

Die Versicherungsträger erstatten die Kosten für die Abgabe von Arzneimitteln nach dem Erstattungspreis, den der Minister bestimmt. Auf der anderen Seite wird der Einkaufspreis zwischen einem Leistungserbringer und einem Großhändler vereinbart. Die Großhändler gewähren den Leistungserbringern Rabatt, um den Verkauf zu fördern. Deshalb kann der Einkaufspreis niedriger als der Erstattungspreis sein. Die Differenz zwischen dem Einkaufs- und Erstattungspreis kommt Krankenhäusern und Ärzten, die Arzneimittel selbst verabreichen, zugute. Dieses System gibt Ärzten einen Anreiz, Arzneimittel mit höherer Preisdifferenz zu verordnen. Diese Preisdifferenz kann deshalb eine Über- und Fehl Versorgung mit Arzneimitteln verursachen.

Um diesen Fehlanreiz zu beseitigen, nimmt der Gesundheitsminister alle zwei Jahre eine Überprüfung der Einkaufspreise vor und setzt dementsprechend den Erstattungspreis herab. Durch dieses Verfahren beeinflusst das Ergebnis der Preisverhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Großhändlern den Erstattungspreis. Zudem ist die Breite der R-Zone (siehe oben) von 15 % im Jahr 1992 auf 2 % im Jahr 2000 reduziert worden. Diese Maßnahmen führten dazu, dass sich die tatsächliche Preisdifferenz allmählich verkleinerte.⁸⁷ Als Folge davon sank der Anteil der Ausgaben für Arzneimittel an den Gesamtgesundheitsausgaben von 29,5 % im Jahr 1991 auf 20,1 % im Jahr 1998.⁸⁸

3. Förderung der sachgerechten Rollenverteilung zwischen den Leistungserbringern

a) Problem des geltenden Systems

Es ist eine gemeinsame Aufgabe für Deutschland und Japan, eine angemessene Versorgungsstruktur aufzubauen, innerhalb derer die Rollen der Leistungserbringer sachgerecht verteilt werden und sie eng miteinander Zusammenarbeiten. Wenn diese Aufgabe erfüllt wird, können Patienten rechtzeitig eine notwendige Behandlung bekommen.

Der Ausgangspunkt ist aber in den beiden Ländern sehr unterschiedlich. In Japan sind die Aufgaben der niedergelassenen Ärzte, der kleinen und der großen Krankenhäuser sowie der Apotheken nicht klar voneinander abgegrenzt. Anders als in Deutschland gibt es in Japan weder die Gebietsbezeichnung „Allgemeine Medizin“⁴⁴

87 Nach einer Schätzung des Gesundheitsministeriums ist das Verhältnis der Preisdifferenz zum Erstattungspreis von 23,1 % im Jahr 1991 auf 13,1 % im Jahr 1997 gesunken.

88 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Aufgaben und Gesichtspunkte der Gesundheitsreform (in japanischer Sprache), Tokio 2001, S. 59.

noch eine gesetzliche Abgrenzung zwischen dem Haus- und Facharzt. Während in Deutschland Krankenhäuser hauptsächlich in stationärer Behandlung tätig sind, dienen Krankenhäuser in Japan nicht nur der stationären, sondern auch der ambulanten Behandlung. In Japan können Patienten Arzneimittel, die ein niedergelassener Arzt in einer ambulanten Behandlung verordnet hat, in vielen Fällen von ihm erhalten, während in Deutschland nur Apotheken für die Abgabe von Arzneimitteln zuständig sind, die in einer ambulanten Behandlung verordnet werden. In Japan können Patienten Arzneimittel von einer Apotheke nur bekommen, wenn ihr Arzt ihnen ein Rezept dafür ausstellt.⁸⁹

Patienten können einen niedergelassenen Arzt oder ein Krankenhaus frei wählen, wenn sie eine Behandlung benötigen. Während in Deutschland eine Krankenhausbehandlung normalerweise eine Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt voraussetzt, können Patienten in Japan ohne eine solche Einweisung in einem Krankenhaus behandelt werden. Sie können in einem Krankheitsfall von Anfang an ein Krankenhaus besuchen und ggf. dort anschließend stationär behandelt werden. In diesem Versorgungssystem kommt es beispielsweise vor, dass viele Patienten mit einer leichten Krankheit ein großes Krankenhaus aufsuchen.

Seit den letzten Jahren steigt die Zahl von Patienten an, die in größeren Krankenhäusern ambulant behandelt werden. Der Grund dafür ist, dass viele Patienten keinen Hausarzt haben und erwarten, in einem großen Krankenhaus eine Behandlung mit einer besseren Qualität erhalten zu können. Obwohl eine hochspezialisierte Behandlung in der ambulanten Abteilung großer Krankenhäuser nicht immer angeboten wird, nimmt die ambulante Behandlung einen erheblichen Teil der Tätigkeit großer Krankenhäuser ein. Als Folge dieser Entwicklung müssen Patienten in großen Krankenhäusern oft sehr lange warten und die Ärzte können nicht jedem Patienten eine ausreichende Behandlungszeit sichern. Große Krankenhäuser sind Einrichtungen, deren Aufgabe die Behandlung von Patienten mit schweren Krankheiten ist. Große Krankenhäuser werden dementsprechend personell und sachlich ausgestattet. Deshalb hat das geltende Versorgungssystem unter dem Gesichtspunkt der effizienten Verteilung der medizinischen Ressourcen ein großes Problem.

Auch innerhalb eines Krankenhauses gibt es keine ausreichende Aufgabenverteilung zwischen den Abteilungen. Akut Kranke verbleiben manchmal zusammen mit chronisch Kranken in einer Krankenhausabteilung. In diesem Fall ist es zu befürch-

89 Im Bereich der ambulanten Behandlung betrug der Anteil von Rezepten, die niedergelassene Ärzte oder Ärzte in Krankenhäusern für Apotheken ausgestellt haben, im Verhältnis zur Gesamtzahl von Rezepten im Finanzjahr 2003 ca. 52 %. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 60), S. 444.

ten, dass Patienten nicht ihrem Bedürfnis entsprechend stationär behandelt werden. In Japan ist die Verweildauer viel länger⁹⁰ und die Zahl des Personals je Bett viel niedriger als in anderen Ländern.⁹¹ Dies bedeutet, dass Patienten mit einer Akutkrankheit weder intensiv noch leistungsfähig behandelt werden.

b) Maßnahme

Wie oben erwähnt, ist es ein wichtiger Grund für die uneffiziente medizinische Versorgung, dass es keine angemessene Rollenverteilung zwischen den Leistungserbringern und innerhalb eines Krankenhauses gibt. Um dieses Problem zu lösen, wurden das Gesetzes über die medizinische Versorgung (GMV) und die Vergütungsmaßstäbe geändert.

aa) Rollenverteilung zwischen den Leistungserbringern

Dem bisherigen Vergütungssystem fehlte es an ausreichenden Anreizen, eine geeignete Rollenverteilung und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern zu fördern. Die Vergütungsmaßstäbe sind deshalb z.B. wie folgt verbessert worden.

- Um die Vermittlung eines Patienten an einen anderen Leistungserbringer zu fördern, ist beispielweise eine Vergütung für ein Krankenhaus eingeführt worden, das einen Patient an einen geeigneten niedergelassenen Arzt verweist.⁹²
- Um eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern zu fördern, ist eine Vergütung für einen Leistungserbringer, der einen Behandlungsplan für die Zusammenarbeit (Critical Path) benutzt, eingeführt worden.
- Um die Abgabe von Arzneimitteln durch Apotheken zu fördern, ist die Vergütung für die Ausstellung von Rezepten für Apotheken stufenweise erhöht worden.

Darüber hinaus ist eine neue Kategorie von Krankenhäusern mit der Änderung des GMV⁹³ im Jahr 1998 eingeführt worden, die hauptsächlich die von niedergelassenen Ärzten eingewiesenen Patienten behandeln und Ärzten außerhalb des Kran-

90 Sie erreichte 1986 das höchste Niveau (39,7 Tage) und nahm seitdem langsam ab. 2003 war sie noch 28,3 Tage. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Krankenhausbericht.

91 Die durchschnittliche Zahl der Ärzte und der Krankenpfleger je 100 Betten betrug 2002 jeweils 15,6 und 42,8.

92 Es gibt schon lange eine Vergütung für einen niedergelassenen Arzt, die seinen Patienten an ein Krankenhaus verweist.

93 Gesetz Nr. 125 im Jahr 1997.

Gesetzliche Krankenversicherung

kenhauses seine Einrichtung zur Verfügung stellen. Diese Krankenhäuser können eine zusätzliche Vergütung erhalten.

bb) Rollenverteilung innerhalb der Krankenhäuser

Um die angemessene Rollenverteilung innerhalb eines Krankenhauses zu fördern, wurden zwei neue Kategorien von Betten im Krankenhaus mit der Änderung des GMV⁹⁴ im Jahr 2001 eingeführt. Das GMV regelt die Kategorien von Betten im Krankenhaus sowie Mindestanforderungen dafür in personeller und baulicher Hinsicht. Nach dem GMV gab es bisher 4 Kategorien von Betten, nämlich Betten für psychische, epidemische und tuberkulöse Kranke sowie sonstige Betten. Die sonstigen Betten wurden manchmal sowohl mit akut als auch mit chronisch Kranken belegt. Durch die Gesetzmänderung sind die sonstigen Betten in zwei Kategorien unterteilt worden. Zur einen zählen die Betten für die Patienten, die einer langfristigen Behandlung bedürfen, zur anderen die Betten für sonstige Patienten (Allgemeinbetten).

Für diese beiden Kategorien gelten jeweils eigene personelle und bauliche Anforderungen, die der Situation der belegenden Patienten angepasst sind. Nach den Anforderungen für Allgemeinbetten werden nunmehr 3 und nicht mehr 4 Patienten von einer Krankenschwester betreut, um die personelle Ausstattung zu verbessern. Für die Abteilung, in der sich Patienten befinden, die einer langfristigen Behandlung bedürfen, gelten neue bauliche Anforderungen, um die Krankenzimmer zu vergrößern. Diese Änderung will damit erreicht werden, dass akut Kranke konzentrierter behandelt werden, dadurch die Verweildauer verkürzt wird und dass chronisch Kranke einen angenehmeren Krankenhausaufenthalt haben. Die Basisvergütung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung wurde je nach der Kategorie von Betten unterschiedlich festgelegt.

Wie oben erwähnt sind die Änderung des GMV und der Vergütungsmaßstäbe in Japan als Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur von großer Bedeutung. Diese Maßnahmen sind durch das zentralisierte Entscheidungssystem ergriffen worden. In Deutschland dagegen sind mehr Spielräume dafür geschaffen worden, dass die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Zusammenarbeiten, um das medizinische Versorgungssystem zu verbessern. In Japan spielen die Versicherungsträger hingegen in diesem Bereich keine eigenständige Rolle.

Darüber hinaus sieht der Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 vor, dass die Präfekturen einen Plan für die Sicherstellung einer angemessenen Ent-

94 Gesetz Nr. 141 im Jahr 2000.

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 Richlinie 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 abwandem, 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 Obergrenze⁹⁵ 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).

95 Siehe Fn. 30.