklung. Gemeint sind die beiden Prozesse der steigenden Lebenserwartung und der sinkenden Geburtenraten, die zu einer Alterung und Schrumpfung der Gesellschaft in Deutschland führen. Diese Prozesse berühren sowohl die Finanzierung von als auch die Leistungsgewährung durch Sozialversicherungen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, während die aktuellen Debatten um die Reform der Unfallversicherung vor allem eine breitere Verteilung der Lasten betreffen: zwischen den Versichertengruppen angesichts struktureller Veränderungen in der Arbeitswelt einerseits und zwischen den Arbeitgebern und den Versicherten im Hinblick auf eine Konzentration auf arbeitsbedingte Gefährdungen andererseits. Der durch die demographischen Prozesse ausgelöste Reformbedarf bildet den Hintergrund der Studie.

III. Weil die demographischen Prozesse in den entwickelten Ländern vergleichbar sind, zwar Unterschiede in der jeweiligen Ausprägung, aber dieselben Tendenzen aufweisen, ist ein Vergleich der in verschiedenen Ländern eingeschlagenen Reformmaßnahmen auf dem Gebiet der sozialen Sicherung von großem Interesse.

1. In Deutschland wurden in den letzten Jahren einige zum Teil tiefgreifende Reformen auf den Weg gebracht, andere Reformen stehen noch aus. In der Alterssicherung ist der Reformprozeß am weitesten vorangetrieben worden. Hervorzuheben sind neben der Reform der Invaliditätsrenten die Absenkung des Rentenniveaus, die Förderung einer zweiten Sicherungsschicht und die Anhebung des Rentenalters. In der Krankenversicherung setzt der Gesetzgeber auf eine Steigerung der Effizienz durch eine Mischung aus staatlicher Regulierung und Einführung von Wettbewerbselementen. In Ansätzen ist ein Bemühen um eine Neuordnung des Verhältnisses zwischen Sozial- und Privatversicherung zu erkennen. Weitergehende Reformen im

Hinblick auf den Versichertenkreis sowie die Finanzierung werden diskutiert, jedoch besteht nach wie vor in Grundsatzfragen keine Einigkeit. In der Pflegeversicherung schließlich stehen strukturelle Änderungen (sieht man von der zaghaften Umsetzung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den sog. demographischen Beiträgen ab) noch aus. Sie müssen sowohl Verfahren und Quellen der Finanzierung wie auch die Anpassung des Leistungskatalogs und der Leistungshöhe betreffen.

2. Trotz der vergleichbaren Problemlage scheint der Reformdruck in Japan insgesamt weniger groß zu sein als in Deutschland. Das legt jedenfalls der Umstand nahe, daß der japanische Gesetzgeber bis heute vergleichsweise zurückhaltender reagiert hat als der deutsche, dem in den letzten Jahren von vielen Seiten mangelnde Reformfähigkeit vorgeworfen worden war.

Vor diesem Hintergrund stellen sich verschiedene Fragen: Was sind die bestehenden Unterschiede, was erklärt sie, und welche Rolle werden die möglichen Erklärungen in Zukunft spielen? Die vorliegende Studie gibt darüber einigen Aufschluß. Sie läßt vor allem an der weit verbreiteten Ansicht, daß vergleichbare Probleme zu vergleichbaren Lösungen trotz aller länder- und kulturspezifischen Unterschiede führen werden, es also eine gemeinsame Modernisierungstendenz mit konvergenten Entwicklungen gibt, zweifeln.

Zunächst ist es richtig, daß sowohl für die Entstehung der japanischen Krankenkassen als auch die sehr viel später in Japan eingeführte Pflegeversicherung deutsche Vorbilder eine gewichtige Rolle spielten. Aber die Ausgestaltung der jeweiligen Versicherungszweige unterscheidet sich in den beiden Ländern doch erheblich voneinander. So erfaßt die Pflegeversicherung in Japan erst Personen ab 40 Jahren, die zudem in zwei Versicherungsgruppen eingeteilt sind. Sie gewährt auch medizinische Leistungen und stationäre Pflegeleistungen ohne Deckelung. Insgesamt ist sie großzügiger ausgestaltet, wird aber in großem Maße auch durch Haushaltsmittel finanziert. Und zudem spielt für die Praxis heute noch eine wichtige Rolle, daß bei ihrer Einführung anders als in Deutschland keine flächendeckende Infrastruktur geschaffen worden ist.

Im Vergleich zu Deutschland weist auch die japanische Krankenversicherung wichtige Unterschiede auf. Sie erfaßt alle in Japan lebenden Personen, also insbesondere auch Selbständige und die besser verdienenden Arbeitnehmer. Wettbewerb als Steuerungsinstrument ist ihr fremd, sowohl auf Versicherungs- als auch auf Leistungserbringungsseite. Gesetzt wird stattdessen auf staatliche Regulierung. Schließlich ist der Leistungskatalog zwar umfassend, sieht aber nach den jüngeren Reformen mittlerweile eine fast durchgängige Selbstbeteiligung von 30 % vor. Aus Sicht eines Landes, in dem eine Praxisgebühr von 10 Euro zu kollektivem Aufschrei und

an die Verantwortlichen gerichtete Rücktrittsforderungen führt, ist das eine beachtliche Eigenleistung, die den Versicherten abverlangt wird. Als zunehmendes Problem werden die steigenden Leistungsausgaben für die älteren Versicherten empfunden, womit zugleich aufgrund der Besonderheiten des japanischen Systems die Frage verbunden ist, wer diese Kosten künftig zahlen soll. Dabei verdient Hervorhebung, daß ein erheblicher (jetzt bei 50 % liegender) Anteil aus Haushaltsmitteln für die Versorgung der über 75jährigen aufgebracht wird.

3. Die vorstehend herausgegriffenen Punkte betreffen grundlegende Aspekte der Ausgestaltung von Sozialversicherungssystemen. Sie zeigen, und das ist der Schluß, den Herr Matsumoto aus seinen Studien gezogen hat, in welchem Maße Japan auf die „Neutralität und Fachkompetenz des Ministeriums“ setzt, und vor allem, welche Rolle die Gleichbehandlung für die Gewährung der sozialen Sicherheit spielt. Man wird gespannt sein dürfen, wie sich diese Eigenheiten in der anstehenden Reform der japanischen Pflegeversicherung auswirken werden, und ebenso, inwieweit nicht auch die japanische Rentenversicherung, die neben einer einkommensbezogenen Rente eine Festbetrags-Volksrente enthält, von dem in Europa feststellbaren Trend zu einem stärkeren Beitragsbezug in Zukunft erfaßt werden wird.

Wenn man auf dem derzeitigen Stand der Entwicklung ein Fazit ziehen will, so muß es lauten: In vielen Einzelfragen können wir voneinander lernen. Ganz offensichtlich bestehen aber in beiden Ländern unterschiedliche Leitvorstellungen, die sich im Laufe der Zeit institutionell verfestigt haben. In Zukunft mögen in Deutschland und Japan ähnliche Reformmaßnahmen ergriffen werden. Grundlegende Unterschiede werden aber zumindest auf längere Zeit bestehen bleiben. Damit zeigt sich, daß eine funktionale Betrachtung, die normative Grundlagen ausblendet, für den Sozialrechtsvergleich unzureichend bleibt. Dies zu belegen, ist ein großes Verdienst der vorliegenden Studie.

München, im Dezember 2006

Ulrich Becker

10

Danksagung

Für die Betreuung der Studie und seine freundliche Unterstützung bei meinem Aufenthalt in München danke ich Herrn Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. (EHI), herzlich. Ohne seinen Beistand hätte diese Studie nicht entstehen können. Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, der seit langem meine vergleichende Forschung zwischen Japan und Deutschland unterstützt. Er ermutigte mich, die Studie durchzuführen. Ich danke Herrn Franz Knieps für seine Hilfe bei der Organisation eines Workshops, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und das Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht gemeinsam veranstaltet haben und auf dem erste Ergebnisse der Studie diskutiert werden konnten. Danken möchte ich auch Herrn Dr. Bernd Schulte für wichtige Hinweise und Informationen, die zu einer Vertiefung der Studie beitragen konnten.

Ferner danke ich der Volkswagen Stiftung, dem Max-Planck-Institut und dem japanischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt für die Förderung meines Studienaufenthalts.

Schließlich habe ich meiner Familie für ihren Rückhalt zu danken.

Tokio, im Dezember 2006

KatsuakiMatsumoto

(M)

Inhaltsverzeichnis

<i>Einleitung</i>	19
I. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung	19
1. Entwicklung der sozialen Sicherheit	19
2. Demografischer Wandel	19
3. Veränderung der Haushaltsstruktur und Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit	20
4. Stagnation der Wirtschaft	21
5. Steigerung der Ausgaben und Belastungen	22
6. Knappheit bei den öffentlichen Kassen	23
7. Veränderung der Erwerbstätigkeit	23
8. Einkommenssituation	24
II. Vergleich	24
<i>Teil I: Die gesetzliche Krankenversicherung</i>	27
I. Hintergrund	27
1. Geltendes System	27
a) Versichertenkreis	28
b) Versicherungsträger	29
c) Leistungen	29
aa) Grundsätze	29
bb) Leistungsarten	30
cc) Umfang der Krankenbehandlung	31
dd) Leistung für alte Versicherte	32
d) Selbstbeteiligung	32
e) Beziehung der Krankenversicherungsträger zu den Leistungserbringern	33
f) Finanzierung	34
2. Herausforderungen	35
II. Reformmaßnahmen	37
1. Erhöhung der Selbstbeteiligung	37
a) Bisherige Entwicklung	37
aa) Senkung der Selbstbeteiligung (bis 1981)	37
bb) Erhöhung der Selbstbeteiligung (ab 1982)	38
(1) Wiedereinführung der Selbstbeteiligung für alte Versicherte	38
(2) Erhöhung der Selbstbeteiligung für die Mitglieder der AKV	38
cc) Erhöhung der Selbstbeteiligung in den letzten Jahren (ab 1997)	39
b) Auswirkung und Aufgaben	40

Inhaltsverzeichnis

2. Änderung der Vergütungsmaßstäbe	42
a) Abschaffung des Fehlanreizes	42
b) Begrenzung der Preiserhöhung	44
c) Herabsetzung des Erstattungspreises für Arzneimittel	45
3. Förderung der sachgerechten Rollenverteilung zwischen den Leistungserbringern	46
a) Problem des geltenden Systems	46
b) Maßnahme	48
aa) Rollenverteilung zwischen den Leistungserbringern	48
bb) Rollenverteilung innerhalb der Krankenhäuser	49
4. Änderung des finanziellen Ausgleichssystems	50
a) Notwendigkeit des Ausgleichs	50
b) Ausgleichssystem	51
c) Problem	53
d) Reformvorhaben	54
5. Organisationsreform der Versicherungsträger	55
III. Schlussbemerkung	56
<i>Teil 2: Die gesetzliche Pflegeversicherung</i>	59
I. Hintergrund	59
1. Notwendigkeit der Pflege Versicherung	59
2. Geltendes System	62
a) Abgesichertes Risiko	62
b) Versicherter Personenkreis	63
c) Versicherungsträger	63
d) Pflege- und Hilfsbedürftigkeit	63
e) Leistungen	65
aa) Pflegegeld	65
bb) Stationäre Pflege	66
cc) Care Management	66
dd) Rehabilitation	68
ee) Beziehung zur Leistung der Krankenversicherung	68
f) Selbstbeteiligung	69
g) Beziehung zur Sozialhilfe	70
h) Leistungserbringer	71
i) Pflegevergütung	71
k) Finanzierung	72
3. Situation der Pflege Versicherung	74
a) Pflegebedürftige	74
b) Inanspruchnahme der Leistungen	74
c) Leistungserbringer	75

Inhaltsverzeichnis

aa) Pflegedienste	75
bb) Stationäre Einrichtungen	75
d) Pflegevergütung	75
e) Finanzielle Situation der Pflege Versicherung	76
II. Reformmaßnahmen	76
1. Förderung der Prävention	77
2. Änderung der stationären Leistung	79
3. Verbesserung der pflegerischen Versorgung	80
4. Verbesserung des Care Managements	81
5. Veröffentlichung von Information und Regulierung der Leistungserbringer	82
6. Erweiterung des Versichertenkreises	82
III. Schlussbemerkung	84
<i>Teil 3: Die gesetzliche Rentenversicherung</i>	87
I. Hintergrund	87
1. Geltendes System	87
a) Versichertenkreis	88
b) Versicherungsträger	89
c) Anspruchsvoraussetzungen	89
aa) Altersrente	89
bb) Invaliditätsrente	90
cc) Hinterbliebenenrente	90
d) Rentenhöhe	91
aa) Altersrente	91
(1) VRV	91
(2) ARV	92
bb) Invaliditätsrente	92
(1) VRV	92
(2) ARV	93
cc) Hinterbliebenenrente	93
(1) VRV	93
(2) ARV	93
e) Anpassung	93
f) Finanzierung	93
g) Finanzierungsverfahren	95
2. Herausforderungen	96
II. Reformmaßnahmen	97
1. Senkung des Rentenniveaus	97
a) Beziehung zwischen Rentenleistungen und Beitragsbelastungen	97

Inhaltsverzeichnis

b) Einführung der Ausgleichsrate	98
c) Mindestgrenze des Rentenniveaus	98
2. Anhebung der Altersgrenze	100
a) Hintergrund	100
b) Anhebung (ab 1994)	100
c) Künftige Aufgabe	102
3. Erhöhung der Staatszuschüsse	102
4. Änderung der Rentenanpassung	104
5. Anrechnung des Arbeitsentgelts auf Renten	105
a) Arbeitnehmer ab 65 Jahren	105
b) Arbeitnehmer zwischen 60 und 65 Jahren	105
6. Verwendung des Kapitalvermögens	106
III. Schlussbemerkung	106
IV. Exkurs: Renten für Frauen	107
1. Hintergrund	108
2. Reformmaßnahmen	109
a) Renten für Hausfrauen	109
aa) Einführung der Basissicherung	109
bb) Probleme	111
b) Berücksichtigung der Kindererziehung	112
aa) Bisherige Entwicklung	112
bb) Begründung	113
c) Versicherungspflicht der Teilzeitbeschäftigten	114
aa) Problem	114
bb) Reformvorschlag	115
d) Reform der Hinterbliebenenrente	115
aa) Bisherige Entwicklung	115
(1) Rentenreform 1985	115
(2) Rentenreform 1994	116
(3) Rentenreform 2004	116
bb) Unterschied	116
e) Rentensplitting bei der Ehescheidung	117
aa) Einführung des Rentensplittings	117
bb) Unterschied	118
3. Schlussbemerkung	119
<i>Teil 4: Private Kranken- und Pflegeversicherung</i>	121
I. Krankenversicherung	121
1. Rolle der privaten Krankenversicherung	121
2. Situation der privaten Krankenversicherung	122
3. Aussicht	123

Inhaltsverzeichnis

II. Pflegeversicherung	125
1. Rolle der privaten Pflegeversicherung	125
2. Situation der privaten Pflegeversicherung	126
3. Aussicht	128
III. Schlussbemerkung	128
<i>Teil 5: Betriebliche und private Altersversorgung</i>	131
I. Leistungsbezogene Altersvorsorge	131
1. Betriebliche Altersvorsorge	131
a) Bisheriges System	131
aa) Arbeitnehmerrentenfonds	132
bb) Zertifizierte Altersvorsorge	133
b) Situation	134
c) Reform	135
2. Volksrentenfonds	136
II. Beitragsbezogene Altersvorsorge	138
1. Betrieblicher Typ	138
2. Individueller Typ	140
III. Andere private Rente	141
IV. Schlussbemerkung	142
<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	145
I. Gleichbehandlung	145
1. Versichertenkreis	146
2. Entscheidungssystem	146
3. Leistungskatalog	146
II. Sozialer Ausgleich	147
III. Subsidiarität solidarischer Hilfe	147
IV. Ergänzende Rolle der privaten Versicherung	148
<i>Anhang: Abbildungen und Tabellen</i>	149
<i>Literaturverzeichnis</i>	169

10