

Die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland und Japan

Nach zentralen Umstellungen in den 1950er und 60er Jahren waren die Sozialsysteme Japans und Deutschlands in eine Phase relativer Stabilität eingetreten. In der Bundesrepublik hatte die Rentenreform 1957 eine große Lücke im sozialen Netz geschlossen, so dass in den folgenden Jahrzehnten nur noch kleinere Korrekturen in Angriff genommen wurden, die aber die Prägung des Wohlfahrtssektors nicht mehr grundlegend änderten. In Japan schloss sich das Zeitfenster für weitreichende Reformen, das sich mit der Postulierung des „Wohlfahrtsgründungsjahres“ durch den Premierminister Tanaka 1973 so spektakulär geöffnet hatte, mit dem Agendawechsel nach den Ölkrisen und dem neuen Motto der „Japanese style welfare society“ Ende der 1970er Jahre weitestgehend wieder. Möglich waren nur noch kleinere, möglichst kostenneutrale neue Programme. Langfristige demographische Verschiebungen führten aber seit den 1980er Jahren in beiden Ländern dazu, dass eine neue soziale Problematik zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussionen im Wohlfahrtssektor rückte. Die Alterung sowohl der japanischen als auch der deutschen Gesellschaft wurde zu einem der Hauptthemen der sozialpolitischen Agenda und hatte eine weitreichendere Umgestaltung und Erweiterung der sozialen Sicherungssysteme zur Folge.

Demographischer Wandel

Japan und Deutschland gehören zu den Industrieländern, deren demographische Struktur einem langfristigen Wandel unterworfen ist. In beiden Ländern altert die Gesellschaft, da die Geburtenrate niedrig und die Lebenserwartung hoch ist. In Deutschland wird beispielsweise die jeweilige Elterngeneration seit 30 Jahren nur noch zu ungefähr zwei Dritteln ersetzt. Die Entwicklung in Japan ist ähnlich, wenngleich sie später, dafür aber deutlich heftiger eingesetzt hat. Dieser Trend, der allein durch sozialpolitische Maßnahmen auch nicht so schnell umkehrbar ist, wird im 21. Jahrhundert nachhaltige Auswirkungen auf den Wohlfahrtssektor haben. Einige Zahlen mögen die Herausforderungen verdeutlichen, die in den nächsten Jahrzehnten auf beide Gesellschaften zukommen.

In Deutschland wird sowohl die absolute Zahl der über 60-jährigen als auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich zunehmen. Im Jahr 2030 werden dann hundert Personen im erwerbsfähigen Alter, also zwischen 20 und 59 Jahren, 71 Senioren gegenüberstehen. Innerhalb der über 60-jährigen werden wiederum Menschen über 75 Jahre einen deutlich höheren Anteil einnehmen (Statistisches Bundesamt 2000). Da mit zunehmendem Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt – ab dem 80. Lebensjahr geht man von einem Anteil von etwas mehr als einem Viertel aus – ist gerade die Zunahme Hochalter besonders bemerkenswert (Bundesministerium für Gesundheit 1999). Nicht nur wird es aufgrund dieser demographischen Entwicklung mehr pflegebedürftige Alte geben. Gleichzeitig werden auch die familiären Möglichkeiten eingeschränkt sein, die Pflege zu übernehmen. Denn die einzelnen Generationen sind wegen der geringen Geburtenziffer nur schwach und darüber hinaus gleichmäßig besetzt, so dass es zum Phänomen der „Bohnenstangen-Familie“ kommt (Rosenmayr 1996: 14), die die klassische pyramidale, also altersabhängig abnehmende Verteilung der Familienmitglieder auf die jeweiligen Altersstufen abgelöst hat. So werden pflegebedürftigen Alten nicht mehr viele Kinder gegenüberstehen, die die Pflege potenziell übernehmen könnten. Stattdessen müssen ein oder zwei Kinder mit ihren Familien die Last der Elternpflege aufteilen. Werden mehrere Angehörige der Elterngeneration gleichzeitig

pflegebedürftig, werden die familiären Netzwerke aufs äußerste gespannt.

Ganz ähnliche Phänomene bereiten den japanischen Wohlfahrtspolitikern noch viel größere Sorgen. Denn hier hatte man sich ab Ende der 1970er Jahre mit dem Programm der „Japanese style welfare society“ ganz darauf verlassen, dass die Pflege von Familienangehörigen übernommen werden würde. Dementsprechend wurden zwischen 1978 und 1985 Programme zur Förderung von Dreigenerationenhaushalten aufgelegt (Campell 1992: 220). Zwar gab und gibt es in Japan tatsächlich noch viel häufiger derartige Großfamilien. Doch die hohe Mobilität, die die japanische Arbeitswelt einfordert, veränderte Lebensgewohnheiten und nicht zuletzt eben die „Bohnenstangen-Familie“ führten in den letzten beiden Jahrzehnten zur stetigen Abnahme des Anteils der Dreigenerationenhaushalte. Diese Realität hat mittlerweile auch das japanische Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt anerkannt (Kōseishō 2000: 19ff.). Die allgemeine demographische Entwicklung verläuft in Japan ähnlich wie in Deutschland, allerdings zeitlich zugespitzter. War Japan 1970 im internationalen Vergleich noch eine sehr junge Gesellschaft, hatte man Anfang der 1990er Jahre in der demographischen Verteilung schon zu den anderen Industrienationen aufgeschlossen. Der Zeitabstand zwischen der Überwindung zweier von der UNO als typisch für die Entwicklung zur Industrienation angesetzten Schwellen des Altenanteils, 7% für den Eintritt in einen demographischen Wandel und 14% für eine industrielle Gesellschaft, war nirgendwo so kurz wie in Japan. Benötigte Frankreich 115 Jahre vom Eintritt in den demographischen Wandel bis zur Altersverteilung der Industriegesellschaft, Deutschland und Großbritannien schon wesentlich kürzere 45, vollzog Japan diesen Wandel in einer Rekordzeit von 24 Jahren zwischen 1970 und 1994 (Kaneko 1995: 13). 2025 wird Japan sogar der Staat mit dem höchsten Altenanteil auf der Welt sein (ebd.) – eine Folge der höchsten Lebenserwartung auf der Welt, die 2004 bei über 85 Jahren für Frauen und über 78 Jahren für Männer lag,¹ bei gleichzeitig einer der niedrigsten Geburtenziffern. Der prognostizierte Höhepunkt des Altenanteils (über 65-

1 Laut Statistik des japanischen Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt unter <http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/lifetb04/1.html> (Abruf 11. Oktober 2005).

jährige) wird im Jahre 2050 mit 32,3% erwartet (Kôseishô 2000: 8). Eine besondere Nuance erhält die Alterung der japanischen Gesellschaft im internationalen Vergleich durch die ausgeprägten regionalen Unterschiede. Die Alterung der Gesellschaft wird derzeit vor allem in ländlichen Gegenden sichtbar. In einigen besonders betroffenen ländlichen Gemeinden lag der Altenanteil 1997 bei bis zu 47% – 2010 wird der Spitzenwert sogar aller Voraussicht nach bei knapp 60% liegen! Bis 2020 werden aber städtische Randzonen und Städte nachziehen und 2025 die heute vergleichsweise jungen Großstädte sogar einen höheren Altenanteil als die Provinz haben (ebd. 10–13). Diese höchst ungleiche Verteilung des Altenanteils ist Folge der intensiven Binnenmigration, die in Japan seit den 1960er Jahren verstärkt einsetzte (Lützeler 1995). Junge Menschen zogen um der wesentlich besseren beruflichen Aussichten willen in die großen Ballungszentren, während die ältere Generation in der Provinz zurückblieb. Erst mit dem Eintritt der Migrationsgenerationen der 1970er Jahre und folgenden Jahrzehnte ins Alter wird sich daher der Trend umkehren und die städtischen Regionen aufholen.

Eine Studie des *Department of Economic and Social Affairs* der Vereinten Nationen (Population Division 2000) hat für acht Staaten untersucht, inwieweit mit „Replacement Migration“, also gesteuerter Zuwanderung die derzeitigen demographischen Entwicklungen aufgehalten werden könnten. Demnach müsste Japan ab 2005 bis 2050 jährlich 381.000 Migranten aufnehmen, um den prognostizierten Bevölkerungsstand des Jahres 2005 aufrecht zu erhalten und sogar über 600.000 Migranten jährlich, um den Anteil der arbeitenden Bevölkerung auf dem Niveau von 2005 zu halten (Population Division 2000: 49f.). In Deutschland würden 324.000 jährlich hinzukommende Migranten die Bevölkerungsziffer des Jahres 2005 stabil halten, während mit 458.000 Migranten das Niveau der Arbeitenden konstant gehalten werden könnte (ebd. 38f.).

Die Studie untersucht fünf mögliche Ansätze, den Problemen der gesellschaftlichen Alterung entgegenzuwirken. Neben replacement migration und der „integration of large numbers of recent migrants and their descendants“ müsste über die Verrentungsalter, die Form der Verrentung und die Leistungen der Wohlfahrtssysteme für Alte, die Erhöhung des Anteils Arbeitender un-

ter arbeitsfähigen Bürgern sowie schließlich die Form und Höhe der Beteiligung der arbeitenden Bevölkerung und der Unternehmen an Wohlfahrtsleistungen für Alte nachgedacht werden (ebd. 95).

Während in der Bundesrepublik mit der „Greencard-Regelung“ oder dem so genannten Zuwanderungsgesetz und vergleichbaren Plänen immer wieder Vorhaben diskutiert werden, die zumindest teilweise replacement migration thematisieren und als Lösungsansatz einbringen, ist eine entsprechende politische Initiative in Japan kaum vorstellbar. Wie schon im vorhergehenden Kapitel angesprochen, hat sich Japan nach 1945 nicht von einer rassistischen Definition der nationalen Identität gelöst, wenngleich die Exklusions- und Inklusionsmuster sich verändert haben (Yoshino 1992: 30f.; Oguma 1995). So erscheint eine gezielte Zuwanderung nicht nur politisch unerwünscht, sondern ist für die Mehrheit der Japaner geradezu undenkbar. Im japanischen Diskurs wird, im Gegensatz zu Deutschland, Zuwanderung als Lösung oder wenigstens als demographischer Faktor noch nicht einmal angesprochen, geschweige denn ausführlicher diskutiert. Denkbar ist es in Japan höchstens, Alte in speziellen Siedlungen im Ausland anzusiedeln, die dann auch mit dem höchstmöglichen Pflegestandard ausgestattet wären. Entsprechende Pläne für eine der replacement migration gewissermaßen entgegengesetzte Migration gab es immer wieder, letztendlich realisiert wurden sie nicht. Selbstverständlich würde diese Ansiedlung im Ausland – seien es die Philippinen oder Kalifornien – nicht bedeuten, dass sich die Altersverteilung der japanischen Gesellschaft in relevanter Weise verändern würde, denn die Alten blieben japanische Staatsbürger und es wären immer noch die japanischen Sicherungssysteme, die die soziale Absicherung gewährleisten würden. Deutlich machen diese Denkspiele nur, wie wenig es in Japan denkbar ist, selbst bei brennenden sozialen Fragen mit Migration Antworten zu finden.

Insofern steht Japan mit seinem ethnokulturellen Nationenkonzept vor einem erheblichen Problem. Dagegen kann Deutschland mit seinen auf dem Sozialsystem basierenden Inklusionsstrategien mit dem Phänomen der Migration wesentlich leichter umgehen, wenngleich bei weitem keine so zweckrationale und kohärente Strategie wie z.B. in Kanada oder Australien erkennbar ist.

Staat und Kommunen

Neben langfristigen demographischen Überlegungen wurde die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland wie in Japan von mittelfristigen Entscheidungen zur Rolle der Kommunen im Wohlfahrtssektor begleitet. Anders allerdings als bei der demographischen Entwicklung, die in beiden Ländern vergleichbar abließ und läuft, unterschieden sich die Stellung und Situation der Kommunen grundlegend in beiden staatlichen Kontexten. Während die Kommunen in Deutschland bis zur Pflegeversicherung durch das Problem der Pflegebedürftigkeit direkt konfrontiert und dabei eher überfordert waren, war die Rolle der Kommunen in Japan äußerst schwach ausgeprägt.

In Deutschland befanden sich die Kommunen vor Einführung der Pflegeversicherung in einer prekären finanziellen Lage. In der Regel wurden Alte, die die immensen Kosten der Pflege nicht mehr selbst aufbringen konnten, zu Sozialfällen. Damit hatten sie Anspruch auf Versorgung aus den Kassen der Sozialhilfe, da keine der Sozialversicherungen für diesen Fall zuständig war. Damit mussten die Kosten von den Kommunen getragen werden, die über die Tradition der Armenfürsorge zum Kostenträger der Sozialhilfe geworden waren. Mit zunehmender Alterung der Gesellschaft und einem entsprechend erhöhten Risiko von Pflegebedürftigkeit musste ein immer größerer Anteil der Sozialhilfemittel für pflegebedürftige Alte aufgewandt werden. 1993 wurde so für „Hilfen zur Pflege“ (§68f. BSHG) mehr als ein Drittel der gesamten Sozialhilfeausgaben aufgewandt (Burmeister 1997). Während die Gesamtausgaben der Sozialhilfeträger 1987 noch bei 25,2 Milliarden DM lagen, wurden sechs Jahre später schon 48,9 Milliarden DM verausgabt; eine Steigerung, die nicht zuletzt auf die „Hilfen zur Pflege“ zurückzuführen war (Übersicht über das Sozialrecht 1998). Dementsprechend war vielfach von einer Kostenexplosion die Rede. Die Kommunen drängten darauf, die Kosten der Pflege anders zu verteilen und wollten ihre Rolle minimieren, traten also vor Einführung der Pflegeversicherung als äußerst aktiver politischer Akteur auf.

Ganz im Gegensatz dazu wurde die Frage der Altenpflege in Japan als eine Chance angesehen, die Kommunen im politischen Prozess zu stärken. Japan war und ist in weiten Teilen immer noch ein extrem zentralistischer Staat. Wichtige Entscheidungen

werden fast ausschließlich in Tôkyô getroffen. Stimmen, die eine stärkere Eigenverantwortlichkeit der lokalen und regionalen Entscheidungsebene einforderten, bekamen aber in den 1990er Jahren aufgrund der Asienkrise und der Folgen des Erdbebens von Kôbe (1995) Auftrieb (Matsushita 1996: 19f.). In beiden Fällen vermittelte die Zentralgewalt in Tôkyô nicht den Eindruck, die Probleme wirkungsvoll anzugehen und der Druck, Verantwortung abzugeben, wurde größer. Der Regionalisierungsdiskurs verknüpfte sich seit Mitte der 1990er Jahre verstärkt mit dem Altdiskurs. Bereits seit über zwei Jahrzehnten waren Kommunen in diesem Feld selbständig aktiv geworden. 1970 hatte die Präfektur Tôkyô eigenständig das Programm der freien medizinischen Versorgung für Alte eingeführt, das dann in den folgenden Jahren landesweit kopiert wurde, um schließlich staatlich abgesichert zu werden (Campell 1992: 127). So lag es nahe, ein Problemfeld, das durch die demographisch ungleiche Entwicklung sehr starke regionale und lokale Ausprägungen zeigte, in den Verantwortungsbereich der Kommunen zu überführen.

Die Einführung der Pflegeversicherung entlastete also die deutschen Kommunen, während die vergleichsweise schwach ausgeprägte Eigenständigkeit der japanischen Kommunen gestärkt wurde.

Politische Argumente vor der Einführung

Die aufgrund der finanziellen Überlastung der Kommunen immer drängender werdende demographische Herausforderung führte in Deutschland Anfang der 1990er Jahre zu einer entscheidenden Phase in der schon lange währenden politischen Debatte um die Einführung einer eigenen Pflegeversicherung. Eine ähnliche Diskussion wurde in Japan zeitverschoben und unter dem Eindruck der deutschen Lösung ab Mitte der 1990er Jahre geführt, wobei hier die zukünftige Rolle der Kommunen wie erwähnt gerade umgekehrt beurteilt wurde. In beiden Ländern lassen sich einige zentrale Motive der Debatte vor Einführung der Pflegeversicherung aufzeigen, die noch einmal ein Schlaglicht auf die Wahrnehmung des je eigenen Wohlfahrtssektors werfen.

Deutschland

Die deutsche Debatte drehte sich im gesamtgesellschaftlichen Diskurs vor allem um die Themen Gerechtigkeit und Würde vor dem Hintergrund der Vorbedingungen der demographischen Entwicklung und der Kosten für die Kommunen. Die vielfach so bezeichnete Gerechtigkeitslücke bestand im Fehlen einer einheitlichen, die Gesamtheit der tatsächlich Pflegebedürftigen umfassenden, ursachen- und einkommensunabhängigen Sicherung. Die Uneinheitlichkeit der sozialrechtlichen Situation bei Pflegebedürftigkeit vor Einführung der Pflegeversicherung implizierte in der Wahrnehmung der politischen Akteure ein gewisses Gerechtigkeitsdefizit, da je nach Lage des Einzelfalles und den Ursachen der Pflegebedürftigkeit Leistungsansprüche bei verschiedenen Trägern mit unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen geltend gemacht werden mussten, wenngleich hauptsächlich die Sozialhilfe in Anspruch genommen wurde. Die Pflegeversicherung wurde demgegenüber als bürokratische Rationalisierung und Systematisierung unter Anwendung des Subsidiaritätsprinzips (Versicherung geht vor Versorgung und Fürsorge) dargestellt. Die ursachen- und einkommensunabhängige Einbeziehung der Gesamtheit der tatsächlich Pflegebedürftigen wurde als gerechte Lösung empfunden.

Die erwähnten Zuständigkeitskollisionen und Abgrenzungsprobleme zwischen unterschiedlichen Trägern barg vor allem die Gefahr, dass Betroffene schließlich keine oder nur völlig unzureichende Leistungen erhielten, da jeder Träger dazu neigte, den jeweils anderen für zuständig zu erklären. So kam vor dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes für die Deckung eines Großteils der Pflegekosten, insbesondere im stationären Bereich, die Sozialhilfe als letztes, einkommensabhängiges Sicherungselement in Frage. Der ohnehin – in jeder Lebensphase – überwiegend negativ konnotierte Sozialhilfebezug galt und gilt gerade am Lebensende als ungerechte soziale Nivellierung, da Statusdifferenzen aufgehoben werden, die sich im Laufe von Erwerbsbiographien ausgebildet haben. Der alte Mensch wird zum Taschengeldempfänger aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit. Dieses Bild verweist auf eine verletzte Gerechtigkeitsvorstellung, in die der Würdebegriff eindeutig mit einfließt: Alte Menschen werden gleichsam entmündigt, zu Kindern gemacht, denen ein bestimmtes Taschengeld zugestanden wird.

Darüber hinaus legte eine solche Situation eine weiterreichende Überlegung nahe: Drohte bei Hilfebedarf – gerade im Alter – mit einiger Wahrscheinlichkeit ohnehin das soziale Existenzminimum, so bestand die Gefahr einer Akzeptanzkrise sozialer Sicherungssysteme insgesamt. Die politische Herausforderung ging also über das „Tagesgeschäft“ einer Neustrukturierung des Pflegesektors vor dem Hintergrund unterschiedlicher, gegeneinander abzuwägender Interessen hinaus. Sie bestand darin, eine neue Solidargemeinschaft durch systemkonforme Regelungen mit breiter Akzeptanz zu begründen und gleichzeitig neue sozialpolitische Akzente zu setzen, die sich vor allem aus veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen ergaben.

Weder das demographische Szenario noch die als systemwidrig wahrgenommene Kostenträgerschaft durch die Sozialhilfe konnten als Motive allein die notwendige Begrifflichkeit liefern, um die neue Solidargemeinschaft emotional zu verankern. Sie wurden lediglich unter Fachleuten als hinreichend plausible und drängende Gründe für eine Veränderung wahrgenommen. Auf der Ebene des Fachdiskurses wurden die weiterreichenden Argumente des gesamtgesellschaftlichen Diskurses, die die moralische Notwendigkeit der Versicherung verdeutlichen sollten, auch weitestgehend abgelehnt und als Vorwand abgetan. Die Diskussion um die Einführung einer Pflegeabsicherung in der Bundesrepublik Deutschland bewegte sich gesamtgesellschaftlich indes trotz der völlig konträren Ansichten der Fachleute ganz überwiegend in der sozialphilosophischen Begrifflichkeit von Gerechtigkeit und Würde.

In der letzten Phase der politischen Auseinandersetzung – nachdem die Weichen bereits klar in Richtung einer sozialen Pflegeabsicherung gestellt waren – dominierte die Frage der möglichst lohnnebenkostenneutralen Finanzierung („Standort Deutschland-Debatte“) alle anderen Überlegungen. Gerade in dieser Phase wurde von politischer Seite in der parlamentarischen Auseinandersetzung noch verstärkt mit Gerechtigkeit und Würde argumentiert, um schließlich die gefundene Finanzierungslösung, nämlich die Streichung des Buß- und Bettags zur Kompensation der Arbeitgeberbeiträge, zu begründen. Der Verzicht auf einen Feiertag wurde so im Rahmen der neu entstehenden Versicherungsgemeinschaft als ein von allen Erwerbstätigen zu erbringendes Opfer interpretierbar, welches erklärtermaßen zum Ziel hatte,

mehr soziale Gerechtigkeit und Solidarität herzustellen.² Die ethische Überhöhung der gefundenen Lösung zeigte noch einmal exemplarisch, dass der Diskurs über das soziale Sicherungssystem in Deutschland immer von sehr grundlegenden ethischen Vorstellungen getragen wird, die gleichzeitig über die Verhandlung konkreter Probleme immer wieder eine Aktualisierung erfahren.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1994 wurde in der öffentlichen Wahrnehmung eine Antwort auf die demographische Entwicklung gefunden, die Kostenexplosion gestoppt und die Gerechtigkeitslücke gefüllt, indem das Sozialversicherungssystem um eine Säule erweitert wurde. Die Pressestelle des Bundesministeriums für Arbeit äußerte sich am 21. August 1997 wie folgt:

„Zwanzig Jahre wurde über die Pflegeversicherung diskutiert und gestritten. Seit Beginn des Jahres 1995 ist diese letzte elementare Lücke in unserem Sozialversicherungssystem geschlossen. Damit wurde bewiesen, dass der Sozialstaat umbaufähig ist. Zugleich wurden die Pflegebedürftigen vom Rand in die Mitte der sozialstaatlichen Sorge geholt. Dies ist ein bedeutender humanitärer Innovationssprung.“

Japan

Während sich die breite politische Diskussion in Deutschland an sehr grundlegenden ethischen Werten orientierte, wurden in Japan eher konkrete Problemlagen verhandelt, was für die dortige politische Kultur insgesamt kennzeichnend ist. Ergab sich in Deutschland aus der Situation der Kommunen und der Alten ein unmittelbarer Handlungsbedarf, war es in Japan die Lage der pflegenden Familien, die immer untragbarer erschien.

Vor Einführung der Pflegeversicherung wurde die Pflege vor allem als Aufgabe der nächsten Familienangehörigen gesehen. In der Praxis wurde diese Aufgabenzuweisung jedoch durch die Familienmitglieder – vor allem die zumeist pflegenden Töchter und Schwiegertöchter – als Weg in die sogenannte „Pflegehölle“ heftig kritisiert. Pflege von Angehörigen führte für Töchter und Schwiegertöchter, durch Haushalt, Erziehung von Kindern und

2 Sachsen beteiligte sich allerdings nicht an dieser Lösung. Dort wurde der Buß- und Betttag beibehalten. Die Arbeitgeber wurden entlastet, indem die Beitragsteilung auf 1,355% Arbeitnehmeranteil und 0,35% Arbeitgeberanteil angepasst wurde.

Arbeit häufig schon mehrfach belastet, in eine Situation, die sie als starke Überforderung und damit eben als Hölle empfinden mussten. Anfang der 1990er Jahre erfuhren die Belastungen der häuslichen Pflege für die Angehörigen institutionelle Anerkennung, da die Erschöpfung durch Pflege (*kaigo-tsukare*) als eigene Krankheit definiert wurde (Young/Ikeuchi 1997: 231). Ein Ausweg aus der Pflegehölle für die Familien war die Heimunterbringung oder Einweisung in ein Krankenhaus der pflegebedürftigen Familienmitglieder (Haruyama 1999: 16–26). Gleichzeitig bestand bei vielen Angehörigen aber der Wunsch, den Pflegebedürftigen nicht in einer sterilen Krankenhausatmosphäre sondern – einer oft gebrauchten Wendung nach – auf Tatami-Fußbodenstrohmatte, also in vertrauter häuslicher Umgebung pflegen und sterben zu lassen (ebd. 17, 28). Zudem war die Hospitalisierung der pflegebedürftigen Angehörigen sozial stigmatisiert (Jenke 1997: 342). Die Hospitalisierung stellte aus dieser Sicht nur eine Notlösung dar, die letztlich jedoch unumgänglich war.

Durch die Hospitalisierung ergaben sich neue, viel diskutierte soziale Probleme, die besonders in den 1990er Jahren zu einer immensen Kostensteigerung führten. Dabei griffen verschiedene Faktoren ineinander: Ein grundlegendes Problem war die völlig unzureichende Zahl an Pflegeheimplätzen. Wartezeiten konnten sich über Jahre hinziehen. Die Zuweisung von Heimplätzen erfolgte zentral unter kommunaler Aufsicht und ohne Wahlmöglichkeiten. Zudem wurden sozial schwache Pflegebedürftige bei der Vergabe bevorzugt. Als Ausweichmöglichkeit boten sich die zahlreichen Privatkrankenhäuser an, denen auch nicht das durch die Vergabep Praxis erzeugte soziale Stigma der Pflegeheime anhaftete. Während diese Hospitalisierung für die Familien finanziell relativ günstig war, entstanden den Krankenkassen extrem hohe Kosten. Durch das Zusammenwirken von demographischem Wandel und einer immer negativeren Einstellung zu den Lasten der häuslichen Pflege stieg die Zahl der auf diese Weise hospitalisierten Alten in den 1990er Jahren rapide an – ein Entwicklungstrend, der sich parallel auch in Deutschland beobachten ließ. Auf dem Höhepunkt dieser Entwicklung im Jahr 1990 waren ungefähr 9% aller über 80-jährigen hospitalisiert, während es 1970 noch nicht einmal 2% gewesen waren, und auch bei den über 70-jährigen schnellte die Quote der Hospitalisierten in diesem Zeitraum von ungefähr 2% auf 4–5% (Kôseishô 2000: 60). Trotz der

hohen Kosten wurden die Alten jedoch in den Privatkliniken nicht ihren Bedürfnissen entsprechend gepflegt. Viele dieser privaten Krankenhäuser spezialisierten sich vor allem aus Gründen der Gewinnmaximierung auf das einträgliche Geschäft mit den Alten, ohne echte Pflege leisten zu können (Haruyama 1999: 65f.). Obwohl diese systematische Ineffizienz bereits in den späten 1980er Jahren erkannt und diskutiert wurde, gelang es bis zur Einführung der Pflegeversicherung nicht, eine entscheidende Trendwende herbeizuführen.

Das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt griff allerdings in seinen Weißbüchern Probleme der alternden Gesellschaft regelmäßig auf und erhielt so die Diskussion mit am Leben. Japanische Ministerien geben jährlich ein Weißbuch heraus, das sich einem speziellen Thema widmet, dessen Bedeutung für die Zukunft der japanischen Gesellschaft das jeweilige Ministerium besonders unterstreichen möchte. Es werden aktuelle Probleme behandelt und durch die Veröffentlichung in Form eines Weißbuches auf der politischen Agenda noch einmal stark hervorgehoben. Seit den 1970er Jahren nahm das Thema Alter einen sehr breiten Raum in der Serie der Weißbücher ein und trug so zu einem tief greifenden Bewusstseinswandel bei. Die Weißbücher von 1977, 1978, 1980, 1983, 1987 und 1989 setzten sich mit dem Alter auseinander.³ Sechs von 13 zwischen 1977 und 1989 erschienenen Bänden waren also direkt dem Alter gewidmet, einige der anderen noch einmal indirekt, indem sie die demographischen Verschiebungen aus anderen Perspektiven beleuchteten. Insbesondere der Band von 1987 entwickelte eine breitere Vorstellung zu Fragen der Altenpflege und brachte damit eine neue Wendung in die Diskussion. Mit dem 1989 initiierten so genannten *Goldplan* glaubte man dann jedoch, das Problem der Pflege in der alternden Gesellschaft in den Griff bekommen zu haben (Kôseishô daijin kanbô seisakuka 1991). Ein ambitioniertes Programm sollte schnell mehr Altenpflegefachkräfte ausbilden und Heimplätze bereitstellen. Ein Jahrzehnt lang erschienen keine Weißbücher mehr

3 Die Titel der Weißbücher waren z.B. 1977 „Soziale Sicherungssysteme an der Eingangstür zur Gesellschaft der alten Menschen“, 1983 „Soziale Systeme anstreben, die die alternde Gesellschaft stützen“ oder 1989 in der Jubiläumsausgabe zum 50-jährigen Bestehen des Ministeriums „Eine Wohlfahrtsgesellschaft des langen Lebens mit einem neuen Altenbild und Aktivität schaffen“.

zum Thema Alter. In den 1990er Jahren zeigte sich indes schnell, dass mit dem Goldplan keine dauerhafte Lösung gefunden worden war.

Seit Mitte der 1990er Jahre wurde die Diskussion um eine Neuordnung des Wohlfahrtssektors im Altenpflegebereich wieder engagierter geführt. Noch in den 1980er Jahren wurde der japanische Begriff für Pflege (*kaigo*) in den Medien bei seiner Verwendung eigens erklärt, weil er sonst unverständlich geblieben wäre (Haruyama 1999: 56). Ein Jahrzehnt später war das allgemeine Problembewusstsein wesentlich ausgeprägter. Zudem richtete das Ministerium eine feministisch orientierte Projektgruppe ein, die die Lage der pflegenden weiblichen Angehörigen zum Anlass nahm, eine grundlegende Änderung der Versorgung zu befürworten (Jenke 1997: 342). Im Jahr 2000, also zur Einführung der Pflegeversicherung, erschien schließlich wieder ein Weißbuch, das die Zukunft des Alters im 21. Jahrhundert thematisierte und dabei auch Prognosen zur Entwicklung der Pflege aufgriff (Kôseishô 2000).

Letztlich war es der Rückgriff auf ein häufig zu beobachtendes Vorgehen bei der Einführung neuer dauerhafter Strukturen in Japan, der die Form der Pflegeversicherung bestimmen sollte. Ausländische Vorgängermodelle werden studiert und gegebenenfalls verbessert oder den eigenen Bedürfnissen entsprechend angepasst übernommen. Auch im Falle der Pflegeversicherung griff diese politische Strategie. Vorbild für den Aufbau des Systems, der relativ wenig Zeit in Anspruch nahm, war vor allem die deutsche Pflegeversicherung. Zwischen Mitte der 1990er Jahre und 2001 besuchten zahlreiche japanische Expertengruppen verschiedenster politischer Ebenen Deutschland und studierten in gemeinsamen Meetings mit deutschen Kollegen, durch Interviews und Besuche in Institutionen und Einrichtungen die Folgen der Einführung der Pflegeversicherung. Allerdings waren die Besuche, wie für derartige Explorationen in Japan üblich, meist relativ kurz, so dass die Einblicke in das deutsche System eher oberflächlich bleiben mussten. Wie sich auch aus zwei Interviews mit einem Angehörigen der Stadtverwaltung und einem Professor für Sozialpolitik ergab, ist die typische Dauer eines derartigen Forschungsaufenthaltes selbst im wissenschaftlichen Kontext kaum länger als eine Woche bis zehn Tage. Dabei wird aber fast immer noch rund ein Drittel der Tage für Tourismus eingesetzt. Darüber hinaus ist die Sprach-

hürde sehr hoch, denn die japanische Seite beherrscht meist nur ein wenig Englisch und noch seltener Deutsch und auch die deutschen Gesprächspartner sind sicherlich nicht immer in der Lage, Fachinformationen auf Englisch zu geben. Alle Informationen müssen während der Interviews also durch Dolmetscher übersetzt werden, wodurch selbstverständlich weitere Verzerrungen der Informationen auftreten. Schließlich muss es schwer fallen, ohne gute Kenntnisse des deutschen Kontextes, die man bei den allermeisten Besuchergruppen nicht voraussetzen darf, Beobachtungen richtig einzuordnen. So ist der tatsächliche Erkenntnisgewinn durch solche Reisen eher gering. Die intensive Vor- und Nachbereitung mag zwar einiges ausgleichen, beruht aber allzu oft auf Material, das auf ganz ähnliche Weise generiert wurde. Die formale gesetzliche Grundlage der deutschen Pflegeversicherung war zwar in der Diskussion um ein japanisches Pendant sehr gut bekannt, doch durch die einseitige Fixierung auf formale Regelungen und fehlender Hintergrundkenntnisse kam es beständig zu grundlegenden Missverständnissen.

Da die Pflegeversicherung aber nicht nur eine bessere Absicherung der Alten ermöglichen und die Situation der Familien verbessern, sondern auch zu einer Regionalisierung der politischen Struktur Japans führen sollte, wurden funktionelle Modifikationen vorgenommen. Die Einführung der Pflegeversicherung selbst wurde durch die japanische Öffentlichkeit mit allergrößtem Interesse verfolgt, und verband sich mit immensen Hoffnungen, wie Haruyama (1999: 4) schilderte: „Man hat geradezu den Eindruck, dass ganz Japan einer neuen Religion anhängt, die man wohl „Pflegereligion“ nennen könnte.“

Regelungen der Pflegeversicherung in Deutschland und Japan im Vergleich

Ein kurzer tabellarischer Vergleich soll vor allem die wichtigsten Modifikationen verdeutlichen und gleichzeitig das japanische Pflegeversicherungssystem ein wenig näher vorstellen:

	Deutsche Pflegeversicherung	Japanische Pflegeversicherung
Versicherungsträger	Pflegekassen (an Krankenkassen angeschlossen)	Kommunen
Beitragssatz	1,7%	wird von Träger bestimmt (ca. 2.000–4.000 Yen monatlich ⁴)
Versicherungspflichtige	Alle gesetzlich und privat Krankenversicherten	Über 40-jährige
Pflegestufen	1–3	Vorstufe, 1–5
Leistungshöhe	400–2.800 DM (Härfälle 3.750 DM)	ca. 500–7.500 DM
Leistungsberechtigte	Pflegebedürftige gemäß §14 SGB XI	Pflegebedürftige über 65 Jahre
Eigenbeteiligung	bei Pflegehilfsmitteln etc.	10%
Leistungsarten	Geld- und Sachleistungen	Sachleistungen
Erstellung eines Pflegeplans	(Absprache zwischen Leistungsempfängern und Pflegedienst)	Leistungsempfänger, Familie und Care-Manager

Tab. 2: Vergleich zwischen den Regelungen der Pflegeversicherung in Deutschland und Japan zum Zeitpunkt ihrer jeweiligen Einführung.

Obwohl die japanische Pflegeversicherung nach dem deutschen Vorbild geschaffen wurde, lassen sich also einige wesentliche Unterschiede konstatieren. Vor allem die Trägerschaft, der Kreis der Empfangsberechtigten, die Verantwortung für die Erstellung eines Pflegeplans sowie die Leistungsarten differieren.

Aus dem Motiv der Regionalisierung heraus und aufgrund des fehlenden ausgebauten Sozialsystems wurden die Kommunen zum Versicherungsträger und können folgerichtig auch über die Beitragssätze entscheiden. Zweitens handelt es sich bei der japani-

4 Dies entsprach 2001 in etwa 25 bis 50 DM monatlich.

schen Pflegeversicherung um eine reine Altenpflegeversicherung. Es wird zwar diskutiert, die Versicherung zu einer wie in Deutschland altersunabhängigen zu erweitern, doch wird dies wohl erst auf längere Sicht verwirklicht werden. Drittens wurde in Japan durch die Pflegeversicherung die Position des Care-Managers geschaffen. Während sich in Deutschland Pflegedienst, Pflegebedürftiger und falls vorhanden Angehörige über den Inhalt der Pflege absprechen, ist in Japan der Care-Manager zwischengeschaltet. Der Care-Manager soll idealerweise eine Lotsenrolle auf dem Pflegemarkt für den Pflegebedürftigen und seine Familie übernehmen. Er hilft, die Art der Pflegedienstleistung und einen Anbieter auszuwählen, erstellt einen verbindlichen Care-Plan und soll auch in der Folgezeit den Kontakt aufrechterhalten.

Festzuhalten bleibt des Weiteren, dass in Japan nur Sachleistungen bezogen werden können. Geldleistungen und Anerkennungszeiten für pflegende Familienangehörige wurden in Japan nicht eingeführt. Hierfür wurden verschiedene Gründe genannt: Zunächst hätten Geldleistungen einfach weit höhere Kosten verursacht; zudem wäre die Entlastung gerade der Töchter und Schwiegertöchter schwerer gefallen, da sie durch die mögliche Bezahlung wieder leichter in das klassische, aber von ihnen teilweise abgelehnte familiäre Verpflichtungsmuster eingebunden worden wären – gerade für großstädtische karriereorientierte Frauen hätte dies die vor Einführung der Pflegeversicherung bestehenden Probleme nicht gelöst; schließlich erschien die Einführung von Geldleistungen auch aus Sicht der konservativen Familienideologie nicht wünschenswert – die familiäre Hilfe wäre in dieser Sichtweise gleichsam in ein Geschäft umgewandelt worden. Indem aber trotz fehlender Geldleistungen der häuslichen Pflege der Vorrang eingeräumt wurde, versprach man sich eine Effizienzsteigerung. Zumindest der Hospitalisierung in Privatkrankenhäuser hat die Pflegeversicherung ein Ende gesetzt. Schließlich gibt es in der japanischen Pflegeversicherung eine Zuzahlungspflicht für Pflegebedürftige. 10% der Kosten des Pflegeplans müssen von den Betroffenen selbst übernommen werden. Hier lehnt sich die Pflegeversicherung an Regelungen an, die in den 1990er Jahren schon in der Krankenversicherung durchgesetzt wurden. Auf diese Weise sollen aus *moral hazard* entstehende Kosten vermieden werden, also verhindert werden, dass unnötige Leistungen allein deswegen in Anspruch genommen werden, weil sie den

Versicherten nichts kosten. Damit einher geht jedoch, dass einkommensschwache Pflegebedürftige notwendige Pflegemaßnahmen oft nicht abrufen, da sie zu teuer sind. Bei der höchstmöglichen Leistungshöhe im Jahr 2001 von ungefähr 3.200 DM hätte eine zehnprozentige Eigenbeteiligung 750 DM im Monat verschlungen. Rechnet man noch den Beitrag der Pflegeversicherung hinzu, der auch von Empfängern von Leistungen weiter entrichtet werden muss, wären insgesamt sogar 800 DM zu entrichten. Gerade in ländlichen Regionen wird diese Problemlage manchmal zusätzlich noch dadurch verschärft, dass das Einkommen der Pflegebedürftigen teilweise nonmonetär ist. Bauern decken ihren Bedarf durch Eigenanbau oder Verpflichtungen, die nicht so leicht in Geld umgewandelt werden können. Gerade weil der Altenanteil und damit der Anteil Pflegebedürftiger in ländlichen Regionen sehr hoch sind, ist dies nicht so selten und exotisch, wie man meinen möchte.

Andere Unterschiede der Pflegeversicherung in Japan und Deutschland stellen sich verglichen mit den bereits genannten als nicht so gravierend dar. Es gibt in Japan fünf Pflegestufen und eine Vorstufe, was allerdings lediglich eine etwas feinere Ausdifferenzierung ist als in Deutschland. Auch Art und Weise der Einstufung ähneln sich. Die Leistungshöhe scheint sehr großzügig bemessen zu sein, jedoch lässt sich diese Differenz vor allem durch den seit Ende der 1990er Jahre sehr hohen Yen-Kurs erklären. Würde man das Preisniveau in Japan zugrunde legen, gäbe es kaum einen Unterschied. Dass in Japan nur über 40-jährige beitragspflichtig sind, scheint auf den ersten Blick noch eine wesentliche Abweichung vom deutschen Modell zu sein. Damit wurde indes in Japan nur auf eine andere Weise als in Deutschland ein potentieller Generationenkonflikt gemildert, dessen Aufbrechen die Politiker durch die Einführung des neuen Versicherungssystems befürchteten. In Deutschland wurde der Beitragssatz unabhängig von der tatsächlichen Bedarfsentwicklung auf 1,7% festgeschrieben, um so das Gefühl zu vermitteln, die junge Generation hätte nur ein einmaliges, berechenbares Opfer gebracht. In Japan wurde dagegen argumentiert, dass durch die Beschränkung auf über 40-jährige nur Bürger in die Pflicht genommen würden, die aufgrund ihres eigenen Alters und der Lage ihrer Eltern für neue Belastungen das entsprechende Verständnis aufbringen

würden können. Jüngere Menschen sollten dagegen von der Versicherungspflicht befreit bleiben, um Diskussionen zu vermeiden.

Alle bisherigen Versuche, die deutsche und japanische Pflegeversicherung zu vergleichen, verblieben im Großen und Ganzen auf der Ebene eines derartigen rein faktischen Systemvergleichs. Zwar war die Herausarbeitung der wichtigsten Ähnlichkeiten und Unterschiede auch für unser Projekt von Bedeutung, doch diente sie nur als Ausgangsbasis für weitreichendere Überlegungen. Insbesondere der Vergleich der zugrunde liegenden Motive bei Einführung der Pflegeversicherung eröffnet weiterreichende Einblicke. Verbunden mit der Betrachtung der gesellschaftlichen Änderungen nach Einführung der Pflegeversicherungen ergibt sich das Bild einer sich rasch wandelnden Öffentlichkeitsstruktur.