2. *Geltendes System*

Im folgenden werden die wichtigsten Punkte des geltenden Systems dargestellt.

a) *Abgesichertes Risiko*

Das Ziel der japanischen Pflegeversicherung ist eine soziale Absicherung des Risikos der altersbedingten Pflegebedürftigkeit. Deshalb fallen jüngere Behinderte nicht in den personellen Anwendungsbereich der Pflegeversicherung. Es gibt in Japan die Gesetze über die Wohlfahrt behinderter Menschen[110]. Nach diesen Gesetzen werden ihnen von Präfekturen sowie Städten und Gemeinden neben Pflegeleistungen auch Leistungen zur Teilhabe angeboten.

Bei der Einführung der Pflegeversicherung gab es Widerstände dagegen, dass behinderte Menschen künftig Pflegeleistungen nicht nach diesen Gesetzen sondern nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten. Die Gründe für den Widerstand waren wie folgt[111]: Der Staat müsse für die Wohlfahrt behinderter Menschen verantwortlich sein. Deshalb müsse er ihnen notwendige Leistungen gewähren und die Kosten dafür durch Steuermittel finanzieren. Die Träger der Leistungen für behinderte Kinder und geistig behinderte Erwachsene seien Präfekturen. Es sei deshalb unmöglich, dass diese Behinderten von demselben Träger sowohl Pflegeleistungen als auch Leistungen zur Teilhabe erhielten. Der Inhalt der Pflege behinderter Menschen sei umfangreicher als der alter Pflegebedürftiger.

Darüber hinaus verhielt sich das Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt zurückhaltend gegenüber dem Plan, behinderte Menschen in die Gruppe der Leistungsberechtigten nach dem Pflegeversicherungsgesetz einzubeziehen.[112] Es brauchte noch Zeit, eine Begutachtungs-Richtlinie festzustellen und eine Methode der Koordination der Leistungen (sog. "Care Management") für Behinderte zu entwickeln. Das Ministerium befürchtete deshalb, dass die Einführung der Pflegeversicherung verschoben würde, wenn dieser Plan durchgeführt würde.

---

110 Dazu zählen das Gesetz über die Wohlfahrt von Kinder (Gesetz Nr. 164 im Jahr 1947), das Gesetz über die Wohlfahrt körperlich behinderter Menschen (Gesetz Nr. 283 im Jahr 1949), das Gesetz über die Wohlfahrt geistig behinderter Menschen (Gesetz Nr. 37 im Jahr 1960) und das Gesetz über die Gesundheit und die Wohlfahrt seelisch behinderter Menschen (Gesetz Nr. 123 im Jahr 1949).

111 Vgl. Die Stellungnahme des beratenden Ausschusses für die Wohlfahrt körperlich behinderter Menschen vom 10.6.1996.

112 Vgl. *Masuda* M, Streitpunkte über die Reform der Pflegeversicherung (in japanischer Sprache), Kioto 2003, S. 137.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

b) Versicherter Personenkreis

Obwohl der Gegenstand der Absicherung der Pflegeversicherung nur der altersbedingte Pflegebedarf ist, beschränkt sich der Versichertenkreis in der Pflege Versicherung nicht auf alte Personen. Wenn nur alte Personen versichert wären, müssten sie viel höhere Beiträge zahlen. Das Pflege Versicherungsgesetz sieht vor, dass Versicherte der Pflegeversicherung Personen ab 40 Jahren sein sollen. Diese Entscheidung über den versicherten Personenkreis wurde wie folgt begründet[113]: Für diese Personen sei die Wahrscheinlichkeit, dass ihnen oder ihren Eltern Leistungen aus der Pflegeversicherung zugute kommen, relativ hoch.

Personen unter 40 Jahren sind hingegen nicht in den Versichertenkreis einbezogen, weil sie keine Leistungen der Pflegeversicherung bekommen können, die auf die Absicherung des altersbedingten Pflegebedarfs abzielen. Es wäre inakzeptabel, dass jüngere Personen jahrelang Beiträge entrichten, ohne die Möglichkeit, Leistungen zu erhalten. Nur ein Teil der Versicherten nimmt tatsächlich Leistungen der Pflegeversicherung im Alter in Anspruch und dieser Anteil ist deutlich kleiner als der von Versicherten, die Leistungen der Rentenversicherung in Anspruch nehmen.

Der versicherte Personenkreis umfasst zum einen Personen ab 65 Jahren (Versichertengruppe 1), zum anderen Personen zwischen 40 und 65 Jahren (Versichertengruppe 2)[114]. Zwischen diesen Versichertengruppen gibt es Unterschiede bei der Leistungsinanspruchnahme und bei der Beitragsberechnung und -Zahlung (Tabelle **2.2**).

c) Versicherungsträger

Träger der Pflege Versicherung sind Städte und Gemeinden. Für Versicherte ist die Stadt oder die Kommune des Wohnorts zuständig. Jeder Träger ist finanziell eigenständig. Eine Stadt oder eine Gemeinde kann die Geschäfte des Versicherungsträgers mit anderen Städten und Gemeinden zusammen führen.

d) Pflege- und Hilfsbedürftigkeit

Pflegebedürftige im Sinne der Pflege Versicherung sind Personen, die wegen einer physischen oder psychischen Behinderung für die Verrichtungen des alltäglichen

113 Vgl. Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Unterlagen über einen vorläufigen Entwurf der Pflegeversicherung vom 15.5.1996.

114 Sozialhilfeempfänger zwischen 40 und 65 Jahren sind nicht in die Versichertengruppe 2 einbezogen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Lebens ständig der Hilfe bedürfen. Hilfsbedürftige im Sinne der Pflege Versicherung sind Personen, die vor allem dazu der Hilfe bedürfen, die Pflegebedürftigkeit oder die Hindernisse für die Führung des alltäglichen Lebens, die eine physische oder psychische Behinderung verursacht, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Wenn die betroffene Person zwischen 40 und 65 Jahre alt ist, wird zusätzlich vorausgesetzt, dass ihre Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit durch eine der altersbedingten Krankheiten, die in einer Rechtsvorschrift aufgeführt sind[115], verursacht worden ist.

Städte und Gemeinden müssen durch eine Begutachtungskommission prüfen lassen, ob die Voraussetzungen der Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit vorliegt. Diese Begutachtung besteht aus zwei Arbeitsschritten. Zunächst wird der Antragssteller untersucht und ein Fragebogen über die physische und psychische Situation ausgefüllt[116]. Dann wird der ausgefüllte Fragebogen mit 79 Fragen[117] per Computer analysiert. Aufgrund dieses Ergebnisses und des Befundes seines Arztes stellt dann die Kommission die Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit und die Stufe der Pflege- oder Hilfsbedürftikeit fest. Pflege- und hilfsbedürftige Personen sind nach dem Zeitaufwand für die Pflege einer der fünf bzw. zwei Stufen (Tabelle 2.3) zuzuordnen. Dieser Zeitaufwand wird anhand der ersten Prüfung statistisch berechnet. Er entspricht nicht dem Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger für die Pflege normalerweise benötigt. Aus diesem Grund stimmen diese Stufen mit den deutschen Pflegestufen nicht überein. Sicher ist, dass zu den Leistungsberechtigten im Sinne der japanischen Pflegeversicherung Personen gehören, die in geringerem Maße als in der deutschen Pflegeversicherung der Hilfe bedürfen. Personen, die nur gelegentliche hauswirtschaftliche Versorgung benötigen, konnten nach dem GWÄ Leistungen erhalten. Das Pflegeversicherungsgesetz hat den Begriff der Hilfsbedürftigkeit so gefasst, dass diese Personen nach wie vor ihre Leistungen bekommen können.[118]

---

115 Diese Rechtsvorschrift sieht zur Zeit 15 Arten von Krankheiten (z.B. Schlaganfall, präsenile Demenz) vor.

116 Städte und Gemeinden können Personen mit dieser Untersuchung beauftragen, die eine Qualifikation für den Care Manager haben.

117 Von April 2000 bis März 2003 wurde der Fragebogen mit 85 Fragen für die Begutachtung verwandt. Dagegen wurde jedoch vorgebracht, dass beispielsweise die Pflegebedürftigkeit von dementen alten Menschen dadurch zu niedrig bewertet werde. Seit April 2003 wird deshalb der neue Fragebogen mit 79 Fragen verwandt.

118 Vgl. *Masuda M.,* Pflegeversicherungsgesetz (in japanischer Sprache), Tokio 2000, S. 46.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

e) Leistungen

Die Pflegeversicherung bietet Pflegebedürftigen verschiedene Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich an (Tabelle 2.4). Hilfsbedürftige können nur Leistungen im ambulanten Bereich erhalten, die darauf abzielen, die Pflegebedürftigkeit oder die Hindernisse für die Führung des alltäglichen Lebens, die eine physische oder psychische Behinderung verursacht, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. In Deutschland enthält der Leistungskatalog der Pflegeversicherung keine medizinische Leistung. Deshalb müssen Pflegebedürftige z.B. häusliche Krankenpflege und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Leistungsträgern des anderen Leistungsbereichs erhalten. In Japan gewährt die Pflegeversicherung nicht nur Pflegeleistungen, sondern auch medizinische Leistungen, die für die möglichst selbständige Lebensführung von Pflegebedürftigen notwendig sind. Dieser breitere Leistungskatalog ermöglicht, dass die Gewährung der pflegerischen und medizinischen Leistungen, die ein Pflegebedürftiger benötigt, durch das Care Management koordiniert wird.

Hinsichtlich der Leistungen gibt es noch einige Punkte, die im Vergleich zu Deutschland bemerkenswert sind.

aa) Pflegegeld

Das japanische Pflegeversicherungsgesetz sieht keine Gewährung von Pflegegeld vor. Bei der Einführung der Pflegeversicherung stand das Pflegegeld heftig zur Diskussion. Ein entsprechender Vorschlag stieß auf Widerstand, da es folgende Befürchtungen gab[119]: Durch Bargeldleistungen würden die pflegenden Personen, meistens Frauen, von der Pflege nicht entlastet und sogar an diese Aufgabe gefesselt. Die Qualität der Pflege, die von Familienangehörigen geleistet werde, könne nicht sichergestellt werden. Die Einführung des Pflegegeldes könne zu einem Ausgabenanstieg in der Pflegeversicherung führen. Der Vorschlag wurde hingegen von Seiten der Städte und Gemeinden befürwortet. Nach dem Ergebnis einer Umfrage wurde er von der Mehrheit unterstützt.[120] Aufgrund eines politischen Kompromisses wurde zuletzt entschieden, den Einsatz von Finanzmitteln für den Aufbau der pflegerischen Infrastruktur vorzuziehen.

---

119 Vgl. Der beratende Ausschuss für Gesundheit und Wohlfahrt älterer Menschen, Der letzte Bericht über den Aufbau einer Pflegeversicherung vom 22.4.1996.

120 Eine Umfrage, die im Jahr 1995 vom Amt des Premierministers durchgeführt worden ist, hat ergeben, dass 58 % der Befragten den Vorschlag für positiv hielten.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

bb) Stationäre Pflege

Zur Pflege im stationären Bereich stehen nicht nur Altenpflegeheime, sondern auch Nursing Homes und spezielle Betten in Krankenhäusern für Patienten, die einer langfristigen Behandlung bedürfen, oder für demente alte Menschen zur Verfügung. Altenpflegeheime sind Einrichtungen, in denen alte Pflegebedürftige untergebracht werden, die ständig gepflegt werden müssen und nicht häuslich gepflegt werden können. Nursing Homes sind Einrichtungen, die dazu dienen sollen, durch vorübergehenden Aufenthalt etwa nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus Pflege unter medizinischer Beobachtung und Rehabilitation mit dem Ziel einer Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Spezielle Betten in Krankenhäusern für eine langfristige Behandlung werden von Patienten belegt, die sich in einem stabilen Krankheitszustand befinden und noch ständiger medizinischer Überwachung bedürfen. Diese Überwachung ist notwendig, wenn sie beispielsweise katheterisiert sind. Spezielle Betten in Krankenhäusern für demente alte Menschen werden von denjenigen belegt, die ein psychisches Symptom und ein ungewöhnliches Verhalten sehr deutlich aufweisen.

Für einen Teil der Pflegebedürftigen ist es angebracht, sie in einem Nursing Home oder in einem Krankenhaus unterzubringen, wo sie nicht nur Pflegeleistungen, sondern auch medizinische Leistungen erhalten. Es war auch notwendig, dass eine geeignete Einrichtung in einem einheitlichen System nicht nach der Höhe der Selbstbeteiligung und dem Verfahren der Leistungsinanspruchnahme, sondern der physischen und psychischen Situation der Pflegebedürftigen gemäß gewählt wird. Aus diesem Grund sind in Japan diese Einrichtungen in den Anwendungsbereich des Pflegeversicherungsgesetzes einbezogen.

cc) Care Management

In Japan erhält ein Pflegebedürftiger manchmal nebeneinander verschiedene Leistungen von mehreren Leistungserbringern. Zum Beispiel erhält ein Pflegebedürftiger, der in seiner häuslichen Umgebung bleibt, häusliche Pflegehilfen (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung), häusliche Krankenpflege und Tagespflege von verschiedenen Leistungserbringern. Manchmal wurden Leistungen erbracht, die nicht sinnvoll aufeinander abgestimmt waren, so dass Pflegebedürtfige ihrer Situation entsprechende notwenige Leistungen nicht rechtzeitig erhalten konnten. Unter diesen Umständen konnten diese Leistungen nicht zu einer möglichst selbständigen Lebensführung der Pflegebedürftigen beitragen. Deshalb musste man bei der Einführung der Pflegeversicherung in Japan besonders darauf achten, ein System aufzubau-

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

en, das die Gewährung von verschiedenen Leistungen durch mehrere Leistungserbringer besser koordinieren kann. Aus diesem Grund ist das Care Management in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung in Japan einbezogen.

Das Care Management im ambulanten Bereich ist eine eigenständige Leistung, die von der Pflegeversicherung angeboten wird. Im Care Management erarbeitet der "Care Manager" einen Pflegeplan und koordiniert die Leistungserbringer, die sich an der Pflege eines Pflege- oder Hilfsbedürftigen beteiligen, um die Leistungserbringung nach dem Care Plan sicherzustellen. In einem Pflegeplan zur ambulanten Pflege werden die Art und der Inhalt der Leistungen, die der Leistungsempfänger in Anspruch nimmt, die Leistungserbringer und der Zeitplan der Leistungserbringung entsprechend der physischen und psychischen Situation des Leistungsempfängers, seinen Lebensumständen und den Wünschen von ihm und seinen Familienangehörigen festgelegt. Bei der Festlegung eines Pflegeplans findet ein Meinungsaustausch zwischen dem Care Manager und den zuständigen Mitarbeitern der Leistungserbringer, die sich an der Pflege des Pflege- oder Hilfsbedürftigen beteiligen, statt (Care Conference). Das Care Management besteht aus vier Arbeitsschritten:

Ermittlung des Bedarfs des Leistungsempfängers
- Festlegung des Pflegeplans
- Durchführung der Leistungserbringung (Koordination zwischen Leistungserbringern)
- Bewertung des Ergebnisses

Die Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen setzt in der Regel die Durchführung des Care Managements voraus. Pflegebedürftige können ambulante Leistungen erhalten, auch wenn sie die Leistung für das Care Management nicht in Anspruch genommen haben. In diesem Fall können sie die ambulanten Leistungen jedoch nicht als Sach- oder Dienstleistungen bekommen. Sie können sich aber nachher die Kosten für die Leistungen erstatten lassen.

In stationären Einrichtungen muss ein Pflegeplan für jeden Bewohner und Patienten festgelegt werden. In diesem Plan zur stationären Pflege werden z.B. der Inhalt der Leistungen, die die Einrichtung anbietet, und die dafür zuständigen Mitarbeiter festgelegt.

Jede stationäre Einrichtung muss Care Manager anstellen, um Pflegepläne zu erarbeiten. Leistungserbringer, die für die Leistung des Care Managements für Pflegebedürftige im ambulanten Bereich zuständig sind, müssen die jeweils nach der Zahl

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

der von ihnen zu betreuenden Klienten notwendigen Care Manager ansteHen^l-Solche Leistungserbringer sind in der Regel auch für das Angebot von anderen ambulanten Leistungen zuständig. Deshalb ist zu befürchten, dass Care Manager den Leistungserbringer, der sich an der Pflege nach einem Pflegeplan beteiligt, nicht neutral vorschlagen können.

Wer in einer stationären Einrichtung oder bei einem solchen Leistungserbringer als Care Manager arbeiten möchte, muss vorher ein Examen bestehen und eine Ausbildung haben, die die Präfekturen durchführen. Diejenigen, die ins Examen gehen können, sind z.B. Ärzte, Apotheker, Krankenpfleger, qualifizierte Sozialarbeiter und Altenpfleger, die 5 Jahre in ihrem Fachgebiet tätig gewesen sind.

Für die Leistung des Care Managements für Hilfsbedürftige sind „die Zentren für umfassende Hilfe“ zuständig. In diesen Zentren arbeiten z.B. qualifizierte Sozialarbeiter und „Public Health Nurses[44] als Care Manager.

dd) Rehabilitation

Die Pflegeversicherung gewährt Pflege- und Hilfsbedürftigen Leistungen zur häuslichen und zur ambulanten Rehabilitation. Die häusliche Rehabilitation und die ambulante Rehabilitation im Sinne der Pflegeversicherung sind die Physiotherapie, die Beschäftigungstherapie und andere Rehabilitationsmaßnahmen, die aufgrund der Verordnung eines Arztes mit dem Ziel durchgeführt werden, die physische und psychische Funktion der Pflegedürftigen zu erhalten und zurück zu gewinnen und ihre selbständige Lebensführung zu unterstützen oder die Hindernisse für die Führung des alltäglichen Leben, die eine physische oder psychische Behinderung verursacht, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Pflege- und Hilfsbedürftige können die häusliche Rehabilitation in ihrem Wohnbereich und die ambulante Rehabilitation in einer dafür zugelassenen Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Nursing Home) erhalten. Diese Leistungen werden Pflege- und Hilfsbedürftigen, die in einem stabilen Krankheitszustand sind, gewährt, während die Leistungen zur Rehabilitation in der Krankenversicherung Patienten, die in einem akuten Krankheitszustand oder auf dem Weg der Genesung sind, gewährt werden.

ee) Beziehung zur Leistung der Krankenversicherung

Pflege- und Hilfsbedürftige können nach dem Pflegeversicherungsgesetz nicht nur pflegerische Leistungen sondern auch bestimmte medizinische Leistungen erhal-

121 Nach der vom Gesundheitsminister bestimmten Aufforderung darf ein Care Manager 35 Pflegebedürftige betreuen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ten. Diese medizinischen Leistungen haben Vorrang vor den medizinischen Leistungen der Krankenversicherung und denjenigen nach dem GGÄ.

Pflege- und Hilfsbedürftige, die in ihrer häuslichen Umgebung leben, können die folgenden medizinischen Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten:

- medizinische Beratung und Beobachtung
- häusliche Krankenpflege
- häusliche Rehabilitation
- ambulante Rehabilitation
- Kurzzeitpflege in einem Nursing Home oder einem Krankenhaus.

Solche Personen können darüber hinausgehende medizinische Leistungen (z.B. ärztliche Versorgung, Versorgung mit Arzneimittel) von der Krankenversicherung oder nach dem GGÄ erhalten.

Bewohner von Altenpflegeheimen erhalten eine Krankenbehandlung der Krankenversicherung oder nach dem GGÄ von einem niedergelassenen Arzt oder in einem Krankenhaus. Pflegebedürftige, die in einem Nursing Home untergebracht sind oder ein spezielles Bett in Krankenhäusern belegen, können Leistungen für eine medizinische Beratung und eine Beobachtung, eine Behandlung von chronischen Krankheiten und eine Rehabilitation von der Pflegeversicherung erhalten. Wenn sie eine Behandlung von akuten Krankheiten benötigen, erhalten sie notwendige medizinische Leistungen von der Krankenversicherung oder nach dem GGÄ in einer dafür zuständigen Einrichtung oder Abteilung.

j) Selbstbeteiligung

Pflege- und Hilfsbedürftige erhalten diese Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistung. Dabei müssen sie 10 % der Kosten für die Leistungen (exkl. Leistung zum Care Management im ambulanten Bereich) als Selbstbeteiligung tragen. Es gibt eine Obergrenze der Selbstbeteiligung.[122] Es ist zu erwarten, dass die Selbstbeteiligung dazu beiträgt, die Belastungsgerechtigkeit zwischen den Versicherten, die Leistungen in Anspruch genommen haben und denen, die das nicht getan haben, zu verwirklichen und einen Anreiz zur geeigneten Leistungsinanspruchnahme zu geben.[123]

Die Pflegeversicherung trägt die Kosten der ambulanten Leistungen je nach der Pflegestufe bis zu einem bestimmten Gesamtwert (Tabelle 2.3). Diese Obergrenze

---

122 Sie beträgt 37.200 Yen (ca. 270 Euro) pro Monat für einen Haushalt; (1 Euro = 140 Yen). Für Haushalte mit niedrigerem Einkommen gelten niedrigere Obergrenzen.

123 Vgl. *Masuda* M (Fn. 118), S. 64.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

gilt nicht für die Kosten jeder einzelnen Leistung, sondern für die Gesamtkosten aller Leistungen im ambulanten Bereich.[124] Überschreiten die Kosten diese Obergrenze, muss der Leistungsempfänger die Kostendifferenz selbst tragen.

Das japanische Pflege Versicherungsgesetz (§2 Abs. 3) sieht vor, dass Inhalt und Niveau der Leistungen so festgelegt werden, dass Pflegebedürftige möglichst lange je nach Fähigkeit ein selbständiges Leben in ihrer häuslichen Umgebung führen können. Bei der Festlegung der Obergrenze für ambulante Leistungen wurden typische Modelle der Leistungsinanspruchnahme, die unter der jeweiligen Obergrenze je Pflegestufe möglich ist, gebildet und es wurde geprüft, ob den Pflegebedürftigen damit eine geeignete Pflege gewährleistet werden kann.[125]

Keine Obergrenze ist für stationäre Leistungen vorgesehen. Aber bei stationärer Pflege muss die pflegebedürftige Person zusätzlich zu der 10 %igen Selbstbeteiligung die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung[126] übernehmen. Diese Kostentragung bei der stationären Pflege ist darauf zurückzuführen, dass auch vor der Einführung der Pflegeversicherung Städte und Gemeinden die stationären Pflegeleistungen nach dem GWÄ und dem GGÄ gewährten und Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen nur einen Teil der Kosten dafür selbst zu tragen hatten.

g) Beziehung zur Sozialhilfe

Sozialhilfeempfänger ab 65 Jahren sind in der Pflegeversicherung versichert. Deshalb können sie im Pflegefall Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Wenn sie die Selbstbeteiligung der Pflege Versicherung nicht selbst tragen können, trägt sie

---

124 Abweichend davon gilt für die Kosten bestimmter Leistungen eine einzelne Obergrenze. Die Obergrenze der Leistungskosten beträgt bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln 90.000 Yen (ca. 640 Euro) pro Jahr und bei den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnfeldes 180.000 Yen (ca. 1.290 Euro) pro Wohnung.

125 Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Leistungen den Pflegebedarf immer hinreichend decken können, der nach der Situation jedes Pflegebedürftigen entsteht. In Fällen der Pflege schwer behinderter Personen könnte es sein, dass sie mehr Leistungen brauchen. Vgl. *Tsutsumi S.*, Soziale Sicherheit - ihre Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (in japanischer Sprache), Tokio 2000, S. 161 ff.

126 Die Höhe dieser Kosten wird zwischen den Bewohnern und dem Träger der Einrichtung vereinbart. Nach einer Schätzung des Ministeriums werden die Kosten für die Unterkunft monatlich ca. 60.000 Yen (ca. 430 Euro) bei einem Einzelzimmer und ca. 10.000 Yen (ca. 70 Euro) bei einem Mehrbettzimmer und die für die Verpflegung monatlich ca. 42.000 Yen (ca. 300 Euro) betragen. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Übersicht über die Reform des Pflegeversicherungssystems (in japanischer Sprache), Tokio 2006, S. 12 ff. Die Pflegebedürftigen mit niedrigeren Einkommen tragen die Kosten bis zu einem bestimmtem Betrag. Wenn die Kosten diese Obergrenze überschreiten, trägt die Pflegeversicherung die Mehrkosten.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Leistungsträger der Sozialhilfe als Hilfe zur Pflege. Nicht in der Krankenversicherung versicherte Sozialhilfeempfänger zwischen 40 und 65 Jahren sind auch in der Pflegeversicherung nicht versichert. Deshalb wird ihnen im Pflegefall Hilfe zu Pflege, die den Leistungen der Pflegeversicherung entspricht, gewährt.

Versicherte, die nicht mindestens hilfsbedürftig oder schwer pflegebedürftig sind, aber zusätzlicher Leistungen bedürfen, müssen die Kosten der nicht von der Pflegeversicherung gewährten Leistungen selbst tragen. In Deutschland hingegen können Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen mindestens der Pflegestufe 1 nicht erfüllen können oder die diese Voraussetzungen erfüllen, aber zusätzlicher Leistungen bedürfen, Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten. Dieser Unterschied ist darauf zurück zu führen, dass in der japanischen Pflegeversicherung ein viel weiterer Personenkreis, zu dem auch Personen mit geringerer Pflegebedürftigkeit gehören, höhere Leistungen als in der deutschen Pflegeversicherung erhalten kann.

h) Leistungserbringer

Versicherte erhalten die Leistungen in der Regel als Sach- und Dienstleistungen, die durch vom Gouverneur einer Präfektur[127] zugelassene Pflegedienste und Einrichtungen erbracht werden. Diese Zulassung setzt voraus, dass der Pflegedienst oder die Einrichtung die personellen, räumlichen und betrieblichen Anforderungen erfüllt, die der Gesundheitsminister bestimmt hat. Gewerbliche Körperschaften wie Aktiengesellschaften dürfen nach dem geltenden Gesetz stationäre Einrichtungen nicht betreiben, weil zu befürchten ist, dass sie ihre Gewinne über die Leistungsqualität stellen.

i) Pflegevergütung

Der Maßstab der Pflegevergütung wird vom Gesundheitsminister bestimmt. Der Minister ist gesetzlich verpflichtet, die Meinung des beratenden Ausschusses für die Pflegeversicherung vorher einzuholen.[128] Zu den Mitgliedern dieses Ausschusses gehören Vertreter von Leistungserbringern und von Trägern der Pflegeversicherung. Dadurch können die Meinungsunterschiede zwischen den beiden Seiten ausgegli-

127 Pflegediensten und Einrichtungen, die hauptsächlich den Einwohnern in ihrer nahen Umgebung Leistungen erbringen, wird diese Zulassung vom Bürgermeister einer Stadt oder Vorsteher einer Gemeinde erteilt.

128 Z.B. § 40 Abs. 5 Pflegeversicherungsgesetz.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

chen werden. Die Bewertungsrelationen der Leistungen sind einheitlich, doch die Punkte werte werden von Region zu Region differenziert festgelegt. Tabelle 2.5 zeigt einige Beispiele für diese Vergütungen, anhand derer man die Höhe der Selbstbeteiligung errechnen kann. Ein Pflegebedürftiger der Stufe 5 in diesem Pflegeheim soll monatlich 28.230 Yen (ca. 200 Euro) als Selbstbeteiligung und die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung tragen. Nach einer Schätzung des Gesundheitsministeriums betragen sie monatlich insgesamt ca. 80.000 Yen (ca. 570 Euro).[129] Dieser Betrag ist wesentlich niedriger als der Selbstkostenbeitrag in Deutschland.

k) Finanzierung

Die Kosten der Pflegeversicherung werden durch das Umlageverfahren finanziert. Abbildung 2.1 zeigt das Finanzierungssystem der japanischen Pflegeversicherung. Die Leistungskosten für die Pflegeversicherung werden durch Beiträge und öffentliche Zuschüsse je zur Hälfte gedeckt. Der Staat trägt 25 %[130], die Präfekturen tragen 12,5 % und die Städte und Gemeinden tragen 12,5 % der entstehenden Kosten.[131] Diese öffentlichen Zuschüsse werden damit begründet, dass der Staat, die Präfekturen sowie die Städte und Gemeinden verantwortlich für die Sicherstellung der Pflegeleistungen sind und das Beitragsniveau ohne öffentliche Zuschüsse zu hoch würde.[132]

31 % der Kosten werden durch Umlagen der Krankenversicherungsträger getragen. Der einzelne Krankenversicherungsträger leistet seine Umlage nach Maßgabe der Zahl seiner Versicherten zwischen 40 und 65 Jahren. Diese Versicherten zahlen zusätzlich zum Krankenversicherungsbeitrag einen Beitrag zur Pflegeversicherung, der auf die gleiche Weise wie der Krankenversicherungsbeitrag berechnet wird. Die Beitragshöhe hängt nicht davon ab, ob der Versicherte seine Kinder erzieht. Weil es einen Unterschied in der jeweiligen Einkommenshöhe der Mitglieder der verschiedenen Krankenversicherungsträger gibt, ist dieser Beitragssatz je nach Krankenversicherungsträger unterschiedlich hoch. Die Beiträge für die Pflegeversicherung werden bei Versicherten der AKV von den Versicherten und den Arbeitgebern je zur

129 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 126), S. 11.

130 Ein Fünftel des Staatszuschusses wird z.B. nach dem Anteil der Versicherten ab 75 Jahren und der Einkommenslage der Versicherten der Versichertengruppe 1 an Städte und Gemeinden verteilt.

131 Es ist vorgesehen, dass ab dem Finanzjahr 2006 neue Prozentsätze für die Kosten der stationären Leistungen gelten. Demnach würden der Staat 20 %, die Präfekturen 17,5 % und die Städte und Gemeinden 12,5 % der entstehenden Kosten für die stationären Leistungen tragen.

132 Vgl. *Masuda M.* (Fn. 118), S. 78.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Hälfte getragen. Bei Versicherten der VKV werden die Beiträge für die Pflege Versicherung von den Versicherten allein gezahlt.[133] Personen zwischen 40 und 65 Jahren, die in der Arbeitnehmerkrankenversicherung familienversichert sind, müssen keine Beiträge zur Pflegeversicherung zahlen, obwohl sie in der Pflegeversicherung pflichtversichert sind.

Für 19 % der entstehenden Kosten zieht die Stadt oder die Gemeinde als Versicherungsträger Versicherungsbeiträge der Versicherten ab 65 Jahren ein. Die Höhe dieser Beiträge ist einkommensabhängig gestaffelt.[134] Versicherte ab 65 Jahren müssen diese Beiträge zahlen, auch wenn sie von ihrem Ehegatten unterhalten werden. Die Standardbeitragshöhe ist alle drei Jahre neu festzusetzen. Sie unterscheidet sich von Versicherungsträger zu Versicherungsträger, da sie von der Höhe der Leistungsausgaben pro Versichertem in jeder Stadt oder jeder Gemeinde abhängt. Diese Leistungsausgaben werden vom in jeder Region zur Verfügung stehenden Leistungsangebot, d.h. vom Bestand an Pflegediensten und stationären Einrichtungen beeinflusst. Durch dieses Finanzierungssystem hat der Ausbau der pflegerischen Versorgung die Konsequenz, den Beitrag der Versicherten ab 65 Jahren in der Stadt oder der Gemeinde zu erhöhen.

Das Verhältnis von 31 % zu 19 % entspricht dem Zahlenverhältnis der Versicherten zwischen 40 und 65 Jahren zu Versicherten ab 65 Jahren in ganz Japan. Es wird sich mit dem Wandel der Bevölkerungsstruktur ändern. In diesem System wird der Anteil der Kosten, die die Versicherten ab 65 Jahren tragen, im Einklang mit dem Zahlenverhältnis der Versicherten ab 65 Jahren zu dem der Versicherten zwischen 40 und 65 Jahren steigen. Die Steigerung der Beiträge der Versicherten zwischen 40 und 65 Jahren, die der demografische Wandel mit sich bringt, kann dadurch gedämpft werden. Eine Stadt oder eine Gemeinde, in der der Anteil der Versicherten ab 65 Jahren überdurchschnittlich ist, kann sich auch 31 % ihrer Leistungskosten durch Umlagen der Krankenversicherungsträger erstatten lassen. Die höhere Beitragsbelastung der Versicherten ab 65 Jahren in einer solchen Stadt oder einer solchen Gemeinde kann auch dadurch ausgeglichen werden.

Der Staat und die Präfekturen leisten Zuschüsse aus Steuermitteln für die Investitionskosten von zugelassenen Pflegeheimen und Nursing Homes.

---

133 Abweichend davon können AKK nach der Satzung den Arbeitgeberanteil der Beiträge erhöhen.

134 Die Beitragshöhe entspricht jeweils dem 0,5fachen, 0,75fachen, l,0fachen, l,25fachen und 1,5fachen der Standardbeitragshöhe.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

3. Situation der Pflegeversicherung

a) Pflegebedürftige

Ende März 2005 gab es 4,09 Mio. Pflegebedürftige (inkl. Hilfsbedürftige) nach den Maßstäben des Pflegeversicherungsgesetzes[135]. Darunter waren 3,94 Mio. Pflegebedürftige 65 Jahre und älter. Der Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten ab 65 Jahren ist gestiegen und betrug Ende März 2005 15,7 %.[136] Im Vergleich zu Deutschland lässt sich feststellen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe ab 65 Jahren in Japan viel größer ist. Ursächlich ist für dieses Ergebnis der Unterschied der Maßstäbe für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit.

b) Inanspruchnahme der Leistungen

Im Finanzjahr 2004 erhielten 2,40 Mio. Pflegebedürftige ambulante Leistungen und 0,76 Mio. Pflegebedürftige stationäre Leistungen in der Pflegeversicherung. Das heißt zugleich, dass viele Pflegebedürftige keine Leistungen erhielten. Zu diesem Personenkreis gehören zum einen Personen, die wegen schwerer Krankheit in Krankenhäusern behandelt werden, zum anderen Personen, die noch von ihren Familienangehörigen betreut werden.

Abbildung 2.2 zeigt die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger. Die Zahl der Empfänger ambulanter Leistungen ist seit fünf Jahren deutlich gestiegen. Ebenfalls ist der Anteil der Ausgaben für ambulante Leistungen an den Gesamtleistungsausgaben von 34 % im Finanzjahr 2000 auf 49 % im Finanzjahr 2004 gestiegen. Diese Entwicklung zeigt, dass die große Mehrheit der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich deutlich höhere Leistungen als früher erhält. Im stationären Bereich hatte die Inanspruchnahme von Leistungen mangels hinreichenden Angebots auch nach der Einführung der Pflegeversicherung einen geringeren Zuwachs.

Die durchschnittlichen Ausgaben für ambulante Leistungen je Empfänger beliefen sich im Finanzjahr 2004 auf 93.960 Yen (ca. 670 Euro) pro Monat. Im März 2005 betrug das Verhältnis der durchschnittlichen Leistungsausgaben zur Leistungsobergrenze in jeder Pflegestufe zwischen 37 % und 54 %. Es wird kritisiert, dass die

---

135 Die Daten in diesem Abschnitt beruhen auf den Berichten über die Pflegeversicherung, die Leistungsausgaben sowie die Pflegedienste und Einrichtungen, die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt veröffentlichte.

136 Das Ergebnis der Begutachtung zeigte einen großen Unterschied zwischen den Präfekturen. Die Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Wert betrug über 8 Prozentpunkte.

https://doi.org/10.5771/9783845201689-62, am 12.10.2024, 09:48:14
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb