Staatszuschüsse zielen darauf ab, die Folgen der unterschiedlichen Einkommenshöhen der Mitglieder zwischen den Versicherungsträgem auszugleichen[59].

Wie oben erwähnt, gewähren Städte und Gemeinden anstatt der Krankenversicherungsträger den alten Versicherten medizinische Leistungen. Deshalb tragen die Krankenversicherungsträger die Kosten dafür. In der Berechnung der von den einzelnen Versicherungsträgern zu tragenden Kosten wird der Anteil der alten Versicherten bei dem Träger berücksichtigt, um die finanziellen Auswirkungen des unterschiedlichen Anteils der alten Versicherten zwischen den Versicherungsträgern einzuebnen. Versicherungsträger, bei denen der Anteil der alten Versicherten unterdurchschnittlich ist, müssen mehr als die tatsächlich notwendigen Kosten für ihre alten Versicherten tragen.

2. *Herausforderungen*

Seit den letzen Jahren steht die Krankenversicherung vor großen Schwierigkeiten, die vor allem die Überalterung der Bevölkerung mit sich bringt. Die Altersstruktur der Bevölkerung wirkt sich stark auf die Ausgabenentwicklung der GKV aus, da die durchschnittlichen medizinischen Ausgaben für eine Person ab dem Alter von 70 Jahren viermal so hoch wie die für eine Person bis zum Alter von 70 Jahren sind.[60] Die Ursache für diese höheren medizinischen Ausgaben für alte Menschen liegt darin, dass sie überproportional häufig zu den Leistungsempfängern zählen und die durchschnittliche Behandlungsdauer für sie länger ist. Mehr als ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben entfallen auf alte Personen ab 70 Jahren. Zudem können der medizinisch-technische Fortschritt und die Veränderung der Morbiditätsstruktur, z.B. die Zunahme der chronischen Krankheiten, zu einem starken Ausgabenanstieg führen.

Auf der anderen Seite hält sich wegen der Stagnation der Wirtschaft und der Zunahme der Arbeitslosen nach dem Ende der sogenannten „Bubble Economy“ Anfang der 90er Jahre die Zuwachsrate des Einkommens der Bevölkerung auf einem niedrigen Niveau. Der Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am Nationaleinkommen ist in Japan noch niedriger als in Deutschland. Aufgrund dieser Entwicklung erhöhte er

59 Im Finanzjahr 2002 erstattete der Staat z.B. der AKV der Regierung und der VKV der Städte und Gemeinden ca. 0,91 Billionen Yen (ca. 6,5 Mrd. Euro) bzw. ca. 3,32 Billionen Yen (ca. 23,7 Mrd. Euro). Diese Beträge entsprechen ca. 13 % bzw. 46 % der Ausgaben der jeweiligen Versicherungen.

60 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Weißbuch 2005 (in japanischer Sprache), Tokio 2005, S. 165.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-35, am 27.04.2024, 17:35:25
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

sich jedoch von 6,6 % im Finanzjahr 1993 auf 8,6 % im Finanzjahr 2003 (Abbildung 1.2). Nach einer Prognose des Gesundheitsministeriums, die im Mai 2004 veröffentlicht wurde, wird dieser Anteil voraussichtlich auf 13,2 % im Jahr 2025 ansteigend[1]

Als Folge dieser Entwicklung haben viele Krankenversicherungsträger Finanzierungsprobleme (Tabelle 1.1).[62] Die Regierung als Krankenversicherungsträger hatte vom Finanzjahr 1993 bis 2002 jährlich ein Defizit zu verzeichnen. Über 80 % der Arbeitnehmerkrankenkassen (AKK) hatten im Finanzjahr 2002 ein Defizit. Der durchschnittliche Beitragsatz der AKK stieg von 8,39 % im Februar 1997 auf 8,56 % im Februar 2003.[63] Auch die Städte und Gemeinden als Krankenversicherungsträger stehen vor finanziellen Schwierigkeiten.

Der Ausgabenzuwachs könnte durch eine weitere Steigerung der Beiträge zu einer übermäßigen Belastung der Bevölkerung führen, vor allem der erwerbstätigen Generation. Um eine zu starke Erhöhung der Beiträge zu vermeiden, muss der Ausgabenzuwachs unterhalb der Wirtschaftswachstumsrate gehalten werden.

Die Krankenversicherung wird in Japan allerdings nicht nur über Beiträge, sondern auch aus Steuermitteln finanziert. Der Staat leistet Zuschüsse an Krankenversicherungsträger, um einen erheblichen Teil der Leistungskosten zu tragen. Die Staatsfinanzen sind seit einigen Jahren jedoch sehr knapp. Es ist deshalb notwendig, den starken Ausgabenanstieg in der GKV zu bremsen, um auch die deutliche Zunahme der Staatszuschüsse zu vermeiden.

Trotz der Umsetzung der Kostendämpfungsmaßnahmen werden die medizinischen Kosten mit der Zunahme älterer Menschen künftig noch steigen. Es ist daher notwendig, eine gerechte Verteilung der Kosten zu verwirklichen, um so die Versicherten von der Belastung zu überzeugen.

Andererseits ist es sicher eine der wichtigsten Aufgaben, die Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung, die durch GKV gewährt wird, zu verbessern. Um diese Aufgaben zu bewältigen, müssen die Versorgungsstruktur verbessert und der Anreiz zur Fehlversorgung abgeschafft werden.

---

61 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 60), S. 302 ff.

62 Die Defizite bei den Versicherungsträgern der AKV wurden im Finanzjahr 2003 durch die Maßnahmen der Gesundheitsreform 2002 reduziert. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Maßnahmen die Auswirkung haben, ihre finanziellen Schwierigkeiten zu beseitigen. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 60), S. 304.

63 Bis zum Finanzjahr 2002 wurden nur die Monatsgehälter der Beitragsbemessung zugrunde gelegt. Ab Finanzjahr 2003 sind auch die Gratifikationen in die Beitragsbemessungsgrundlage einbezogen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-35, am 27.04.2024, 17:35:25
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-35, am 27.04.2024, 17:35:25
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb