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

39

Katsuaki Matsumoto

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

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

Nomos

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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

Band 39

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Katsuaki Matsumoto

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

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

Nomos

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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

ISBN 978-3-8329-2744-8

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

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Vorwort

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

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

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

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

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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

II. Die Wohlfahrtsstaaten stehen derzeit vor großen Herausforderungen.

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

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

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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

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

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

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

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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

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

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

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

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

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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

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

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

München, im Dezember 2006 UlrichBecker

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

10

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Danksagung

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

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

Schließlich habe ich meiner Familie für ihren Rückhalt zu danken.

Tokio, im Dezember 2006 KatsuakiMatsumoto

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 19
I. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung 19
1. Entwicklung der sozialen Sicherheit 19
2. Demografischer Wandel 19
3. Veränderung der Haushaltsstruktur und Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit 20
4. Stagnation der Wirtschaft 21
5. Steigerung der Ausgaben und Belastungen 22
6. Knappheit bei den öffentlichen Kassen 23
7. Veränderung der Erwerbstätigkeit 23
8. Einkommenssituation 24
II. Vergleich 24

Teil 1: Die gesetzliche Krankenversicherung 27
I. Hintergrund 27
1. Geltendes System 27
a) Versichertenkreis 28
b) Versicherungsträger 29
c) Leistungen 29
aa) Grundsätze 29
bb) Leistungsarten 30
cc) Umfang der Krankenbehandlung 31
dd) Leistung für alte Versicherte 32
d) Selbstbeteiligung 32
e) Beziehung der Krankenversicherungsträger zu den Leistungserbringern 33
f) Finanzierung 34
2. Herausforderungen 35
II. Reformmaßnahmen 37
1. Erhöhung der Selbstbeteiligung 37
a) Bisherige Entwicklung 37
aa) Senkung der Selbstbeteiligung (bis 1981) 37
bb) Erhöhung der Selbstbeteiligung (ab 1982) 38
(1) Wiedereinführung der Selbstbeteiligung für alte Versicherte 38
(2) Erhöhung der Selbstbeteiligung für die Mitglieder der AKV 38
cc) Erhöhung der Selbstbeteiligung in den letzten Jahren (ab 1997) 39
b) Auswirkung und Aufgaben 40

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

2. Änderung der Vergütungsmaßstäbe 42
a) Abschaffung des Fehlanreizes 42
b) Begrenzung der Preiserhöhung 44
c) Herabsetzung des Erstattungspreises für Arzneimittel 45
3. Förderung der sachgerechten Rollenverteilung zwischen den Leistungserbringern 46
a) Problem des geltenden Systems 46
b) Maßnahme 48
aa) Rollenverteilung zwischen den Leistungserbringern 48
bb) Rollenverteilung innerhalb der Krankenhäuser 49
4. Änderung des finanziellen Ausgleichssystems 50
a) Notwendigkeit des Ausgleichs 50
b) Ausgleichssystem 51
c) Problem 53
d) Reformvorhaben 54
5. Organisationsreform der Versicherungsträger 5 5

III. Schlussbemerkung 56

Teil 2: Die gesetzliche Pflegeversicherung 59

I. Hintergrund 59
1. Notwendigkeit der Pflege Versicherung 59
2. Geltendes System 62
a) Abgesichertes Risiko 62
b) Versicherter Personenkreis 63
c) Versicherungsträger 63
d) Pflege- und Hilfsbedürftigkeit 63
e) Leistungen 65
aa) Pflegegeld 65
bb) Stationäre Pflege 66
cc) Care Management 66
dd) Rehabilitation 68
ee) Beziehung zur Leistung der Krankenversicherung 68
f) Selbstbeteiligung 69
g) Beziehung zur Sozialhilfe 70
h) Leistungserbringer 71
i) Pflegevergütung 71
k) Finanzierung 72
3. Situation der Pflege Versicherung 74
a) Pflegebedürftige 74
b) Inanspruchnahme der Leistungen 74
c) Leistungserbringer 75

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

aa) Pflegedienste 75
bb) Stationäre Einrichtungen 75
d) Pflegevergütung 75
e) Finanzielle Situation der Pflege Versicherung 76

II. Reformmaßnahmen 76
1. Förderung der Prävention 77
2. Änderung der stationären Leistung 79
3. Verbesserung der pflegerischen Versorgung 80
4. Verbesserung des Care Managements 81
5. Veröffentlichung von Information und Regulierung der Leistungserbringer 82
6. Erweiterung des Versichertenkreises 82

III. Schlussbemerkung 84

Teil 3: Die gesetzliche Rentenversicherung 87
I. Hintergrund 87
1. Geltendes System 87
a) Versichertenkreis 88
b) Versicherungsträger 89
c) Anspruchsvoraussetzungen 89
aa) Altersrente 89
bb) Invaliditätsrente 90
cc) Hinterbliebenenrente 90
d) Rentenhöhe 91
aa) Altersrente 91
(1)VRV 91
(2) ARV 92
bb) Invaliditätsrente 92
(1) VRV 92
(2) ARV 93
cc) Hinterbliebenenrente 93
(1) VRV 93
(2) ARV 93
e) Anpassung 93
f) Finanzierung 93
g) Finanzierungsverfahren 95
2. Herausforderungen 96

II. Reformmaßnahmen 97
1. Senkung des Rentenniveaus 97
a) Beziehung zwischen Rentenleistungen und Beitragsbelastungen 97

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

b) Einführung der Ausgleichsrate 98
c) Mindestgrenze des Rentenniveaus 98
2. Anhebung der Altersgrenze 100
a) Hintergrund 100
b) Anhebung (ab 1994) 100
c) Künftige Aufgabe 102
3. Erhöhung der Staatszuschüsse 102
4. Änderung der Rentenanpassung 104
5. Anrechnung des Arbeitsentgelts auf Renten 105
a) Arbeitnehmer ab 65 Jahren 105
b)Arbeitnehmer zwischen 60 und 65 Jahren 105
6. Verwendung des Kapitalvermögens 106

III. Schlussbemerkung 106

IV. Exkurs: Renten für Frauen 107
1. Hintergrund 108
2. Reformmaßnahmen 109
a) Renten für Hausfrauen 109
aa) Einführung der Basissicherung 109
bb) Probleme 111
b) Berücksichtigung der Kindererziehung 112
aa) Bisherige Entwicklung 112
bb) Begründung 113
c) Versicherungspflicht der Teilzeitbeschäftigten 114
aa) Problem 114
bb) Reformvorschlag 115
d) Reform der Hinterbliebenenrente 115
aa) Bisherige Entwicklung 115
(1) Rentenreform 1985 115
(2) Rentenreform 1994 116
(3) Rentenreform 2004 116
bb) Unterschied 116
e) Rentensplitting bei der Ehescheidung 117
aa) Einführung des Rentensplittings 117
bb) Unterschied 118
3. Schlussbemerkung 119

Teil 4: Private Kranken- und Pflegeversicherung 121
I. Krankenversicherung 121
1. Rolle der privaten Krankenversicherung 121
2. Situation der privaten Krankenversicherung 122
3. Aussicht 123

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

II. Pflegeversicherung 125
1. Rolle der privaten Pflegeversicherung 125
2. Situation der privaten Pflegeversicherung 126
3. Aussicht 128

III. Schlussbemerkung 128

Teil 5: Betriebliche und private Altersversorgung 131
I. Leistungsbezogene Altersvorsorge 131
1. Betriebliche Altersvorsorge 131
a) Bisheriges System 131
aa) Arbeitnehmerrentenfonds 132
bb) Zertifizierte Altersvorsorge 133
b) Situation 134
c) Reform 135
2. Volksrentenfonds 136

II. Beitragsbezogene Altersvorsorge 138
1. Betrieblicher Typ 138
2. Individueller Typ 140

III. Andere private Rente 141

IV. Schlussbemerkung 142

Zusammenfassung der Ergebnisse 145
I. Gleichbehandlung 145
1. Versichertenkreis 146
2. Entscheidungssystem 146
3. Leistungskatalog 146
II. Sozialer Ausgleich 147
III. Subsidiarität solidarischer Hilfe 147
IV. Ergänzende Rolle der privaten Versicherung 148

Anhang: Abbildungen und Tabellen 149

Literaturverzeichnis 169

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Einleitung

I. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung

1. Entwicklung der sozialen Sicherheit

Das System der sozialen Sicherheit in Japan ist vor allem nach dem Ende des 2. Weltkriegs unter der neuen Verfassung, die das Recht der Bevölkerung auf gesundheitliche und kulturelle Mindestlebensstandards und die Pflicht des Staates, die soziale Sicherheit zu fördern, vorsieht, und mit der wirtschaftlichen Entwicklung ausgebaut worden. Heutzutage hat Japan ein umfangreiches System der sozialen Sicherheit, das die Bevölkerung vor den großen Risiken im Leben schützen kann. Es ist unentbehrlich dafür, der Bevölkerung ein sicheres Leben zu gewährleisten.

In diesem sozialen Sicherheitssystem spielen die vier Säulen der Sozialversicherung - Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung - seit langem eine zentrale Rolle. Im Jahr 2000 ist, als „fünfte Säule", die Pflegeversicherung in Kraft getreten.

Seit Jahren ist eine strukturelle Reform des sozialen Sicherheitssystems auch in Japan eines der wichtigsten politischen Themen. Der Reformdruck resultiert aus verschiedenen Faktoren, die die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung mit sich gebracht hat.

2. *Demografischer Wandel*

In dieser Entwicklung ist der Wandel der Bevölkerungsstruktur, der durch eine sinkende Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung ausgelöst wird, von größter Bedeutung. Japaner haben weltweit die höchste Lebenserwartung. Sie betrug im Jahr 2004 78,64 Jahre für Männer und 85,59 Jahre für Frauen[1]. Die zusammengefasste Geburtenziffer je Frau ist seit 30 Jahren unter 2,0 und betrug im Jahr 2004 1,29.[2] Demzufolge wird voraussichtlich rd. ein Drittel der japanischen Bevölkerung im Jahr 2040 über 65 Jahre alt sein[3]. Vor allem der Anteil der Personen ab 75 Jahren

---

1 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Sterbetafel 2004.

2 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Bevölkerungsbewegungsstatistik.

3 Vgl. National Institute of Population and Social Security Research, Population Projections for Japan: 2001-2100.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

wird deutlich steigen.[4] Bemerkenswert ist, dass die Überalterung der japanischen Bevölkerung sehr schnell verläuft. In Japan stieg innerhalb von 24 Jahren der Anteil der Personen ab 65 Jahren von 7 % auf 14 %.[5] Das bedeutet, dass es nicht ausreichend Zeit dafür gibt, das System der sozialen Sicherheit an diesen demografischen Wandel anzupassen.

Diese Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung wirkt sich stark auf die Ausgaben für die soziale Sicherheit aus. In der Kranken- und Pflegeversicherung zählen alte Menschen überproportional häufig zu Leistungsempfängern. Die durchschnittlichen medizinischen Ausgaben für eine Person ab 70 Jahren sind viermal so hoch wie die für eine Person unter 70 Jahren.[6] Der Anteil der Pflegebedürftigen steigt sehr deutlich mit dem Alter. Während der Anteil von pflegebedürftigen Personen zwischen 65 und 75 Jahren ca. 5 % beträgt, beläuft sich der von Personen ab 75 Jahren auf ca. 30 *%?* In der Rentenversicherung stellt sich dieser demografische Wandel als eine Zunahme der Rentenempfänger im Verhältnis zu den Beitragszahlem und eine Verlängerung der Rentenbezugsdauer dar. Das Verhältnis der Personen zwischen 20 und 65 Jahren zu den Personen ab 65 Jahren wird voraussichtlich von 3,6 im Jahr 2000 auf 1,9 im Jahr 2025 abnehmen. Die Lebenserwartung für die Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, wird im gleichen Zeitraum für Männer von 17,5 Jahren auf 18,9 Jahre und für Frauen von 22,4 Jahren auf 24,8 Jahre steigen.[8]

3. Veränderung der Haushaltsstruktur und Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit

Mit der Überalterung der Bevölkerung hat die Zahl von Haushalten mit alten Menschen zugenommen. Im Jahr 2003 waren 38 % aller Haushalte in Japan Haushalte mit alten Menschen ab 65 Jahren. 48 % dieser Haushalte bestanden lediglich

---

4 Es wird prognostiziert, dass der Anteil der Personen ab 75 Jahren von 7,1 % im Jahr 2000 auf 21,5 % im Jahr 2050 steigen wird.

5 Im Vergleich dazu dauert dieser Anstieg in Deutschland 40 Jahre, in Schweden 85 Jahre und in Frankreich 115 Jahre. Vgl. United Nations, World Population Prospects 2000.

6 Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt betrugen die durchschnittlichen medizinischen Ausgaben für eine Person ab 70 Jahren und die für eine Person unter 70 Jahren im Finanzjahr 2002 jährlich 732.500 Yen (ca. 5.230 Euro) bzw. 172.800 Yen (ca. 1.230 Euro). (1 Euro = 140 Yen).

7 Dieser Anteil wurde nach Angaben des Jahresberichts über die Lage der Pflegeversicherung (2004), die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt veröffentlichte, ausgerechnet.

8 Vgl. National Institute of Population and Social Security Research (Fn. 3).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

aus einer Person oder einem Ehepaar. Andererseits hat der Anteil von Haushalten, die drei Generationen umfassen, an allen Haushalten von 19,2 % im Jahr 1966 auf 10,4 % im Jahr 2003 abgenommen.[9] Die Ursache dafür liegt in der Verlängerung der Lebensdauer und in der Zunahme der Personen, die im Alter unabhängig von ihren Kindern leben wollen.

Zudem hat sich die Erwerbstätigkeit von Frauen, vor allem als Beschäftigte, erweitert. Die Heirat, die Entbindung und die Kindererziehung beeinflussen nach wie vor die Erwerbstätigkeit von Frauen. Während die Quote von weiblichen Erwerbstätigen[10] zwischen 25 und 30 Jahren im Jahr 2005 ca. 75 % betrug, lag die von weiblichen Erwerbstätigen zwischen 30 und 35 Jahren bei 63 %. Die Zahl von Frauen, die auch nach Heirat und Entbindung ihre Erwerbstätigkeit fortsetzten, ist jedoch langsam gestiegen.[11]

Durch diese Entwicklung ist es schwerer geworden, dass pflegebedürftige ältere Menschen und Kinder von ihren Familienangehörigen betreut und erzogen werden. Diese Entwicklung vergrößert deshalb den Bedarf nach Sozialleistungen. Dadurch ist es auch notwendig geworden, das soziale Sicherungssystem unter der Voraussetzung zu reformieren, dass Frauen nach der Heirat und der Entbindung weiter erwerbstätig sind.

4. Stagnation der Wirtschaft

Auf der anderen Seite verharrt wegen der Stagnation der Wirtschaft und der Zunahme der Zahl der Arbeitslosen nach dem Ende der sog. „Bubble Economy" Anfang der 90er Jahre das Wirtschaftswachstum auf einem niedrigeren Niveau. Während die durchschnittliche Wirtschaftswachstumsrate in den 70 er und 80er Jahren 5,0 % bzw. 3,8 % betrug, betrug sie in den 90er Jahren 1,6 %.[12] Die Arbeitslosenquote ist von 3,2 % im Jahr 1995 auf 4,4 % im Jahr 2005 gestiegen.[13]

---

9 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Grunduntersuchung über das Leben der Bevölkerung.

10 Arbeitslose eingeschlossen.

11 Vgl. Ministerium für Innere Angelegenheiten und Kommunikation, Jahresbericht einer Untersuchung über Arbeitskräfte.

12 Vgl. Kabinettamt, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung.

13 Vgl. Ministerium für Innere Angelegenheiten und Kommunikation (Fn. 11).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

5. *Steigerung der Ausgaben und Belastungen*

Vor diesem Hintergrund ist das Verhältnis der gesamten Sozialausgaben zum Nationaleinkommen von 13,6 % im Finanzjahr[14] 1990 auf 22,9 % im Finanzjahr 2003 gestiegen.[15] Dieses Verhältnis ist gegenwärtig noch niedriger als vergleichsweise in Deutschland.[16] Im geltenden System wird das Verhältnis jedoch weiter steigen und voraussichtlich im Finanzjahr 2025 29 % erreichen. Mit diesem Wachstum der Leistungsausgaben wird das Verhältnis der Summe der Sozial Versicherungsbeiträge zum Nationaleinkommen sich auch von 14 % im Finanzjahr 2004 auf 18 % im Finanzjahr 2025 erhöhen.[17] Dieser Ausgabenzuwachs droht zu einer unzumutbaren Belastung der Bevölkerung zu führen, vor allem für die erwerbstätige Generation. Japanische Unternehmer, die mit Unternehmern in den Nachbarländern im harten internationalen Wettbewerb stehen, fordern zur Entlastung der Sozialversicherungsbeiträge auf.[18]

In dieser Situation machen sich die meisten Bürger Sorgen um die Zukunft des Systems der sozialen Sicherheit. Nach dem Ergebnis einer Umfrage hatten ca. 90 % der Befragten solche Sorgen und wiesen auf folgende Punkte als Hauptgrund dafür hin[19]: Es ist nicht sicher, ob man entsprechende Leistungen in Zukunft erhalten kann, obwohl man Sozial Versicherungsbeiträge entrichtet. Die Belastung durch Steuern und Sozialversicherungs- beiträge wird immer schwerer. Das Leistungsniveau in der gesetzlichen Rentenversicherung wird deutlich abgesenkt und die Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird weiter erhöht.

---

14 In Japan beginnt das Finanzjahr am 1. April.

15 Diese Sozialausgaben wurden nach dem Maßstab der ILO ermittelt. Vgl. National Institute of Population and Social Security Research, The Cost of Social Security in Japan, Tokio 2005.

16 Nach dem Maßstab der OECD betrug dieser Anteil im Jahr 2001 in Japan 23,7 % und in Deutschland 38,8 %. Vgl. OECD, Social Expenditure Database 2004.

17 Nach der Prognose der Ausgaben und Finanzierung der Sozialleistungen, die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt im Mai 2004 veröffentlichte.

18 Vgl. Japan Business Federation (Nippon Keidanren), Zur einheitlichen Reform des sozialen Sicherheitssystems und des Finanz- und Steuersystems vom 21.9.2004 (in japanischer Sprache).

19 Vgl. Premierministeramt, Umfrage über das System der sozialen Sicherheit (Januar 1999).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

6. Knappheit bei den öffentlichen Kassen

Auch in Japan tragen der Staat, die Präfekturen sowie die Städte und Gemeinden[20] einen erheblichen Anteil der Kosten für die soziale Sicherheit. Der betrug im Finanzjahr 2003 ca. 27 %.[21] Nicht nur an die Rentenversicherung sondern auch an die Kranken- und Pflegeversicherung leisten sie öffentliche Zuschüsse. Über 40 % der allgemeinen Ausgaben[22] des Staatshaushalts sind für die soziale Sicherheit. Der Ausgabenanstieg in der sozialen Sicherheit führt deshalb dazu, die Ausgaben des Staats, der Präfekturen sowie der Städte und Gemeinden zu erhöhen.

Deren Kassen sind jedoch seit Jahren sehr knapp. Im Jahr 2005 betrug das Verhältnis der gesamten Defizite und der Bestand der langfristigen Schulden der öffentlichen Kassen zum Bruttoinlandsprodukt 6,1 % bzw. 170 %.[23] Sie können ohne Steuererhöhung die ständig steigenden Ausgaben für die soziale Sicherheit nicht finanzieren.

7. *Veränderung der Erwerbstätigkeit*

Darüber hinaus kann die Änderung der Wirtschaftstruktur und die Zunahme der verschiedenen ArbeitsVerhältnisse Einfluss auf die Sozialversicherung haben. Mit der wirtschaftlichen Entwicklung ist die Zahl der Erwerbstätigen im Dienstleistungsbereich angestiegen. Zudem sind der Anteil von Selbständigen und mitarbeitenden Familienangehörigen gesenkt und der Anteil von Beschäftigten gestiegen.[24] Diese Änderung hat unterschiedliche finanzielle Auswirkungen auf Versicherungssysteme, die entweder für Arbeitnehmer oder für Selbständige und Landwirte zuständig sind. Der Anteil der alten Versicherten in der Volkskrankenversicherung, zu der Selbständige und Landwirte gehören, ist viel höher als der in der Arbeitnehmerkrankenversicherung. Dies kann zu einer höheren Beitragsbelastung der Versicherten in der Volkskrankenversicherung führen. Um die Gerechtigkeit der finanziellen

---

20 Japan gliedert sich in 47 Präfekturen. Eine Präfektur gliedert sich in mehreren Städten und Gemeinden. Die Gesamtzahl der Städte und Gemeinden betrug im März 2005 ca. 2500.

21 Vgl. National Institute of Population and Social Security Research (Fn. 15).

22 Sie umfasst die Ausgaben für die Rückzahlung der langfristigen Schulden nicht.

23 Vgl. Ministerium der Finanzen, Zur Finanzlage, Internationaler Vergleich. (http://www.mof.go.jp).

24 Von 1970 bis 2005 ist der erstere Anteil von 35 % auf 15 % gesenkt und der letztere von 65 % auf 85 % gestiegen. Vgl. Ministerium für Innere Angelegenheiten und Kommunikation (Fn. 11).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Belastung zu gewährleisten, sind Maßnahmen notwendig, die diese Unterschiede ausgleichen können.

Zudem haben die vom Modell des Normalarbeitsverhältnisses abweichenden Beschäftigungsformen (z.B. Teilzeitbeschäftigung, Leiharbeit) zugenommen. Eine Anpassung der Sozialversicherung an diese Veränderung auf dem Arbeitsmarkt, z.B. eine Erweiterung der Versicherungspflicht, ist notwendig, um solche Beschäftigte in den Schutz der Sozialversicherung einzubeziehen und den Ausfall von Zahlern der Sozialversicherungsbeiträge zu verhindern.

8. Einkommenssituation

Das Wirtschaftswachstum hat eine deutliche Erhöhung des Einkommens der Bevölkerung mit sich gebracht. In dieser Entwicklung ist nicht nur das Einkommen von Erwerbstätigen, sondern auch das von alten Menschen gestiegen. Heutzutage kann man keinen großen Unterschied zwischen dem Einkommen der Angehörigen von solchen Haushalten, deren Vorstand über 65 Jahre ist, und dem von allen anderen Haushalten registrieren.[25] Zudem haben die ersteren Haushalte mehr Spareinlagen als die letzteren.[26] Trotzdem setzt das bestehende System voraus, dass Haushalte von älteren Menschen in der Regel einen geringeren finanziellen Spielraum als Haushalte von jüngeren Menschen haben.

II. Vergleich

Um dieser wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung entgegenwirken, ist eine umfassende Reform des geltenden Systems mit dem Ziel, dass eine starke Beitrags- und Steuererhöhung vermieden werden und das soziale Sicherheitssystem auch künftig seine Aufgaben erfüllen kann, dringend notwendig.

Eine Reihe von Reformvorhaben ist schon in allen Bereichen der sozialen Sicherheit vorgeschlagen worden. Sie sind jedoch wegen des Widerstandes nur teilweise in

---

25 Das durchschnittliche Einkommen je Angehörigem von ersteren Haushalten und das von allen Haushalten betrugen im Jahr 2004 jährlich 1.867.000 Yen (ca. 13.340 Euro) bzw. 2.034.000 Yen (ca. 14.530 Euro). Vgl. Ministerium ftir Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 9).

26 Die durchschnittlichen Spareinlagen von ersteren Haushalten und die von allen Haushalten betrugen im Jahr 2004 14,3 Mio. Yen (ca. 102.000 Euro) bzw. 11,7 Mio. Yen (ca. 84.000 Euro). Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 9).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Kraft getreten oder haben keinen ausreichenden Erfolg erzielt. In dieser Situation vermindern sich die Alternativen zur Problemlösung.

Wie gezeigt, kann man in Japan eine sehr ähnliche wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung registrieren, die einen wichtigen Einfluss auf die soziale Sicherheit haben kann, wie in Deutschland. Zudem weist das System der sozialen Sicherheit in Japan viele Gemeinsamkeiten mit dem deutschen System auf Gleichzeitig gibt es natürlich wichtige Unterschiede, die differenzierter Problemlösung bedürfen.

Deshalb kann eine vergleichende Studie, welche die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der deutschen und japanischen sozialen Sicherung herausarbeitet und deren Bedeutung beleuchtet, dazu beitragen, die möglichen Ansätze für die praktische Lösung der Probleme in den beiden Ländern wesentlich zu erweitern.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden in folgenden Teilen die wesentlichen Gestaltungselemente und die Reformansätze des japanischen sozialen Sicherheitssystems, insbesondere der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, auf die der demografische Wandel einen starken Einfluss hat, im Vergleich zu Deutschland betrachtet.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

26

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Teil 1: Die gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor schwierigen Problemen, die vor allem durch die Überalterung der Bevölkerung verursacht werden. Die zunehmende Zahl älterer Menschen droht zusammen mit dem medizinischen Fortschritt und der Veränderung der Morbiditätsstruktur zu einem überproportionalen Ausgabenanstieg in der Krankenversicherung zu führen. Um diese Probleme zu überwinden und die Krankenversicherung weiterzuentwickeln, ist es notwendig, durch eine Strukturreform die finanzielle Stabilität der Krankenversicherung sicherzustellen, die gerechte Verteilung der steigenden Kosten zu verwirklichen und die Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

In diesem Teil wird zuerst auf das geltende System und die Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung eingegangen. Dann werden die Reformmaßnahmen, die mit oben genannten Zielen durchgeführt worden sind, im Vergleich mit denen in Deutschland betrachtet.

I. Hintergrund

1. Geltendes System

1927 ist in Japan das Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter[27] in Kraft getreten. Das deutsche Krankenversicherungsgesetz war dafür das wichtigste Vorbild. Seitdem entwickelt sich die Krankenversicherung im Einklang mit dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandel. Der versicherte Personenkreis in der Krankenversicherung der Arbeiter ist erweitert und die Volkskrankenversicherung (1938)[28] und die Krankenversicherung der Angestellten (1940) sind eingeführt worden. Die Krankenversicherung entwickelte sich nicht immer stabil. Vor allem brachte der 2.Weltkrieg große Schwierigkeiten. Durch die grundlegende Reform der Krankenversicherung im Jahr 1961 wurde für alle Einwohner Japans die Versicherungspflicht eingeführt und die Grundlage für die heutige Krankenversicherung gelegt.

---

27 Gesetz Nr. 70 im Jahr 1922.

28 Ihre Versicherten waren damals meistens Bauern und Fischer.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Heute können alle Einwohner durch die gesetzliche Krankenversicherung im Krankheitsfall die notwendige medizinische Versorgung erhalten, wobei sie eine zumutbare Selbstbeteiligung tragen müssen. Diese Krankenversicherung trug dazu bei, dass in Japan ein sehr hohes Niveau der medizinischen Versorgung erreicht wurde. Im Weltgesundheitsbericht 2000 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bekam das japanische Gesundheitssystem die höchste Bewertung. Mit der Verbesserung der Lebensumstände und der Ernährung führten diese Bedingungen dazu, dass Japaner weltweit die höchste Lebenserwartung haben.

Im folgenden werden die wichtigen Punkte des geltenden Systems dargestellt.

a) Versichertenkreis

Die japanische gesetzliche Krankenversicherung besteht grundsätzlich aus einer Arbeitnehmerkrankenversicherung (AKV) und einer Volkskrankenversicherung (VKV).[29] In der AKV sind Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen versicherungspflichtig. Anders als in Deutschland sind in Japan nicht nur der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder, sondern auch die anderen Familienangehörigen (z.B. die Eltern), die von Arbeitnehmern unterhalten werden, mitversichert, wenn diese Familienangehörigen nicht über ein Einkommen verfügen, das eine bestimmte Obergrenze[30] überschreitet. Personen, die nicht in der AKV versichert sind (z.B. Selbständige, Landwirte, Nichterwerbstätige), sind in der VKV versicherungspflichtig. Die VKV umfasst keine Familienversicherung. Zum Beispiel sind Familienangehörige einer Selbständigen als Nichterwerbstätige in der VKV versicherungspflichtig.

Es gibt keine Versicherungsfreiheit für Personen, deren Einkommen eine bestimmte Grenze übersteigt. Das bedeutet, dass alle Einwohner Japans in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert sind. Die einzige Ausnahme sind Sozialhilfeempfänger. Sie sind versicherungsfrei und bekommen bei Krankheit Hilfe nach dem Sozialhilfegesetz[31] anstatt Leistungen der GKV. Nur Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht der AKV ausgeschieden sind und unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwei Monate versichert waren, können noch zwei Jahre lang in der AKV *freiwillig versichert* sein. Der Beitritt ist

---

29 Es gibt besondere Versicherungssysteme für bestimmte Arbeitnehmer (z.B. Beamte, Lehrer von privaten Schulen, Seeleute) und ihre Familienangehörigen. Aber für sie gilt fast das gleiche Leistungs- und Beitragsrecht wie für Versicherte und für ihre Familienangehörigen in der AKV.

30 Sie beträgt jährlich 1,3 Mio. Yen (ca. 9.290 Euro) bei Familienangehörigen bis 60 Jahre und 1,8 Mio. Yen (ca. 12.860 Euro) bei Familienangehörigen ab 60 Jahren. (1 Euro = 140 Yen).

31 Gesetz Nr. 144 im Jahr 1950.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

dem Versicherungsträger innerhalb von zwanzig Tagen anzuzeigen; wenn sie den Beitritt nicht kund tun, sind sie in der VKV versicherungspflichtig.

b) Versicherungsträger

Träger der AKV sind die Arbeitnehmerkrankenkassen (AKK) und die Regierung (Abbildung 1.1). Versicherungspflichtige Personen, die in einem Betrieb beschäftigt sind, für den es eine AKK gibt, sind Mitglieder dieser AKK. Für sonstige Versicherungspflichtige der AKV ist die Regierung zuständig. Träger der VKV sind die Volkskrankenkassen sowie Städte und Gemeinden. Versicherungspflichtige Personen, die eine Tätigkeit (z.B. als niedergelassener Arzt) ausüben, für die eine Volkskrankenkasse (VKK) besteht, sind Mitglieder dieser VKK. Für sonstige Versicherungspflichtige der VKV ist die Stadt oder die Gemeinde des Wohnorts zuständig.[32] Die Zuständigkeit aller Versicherungsträger ist gesetzlich geregelt. Versicherte haben grundsätzlich kein Recht, ihre Versicherungsträger selbst zu wählen. Eine Ausnahme besteht nur für die oben genannten freiwilligen Versicherten. Das bedeutet, dass die Versicherungsträger in Japan anders als in Deutschland nicht miteinander im Wettbewerb stehen.

Die AKK und die VKK sind selbstverwaltete rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Bei jeder AKK und VKK werden als Selbstverwaltungsorgane eine Vertreterversammlung und ein Vorstand gebildet. Die Aufgabe der Regierung als Versicherungsträger wird vom Sozialversicherungsamt des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt wahrgenommen. Jede Stadt und jede Gemeinde hat ein Referat, das für die VKV zuständig ist. Dieses Referat ist ein Teil der Verwaltungsorganisation. Jeder Versicherungsträger ist finanziell eigenständig. Staat, Städte und Gemeinden haben jeweils einen Sonderhaushalt für die GKV.

c) Leistungen

aa) Grundsätze

Versicherte haben einen Rechtsanspruch auf die Leistungen, die gesetzlich vorgesehen sind.[33] Die Versicherungsträger sind verpflichtet, ihren Versicherten diese Leistungen zu gewähren, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Ne-

32 Der Anteil der Mitglieder der VKK an den gesamten Versicherten der VKV betrug Ende März 2004 ca. 8 %.

33 Z.B. § 52 Arbeitnehmerkrankenversicherungsgesetz (AKVG, Gesetz Nr. 70 im Jahr 1922).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ben Pflichtleistungen können die Versicherungsträger[34] nach ihrer Satzung Zusatzleistungen gewähren. Einige AKK erstatten zum Beispiel einen Teil der gesetzlichen Selbstbeteiligung als Zusatzleistung. Die meisten Leistungen sind Pflichtleistungen.[35] Die Leistungen zur Krankenbehandlung werden grundsätzlich als Dienst- und Sachleistungen gewährt. Versicherte können diese Leistungen durch vom Gesundheitsminister zugelassene Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken erhalten, die sie selbst ausgewählt haben. Nur in Notfällen werden die Behandlungskosten von ihrem Versicherungsträger hinterher erstattet.

bb) Leistungsarten

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung sowie auf Kranken-, Mutterschafts- und Entbindungsgeld[36]. Ihnen können von ihrem Versicherungsträger die Kosten für Fahrten erstattet werden.[37] Ferner besteht Anspruch auf Sterbegeld. Anders als in Deutschland haben Versicherte in Japan keinen Anspruch auf Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten.[38]

Die wichtigste Leistungsart in der GKV ist die Krankenbehandlung.[39] Die Krankenbehandlung umfasst

- ärztliche Behandlung,
- zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- häusliche Krankenpflege,
- Krankenhausbehandlung,

---

34 Die Regierung ausgenommen.

35 Die Ausgaben der AKK für die Zusatzleistungen entsprachen im Finanzjahr 2003 nur 2,8 % der Gesamtleistungsausgaben. Vgl. Zentralverband der Krankenversicherungsträger (KEMPOREN), Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Krankenversicherungsträger in Japan 2005, Tokio 2005, S. 68.

36 Das Kranken- und Mutterschaftsgeld ist in der VKV den Zusatzleistungen zuzuordnen.

37 Dabei müssen sie folgende Voraussetzungen erfüllen:
die Fahrten sind notwendig, um die Krankenbehandlung der GKV zu gewährleisten;
wegen ihrer Krankheit können sie selbst nur schwer fahren;
die Fahrten sind unvermeidlich.

38 Das Arbeitnehmer- und Volkskrankenversicherungsgesetz sieht vor, dass die Versicherungsträger sich bemühen müssen, Beratung und Schulung in Gesundheitsangelegenheiten, Gesundheitsuntersuchungen und andere notwendige Maßnahmen zu treffen, um die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten und zu fördern. Nach dieser Vorschrift ergreifen Versicherungsträger unterschiedliche Maßnahmen. Aber der Inhalt dieser Maßnahmen variiert zwischen den Trägem erheblich.

39 In der AKK entfallen rd. 90 % der Gesamtleistungskosten auf die Krankenbehandlung. Vgl. National Institute of Population and Social Security Research, Annual Report on Social Security Statistics, Tokio 2003, S. 265.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

cc) Umfang der Krankenbehandlung

Der konkrete Inhalt und Umfang der Leistungen, die als Krankenbehandlung der GKV gewährt werden können, werden von Regelungen über die Krankenbehandlung und die Maßstäbe der Vergütung[40] festgelegt. Früher war der Leistungskatalog der von der GKV angebotenen Krankenbehandlung eingeschränkt.[41] Ein Versicherter kann heute in der Regel alle medizinischen Leistungen aus der GKV erhalten, die sein Arzt nach dem allgemein anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse für notwendig hält.[42]

Die Krankenbehandlung der GKV muss notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindem. Deshalb werden z.B. bloße Erholungsmaßnahmen, die Versorgung bei normalen Entbindungen und Schönheitsoperationen von der Krankenbehandlung ausgeschlossen. Versicherte haben keinen Anspruch auf Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte. Die körperliche Situation, die diese notwendig macht, wird normalerweise nicht als Krankheit angesehen.

Bestimmte Leistungen werden von der Krankenbehandlung der GKV nicht umfasst, obwohl sie auch darauf abzielen, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Diese sind zum einen Leistungen, die für den Patienten lediglich angenehmer sind als normale Leistungen (z.B. Aufenthalt in einem Komfortkrankenzimmer), zum anderen neueste diagnostische oder therapeutische Leistungen, die nur einige hoch spezialisierte Krankenhäuser wie Universitätskliniken anbieten können. Grundsätzlich dürfen zugelassene Ärzte und Krankenhäuser keine Behandlung durchführen, die solche vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossene Leistungen enthält *(Verbot der sog. Mischbehandlung).* Wenn eine Behandlung auch nur teilweise solche Leistungen

---

40 Maßstäbe der Vergütung sind der konkrete Inhalt der abrechnungsfähigen einzelnen Leistungen und deren Preis. Damit setzen diese Vorgaben nicht nur den Preis der einzelnen Leistungen, sondern auch den Umfang der Leistungen fest, die von der GKV gewährt werden können.

41 Ärzte durften beispielsweise kein teures Antibiotikum verordnen. Die Reihenfolge der therapeutischen Maßnahmen wurde von Regelungen festgelegt, die der Gesundheitsminister erließ. Diese Beschränkung wurde Anfang der 60er Jahre abgeschafft. Vgl. *Yoshihara K./Wada* M, Geschichte des Krankenversicherungssystems in Japan (in japanischer Sprache), Tokio 1999, S.250 ff.

42 Vgl. *Saguchi T./Tsuchida T.,* Grundriss der sozialen Sicherheit (in japanischer Sprache), Tokio 2003, S. 130.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

enthält, wird sie als private Behandlung betrachtet.[43] Die vom Gesundheitsminister bestimmtem Leistungen bilden eine Ausnahme von diesem Verbot.

dd) Leistung für alte Versicherte

Alte Versicherte ab 75 Jahren[44] bekommen nicht von ihrem Versicherungsträger, sondern von der Stadt oder der Gemeinde des Wohnortes medizinische Leistungen nach dem Gesetz über die Gesundheit der älteren Menschen[45], deren Inhalt und Umfang den Leistungen der GKV entsprechen.[46]

d) Selbstbeteiligung

Versicherte unter 70 Jahren und Versicherte ab 70 Jahren müssen als Selbstbeteiligung 30 % bzw. 10 %[47] der Kosten für die medizinischen Leistungen tragen. Die Selbstbeteiligung kann sehr hoch werden, weil sie von den Kosten abhängt. Wenn die Selbstbeteiligung eine Obergrenze[48] überschreitet, erstatten die Versicherungsträger diese Mehrkosten, um eine unzumutbare Belastung der Versicherten zu vermeiden. Zudem müssen Versicherte bei der vollstationären Krankenhausbehandlung 780 Yen (ca. 6 Euro) pro Tag für die Kosten der Verpflegung bezahlen.

---

43 Wenn ein Versicherter eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus erhält, die eine nicht von der GKV anerkannte Operation umfasst, muss er nicht nur die Kosten für diese Operation, sondern auch die Kosten für alle anderen Leistungen in diesem Behandlungsfall (z.B. Aufenthalt in einem Krankenzimmer, Untersuchung vor der Operation) selbst tragen.

44 Diese Altersgrenze wird ab 2002 von 70 Jahren stufenweise angehoben. Diese Anhebung wird im Oktober 2006 vollendet.

45 Gesetz Nr. 80 im Jahr 1982.

46 Der Vergütungsmaßstab für diese Leistungen wird je nach den physischen und psychischen Besonderheiten alter Menschen modifiziert.

47 Abweichend davon müssen Versicherte unter 3 Jahren und Versicherte ab 70 Jahren, deren Einkommen eine bestimmte Grenze überschreitet, 20 % der Kosten tragen.

48 Die Obergrenze, die für die Versicherten unter 70 Jahren gilt, beträgt zur Zeit monatlich 72.300 Yen (ca. 520 Euro). Wenn die Kosten monatlich 241.000 Yen (ca. 1.720 Euro) übersteigen, wird 1 % dieser Mehrkosten zu dieser Obergrenze addiert. Wenn die Selbstbeteiligung eines Versicherten schon 3 mal innerhalb eines Jahres die Obergrenze überschritten hat, gilt für ihn die niedrigere Obergrenze (40.200 Yen [ca. 290 Euro]). Für die Versicherten mit niedrigerem Einkommen und die Versicherten mit höherem Einkommen gilt eine niedrigere und höhere Obergrenze. Die Obergrenze für die Versicherten ab 70 Jahren ist niedriger als die für die Versicherten unter 70 Jahren.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

e) Beziehung der Krankenversicherungsträger zu den Leistungserbringern

In den Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den Leistungserbringern treten große Unterschiede zwischen Japan und Deutschland zu Tage. In Japan gibt es zwischen den Versicherungsträgem und Leistungserbringern keinen direkten Versorgungsvertrag. Die medizinische Leistung der GKV wird grundsätzlich durch niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser[49] und Apotheken erbracht, die vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt zugelassen worden sind. Durch die Zulassung schließt der Minister - an Stelle der Versicherungsträger - mit dem Leistungserbringer einen öffentlichrechtlichen Vertrag zu Gunsten der Versicherten ab.[50]

Die zugelassenen Ärzte und Krankenhäuser sind nach dem Gesetz und den vom Gesundheitsminister bestimmten Regelungen zur medizinischen Versorgung der Versicherten verpflichtet. Gleichzeitig haben sie Anspruch darauf, von den Krankenversicherungsträgern eine Vergütung für die Krankenbehandlung ihrer Versicherten zu bekommen.[51]

Die zur Sicherung der angemessenen medizinischen Versorgung in der GKV erforderlichen Regelungen und die Maßstäbe der Vergütung der Leistungserbringer werden vom Gesundheitsminister festgelegt. Der Minister ist gesetzlich verpflichtet, die Meinung des zentralen Ausschusses für die medizinische Versorgung in der Sozialversicherung einzuholen, bevor er diese Entscheidung trifft.[52] Der Ausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, drei weiteren unparteiischen Mitgliedern, acht Vertretern von Versicherungsträgern, Versicherten und Arbeitgebern sowie acht Vertretern der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker.[53]

In den Maßstäben der Vergütung werden der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr Preis festgestellt. Die Vergütung der Leistungserbringer wird grund-

---

49 Nach dem Gesetz über die medizinische Versorgung (GMV, Gesetz Nr. 205 im Jahr 1947) wird zwischen den medizinischen Einrichtungen mit 20 und mehr Betten und solchen mit weniger als 20 Betten unterschieden; zu letzteren gehören auch Einrichtungen ohne Betten, in denen ein oder mehrere niedergelassene Ärzte ambulant tätig sind. Krankenhaus im Sinne dieses Aufsatzes ist die medizinische Einrichtung mit Betten. Im Jahr 2003 gab es 9.122 Einrichtungen mit 20 und mehr Betten. Über 70 % davon waren private Einrichtungen, deren Träger eine nicht gewerbliche Körperschaft oder eine natürliche Person war. Nach dem GMV dürfen gewerbliche Unternehmen keine medizinischen Einrichtungen haben und betreiben. Im Jahr 2003 gab es 96.050 Einrichtungen mit unter 20 Betten (ausgenommen Einrichtungen für Zahnbehandlungen). Über 3/4 dieser Einrichtungen sind solche ohne Betten.

50 Vgl. *Nishimura K.*, Sozialrecht (in japanischer Sprache), Tokio 2003, S. 201 ff.

51 Vgl. Die Entscheidung des Landgerichts Osaka vom 23.3.1981. (Hanreijiho Nr. 988, S. 11.).

52 § 82 Abs.l AKVG.

53 § 3 Abs. 1 Gesetz über Ausschusses für die medizinische Versorgung in der Sozialversicherung (Gesetz Nr. 47 im Jahr 1950).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

sätzlich je nach den einzelnen Leistungen berechnet. Ein Arzt oder ein Krankenhaus kann deshalb die Vergütung nach den von ihm erbrachten Leistungen bekommen. Die Versicherungsträger müssen die Rechnungen der Leistungserbringer nach den oben erwähnten Regelungen und den Maßstäben der Vergütung prüfen und ihnen die festgelegte Vergütung zahlen.[54]

f) Finanzierung

Die Leistungskosten der GKV werden durch Beiträge und Staatszuschüsse finanziert. In der GKV werden die Beiträge nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten bemessen. Die Beitragsbemessungsgrundlagen von AKV und VKV sind sehr unterschiedlich. In der AKV wird das Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze[55] der Beitragsbemessung zugrunde gelegt, in der VKV hingegen nicht nur das Arbeitseinkommen, sondern auch das Vermögen und die Zahl der Familienangehörigen. Jeder Versicherungsträger kann die jeweilige Beitragshöhe selbst festlegen[56]. Die Beiträge werden in der AKV von den Versicherten und den Arbeitgebern je zur Hälfte[57] und in der VKV von den Versicherten alleine getragen[58]. Die

---

54 Die zwei gesetzlichen Fachinstitutionen führen die Rechnungsprüfung und die Bezahlung der Vergütung im Auftrag der Versicherungsträger durch. Sie gründen Kommissionen, die für diese Prüfung zuständig sind. Diese Kommissionen werden paritätisch aus Vertretern der Versicherungsträger und der Leistungserbringer zusammengesetzt. Die Kommissionen prüfen u.a. unter medizinischen Gesichtspunkten, ob die Art und Menge der erbrachten Leistungen zur Behandlung der Krankheit geeignet sind. Wenn die Kommission feststellt, dass eine Leistung, die ein Leistungserbringer erbracht hat, für die Behandlung unnötig ist, wird diese Leistung nicht vergütet und der betreffende Leistungserbringer muss die Kosten selbst tragen. Wenn ein Versicherungsträger oder ein Leistungserbringer gegen das Ergebnis der Prüfung Beschwerde einlegt, gibt es einen Anspruch auf eine Überprüfung des Kommissionsbeschlusses. Dafür prüfen mehrere Versicherungsträger die Ergebnisse der Kommissionen. Sie können dadurch ggf. die Zahlung an die Leistungserbringer einsparen.

55 Die Beitragsbemessungsgrenze betrug im April 2006 monatlich 980.000 Yen (ca. 7.000 Euro).

56 Die Ober- und Untergrenze des Beitragssatzes in der AKV ist gesetzlich vorgeschrieben. Der Beitragsatz muss bei der AKK zwischen 3,0 und 9,5 % und bei der Regierung zwischen 6,6 und 9,1 % liegen. Der Versicherungsträger kann einen Beitragssatz in dieser Schwankbreite festsetzen. Der Beitragsatz betrug im Februar 2004 bei der AKK durchschnittlich 7,56 % und bei der Regierung 8,2 %.

57 Abweichend davon können AKK nach der Satzung den Arbeitgeberanteil der Beiträge erhöhen. Der durchschnittliche Arbeitgeberanteil betrug Ende Februar 2004 55,5 %.

58 Rentner, die als Nichterwerbstätige in der VKV versichert sind, tragen die Beiträge alleine. Anders als in Deutschland trägt in Japan der Rentenversicherungsträger keine Krankenversicherungsbeiträge für Rentner.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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, am 12.10.2024, 11:41:02
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, am 12.10.2024, 11:41:02
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, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Diese Befreiung von der Selbstbeteiligung förderte den Arztbesuch von alten Menschen sehr stark. Der Leistungsanspruch wurde allerdings manchmal auch missbraucht: Wartezimmer bei Ärzten und Krankenhäusern sahen gelegentlich wie Stuben für alte Menschen aus. Diese Befreiung von der Selbstbeteiligung führte zu einer drastischen Steigerung der Leistungsausgaben für alte Menschen.[67] Dies brachte für die Versicherungsträger, die wegen der wirtschaftlichen Stagnation nach der Ölkrise vor einem finanziellen Problem standen, vor allem die Versicherungsträger der VKV, die viele alte Menschen versicherten, große Schwierigkeiten mit sich. Durch diese Erfahrung zeigte sich deutlich, dass eine angemessene Selbstbeteiligung notwendig ist, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und den Missbrauch des Leistungsanspruchs zu verhindern.

bb) Erhöhung der Selbstbeteiligung (ab 1982)

(1) Wiedereinführung der Selbstbeteiligung für alte Versicherte

Aus diesem Grund wurde das Gesetz über die Gesundheit der älteren Menschen (GGÄ) im Jahr 1982 verabschiedet, mit dem eine Selbstbeteiligung für alte Versicherte ab 70 Jahren wieder eingeführt wurde. Demnach mussten sie bei der vollstationären Krankenhausbehandlung 300 Yen pro Tag (längstens 2 Monate) und bei den anderen medizinischen Leistungen 400 Yen pro Monat bezahlen. Sie trugen jedoch damit eine viel geringere Selbstbeteiligung als jüngere Versicherte. Der durchschnittliche Anteil der medizinischen Kosten, die von den Krankenversicherungsträgem getragen werden, bei alten Versicherten lag im Finanzjahr 1983 über 98 %.[68]

(2) Erhöhung der Selbstbeteiligung für die Mitglieder der AKV

Seit Mitte der 70er Jahre hielt sich das Wirtschaftswachstum auf einem niedrigen Niveau und das Defizit der Staatskasse erhöhte sich. Die schnell steigenden Gesundheitsausgaben konnten deshalb nicht mehr durch die Erhöhung des Beitragssatzes oder des staatlichen Zuschusses aufgefangen werden. Vor diesem Hintergrund wurde das nächste Ziel der Gesundheitspolitik, den Ausgabenzuwachs der GKV unter dem Wirtschaftswachstum zu halten. Eine der wichtigsten Maßnahmen dazu war, durch die Erhöhung der Selbstbeteiligung das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken, um eine angemessene Leistungsinanspruchnahme zu fördern.

---

67 Die medizinischen Ausgaben für alte Menschen betrugen im Jahr 1974 um 55 % mehr als die im vorigen Jahr.

68 Weil die Pauschalbeträge der Selbstbeteiligung seitdem stufenweise erhöht worden sind, sank diese Quote im Finanzjahr 1999 auf ca. 93 %.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Die Erhöhung der Selbstbeteiligung für die Mitglieder der AKV war auch dafür notwendig, den Unterschied in der Höhe der Selbstbeteiligung zwischen den Versicherten stufenweise zu reduzieren und dadurch eine gerechte Kostentragung zu verwirklichen. Damals hatten Mitglieder der AKV lediglich einen kleinen Pauschalbetrag zu leisten, während Familienversicherte der AKV und Versicherte der VKV 20 bis 30 %[69] der medizinischen Kosten selbst tragen mussten. Der Grund für diese unterschiedliche Behandlung ließ sich nur aus der bisherigen Entwicklung erklären.

Mit der Gesundheitsreform 1984 ist die Selbstbeteiligung in Form eines Pauschalbetrags für die Mitglieder der AKV durch eine Selbstbeteiligung in Höhe von 10 % der medizinischen Kosten ersetzt worden. Zudem galt für sie die gleiche Obergrenze der Selbstbeteiligung (monatlich 51.000 Yen) wie für die anderen Versicherten, um eine unzumutbare Belastung zu vermeiden.[70]

Im Lauf dieser Reformgesetzgebung veröffentlichte die Regierung einen Plan für die künftige Gesundheitsreform[71]. Danach soll das Verhältnis der Selbstbeteiligung zu den medizinischen Kosten künftig auf 20 % vereinheitlicht werden. Die Erhöhung der Selbstbeteiligung für Mitglieder der AKV war der erste Schritt zu dieser V ereinheitlichung.

cc) Erhöhung der Selbstbeteiligung in den letzten Jahren (ab 1997)

Nach dem Ende der sogenannten „Bubble Economy“ Anfang der 90er Jahre blieb die Zuwachsrate des Einkommens der Bevölkerung wegen der Stagnation des Wirtschaftswachstums und der Zunahme der Arbeitslosigkeit auf niedrigem Niveau. Diese Entwicklung stellte durch den niedrigen Zuwachs der Beitragseinnahme die GKV vor ein großes Finanzierungsproblem.

Mit der Reform 1997 wurde der Prozentsatz der von Mitgliedern der AKV getragenen Selbstbeteiligung von 10 % auf 20 % angehoben mit dem Ziel, dieses Problem zu lösen und die finanzielle Stabilität zu sichern. Zudem wurde statt der Selbstbeteiligung in Form eines Pauschalbetrags eine prozentuale Selbstbeteiligung für alte Versicherte im Jahr 2001 eingeführt, die 10 % der Kosten entspricht. Dabei galt eine

69 Die 20 %ige Selbstbeteiligung galt nur für den Fall der vollstationären Krankenhausbehandlung, die Familienversicherte der AKV erhalten. Für die anderen Fällen galt die 30 %ige Selbstbeteiligung.

70 Gleichzeitig gab es eine niedrigere Obergrenze (monatlich 30.000 Yen = ca. 210 Euro) für Versicherte, deren Einkommen sehr niedrig war. Darüber hinaus bestand die niedrigste Obergrenze von 10.000 Yen (ca. 70 Euro) pro Monat für Versicherte, die an einer bestimmten chronischen Krankheit leiden. Zu ihnen gehören Bluter und Patienten, die als chronisch Nierenkranke auf Dialysen angewiesen sind.

71 Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Richtung der künftigen Gesundheitspolitik, 1984.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

niedrige Obergrenze. Diese Änderung spiegelte die Zunahme der finanziellen Fähigkeit von alten Menschen durch die Steigerung der Renteneinkommen wider. Sie war auch erforderlich, um Belastungsgerechtigkeit zwischen den Generationen zu schaffen und das Kostenbewusstsein der alten Menschen zu stärken.

Obwohl diese Maßnahmen getroffen worden sind, konnte die Verschlechterung der Finanzlage der GKV nicht vermieden werden, und viele Versicherungsträger gerieten in den finanziellen Notstand. Der Prozentsatz der Selbstbeteiligung für Mitglieder der AKV wurde deshalb mit der Gesundheitsreform 2002 auf 30 % erhöht.[72] Zudem wurde der Prozentsatz der Selbstbeteiligung, die Familien versicherte der AKV ab dem Alter von 3 Jahren im Fall der vollstationären Krankenhausbehandlung tragen, von 20 % auf 30 % erhöht. Daraus ergab sich die Vereinheitlichung der Selbstbeteiligung für jüngere Versicherte auf 30 %. Darüber hinaus ist die Obergrenze der Selbstbeteiligung für alte Versicherte erhöht und die 20 %ige Selbstbeteiligung für alte Versicherte, deren Einkommen einen bestimmten Betrag überschreitet, eingeführt worden.[73]

b) Auswirkung und Aufgaben

Ebenso wie in Deutschland wurde die Erhöhung der Selbstbeteiligung in Japan nicht ohne Schwierigkeiten durchgeführt. Aber die folgenden Umstände minderten diese Schwierigkeiten: Bis 2002 war die Höhe der Selbstbeteiligung zwischen den Versicherten unterschiedlich. Die Versicherten der VKV und die Familienversicherten der AKV trugen eine höhere Selbstbeteiligung. Die höhere Selbstbeteiligung verhinderte trotzdem nicht, dass sie rechtzeitig den Arzt aufsuchten. Zudem machte man die Erfahrung, dass die Abschaffung der Selbstbeteiligung für alte Versicherte zum Missbrauch des Leistungsanspruchs führte. Das machte deutlich, dass eine angemessene Selbstbeteiligung notwendig ist, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und den Missbrauch des Leistungsanspruchs zu verhindern.

Die Erhöhung der Selbstbeteiligung hatte drei Ziele. Das erste war, durch die Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten den Missbrauch des Leistungsanspruchs zu vermeiden. Tatsächlich besuchten kurz nach der Erhöhung der Selbstbeteiligung weniger Versicherte den Arzt und die durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten sanken. Diese Auswirkung wurde aber nicht zur Regel. Bei der

---

72 Der Prozentsatz der Selbstbeteiligung, der für Kinder bis 3 Jahre gilt, blieb bei 20 %.

73 Der Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 sieht vor, dass der Prozentsatz der Selbstbeteiligung für Versicherte ab 70, deren Einkommen einen bestimmten Betrag überschreitet, und Versicherte zwischen 70 und 75 Jahren auf 30 % bzw. 20 % erhöht würde.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Erhöhung der Selbstbeteiligung im Jahr 1997 wurden die durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten um ca. 6 % niedriger als im gleichen Zeitraum des vorigen Jahres. Sie stieg jedoch nach einem Jahr wieder an.[74] Dies zeigte deutlich, dass die Erhöhung der Selbstbeteiligung nur eine kurzfristige Auswirkung auf das Verhalten von Patienten und Ärzten hat.

Das zweite Ziel war, die Versicherungsträger finanziell zu entlasten. Die Erhöhung der Selbstbeteiligung sorgte sofort nach dem Inkrafttreten durch die Änderung der Lastenverteilung zwischen den Versicherten und den Versicherungsträgern für eine große finanzielle Entlastung der Versicherungsträger. Durch die Erhöhung des Prozentsatzes der Selbstbeteiligung von 20 % auf 30 % werden die Ausgaben der Versicherungsträger der AKV voraussichtlich von 2003 bis 2007 durchschnittlich um 680 Mrd. Yen (ca. 4,8 Mrd. Euro) pro Jahr gesenkt.[75] Dieser Betrag entspricht 9 % der Gesamtleistungsausgaben der AKV im Jahr 2001.

Das dritte Ziel war, den unterschiedlichen Anteil der Selbstbeteiligung zwischen den Versicherten auszugleichen. Mit der Reform 2002 ist der Anteil der Selbstbeteiligung, die Versicherte unter 70 Jahren tragen müssen, schon auf 30 % vereinheitlicht worden. In dieser Hinsicht bleibt nur noch ein kleiner Spielraum, die Selbstbeteiligung weiter zu erhöhen.

In diesem Verlauf ist nicht nur der Prozentsatz der Selbstbeteiligung erhöht worden, sondern auch die Selbstbeteiligung nach einem bestimmten Pauschalbetrag durch diejenige ersetzt worden, die einem Prozentsatz der Kosten entspricht. Die Selbstbeteiligung nach einem Prozentsatz der Kosten kann dazu besser beitragen, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Andererseits kann sie zu einer unzumutbaren Belastung der Versicherten führen, wenn die Kosten sehr groß werden. Um eine solche Belastung zu vermeiden, ist in der GKV eine bestimmte Obergrenze der Selbstbeteiligung vorgesehen, wobei zu erwähnen ist, dass für die Versicherten mit geringerem Einkommen eine niedrigere Obergrenze gilt. Auch diese Begrenzung der Selbstbeteiligung trug mit den oben erwähnten Faktoren dazu bei, den Widerstand gegen die Erhöhung der Selbstbeteiligung zu mildern.

In den meisten Reformgesetzen, die in der Zeit von 1997 bis 2002 verabschiedet worden sind, war die Erhöhung der Selbstbeteiligung, die sofort nach dem Inkrafttreten die Versicherungsträger finanziell entlasten kann, die wichtigste Maßnahme. Eine grundlegende Reform, die langfristig die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu steigern vermag, ist hingegen verschoben worden. Das Parlament forderte

74 Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Entwicklung der medizinischen Ausgaben 1998.
75 Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

deshalb immer bei der Verabschiedung dieser Reformgesetze die Regierung dazu auf, notwendige Maßnahmen für eine grundlegende Reform zu treffen. Die Erfahrungen in Japan zeigen, dass es sehr wichtig ist, eine grundlegende Reform in langfristiger Hinsicht zu prüfen und durchzuführen, auch wenn die Erhöhung der Selbstbeteiligung mit einer sofortigen finanziellen Auswirkung durchgeführt wird.

Nicht nur durch die Erhöhung der Selbstbeteiligung, sondern auch durch die Schmälerung des Leistungskatalogs der GKV können ihre Ausgaben reduziert werden. Es gibt in Deutschland eine lebhafte Diskussion darüber. Es wäre in der nahen Zukunft in Japan aus folgenden zwei Gründen nicht akzeptabel, eine bestimmte medizinische Leistung vom geltenden umfassenden Leistungskatalog inklusive Zahnersatz herauszunehmen.

Ein Grund dafür ist, dass in Japan großer Wert auf die Gleichbehandlung der Versicherten gelegt wird. Nach dieser Auffassung muss jeder Bürger unabhängig von seiner Einkommenshöhe gleichermaßen medizinische Leistungen bekommen können. Würden diese Änderungen aber vorgenommen, so könnten Personen mit niedrigerem Einkommen nicht alle notwendigen Leistungen erhalten.

Ein anderer Grund ist, dass Inhalt und Preis der medizinischen Leistung einer öffentlichen Kontrolle untergezogen werden müssen. Wenn eine medizinische Leistung aus dem Leistungskatalog herausgenommen würde, müssten Patienten die Notwendigkeit der Leistung und ihren angemessenen Preis selbst beurteilen. Aber diese Beurteilung ist schwer für Patienten, weil sie in der Regel keine ausreichenden Fachkenntnisse haben.

2. *Änderung der Vergütungsmaßstäbe*

a) Abschaffung des Fehlanreizes

Die Höhe der Vergütung der Leistungserbringer wird anhand von Maßstäben berechnet, die vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt bestimmt und geändert werden. Er ist gesetzlich verpflichtet, die Meinung des zentralen Ausschusses für die medizinische Versorgung in der Sozialversicherung vorher einzuholen. An diesem Ausschuss beteiligen sich neben Sachverständigen die Vertreter der Leistungserbringer und der Versicherungsträger. Wenn beide Seiten konträre Meinungen haben, bemüht sich das Gesundheitsministerium um eine Kompromisslösung. Obwohl keine direkten Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherungsträgern geführt werden, ermöglicht dieses Verfahren, die unterschiedlichen Interessen beider Seiten auszugleichen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

In den sogenannten „Maßstäben[44] [76] wird der Inhalt für alle abrechnungsfähigen Leistungen und deren Preis festgestellt. Für bestimmte Behandlungen gelten allerdings pauschalierte Vergütungen. Diese Maßstäbe gelten einheitlich für alle zugelassenen Ärzte und Krankenhäuser in Japan. Das bedeutet, dass für ein und dieselbe Leistung grundsätzlich ein und dieselbe Vergütung berechnet wird, unabhängig von dem Standort und der Größe der medizinischen Einrichtung sowie der Qualität des Arztes, der die Leistung erbracht hat.[77]

Es gibt keine Vereinbarung einer Gesamtvergütung wie in Deutschland. Der Preis der Leistungen hängt nicht von der Gesamtleistungsmenge ab. Die Höhe der Vergütung, die ein niedergelassener Arzt oder ein Krankenhaus bekommen kann, wird deshalb hauptsächlich nach der Art und Menge der von ihnen erbrachten Leistungen berechnet. Dieses System ermöglicht den Leistungserbringern, eine notwendige medizinische Versorgung nach dem Bedürfnis einzelner Patienten ohne finanzielle Beschränkung anzubieten. Andererseits kann es den Leistungserbringern einen starken Anreiz geben, möglichst viele Leistungen zu erbringen.

Um diesen Anreiz abzuschwächen, sind mit der Änderung der Vergütungsmaßstäbe in den letzten Jahren die Leistungen, für die die Pauschalvergütungen und die abnehmenden Vergütungen nach der Leistungsmenge gelten, erweitert worden. Ein Beispiel für die Pauschalvergütung ist eine Vergütung, die ein Krankenhaus erhalten kann, wenn es für die Behandlung eines Patienten ab 70 Jahren, der sich schon über 3 Monate dort aufhält, bestimmte Leistungen (z.B. Untersuchung, Versorgung mit Arzneimitteln und Spritzen) erbringt. Die Höhe dieser Vergütung entspricht einem bestimmten Pauschalbetrag pro Tag und hängt nicht von der Menge der einzelnen Leistungen ab, die tatsächlich erbracht werden. Zudem gilt seit April 2003 als neuer Versuch eine Pauschalvergütung pro Tag für die stationäre Behandlung (ausgenommen sind z.B. Operation, Strahlentherapie, Endoskopie) akut Kranker in einem hoch spezialisierten Krankenhaus wie einer Universitätsklinik. Die Höhe dieser Pauschalvergütung wird nach der DPC (Diagnosis Procedure Combination) des Patienten bestimmt und nach der Verweildauer gestaffelt[78]. Ein Beispiel für die abnehmende

---

76 Es gibt Maßstäbe für die medizinische Behandlung (ausgenommen Zahnbehandlung), die Zahnbehandlung und die Versorgung mit Arzneimitteln. Der Maßstab für die medizinische Behandlung enthält ca. 2500 verschiedene Leistungen.

77 Das zeigt, dass diese Maßstäbe die tatsächlichen Kosten der Leistungserbringung nicht unmittelbar widerspiegeln, weil die tatsächlichen Kosten für eine Leistung je nach Einrichtung und Arzt variieren. Vgl. *Ikegami N./Campbell J.C.,* Medizinische Versorgung in Japan (in japanischer Sprache), Tokio 1996, S. 149.

78 Zum Beispiel beträgt die Vergütung für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung, in der eine Exstirpation eines ganzen Magens mit Krebs vorgenommen wird, bis zum 14. Tag 2.939 Punkte pro Tag, vom 15. bis 28. Tag 2.172 Punkte pro Tag und ab dem 29. Tag 1.846 Punkte.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:02
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Vergütung nach der Leistungsmenge ist eine Vergütung, die ein Arzt bekommen kann, wenn er über 7 Arten Arzneimittel gleichzeitig für einen Patienten verordnet. Die Vergütung dafür wird um 30 % reduziert.

Es wird manchmal darauf hingewiesen, dass die Dienstleistungen von Ärzten in den Vergütungsmaßstäben nicht ausreichend bewertet und die Kosten, die durch die Vergütung dafür nicht gedeckt werden, durch die Vergütung für die Untersuchung und die Versorgung mit Arzneimitteln ausgeglichen werden. Diese Situation kann zur Überversorgung mit Untersuchungen und Arzneimitteln führen. Um dieses Problem zu lösen, wurden Vergütungen für die Untersuchungen und der Erstattungspreis für Arzneimittel abgesenkt. Zudem wurden die bestehenden Dienstleistungen erneut bewertet und neue Dienstleistungen (z.B. neuartige Operationen) in die Maßstäbe der Vergütung aufgenommen. Es ist jedoch notwendig, weitere Maßnahmen zur angemessenen Bewertung der Dienstleistungen von Ärzten zu ergreifen.[79]

b) Begrenzung der Preiserhöhung

Der Gesundheitsminister ändert in der Regel alle zwei Jahre diese Vergütungsmaßstäbe, um sie der medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen. Dabei wird beabsichtigt, den Zuwachs der Gesamtleistungsausgaben aufgrund der Änderung der Maßstäbe auf einen bestimmten Prozentsatz zu begrenzen. Bei der Festlegung dieses Prozentsatzes werden nicht nur die Einnahmen und Ausgaben der Leistungserbringer[80] sowie die Lohn- und Preisentwicklung, sondern auch die Auswirkungen der Änderung der Maßstäbe auf die Ausgaben der Versicherungsträger und des Staates, der zu den Ausgaben der Versicherungsträger Zuschüsse leistet, berücksichtigt.[81] Dadurch werden die Vergütungsmaßstäbe so geändert, dass eine starke Erhöhung des Beitrags und der staatlichen Zuschüsse vermieden werden kann. Bemerkenswert ist, dass die Knappheit der Staatskasse in diesem Entscheidungsverfahren ein wichtiger Faktor war, der eine Erhöhung der Vergütung dämpfte.

In Deutschland ist es gesetzlich geregelt, dass die Veränderungsrate der Vergütung die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreiten darf, um die Beitragssatzstabilität zu sichern.[82] Obwohl es in Japan keine solche

---

79 Vgl. Grundzüge der künftigen Gesundheitsreform (Kabinettsbeschluss vom 28.3.2003), S. 5 ff.

80 Das Gesundheitsministerium untersucht alle zwei Jahre die Einnahmen und Ausgaben der Leistungserbringer.

81 Bei der Änderung im Jahr 2002 wurde dieser Prozentsatz unter Berücksichtigung der Preis- und Lohnentwicklung und der schwierigen Wirtschaftslage in den letzten Jahren auf minus 1,3 % festgelegt.

82 §71 Abs.2SGB V.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

gesetzliche Regelung gibt, wird die Beitragssatzstabilität durch das oben erwähnte Entscheidungsverfahren der Vergütungsmaßstäbe berücksichtigt.

Unter dieser finanziellen Bedingung wird dann der Preis der einzelnen Leistungen geändert. Bei dieser Änderung wird die Finanzlage der einzelnen Leistungserbringer berücksichtigt. Wenn z.B. die Finanzlage der Leistungserbringer eines Typs sich verschlechtert und es einen Verbesserungsbedarf gibt, wird der Preis der Leistungen, die diese Leistungserbringer häufig erbringen, erhöht. Dabei wird der Einfluss der Preiserhöhung auf die Gasamtleistungsausgaben vorausberechnet, um diesen zu kontrollieren. Die wichtige Grundlage für diese Vorausberechnung ist das Ergebnis einer Untersuchung über die Art und Menge der Leistungen, die Leistungserbringer erbracht haben.[83]

Durch Änderung des Preises der einzelnen Leistungen kann der Gesundheitsminister auch die Leistungsmenge einer gewissen Kontrolle unterziehen, weil die Erbringung einer bestimmten Leistung durch die Erhöhung oder Absenkung ihres Preises gefördert oder gedämpft werden. Eine Veränderung der Vergütungsmaßstäbe ist deshalb eine der wichtigsten Maßnahmen, mit denen der Gesundheitsminister ein gesundheitspolitisches Ziel erreichen kann.

c) Herabsetzung des Erstattungspreises für Arzneimittel

Der Erstattungspreis für die einzelnen Arzneimittel[84] wird anhand des Preises, zu dem die Leistungserbringer Arzneimittel gekauft haben (Einkaufspreis), vom Gesundheitsminister geändert.[85] Dabei addiert er einen bestimmten Zusatzbetrag zum durchschnittlichen Einkaufspreis, z.B. unter Berücksichtigung der Preisunterschiede nach der Packungsgröße und der Handelsbedingung. Dieser Zusatzbetrag wird „R-Zone (reasonable zone)“[86] genannt.

---

83 Diese Untersuchung wird jedes Jahr vom Gesundheitsministerium vorgenommen.

84 Der Maßstab für die Erstattungspreise enthielt im April 2004 ca. 12.000 Arten von Arzneimitteln.

85 Der Erstattungspreis eines neuen Arzneimittels wird anhand der Erstattungspreise ähnlicher Arzneimittel bestimmt, die schon in den Maßstab für die Erstattungspreise einbezogen sind. Wenn es keine ähnlichen Arzneimittel gibt, wird der Preis des neuen Arzneimittels anhand einer Kostenberechnung bestimmt. Wenn es einen großen Preisunterschied zwischen dem so bestimmten Erstattungspreis eines Arzneimittels und seinem Preis im Ausland gibt, wird der Preisunterschied ausgeglichen. Vgl. *Shiragami* M, Gegenwärtige Situation und Aufgaben beim Erstattungspreis von Arzneimitteln (in japanischer Sprache), in: *Endo H./Ikegami N.*, Krankenversicherung/Vergütungssystem, Tokio 2005, S. 169 ff.

86 Ab Finanzjahr 2000 „Ausgleichszone“.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 Ausgangpunkt 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.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 niedergelassen 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.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ten, dass Patienten nicht ihrem Bedürfnis entsprechend stationär behandelt werden. In Japan ist die Verweildauer viel länger[90] 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 GMV[93] 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.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 GMV[94] 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 Gesetzänderung 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 bezweckt, 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.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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 Obergrenze[95] 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.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Deshalb haben die Versicherungsträger der VKV schlechtere Bedingungen als die anderen Versicherungsträger. Dieser Unterschied in der Risikostruktur hat einen großen Einfluss sowohl auf die Ausgaben als auch auf die Einnahmen der einzelnen Versicherungsträger. Dieser Unterschied in der Risikostruktur würde ohne Ausgleich zwischen den Versicherungsträgern zu einer unterschiedlichen Beitragsbelastung führen. Gleichwohl haben Versicherte nicht das Recht, ihre Versicherungsträger auszuwählen.[96] Diese Situation widerspricht der Belastungsgerechtigkeit. Um dieses Problem zu lösen, braucht man ein System, das die Auswirkungen der unterschiedlichen Risikostruktur ausgleichen kann.

b) Ausgleichssystem

Seit 1983 wird ein Ausgleich durchgeführt, der die finanziellen Auswirkungen des unterschiedlichen Anteils der alten Versicherten ab 70 Jahren zwischen den Versicherungsträgern einebnet. Obwohl diese Personen Versicherte der GKV sind, erhalten sie medizinische Leistungen nicht nach dem Arbeitnehmer- oder Volkskrankenversicherungsgesetz, sondern nach dem Gesetz über die Gesundheit der älteren Menschen (GGÄ). Inhalt und Umfang dieser Leistungen entsprechen den Leistungen der Krankenversicherung. Träger der Leistungen nach dem GGÄ sind Städte und Gemeinden.[97] Sie gewähren den alten Versicherten diese medizinischen Leistungen anstatt der Krankenversicherungsträger. Deshalb tragen auch die Krankenversicherungsträger die Kosten dafür: 30 % davon wurden durch öffentliche Zuschüsse[98], 70 % durch Umlagen der Krankenversicherungsträger finanziert.

Die Höhe der Umlage eines Trägers wird nach folgender Formel ermittelt:

$$HU = LA \times (DAV/AV) \times (1 - AZ)$$

HU = Höhe der Umlage des Krankenversicherunsträgers
LA = Leistungsabgaben für alte Versicherte des Trägers
DAV = durchschnittlicher Anteil der alten Versicherten aller Träger
AV = Anteil der alten versicherten des Trägers
AZ = Anteil der öffentlichen Zuschüsse

---

96 Es steht zur Zeit in Japan nicht zur Diskussion, den Wettbewerb zwischen den Versicherungsträgern in der GKV einzuführen, weil er die Unterschiedlichkeit der Versicherungsträger voraussetzt. Man befürchtet auch, dass eine Risikoselektion durch den Risikostrukturausgleich nicht vermieden werden kann.

97 Sie gewähren Personen ab 40 Jahren Leistungen zur Gesundheitsförderung und zur Früherkennung von Krankheiten aus Steuermitteln, um den Krankheitsfall im Alter möglichst zu verhüten.

98 Der Anteil der Zuschüsse, die vom Staat, den Präfekturen sowie den Städten und Gemeinden geleistet werden, beträgt jeweils zwei Drittel, ein Sechstel und ein Sechstel.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Durch diesen Ausgleich müssen Versicherungsträger wie die AKK, bei denen der Anteil der alten Versicherten unterdurchschnittlich ist, mehr als die tatsächlich notwendigen Kosten für ihre alten Versicherten tragen. Bemerkenswert ist, dass Städte und Gemeinden als Leistungsträger nach dem GGÄ weder einen Überschuss noch ein Defizit haben, weil alle Kosten für die medizinischen Leistungen über öffentliche Zuschüsse und Umlagen der Krankenversicherungsträger finanziert werden.

Dieser Ausgleich ist eine Art Risikostrukturausgleich, weil er nicht den Unterschied der entstehenden finanziellen Belastung, sondern den der Risikostruktur ausgleicht. In diesem System werden die finanziellen Auswirkungen je nach Anteil alter Versicherter zwischen den Trägern ausgeglichen, weil der Anteil alter Versicherter von wesentlicher Bedeutung für die Ausgaben der Versicherungsträger ist. Anders als im deutschen Risikostrukturausgleich werden die anderen Faktoren, welche auch die Ausgaben der Versicherungsträger beeinflussen, wie z.B. die Zahl der Familienversicherten und das Geschlecht der Versicherten, dabei nicht berücksichtigt.

In diesem System werden die Auswirkungen auf die Einnahmen der Versicherungsträger, die sich aus unterschiedlichen Einkommenshöhen ihrer Mitglieder ergeben, nicht ausgeglichen. Die Beitragsbemessungsgrundlagen von AKV und VKV sind sehr unterschiedlich. Während in der AKV das Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Beitragsbemessung zugrunde gelegt wird, wird bei der Beitragsbemessung der VKV nicht nur das Einkommen, sondern auch das Vermögen und die Zahl der Familienangehörigen berücksichtigt. Deshalb werden die finanziellen Folgen der unterschiedlichen Einkommenshöhen der Mitglieder in Japan durch öffentliche Zuschüsse ausgeglichen, während sie in Deutschland durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden.

Dieser Ausgleich hat insofern eine Gemeinsamkeit mit dem deutschen Risikostrukturausgleich, als die unterschiedliche Risikostruktur zwischen den Versicherungsträgern ausgeglichen wird. Aber er steht nicht im Zusammenhang mit dem Wettbewerb zwischen den Versicherungsträgern und zielt ausschließlich auf die Einebnung der Beitragsbelastung ab, während in Deutschland ein Risikostrukturausgleich mit dem Ziel durchgeführt wird, die Risikoselektion zu verhindern und für alle Krankenkassen die gleichen Chancen im Wettbewerb zu schaffen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

c) Problem

Mit dem starken Anstieg der Ausgaben für alte Versicherte nahmen die Umlagen, die die Versicherungsträger tagen müssen, in den letzten Jahr deutlich zu." Dieser Anstieg der Umlagen war eine Ursache der finanziellen Schwierigkeiten der Versicherungsträger. Um die Umlage zu reduzieren, ist die Selbstbeteiligung der alten Versicherten in den Jahren 2001 und 2002 erhöht worden. Zudem werden ab 2002 die Altersgrenze der Leistungsberechtigten nach dem GGÄ von 70 auf 75 Jahre und der Anteil der öffentlichen Zuschüsse von 30 % auf 50 % stufenweise angehoben. Durch diese Reform wird der Anteil der Umlage an den Gesamtausgaben der Versicherungsträger voraussichtlich im Jahr 2008 auf 25 % sinken, während er ohne diese Maßnahmen auf 40 % steigen würde.[100]

Trotzdem klagen die AKK insbesondere darüber, dass sie durch den Ausgleich für bei anderen Versicherungsträgern versicherte Personen viele Beiträge von ihren eigenen Versicherten erheben müssen. Ihre Behauptung geht von der Auffassung aus, dass die Krankenversicherung eigentlich auf der Solidarität innerhalb der bei einem Versicherungsträger versicherten Personen basiert. Das geltende Ausgleichssystem basiert jedoch auf der Solidarität zwischen Versicherten der Krankenversicherung, die über die einzelnen Versicherungsträger hinausgeht.

Neben diesem prinzipiellen Problem wirft der geltende Ausgleich zwei technische Probleme auf. Zum einen haben die Städte und die Gemeinden als Leistungsträger nach dem GGÄ keine Verantwortung für die Finanzierung ihrer Leistungen. Es fehlt ihnen deshalb an Anreizen, durch geeignete Kontrollen der Leistungsgewährung Kosten zu sparen. Andererseits können die Krankenversicherungsträger der AKV diese Leistungsgewährung nicht direkt beeinflussen, obwohl sie viele Kosten für diese Leistung tragen.

Zum anderen ist der Zusammenhang zwischen Leistungsausgaben und Beitragsbelastung für Versicherte im geltenden Finanzierungssystem nicht eindeutig. Alte Menschen entrichten Beiträge an ihre Krankenversicherungsträger oder als Familienversicherte keine Beiträge. Sie erhalten jedenfalls Leistungen nicht von ihren Versicherungsträgem, sondern von der Stadt oder der Gemeinde. Die Aufwendungen für diese Leistungen werden aus Steuermitteln und über Umlagen der Krankenversiche-

---

99 Die Höhe der Umlagen der AKK stiegen von 1,2 Billionen Yen (ca. 8,6 Mrd. Euro) im Jahr 1993 auf 1,9 Billionen Yen (ca. 13,6 Mrd. Euro) im Jahr 1999. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil dieser Umlagen an den Gesamtausgaben der AKK von 24 % auf 31 %.

100 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Zur Gesundheitsreform (in japanischer Sprache), Tokio 2001, S. 9.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

rungsträger finanziert. Die Kosten für die Umlage werden auch durch Beiträge finanziert, die jüngere Versicherten entrichten.

d) Reformvorhaben

Um dieses Problem zu lösen, sieht der Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 vor, dass ein neues eigenständiges Versicherungssystem für alte Menschen geschaffen wird, innerhalb dessen die Träger der neuen Versicherung sowohl für die Leistungsgewährung als auch für deren Finanzierung verantwortlich sind. Träger der neuen Versicherung sind Städte und Gemeinden. Alle alten Menschen ab 75 Jahren sollen in dieser neuen Versicherung versichert sein und ihre Beiträge unmittelbar an ihre Versicherungsträger entrichten.

Die Aufwendungen dafür werden aus den Beiträgen, die alte Menschen entrichten, aus der Unterstützung der AKV und VKV sowie über öffentliche Zuschüsse finanziert. Die Hälfte der Leistungskosten für alte Menschen wird durch öffentliche Zuschüsse finanziert. In diesem System sollen auch die bestehenden Krankenversicherungsträger die Träger der neuen Versicherung finanziell unterstützen, um einen erheblichen Teil (ca. 40 %) der Leistungskosten für alte Menschen, die nicht mehr ihre Versicherten sind, zu finanzieren. Die einzelnen bestehenden Versicherungsträger tragen diese Kosten nach der Zahl ihrer Versicherten unter 75 Jahren. In dem neuen System gibt es keine Beziehung zwischen den jetzigen Krankenversicherungsträgern und den alten Versicherten mehr. Die Unterstützung durch die bestehenden Versicherungsträger kann deshalb lediglich mit der Solidarität zwischen den Generationen begründet werden. Die Verwirklichung dieses Systems hängt davon ab, ob die Vorstellung einer solchen breiten Solidarität in der japanischen GKV hingenommen werden kann.

Darüber hinaus sieht der Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 die Einführung eines neuen Finanzausgleichssystems für Leistungskosten für Versicherte zwischen 65 und 75 Jahren[101] vor. Diese Leistungskosten werden an die einzelnen Versicherungsträger nach der Zahl ihrer Versicherten unter 75 Jahren verteilt.

101 Anders als Versicherte ab 75 Jahren sind sie bei den bestehenden Krankenversicherungsträgem nach wie vor versichert.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

5. *Organisationsreform der Versicherungsträger*

In Japan gab es Ende März 2004 insgesamt ca. 5.000 Krankenversicherungsträger. Die Zahl der Versicherten eines Versicherungsträgers ist sehr unterschiedlich. Der größte davon ist die Regierung als Versicherungsträger der AKV. Sie hatte damals 35,5 Mio. Versicherte und unterhält 380 Ämter in ganz Japan. Für alle ihre Versicherten gilt ein einheitlicher Beitragssatz, obwohl die medizinischen Ausgaben je Versichertem nach der Region sehr unterschiedlich sind. Andererseits gibt es viele kleine Versicherungsträger (Tabelle 1.3). Die meisten davon stehen manchmal vor finanziellen Schwierigkeiten und können die von ihnen erwartete Funktion als Versicherungsträger nicht befriedigend erfüllen. Es ist vor allem schwer für kleine Gemeinden, eine fachliche Organisation für die VKV einzurichten und fachliches Personal anzustellen

Nach dem Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2006 wird die Rolle der Regierung als Versicherungsträger der AKV von einer selbstverwalteten rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts übernommen, die dafür neu gegründet wird. Ihr Beitragssatz ist nicht mehr einheitlich. Für Versicherte im Gebiet einer Präfektur setzt sie einen Beitragssatz fest, der ihren Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen von dort entspricht. Die Fusion der kleinen AKK wird durch Deregulierung gefördert. Zudem wird ein System, in dem die höheren medizinischen Ausgaben[102] eines Versicherungsträgers von allen Versicherungsträgern innerhalb des Gebiets der Präfektur gemeinsam finanziert werden, in der VKV der Städte und Gemeinden aufgebaut.

Diese Umstrukturierung zielt nicht nur darauf ab, die finanzielle Stabilität der Versicherungsträger sicherzustellen, sondern auch darauf, dass die Versicherungsträger ihre Funktion effizient erfüllen. Zu dieser Funktion zählt z.B. die Ergreifung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten sowie die Beratung der Versicherten. Darüber hinaus wird eine Grundlage dafür durch die Umstrukturierung geschaffen, dass die Krankenversicherungsträger auf Präfekturebene mit den Leistungserbringern im Interesse des Aufbaus einer effizienten und effektiven Versorgungsstruktur in der Region Zusammenarbeiten können.

Bemerkenswert ist, dass diese Organisationsreform in Japan nach einem Gesamtplan mit einem gesundheitspolitischen Ziel vom Staat gefördert wird, während in Deutschland die freiwillige Fusion von Krankenkassen unter dem Druck des Wettbewerbs durchgeführt wird.

---

102 Monatlich über 300.000 Yen (ca. 2.140 Euro) je Fall.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

III. Schlussbemerkung

Wie oben erwähnt, steht die Krankenversicherung in Japan vor ähnlichen Problemen wie in Deutschland. Um sie zu lösen, wird eine Reihe von Reformen mit den Zielen durchgeführt, einen starken Ausgabenanstieg zu vermeiden, eine gerechte Kostenverteilung zu verwirklichen und die Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Man kann auch bei diesen Zielen eine Gemeinsamkeit mit der Reform in Deutschland registrieren.

Ein wichtiger Unterschied zwischen den Krankenversicherungssystemen in den beiden Ländern ist, dass in Japan großer Wert auf die Gleichbehandlung der Patienten gelegt wird. Danach muss jedem Patienten eine gleichwertige medizinische Versorgung unabhängig vom zugehörenden Versicherungsträger und Wohnort zur Verfügung stehen. Zudem kann man sagen, dass das japanische System auf großem Vertrauen in die Neutralität und Fachkompetenz des Ministeriums basiert. Aus diesen Gründen ist die zentralisierte Entscheidung des Gesundheitsministers in Japan von großer Bedeutung.

Das bedeutet aber nicht, dass ein staatliches Versorgungssystem oder ein einheitliches Krankenversicherungssystem hinnehmbar ist. Ebenso wie in Deutschland etablierte sich in Japan die Krankenversicherung, die von mehreren eigenständigen Versicherungsträgern durchgeführt wird. Der Grund dafür ist, dass man die folgenden Punkte für Vorteile der Krankenversicherung hält: In der Krankenversicherung kann man durch die Beitragszahlung für Krankheitsfälle selbst Vorsorgen. Ihre Versicherungsgemeinschaft kann auf der Solidarität innerhalb der Mitarbeiter eines Betriebs oder innerhalb der Einwohner einer Region gegründet werden.

Eines der wichtigsten Beispiele für das System der zentralisierten Entscheidung ist das Vergütungssystem. Während in Deutschland die Vergütungsmaßstäbe und die Gesamtvergütungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart werden, legt in Japan der Gesundheitsminister einheitlich die Vergütungsmaßstäbe fest. Bei der Festlegung der Vergütungsmaßstäbe wird eine Kompromisslösung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Meinungen der Versicherungsträger und der Leistungserbringer vom Ministerium gefunden. Dieses Vergütungssystem gewährleistet, dass jeder Arzt und jedes Krankenhaus unabhängig vom Versicherungsträger des Patienten gleiche Vergütung für gleiche Leistungen bekommen können. Dadurch kann die Diskriminierung von Patienten aufgrund der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Versicherungsträgern ausgeschlossen werden.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Auch in Japan ist zu erwarten, dass Versicherungsträger ihre Funktion z.B. im Bereich der Gesundheitsförderung der Versicherten effektiver erfüllen. Man kann sich jedoch nicht vorstellen, dass der Versicherungsträger in naher Zukunft das Recht haben wird, mit dem Leistungserbringer oder seinem Verband unmittelbar einen Versorgungsvertrag zu schließen oder Vereinbarungen über die Vergütung zu treffen.

Dieser grundsätzliche Unterschied führt zu den unterschiedlichen Reformmaßnahmen in beiden Ländern. Während man in Deutschland großen Wert darauf legt, größeren Spielraum für die Krankenkassen zu schaffen, spielt in Japan die staatliche Intervention eine dominierende Rolle in der Gesundheitsreform.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

58

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Teil 2: Die gesetzliche Pflegeversicherung

In Japan trat das Pflegeversicherungsgesetz[103] am 1. April 2000 in Kraft. Die Pflegeversicherung wurde grundsätzlich in einer ersten Zwischenbilanz positiv bewertet. Mehr Pflegebedürftige erhalten erheblich mehr Leistungen als bisher. Die Zahl von Pflegediensten und stationären Einrichtungen erhöhte sich deutlich. Trotzdem gab es noch Lücken und Reformbedarf. Um dies zu bewältigen, ist ein Reformgesetz[104] im Oktober 2005 verabschiedet worden.

In diesem Teil werden zuerst die Notwendigkeit, das geltende System und die Situation der Pflegeversicherung dargestellt. Dann werden die Probleme und die Reformmaßnahmen im Vergleich zu Deutschland betrachtet.

I. Hintergrund

1. Notwendigkeit der Pflegeversicherung

Genauso wie in Deutschland wird prognostiziert, dass sich der Anteil der alten Mitbürger in Japan wegen des Sinkens der Geburtenrate und des Anstiegs der Lebenserwartung künftig drastisch erhöhen wird. Mit dieser demografischen Entwicklung wird voraussichtlich die Zahl der pflegebedürftigen alten Menschen von 2,8 Mio. im Jahr 2000 auf 5,2 Mio. im Jahr 2025 steigen.[105] Durch die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit und der Zahl der 1- oder 2-Personen-Haushalte wird es immer schwerer, Pflegebedürftige durch ihre Familienangehörigen betreuen zu lassen. Im allgemeinen erhöhte sich der Grad an Pflegebedürftigkeit und verlängerte sich die Durchschnittsdauer der Pflege eines Pflegebedürftigen. Es kommt immer häufiger vor, dass alte Pflegebedürftige von einem alten Familienangehörigen betreut werden. Deshalb werden viele pflegende Familienangehörige physisch und psychisch stark belastet. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass sich der Bedarf an Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen deutlich vergrößern wird.

---

103 Gesetz Nr. 123 im Jahr 1997.

104 Gesetz Nr. 77 im Jahr 2005.

105 Ein Ergebnis der Vorausberechnungen des Ministeriums für Gesundheit und Wohlfahrt im Jahr 1994.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Seit 1963 gibt es in Japan das Gesetz über die Wohlfahrt älterer Menschen (GWÄ)[106]. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung gewährten Städte und Gemeinden pflegebedürftigen alten Menschen ab 65 Jahren nach diesem Gesetz ambulante und stationäre Pflegeleistungen. Die Hälfte der Kosten für diese Leistungen wurde vom Staat und die andere Hälfte von Präfekturen, Städten und Gemeinden getragen. Sie finanzierten diese Kosten aus Steuermitteln. Leistungsempfänger mussten einen Teil der Kosten je nach ihrem Einkommen selbst tragen.[107] Das GWÄ sah lediglich vor, dass Städte und Gemeinden geeignete Maßnahmen zur Versorgung von pflegebedürftigen alten Personen zu treffen hatten. Pflegebedürftige hatten nach diesem Gesetz keinen Rechtsanspruch auf Pflegeleistungen. Mangels ausreichender pflegerischer Versorgung konnten nicht alle pflegebedürftigen alten Personen nach dem GWÄ notwendige Leistungen erhalten. Es ist unmöglich, den noch wachsenden künftigen Pflegebedarf durch dieses System zu decken, weil die öffentlichen Haushalte angesichts des niedrigen Wirtschaftswachstums sehr knapp bei Kasse sind.

Im bisherigen System gab es ein weiteres großes Problem. In Japan sind pflegebedürftige alte Personen nicht nur in Altenpflegeheimen, sondern auch in Nursing Homes und in Krankenhäusern untergebracht. Nach dem GWÄ brachten Städte und Gemeinden alte Pflegebedürftige in Altenpflegeheimen unter. Nach einem anderen Gesetz, dem Gesetz über die Gesundheit älterer Menschen (GGÄ)[108], konnten pflegebedürftige alte Personen in letzteren Einrichtungen stationäre medizinische Behandlung und Betreuung erhalten[109].

Tabelle 2.1 zeigt die Unterschiede zwischen diesen drei Einrichtungen. Sie werden gemäß ihrem Zweck personell und räumlich unterschiedlich ausgestattet: In Krankenhäusern sind mehr Ärzte und Krankenpfleger und in Altenpflegeheimen mehr Pflegepersonen beschäftigt als in anderen Einrichtungen. Der Wohnraum in Altenpflegeheimen, in denen Pflegebedürftige lange wohnen, ist am größten.

Ursprünglich sollten Pflegebedürftige in ihrem pflegerischen und medizinischen Bedarf entsprechenden Einrichtungen untergebracht werden. Aber viele alte Menschen, die umfassender Pflege bedurften, wurden tatsächlich in Krankenhäusern untergebracht. Diesen Personen konnte somit weder die notwendige Pflege, noch ein

106 Gesetz Nr. 133 im Jahr 1963.

107 Nach Angaben des Ministeriums für Gesundheit und Wohlfahrt trugen Bewohner in Altenpflegeheimen im Jahr 1997 ca. 17 % der Gesamtkosten.

108 Gesetz Nr. 80 im Jahr 1982.

109 Städte und Gemeinden als Leistungsträger des GGÄ gewähren anstatt der Versicherungsträger der GKV alten Menschen ab 70 Jahren medizinische Leistungen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ihrer Situation entsprechendes Umfeld geboten werden. Ihre Unterbringung in Krankenhäusern verursachte außerdem höhere Kosten als es in Altenpflegeheimen der Fall gewesen wäre.

Eine Ursache dieses Problems war, dass mangels Pflegediensten und Pflegeheimen viele Pflegebedürftige, die keiner Krankenhausbehandlung mehr bedurften, weder nach Hause zurückkehren noch in Altenpflegeheimen untergebracht werden konnten. Andere Ursachen waren Unterschiede in der Höhe der Selbstbeteiligung und im Verfahren der Leistungsinanspruchnahme: Pflegebedürftige mussten in Altenpflegeheimen eine einkommensabhängige und in Nursing Homes und Krankenhäusern eine nicht einkommensabhängige Selbstbeteiligung tragen. Dies führte dazu, dass die Selbstbeteiligung für pflegebedürftige Personen mit höherem Einkommen bei der Unterbringung in einem Altenpflegeheim höher als in einem Nursing Home oder Krankenhaus war. Sie konnten stationäre Leistungen in einem von ihnen selbst gewählten Nursing Home oder Krankenhaus erhalten. Hingegen setzte die Unterbringung in einem Altenpflegeheim eine Entscheidung der Stadt oder der Gemeinde voraus. Die Stadt oder die Gemeinde entschied auch über das Altenpflegeheim, in dem der Pflegebedürftige untergebracht wurde. Dabei wurde seine Einkommenslage von der Stadt oder der Gemeinde ermittelt. Dieses Verfahren war eine Ursache dafür, dass viele Pflegebedürftige gegenüber der Unterbringung in Altenpflegeheimen zurückhaltend waren.

Darüber hinaus gab es keinen Wettbewerb zwischen Altenpflegeheimen, weil Pflegebedürftige das Altenpflegeheim nicht selbst wählen konnten, in dem sie untergebracht wurden. Dieses System konnte Altenpflegeheimen keinen ausreichenden Anreiz dazu geben, dem Wunsch der Bewohner zu entsprechen.

Um oben erwähnten Problemen entgegenzuwirken, war es erforderlich, ein neues, umfassendes System zur Absicherung des Pflegerisikos aufzubauen, welches die langfristig steigenden Pflegekosten bewältigen kann. Um Leistungen dem wirklichen Bedarf der Pflegebedürftigen gemäß anbieten zu können, sollten sowohl der Selbstkostenanteil, als auch das Verfahren der Leistungsinanspruchnahme auf eine gemeinsame Grundlage gestellt werden. Zudem sollten Pflegebedürftige Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen selbst wählen können. Dadurch sollten der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gefördert und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen erhöht werden. Hierfür bot sich die Pflegeversicherung als beste Lösung an.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
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, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Pflegebedürftigen z.B. wegen der hohen Selbstbeteiligung nicht genügend Leistungen in Anspruch nehmen könnten.

Von allen Arten ambulanter Leistungen hatte die häusliche Pflegehilfe die größte Bedeutung. Im März 2005 wählten 45 % der Empfänger ambulanter Leistungen diese Leistungsart. Bemerkenswert ist, dass an dritter Stelle die Tagespflege (38 %) rangierte. Die Tagespflege kann viel dazu beitragen, die pflegenden Familienangehörigen physisch und psychisch zu entlasten. Zugleich kann ein Pflegebedürftiger durch die Inanspruchnahme dieser Leistung eine gute Gelegenheit bekommen, Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen und seine Vereinsamung zu vermeiden.

c) Leistungserbringer

aa) Pflegedienste

Die Zahl der Leistungserbringer ambulanter Pflege hat seit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes deutlich zugenommen. Die Zahl der zugelassenen Pflegedienste, die häusliche Pflegehilfe anbieten, ist von 9.833 im Oktober 2000 auf 17.274 im Oktober 2004 gestiegen. Im selben Zeitraum ist die Zahl der zugelassenen Tagespflegeeinrichtungen von 8.037 auf 14.725 gestiegen. Auf den Markt der ambulanten Pflege sind viele gewerbliche Leistungserbringer getreten. Im Oktober 2004 befanden sich 48 % der Pflegedienste in gewerblicher, 51 % in gemeinnütziger und 1 % in öffentlicher Trägerschaft.

bb) Stationäre Einrichtungen

Die Zahl der zugelassenen stationären Einrichtungen betrug im Oktober 2004 12.139. Dies sind 1.147 Einrichtungen mehr als im Oktober 2000. Darunter sind 5.291 Altenpflegeheime, 3.131 Nursing Homes und 3.717 Krankenhäuser. Von Oktober 2000 bis Oktober 2004 ist die Zahl ihrer Betten von 648.559 auf 785.202 angestiegen. Die Entwicklung der Altenpflegeheime hängt hauptsächlich von den öffentlichen Haushalten ab, weil drei Viertel der Investitionskosten der Altenpflegeheime aus öffentlichen Zuschüssen finanziert werden. Seit 1990 wird der Aufbau der Pflegeeinrichtungen nach dem Investitionsplan des Staates stark gefördert.

d) Pflegevergütung

Zum 1. April 2003 änderte der Gesundheitsminister den Maßstab der Pflegevergütung aufgrund einer Empfehlung des beratenden Ausschusses für die Pflegeversicherung. Dabei berücksichtigte er vor allem die steigende Leistungsinanspruchnah-

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

me, die Beitragssatzstabilität, das sinkende Preis- und Lohnniveau sowie die Geschäftslage der Leistungserbringer. Einerseits wurde die Vergütung für die stationäre Pflege gesenkt, andererseits wurde die Vergütung für die ambulante Pflege erhöht. Nach einer Vorausberechnung hat diese Änderung die Auswirkung, die Gesamtleistungsausgaben der Pflegeversicherung um 2,3 % zu reduzieren. Dies zeigt, dass der Minister größeren Wert darauf legt, die ambulante Pflege zu fördern.

Der Minister änderte wiederum den Maßstab der Pflegevergütung zum 1. Oktober 2005 und zum 1. April 2006. Es wird vorausberechnet, dass diese Änderungen die Gesamtleistungsausgaben der Pflege Versicherung insgesamt um 2,4 % reduzieren.

e) Finanzielle Situation der Pflegeversicherung

Die Gesamtleistungsausgaben der japanischen Pflegeversicherung stiegen Jahr für Jahr an. Sie betrugen 3,2 Billionen Yen (ca. 23 Mrd. Euro) im Finanzjahr 2000 und 5,5 Billionen Yen (ca. 39 Mrd. Euro) im Haushaltsplan für das Finanzjahr 2004. Viele Städte und Gemeinden mussten den Beitrag der Versicherten ab 65 Jahren für den dritten Zeitabschnitt (von Finanzjahr 2006 bis 2008) erhöhen. Daraus ergab sich, dass die durchschnittliche Beitragshöhe der Versicherten ab 65 Jahren von 3.293 Yen (ca. 24 Euro) auf 4.090 Yen (ca. 29 Euro) pro Monat gestiegen ist.[137] Auch der Beitrag der Versicherten zwischen 40 und 65 ist Jahr für Jahr erhöht worden.

II. Reformmaßnahmen

Das Pflegeversicherungsgesetz, das im Jahr 2000 in Kraft trat, sieht vor, dass die Pflegeversicherung bis 2005 unter Berücksichtigung ihrer Umsetzungssituation und der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung überprüft und aufgrund des Ergebnisses notwendige Reformmaßnahmen getroffen werden sollen.

Wie oben erwähnt, ist in Japan ein weiterer Personenkreis in die Gruppe der Pflegebedürftigen einbezogen und erhält höhere Leistungen als in Deutschland. Darüber hinaus wird auch in Zukunft die Zahl der älteren Menschen in Japan stark zunehmen. Nach einer Prognose des Gesundheitsministeriums[138] werden die Gesamtleistungsausgaben der Pflegeversicherung demzufolge im fünften Zeitabschnitt (vom Finanz-

137 Die durchschnittliche Beitragshöhe der Versicherten ab 65 Jahren für den ersten Zeitabschnitt (vom Finanzjahr 2000 bis 2002) betrug monatlich 2.911 Yen (ca. 21 Euro).

138 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Gesamtbild der Reform der Pflegeversicherung (in japanischer Sprache), Tokio 2005, S. 38.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

jahr 2012 bis 2014) 10,6 Billionen Yen (ca. 76 Mrd. Euro) pro Jahr betragen.[139] Dieser Betrag ist fast doppelt so groß wie im Jahr 2002. Diese Entwicklung würde zu einer starken Erhöhung der Beiträge[140] und der öffentlichen Zuschüsse führen. Vor diesem Hintergrund ist es die wichtigste Aufgabe, die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung sicherzustellen.

Es wird auch prognostiziert, dass die Zahl alter Menschen ab 75 Jahren noch zunimmt, die ein viel höheres Risiko der Pflegebedürftigkeit haben. Mit dieser demografischen Entwicklung wird die Zahl demenzkranker Menschen deutlich steigen. Zudem leben mehr und mehr alte Menschen allein.[141] Es ist deshalb notwendig, den Eintritt der Pflegebedürftigkeit wirksam zu vermeiden und Pflegebedürftige zu unterstützen, damit sie auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung leben können.

Um diese Aufgabe zu bewältigen, beriet der beratende Ausschuss für die Pflegeversicherung über ein Jahr lang. Er berichtete im Juni 2004 über die Probleme der Pflegeversicherung und machte Vorschläge zu ihrer Lösung.[142] Diese Vorschläge zielten auf die Sicherstellung der finanziellen Stabilität der Pflegeversicherung und die Verbesserung der Leistungsqualität ab. Ein Reformgesetz, das von der Regierung aufgrund dieser Vorschläge entworfen wurde, wurde im Juni 2005 verabschiedet und dessen größter Teil trat im April 2006 in Kraft.

Die wichtigsten Inhalte dieses Gesetzes sind die Förderung der Prävention, die Änderung der stationären Leistung und die Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungsqualität.

1. Förderung der Prävention

Nach dem japanischen Pflegeversicherungsgesetz (§ 2 Abs. 2) sollen die Leistungen so gewährt werden, dass sie dazu beitragen können, die Pflegebedürftigkeit zu mindern, die Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern und den Ein-

139 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 60), S. 249.

140 Die durchschnittliche Beitragshöhe der Versicherten ab 65 Jahren wird von 2.911 Yen (ca. 21 Euro) im ersten Zeitabschnitt (vom Finanzjahr 2000 bis 2002) auf ca. 6.000 Yen (ca. 43 Euro) im fünften Zeitabschnitt steigen.

141 Bis 2025 wird die Zahl demenzkranker alter Menschen von 1,5 Mio. auf 3,2 Mio. und die Zahl allein lebender Menschen ab 65 Jahren von 3,9 Mio. auf 6,8 Mio. steigen. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 60), S. 251 ff.

142 Das Ergebnis dieser Beratung ist am 30. Juli 2004 mit dem Titel "Stellungnahme zur Reform des Pflegeversicherungssystems" veröffentlicht geworden.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

tritt der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Anders als in Deutschland gewährt die Pflegeversicherung in Japan auch Leistungen zur Rehabilitation.

Es war eigentlich zu erwarten, dass vor allem die Situation der nicht schwer Pflegebedürftigen, also Hilfsbedürftigen im Sinne des geltenden Pflegeversicherungsgesetzes, durch die Inanspruchnahme der Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz verbessert oder ihre Verschlimmerung verhindert werden kann. Diese Leistungen führten jedoch tatsächlich nicht zur Stabilisierung und Verbesserung ihrer Situation. Nicht schwer Pflegebedürftige erhielten manchmal nur eine hauswirtschaftliche Versorgung. Eine solche Leistungsinanspruchnahme kann sogar ihre Fähigkeit zur Lebensführung senken. Seit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetz steigt die Zahl der nicht schwer Pflegebedürftigen stärker als die der schwer Pflegebedürftigen. Nach dem Ergebnis einer Untersuchung, die die Ergebnisse der Begutachtung der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit in 2000 und in 2002 vergleicht, verschlechterte sich die Situation von rund 50 % der Personen, die in 2000 als Hilfsbedürftige anerkannt wurden.[143]

Nach dem Reformgesetz ist der Inhalt der bestehenden Leistungen für die nicht schwer Pflegebedürftigen so geändert worden, dass sie mehr dazu beitragen können, ihre Fähigkeit zur Lebensführung zu erhalten und zu verbessern. Zudem sind neue Maßnahmen zur Prävention eingeführt worden, die als Teil der Leistungen ergriffen werden. Dabei wird berücksichtigt, dass die nicht schwer Pflegebedürftigkeit in den meisten Fällen durch eine nicht aktive Lebensführung, eine Gelenkkrankheit oder einen unfallbedingten Knochenbruch verursacht wird. Zu den neuen Maßnahmen zählen z.B. Training, das eine Schwächung der Muskelkraft verhindern kann, Schulungen zur Unfallprävention und Maßnahmen zur Mundpflege. Um diese Leistungen wirksamer zu erbringen, wird ein neues Care Management in die Pflegeversicherung eingeführt, durch das ihre Erbringung koordiniert wird. Dafür sind „die Zentren für umfassende Hilfe“ zuständig.

Darüber hinaus sieht das Reformgesetz vor, dass Städte und Gemeinden präventive Maßnahmen für Personen treffen sollen, bei denen die Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit zu entstehen drohen. Zu den Maßnahmen gehören z.B. Schulungskurse für die Bewegung und die gesunde Lebensführung.

143 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Altenpflege im Jahr 2015 (in japanischer Sprache), Tokio 2003, Tabelle 8.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

2. *Änderung der stationären Leistung*

Ebenso wie in Deutschland sieht das Pflegeversicherungsgesetz in Japan vor, durch die Leistungen der Pflegeversicherung Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung steigt die Zahl der Empfänger ambulanter Leistungen deutlich an. Es gibt trotzdem eine große Nachfrage nach stationären Leistungen. Obwohl die Kapazitäten stationärer Einrichtungen ausgebaut worden sind, haben viele Altenpflegeheime noch eine Warteliste.

Viele alte Menschen wünschen, in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, auch wenn sie der Pflege bedürfen. Tatsächlich sind jedoch über 50 % der Leistungsempfänger mit der Pflegestufe 4 und 5 in stationären Einrichtungen untergebracht. Der Antrag auf stationäre Pflege wird manchmal nach dem Willen von Familienangehörigen gestellt.[144] Auch ältere Menschen, die noch in ihrer häuslichen Umgebung leben können, stellen einen Antrag auf Unterbringung im Altenpflegeheim.[145] Diese Situation zeigt, dass der Grundsatz „Vorrang der häuslichen Pflege" im Allgemeinen noch nicht verwirklicht worden ist, obwohl mehr ambulante Leistungen in Anspruch genommen worden sind.

Der Unterschied der von Leistungsempfängem zu tragenden Kosten bei ambulanten und stationären Leistungen kann die Leistungsinanspruchnahme beeinflussen. Bewohner in stationären Einrichtungen mussten bisher die 10 %ige Selbstbeteiligung und die Kosten für die Verpflegung tragen. Pflegebedürftige, die in ihrer häuslichen Umgebung bleiben, mussten hingegen nicht nur die Selbstbeteiligung der Pflegeversicherung, sondern auch andere Unterhaltskosten (z.B. Verpflegungskosten, Hausmiete, Licht- und Heizkosten) selbst tragen. Nach einer Berechnung des Gesundheitsministeriums betrugen die durchschnittlichen Kosten, die ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 5 in einem Altenpflegeheim und in seiner häuslichen Umgebung selbst tragen musste, monatlich ca. 56.000 Yen (ca. 400 Euro) bzw. 104.000 Yen (ca. 740 Euro).[146] Das bisherige System beinhaltete deshalb einen finanziellen Anreiz, die Inanspruchnahme der stationären Leistungen zu fördern.

---

144 Der beratende Ausschuss für die Pflegeversicherung, Stellungnahme zur Reform des Pflegeversicherungssystems vom 30.7.2004, S. 12.

145 Nach dem Ergebnis einer Untersuchung des Zentralverbands der Krankenversicherungsträger (KEMPOREN) waren rund 60 % der Befragten, die einen Antrag auf Altenpflegeheim gestellt haben, in der Lage, in ihrer häuslichen Umgebung bleiben zu können.

146 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 126), S. 10.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Um diesen Anreiz zu vermindern und eine gerechte Kostentragung zu verwirklichen, ist eine Änderung der stationären Leistung vorgenommen worden. Demnach müssen Bewohner in den stationären Einrichtungen künftig zusätzlich die Kosten für die Unterkunft selbst tragen und der Umfang der von ihnen zu tragenden Kosten für die Verpflegung ist erweitert worden. Um die Leistungsinanspruchnahme Pflegebedürftiger mit niedrigeren Einkommen nicht zu erschweren, trägt die Pflegeversicherung einen Teil der von ihnen zu tragenden Kosten für die Unterkunft und Verpflegung.

Es ist zu erwarten, dass die oben erwähnten Reformmaßnahmen zur Förderung der Prävention und Änderung der stationären Leistung Auswirkungen dahingehendhaben, die Kosten für die Pflege Versicherung deutlich zu reduzieren. In zehn Jahren werden die Gesamtleistungsausgaben der Pflegeversicherung, die ohne Reform auf 10,6 Billion Yen (ca. 76 Mrd. Euro) steigen würden, mit der Reform auf 8,7 Billionen Yen (ca. 62 Mrd. Euro) steigen.[147]

3. *Verbesserung der pflegerischen Versorgung*

Weil seit Jahren größerer Wert auf die Verbesserung der Pflege von Pflegebedürftigen, die wegen einer körperlichen Behinderung der Hilfe bedürfen, gelegt wird, bedarf die Pflege von Pflegebedürftigen mit seelischer Behinderung, wie die von demenzkranken Menschen, noch einiger Verbesserungen. Sowohl die Zahl demenzkranker Menschen als auch die Zahl allein lebender alter Menschen werden schnell zunehmen. Vor allem für die Menschen, die zu diesen Personenkreisen gehören, ist es von großer Bedeutung, dass sie in der gewohnten Umgebung die notwendige Pflege erhalten und in Verbindung mit ihren Familienangehörigen und Bekannten leben können. Zur Zeit wird jedoch eine geeignete Pflege durch Pflegedienste nicht immer erbracht. Es ist deshalb eine sehr wichtige Aufgabe, das pflegerische Versorgungssystem mit dem Ziel zu verbessern, dass diese Menschen ein solches Leben führen und ihre Menschenwürde wahren können.

Durch die Reform ist ein neues pflegerisches Versorgungssystem eingeführt worden, das pflegebedürftigen Menschen verschiedene Leistungen ihrem Bedarf entsprechend in ihrer nahen Umgebung kontinuierlich und flexibel anbieten kann. Ein Beispiel dafür sind kleinere Einrichtungen für die Tagespflege, von denen Pflegebedürftige auch häusliche Pflegehilfe erhalten und in denen sie ihrem Bedarf und Wunsch entsprechend vorübergehend untergebracht werden können.

---

147 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 60), S. 255 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Darüber hinaus werden „die Zentren für umfassende Unterstützung“ ausgebaut, die von einer Stadt oder einer Gemeinde (ggf einem von ihr Beauftragten) betrieben werden. Sie unterstützen z.B. durch Beratung und Care Management alte Menschen mit dem Ziel, dass sie in der gewohnten Umgebung ein möglichst selbständiges Leben führen können.

4. Verbesserung des Care Managements

Das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung ist in Japan breiter als in Deutschland. Zudem erhält ein Pflegebedürftiger in Japan manchmal nebeneinander verschiedene Leistungen von mehreren Leistungserbringern. Für eine rechtzeitige und angemessene Versorgung ist es insofern notwendig, dass die Leistungen durch das Care Management sinnvoll aufeinander abgestimmt erbracht werden.

Es wird jedoch verschiedentlich daraufhingewiesen, dass es beim Care Management folgende Probleme gibt[148]: Tatsächlich werden notwendige Leistungen nicht immer gemäß der physischen und psychischen Situation des Pflegebedürftigen durch das Care Management gewählt. Man kann manchmal z.B. feststellen, dass der Bedarf des Pflegebedürftigen nicht genau ermittelt wird und die Art und der Inhalt der Leistungen nur nach dem Wunsch des Pflegebedürftigen festgesetzt werden, dass die notwendigen Arbeitsschritte für das Care Management (z.B. die Care Conference) nicht richtig vollzogen werden und dass das Ergebnis der Leistungserbringung nicht geprüft wird. Dies führt dazu, dass die an der Pflege des Pflegebedürftigen beteiligen Personen oft keine gemeinsamen Erkenntnisse erlangen und die Pflege fortgesetzt wird, ohne dass das Ergebnis der Leistungserbringung bewertet und sie dementsprechend verbessert wird.

Eine Ursache dafür ist, dass Care Manager wegen zu vieler Klienten nicht ausreichend Zeit für das Care Management haben und sich außerdem noch mit verschiedenen Problemen in anderen Bereichen beschäftigen, vor denen Pflegebedürftige im täglichen Leben stehen.

Um diese Probleme zu lösen, ist die Standardzahl von Klienten , die ein Care Manager betreuen kann, von 50 auf 35 reduziert und der Maßstab der Vergütung für das Care Management geändert worden. Damit wurde die Bewertung des Care Managements erhöht und nach der Pflegestufe des Klienten gestaffelt[149]. Zudem ist ein neu-

148 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 143), S. 23 ff.

149 Die Grundvergütung für das Care Management, das für einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 oder 2 bzw. der Pflegestufe 3, 4 oder 5 dürchgeführt wird, beträgt monatlich 10.000 Yen (ca. 71 Euro) bzw. 13.000 Yen (ca. 93 Euro).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

es System eingeführt worden, in dem die Vergütung gekürzt wird, wenn der Care Manager über 40 Klienten betreut.

Darüber hinaus unterstützen die oben erwähnten „Zentren für umfassende Unterstützung“ die Durchführung des Care Managements durch Care Manger und die Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer in der Region. Zudem wird die Weiterbildung von Care Managern verbessert.

5. Veröffentlichung von Information und Regulierung der Leistungserbringer

Durch Inkrafttreten der Pflegeversicherung wurde es den Leistungsempfängem ermöglicht, die Leistungserbringer selbst zu wählen, die ihnen Leistungen anbieten. Es ist auch zu erwarten, dass dadurch der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gefördert wird und sich die Leistungsqualität erhöht. Um eine richtige Entscheidung zu treffen, brauchen die Leistungsempfänger ausreichende Informationen über die Leistungserbringer. Durch das Reformgesetz sind alle zugelassenen Leistungserbringer verpflichtet worden, die vom Gesundheitsminister bestimmten Informationen über die von ihnen angebotenen Leistungen und ihren Betrieb regelmäßig zu veröffentlichen. Zudem soll der Inhalt der Informationen von einem neutralen Inspektor geprüft werden.

Um die Leistungsqualität zu sichern, sind auch folgende Änderungen der Regulierung der Leistungserbringer vorgenommen worden: Die Zulassung von Leistungserbringern wird künftig befristet. Dadurch werden sie regelmäßig auf die Erfüllung der vom Gesundheitsministerium bestimmten Anforderungen geprüft. Wenn ein zugelassener Leistungserbringer Unrecht begangen hat, kann der Gouverneur nach geltenden Recht die Zulassung widerrufen. Künftig kann der Gouverneur zusätzlich dem Leistungserbringer die Verbesserung seiner Tätigkeit empfehlen und vorschreiben, die Zulassung vorübergehend einstellen und diese Entscheidung veröffentlichen. Auch die Voraussetzungen, unter denen ein Antrag auf Zulassung eines Leistungserbringers, der z.B. früher Unrecht begangen hat, abgelehnt werden kann, werden erweitert.

6. Erweiterung des Versichertenkreises

Der beratende Ausschuss für die Pflegeversicherung beriet auch über die Erweiterung des versicherten Personenkreises, zu dem heute nur Personen ab 40 Jahren gehören. Diese Erweiterung würde erfordern, das von der Pflegeversicherung abgesi-

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

cherte Risiko so zu maximieren, dass auch Pflegebedürftige unter 65 Jahren unabhängig von der Ursache ihrer Pflegebedürftigkeit Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können. Weil die Pflegebedürftigkeit bei Personen unter 40 sehr selten eintritt, würde die Erweiterung des versicherten Personenkreises zur Senkung der Beitragshöhe führen.[150] Dies bedeutet andererseits, dass diese Erweiterung jüngeren Personen wenige Vorteile bringen würde. Es wäre deshalb nicht leicht, jüngere Personen und ihre Arbeitgeber von der Beitragsbelastung für die Pflegeversicherung zu überzeugen.

Darüber hinaus war zu befürchten, dass diese Erweiterung folgende Probleme mit sich bringt: In der Pflegeversicherung müssten auch Behinderte unter 65 Jahren eine 10 %ige Selbstbeteiligung tragen. Zurzeit können sie hingegen nach dem steuerfinanzierten Leistungsrecht sowohl Pflegeleistungen, als auch Leistungen zur Teilhabe erhalten, wobei sie in der Regel einen Teil der Leistungskosten nach ihrer Einkommenshöhe tragen müssen. Solche Personen mit niedrigerem Einkommen müssten deshalb in der Pflegeversicherung mehr Kosten selbst tragen. Der Träger der Pflegeleistung wäre vom Träger der Leistung zur Teilhabe unterschiedlich, auch wenn eine behinderte Person gleichzeitig beide Leistungen erhält. In diesem Fall wäre es notwendig, ein neues System des "Care Managements" aufzubauen, um die Erbringung der Leistungen koordinieren zu können. Zudem müsste die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit so verbessert werden, dass der Pflegebedarf bei geistig und seelisch behinderten Menschen richtig bewertet werden kann. Die Durchführung könnte jedoch noch einige Zeit brauchen.

Es ist deshalb entschieden worden, dass die Erweiterung des versicherten Personenkreises nicht in den Gesetzesentwurf einbezogen, sondern bis Ende des Finanzjahres 2006 im Zusammenhang mit der umfassenden Reform des sozialen Sicherungssystems geprüft werden soll und im Finanzjahr 2009 aufgrund des Ergebnisses notwendige Maßnahmen getroffen werden sollen.

150 Wenn Personen ab 20 Jahren pflichtversichert wären, würde die Zahl der Beitragszahler um rd. 50 % zunehmen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

III. Schlussbemerkung

Die deutsche Pflegeversicherung hatte sicher einen großen Einfluss auf die Einführung der Pflegeversicherung in Japan.[151] Der Entwurf eines Pflegeversicherungsgesetzes in Japan wurde unter Berücksichtigung des deutschen Pflegeversicherungsgesetzes und seiner Umsetzung erarbeitet. Das verabschiedete Pflegeversicherungsgesetz in Japan hat deshalb viele Gemeinsamkeiten mit dem in Deutschland. Es gibt aber gleichzeitig einige wichtige Unterschiede in den beiden Gesetzen, die durch die Umstände der Pflegebedürftigen und ihrer Familienangehörigen und die bisherige Rechtslage in den beiden Ländern verursacht worden sind.

In Deutschland wird großer Wert auf den Grundsatz der Subsidiarität solidarischer Hilfe gegenüber der Eigenverantwortung gelegt. Die Pflegeversicherung in Deutschland stellt deshalb im ambulanten Bereich ergänzende Leistungen zur Familienpflege und im stationären Bereich entlastende Hilfe zur Verfügung. Dort wird sowohl bei geringerem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit als auch bei höherem eine beachtliche Eigenbeteiligung von Pflegebedürftigen und ihren Familienangehörigen verlangt. In Japan ist es hingegen eines der wichtigsten Ziele der Pflegeversicherung, die Belastung von Pflegebedürftigen und ihren Familienangehörigen möglichst weitgehend zu verringern. Diese Zielsetzung geht davon aus, dass viele pflegende Familienangehörige vor der Einführung der Pflegeversicherung mangels Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen schwer belastet waren. In diesem Punkt hat die Pflegeversicherung in Japan ein anderes Ziel als die in Deutschland, die den Charakter einer "Teilkaskoversicherung" hat.

Dieser grundsätzliche Unterschied kommt auch in der unterschiedlichen Behandlung des Pflegegelds in den beiden Ländern zum Ausdruck. Die deutsche Pflegeversicherung gewährt Pflegegeld, um die pflegenden Familienangehörigen für ihre Mühe zu belohnen und die familiäre Pflege zu unterstützen. Die japanische Pflegeversicherung beabsichtigt hingegen, familiäre Pflege möglichst weitgehend durch Pflege durch Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen zu ersetzen.[152] In Japan ist ein Pflegegeld, das die familiäre Pflege unterstützen kann, deshalb nicht eingeführt worden.

---

151 Kurz nach dem Inkrafttreten des deutschen Pflegeversicherungsgesetzes wurde im Dezember 1994 in Japan eine Sachverständigenkommission eingesetzt, um das neue Gesetz vorzubereiten.

152 Man darf jedoch nicht übersehen, dass noch viele Familienangehörige nach dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes ohne Unterstützung durch die Pflegeversicherung in der Pflege tätig sind.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Wegen des höheren Leistungsniveaus besteht ein größeres Risiko für die japanische Pflegeversicherung, künftig vor finanziellen Schwierigkeiten zu stehen. In der Reform wurde deshalb sehr darauf geachtet, dass die Pflegeversicherung nachhaltig finanzierbar ist. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden in Japan hauptsächlich Maßnahmen zur Förderung der Prävention, Erhöhung der von Leistungsempfängem zu tragenden Kosten bei stationärer Pflege und Senkung der Pflege Vergütung ergriffen, während in Deutschland eine Reform des Finanzsystems der Pflegeversicherung zur Diskussion steht.

Obwohl die Erweiterung des Versichertenkreises, die auch zur finanziellen Stabilität der Pflegeversicherung beitragen kann, die wichtigste Aufgabe der Reform war, ist die Bewältigung dieser Aufgabe verschoben worden. Natürlich muss den Problemen, die diese Erweiterung mit sich bringen würde, entgegengewirkt werden. Eine derartige Reform ist jedoch notwendig, nicht nur um die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung sicherzustellen, sondern auch um die Finanzmittel für Behindertenhilfe[153], die jetzt den Bedarf nicht ausreichend decken können, zu vergrößern und das Versorgungsniveau deutlich zu erhöhen.

153 Mit der Änderung der Gesetze über die Wohlfahrt behinderter Menschen (Gesetz Nr. 111 im Jahr 2000) ist das Leistungserbringungsverfahren im Jahr 2003 völlig geändert worden. Das neue Verfahren hat viele Gemeinsamkeiten mit dem in der Pflegeversicherung. Zum Beispiel können behinderte Menschen den Sozialdienst und die Einrichtung, die ihnen Leistungen erbringt, selbst wählen. Diese Änderung hat die Leistungsinanspruchnahme erleichtert und dadurch die Leistungsausgaben deutlich erhöht.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Teil 3: Die gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung spielt die wichtigste Rolle in der Alterssicherung in Japan. Viele Menschen verlassen sich darauf, mit der Rente ihr Leben im Alter sichern zu können. Die gesetzliche Rentenversicherung steht jedoch heute vor schwierigen Problemen, die vor allem die demografische Entwicklung mit sich bringt. Es wird prognostiziert, dass die Beitragszahler im Verhältnis zu den Rentnern deutlich abnehmen und der Beitragssatz demzufolge steigen wird. Um diese Probleme zu lösen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Rentenversicherung langfristig zu sichern, sind bereits einige Reformen vorgenommen worden.

In diesem Teil wird zuerst auf das geltende System und die Herausforderungen für die gesetzliche Rentenversicherung eingegangen. Dann werden die Reformmaßnahmen im Vergleich mit denen in Deutschland betrachtet.

I. Hintergrund

1. Geltendes System

1942 trat in Japan das Gesetz über die Rentenversicherung der Arbeiter[154] in Kraft. Danach waren nur männliche Arbeiter pflichtversichert. 1944 wurde das Gesetz geändert[155] und trat das Arbeitnehmerrentenversicherungsgesetz in Kraft. Damit wurden nicht nur männliche Arbeiter, sondern auch Angestellte und weibliche Arbeiter in den versicherten Personenkreis der gesetzlichen Rentenversicherung einbezogen.

Kurz nach dem 2. Weltkrieg stand die Rentenversicherung wegen des Rückgangs der Beitragseinnahmen und der Entwertung des Kapitalvermögens vor finanziellen Schwierigkeiten. Um diese zu überwinden und eine sichere Grundlage der Rentenversicherung wiederaufzubauen, wurde das Gesetz im Jahr 1954 durchgreifend geändert[156].

1961 trat das Volksrentenversicherungsgesetz[157] in Kraft. Alle japanischen Bürger im Alter zwischen 20 und 60, die nicht in der Arbeitnehmerrentenversicherung

154 Gesetz Nr. 60 aus dem Jahr 1941.
155 Gesetz Nr. 21 aus dem Jahr 1944.
156 Gesetz Nr. 115 aus dem Jahr 1954.
157 Gesetz Nr. 141 aus dem Jahr 1959.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

versichert waren (z.B. Selbständige, Landwirte), wurden in der Volksrentenversicherung pflichtversichert. Daraus entstand ein System, in dem allen japanischen Bürgern durch die gesetzliche Rentenversicherung das Einkommen im Alter gesichert wurde.

Während des hohen Wirtschaftswachstums zwischen Mitte der 60er und Mitte der 70er Jahre wurden die Leistungen der Rentenversicherung sehr verbessert. Im Jahr 1973 wurde ein Rentenanpassungssystem eingeführt.

Mitte der 70er Jahre ging das Wirtschaftswachstum durch die Ölkrise zurück und es wurde deutlich, dass eine sehr schnelle Überalterung der Bevölkerung die Rentenversicherung stark belastet. Seitdem ist eines der wichtigsten politischen Themen, eine Reform der Rentenversicherung durchzuführen, um sie an diese Entwicklung anzupassen.

Mit der Rentenreform 1985 wurde das bisherige Renteversicherungssystem grundlegend umgestaltet und die Grundstruktur des heutigen Systems aufgebaut. Dadurch wurde der Versichertenkreis der Volksrentenversicherung erweitert und sie wurde zu einem Basissicherungssystem umgewandelt.

Heute besteht die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), in der eine Versicherungspflicht gesetzlich vorgeschrieben wird, aus zwei Schichten (Abbildung 3.1). Die erste Schicht ist die Volksrentenversicherung (VRV). Sie ist eine Basissicherung, die die Sicherung aller Einwohner im Alter zum Ziel hat. Die zweite ist die Arbeitnehmerrentenversicherung (ARV). Sie ist ein einkommensbezogenes System, das darauf abzielt, den abhängig Beschäftigten den Lebensstandard auch im Alter zu sichern. Die gesetzliche Rentenversicherung spielt eine dominierende Rolle, um der Bevölkerung das Einkommen im Alter zu sichern. Darüber hinaus gibt es die betriebliche und private Altersvorsorge, die die gesetzliche Rentenversicherung ergänzt.

Im folgenden wird das geltende System der gesetzlichen Rentenversicherung kurz dargestellt.

a) Versichertenkreis

Der versicherte Personenkreis der VRV gliedert sich in drei Gruppen. Zur Versichertengruppe 2 gehören Versicherte der ARV (einschließlich des Sondersystems für Arbeitnehmer) und zur Versichertengruppe 3 gehören Ehegatten der Versicherten der ARV, die hauptsächlich von den Versicherten unterhalten werden[158]. Zur Versi-

158 Ihr Einkommen darf eine bestimmte Obergrenze (jährlich 1,3 Mio. Yen = ca. 9.290 Euro) nicht überschreiten; (1 Euro = 140 Yen).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

chertengruppe 1 gehören Einwohner zwischen 20 und 60 Jahren, die nicht zu den anderen Gruppen gehören. Dazu zählen z.B. Selbständige, Landwirte und Studenten. Deshalb sind alle Einwohner zwischen 20 und 60 Jahren in der VRV versicherungspflichtig. Einwohner zwischen 60 und 65 Jahren sowie japanische Bürger zwischen 20 und 60 Jahren, die in Japan keinen Wohnsitz haben, können in der VRV freiwillig versichert sein.

In der ARV sind Arbeitnehmer unter 70 Jahren pflichtversichert. Sie sind sowohl in der VRV als auch in der ARV pflichtversichert. Für bestimmte Arbeitnehmer (z.B. Beamte, Lehrer von privaten Schulen) gibt es Sonderversicherungssysteme[159].

b) Versicherungsträger

Träger der VRV und der ARV ist die Regierung. Die Aufgabe der Regierung als Versicherungsträger wird vom Sozialversicherungsamt des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt wahrgenommen. Für diese beiden Rentenversicherungen hat der Staat jeweils einen Sonderhaushalt. Träger der Sondersicherungssysteme für bestimmte Arbeitnehmer sind Genossenschaftskassen[160].

c) Anspruchsvoraussetzungen

In der VRV und ARV werden Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten geleistet. Arbeitnehmer, die sowohl in der VRV als auch in der ARV versichert sind, können Renten von den beiden Versicherungen erhalten.

aa) Altersrente

Menschen haben Anspruch auf Altersrente, wenn sie das 65. Lebensjahr vollendet und die Wartezeit von 25 Jahren erfüllt haben. Auf diese Wartezeit werden Kalendermonate mit Beitragszeiten und beitragsfreien Zeiten in der VRV angerechnet[161]. Beitragszeiten sind Kalendermonate, die mit vollwertigen Beiträgen belegt sind. Beitragsfreie Zeiten sind Kalendermonate, für die eine volle oder teilweise Befreiung von der Beitragszahlung anerkannt worden ist.

In der VRV ist die vorzeitige Inanspruchnahme einer Altersrente nach Vollendung des 60. Lebensjahres und die spätere Inanspruchnahme vor Vollendung des 70.

---

159 Auch in diesen Sondersystemen müssen Versicherte die Hälfte der Beiträge selbst tragen.

160 Im März 2002 gab es 78 Genossenschaftskassen.

161 Auch wenn ein Versicherter Beitragszeiten von 25 Jahren in der VRV und Beitragszeiten von einem Monat in der ARV erfüllt hat, hat er Anspruch auf Altersrente der ARV.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Lebensjahres möglich. Die Höhe einer Altersrente, die vorzeitig in Anspruch genommen wird, wird um 0,5 % für jeden Kalendermonat reduziert. Die Höhe einer Altersrente, die nach Vollendung des 65. Lebensjahres trotz erfüllter Wartezeit nicht in Anspruch genommen wird, wird um 0,7 % für jeden Kalendermonat aufgestockt.

In der ARV haben Menschen zwischen 60 und 65 Jahren auch Anspruch auf Sonderaltersrente, wenn sie die Wartezeit von 25 Jahren erfüllt haben und ein Jahr in der ARV versichert gewesen sind.

bb) Invaliditätsrente

Versicherte[162] haben Anspruch auf Invaliditätsrente, wenn sie wegen Krankheit oder Verletzung behindert sind und in der VRV Beitragszeiten und beitragsfreie Zeiten haben, die insgesamt zwei Drittel der Versichertenzeit entsprechen. Versichertenzeiten sind Kalendermonate, in denen sie in der VRV versichert gewesen sind.

Die Behinderung gliedert sich entsprechend der Schwierigkeit in drei Stufen. Menschen sind im Sinne der VRV behindert, wenn es bei Ihnen eine Behinderung der Stufe 1 (schwerste Behinderung) oder Stufe 2 (schwere Behinderung) gibt. Menschen sind im Sinne der ARV behindert, wenn es bei Ihnen eine Behinderung der Stufe 1, Stufe 2 oder Stufe 3 (erhebliche Behinderung) gibt.

Dabei geht es nur um die physische und psychische Situation der Versicherten. Anders als in Deutschland bleibt in Japan die Erwerbsfähigkeit der einzelnen im Arbeitsmarkt außer Betracht.

cc) Hinterbliebenenrente

Hinterbliebene haben nach dem Tod des Versicherten[163] Anspruch auf Hinterbliebenenrente, wenn der verstorbene Versicherte in der VRV Beitragszeiten und

162 In der VRV sind Menschen zwischen 60 und 65 Jahren eingeschlossen, die versichert waren und in Japan einen Wohnsitz haben.

163 In der VRV sind folgende Personengruppen eingeschlossen:
Personen zwischen 60 und 65 Jahren, die versichert waren und in Japan einen Wohnsitz haben,
Personen, die Anspruch auf Altersrente der VRV haben,
Personen, die die Wartezeit von 25 Jahren in der VRV erfüllt haben.
In der ARV sind folgende Personengruppen eingeschlossen:
Personen, die Anspruch auf Altersrente der ARV haben,
Personen mit einer Behinderung Stufe 1 oder Stufe 2, die Anspruch auf Invaliditätsrente der ARV haben,
Personen, die die Wartezeit von 25 Jahren in der VRV erfüllt haben.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

beitragsfreie Zeiten hatte, die insgesamt zwei Drittel der Versichertenzeit entsprachen[164].

Kinder, die vom Verstorbenen unterhalten worden sind, sind Hinterbliebene im Sinne der VRV, wenn sie

- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
- das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und im Sinne der VRV behindert sind.

Auch Witwen, die vom Verstorbenen unterhalten worden sind und nicht wieder geheiratet haben, sind Hinterbliebene im Sinne der VRV, wenn sie ein solches Kind erziehen.

Kinder können keine Hinterbliebenenrente erhalten, wenn ihre Mutter Anspruch auf Hinterbliebenenrente hat oder sie in den Haushalt eines Eltemteils aufgenommen sind.

Zu Hinterbliebenen im Sinne der ARV gehören nicht nur die oben genannten Witwen und Kinder, sondern auch andere Hinterbliebene (z.B. Witwen, die kein solches Kind erziehen und Witwer ab 55 Jahren), die vom Verstorbenen unterhalten worden sind.

d) Rentenhöhe

aa) Altersrente

(1) VRV

Der Jahresbetrag der Altersrente in der VRV wird nach der folgenden Formel (Formel 1) ermittelt.

JR = 780.900 Yen (ca. 5.580 Euro) x [BZ + (vollständige BfZ x 1/3) + (drei Viertel BfZ x 1/2) + (halbe BfZ x 2/3) + (ein Viertel BfZ x 5/6)] x 1/480

JR = Jahresbeitrag der Altersrente
BZ = Beitragszeiten
BfZ = beitragsfreie Zeiten

Wenn Beiträge für alle Kalendermonate zwischen 20 und 60 Jahren (480 Monate) bezahlt worden sind, beträgt die Altersrente 780.900Yen pro Jahr. Da ein Drittel der

164 Diese Voraussetzung gilt nicht für Versicherte, die Anspruch auf Altersrente oder Invaliditätsrente haben oder die Wartezeit von 25 Jahren erfüllt haben.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Leistungskosten durch Staatszuschüsse finanziert wird, werden die vollständig beitragsfreien Zeiten, die drei viertel beitragsfreien Zeiten, die halb beitragsfreien Zeiten und die ein viertel beitragsfreien Zeiten in dieser Formel jeweils als ein Drittel, ein Halb, zwei Drittel und fünf Sechstel der Beitragszeiten bewertet.[165]

(2) ARV

Der Jahresbetrag der Altersrente in der ARV wird nach der folgenden Formel (Formel 2) ermittelt:

$$JR = DAE \times 5{,}481/1000^{166} \times VZ$$

JR = Jahresbetrag der Altersrente
DAE = das durchschnittliche beitragspflichtige Arbeitsentgelt des Versicherten pro Monat
VZ = Versicherungszeit

Dabei wird das beitragspflichtige Arbeitsentgelt bewertet, indem das tatsächliche Arbeitsentgelt mit der gesetzlich geregelten Bewertungsrate für denselben Zeitraum multipliziert wird. Diese Bewertungsrate entspricht der Lohnentwicklung der Arbeitnehmer im jeweiligen Zeitraum.

Wenn der Berechtigte einen Ehegatten unter 65 Jahren oder Kinder unter 18 Jahren[167] hat, die von ihm unterhalten werden, wird dieser Jahresbetrag mit der Ehegattenzulage und der Kinderzulage addiert. Die Ehegattenzulage beträgt 224.700 Yen (ca. 1600 Euro). Die Kinderzulage beträgt für das erste und das zweite Kind je 224.700 Yen und für die weiteren Kinder je 74.900 Yen (ca. 540 Euro).

bb) Invaliditätsrente

(1) VRV

In der VRV beträgt die Invaliditätsrente, die Versicherte mit der Behinderung Stufe 2 erhalten, jährlich 780.900 Yen. Der Jahresbetrag der Invaliditätsrente, die Versicherte mit der Behinderung Stufe 1 erhalten, ist das l,25fache dieses Betrags. Diese Jahresbeträge können mit der Kinderzulage addiert werden.

---

165 Diese Verhältnisse werden künftig jeweils auf ein Halb, fünf Achtel, drei Viertel und sieben Achtel erhöht, da vorgesehen ist, das Verhältnis der Staatszuschüsse zu den Leistungskosten auf die Hälfte anzuheben.

166 Für das beitragspflichtige Arbeitsentgelt bis März 2003 gilt eine Multiplikator von 7,125/1000, weil die Beitragsbemessungsgrundlage im April 2003 erweitert wurde.

167 Kinder, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und im Sinne der VRV behindert sind, werden einbezogen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

(2) ARV

In der ARV wird der Jahresbetrag der Invaliditätsrente, die Versicherte mit der Behinderung Stufe 2 oder Stufe 3 erhalten können, nach der Formel 2 ermittelt. Dabei werden Versichertenzeiten auch dann als 300 Monate gewertet, wenn sie weniger als 300 Monate betragen. Der Jahresbetrag der Invaliditätsrente, die Versicherte mit der Behinderung Stufe 1 erhalten können, ist das 1,25fache dieses Betrags. Der Jahresbetrag der Invaliditätsrente, die Versicherte mit der Behinderung Stufe 1 oder Stufe 2 erhalten, kann mit der Ehegattenzulage addiert werden.

cc) Hinterbliebenenrente

(1) VRV

Der Jahresbetrag der Hinterbliebenenrente in der VRV beträgt 780.900 Yen. Dieser Jahresbetrag kann mit der Kinderzulage addiert werden.

(2) ARV

In der ARV ist der Jahresbetrag der Hinterbliebenenrente drei Viertel des Betrags, der nach der Formel 2 ermittelt wird. Dabei werden Versichertenzeiten auch dann als 300 Monate gewertet, wenn sie weniger als 300 Monate betragen.

e) Anpassung

Jedes Jahr werden die Renten angepasst. Die Anpassungsrate der neuen und der bestehenden Renten wird ermittelt, indem die Ausgleichsrate jeweils von der Veränderungsrate des durchschnittlichen Nettolohns und der des Preisindexes abgezogen wird. Die Ausgleichsrate wird unter der Berücksichtigung der Abnahme der Zahl der Versicherten und der Steigerung der Lebenserwartung berechnet.

f) Finanzierung

Die Leistungen der VRV werden durch Beiträge, Umlagen der Träger der ARV und der Genossenschaftskassen sowie Staatszuschüsse finanziert.

Die Kosten, die der Träger der VRV sowie der Träger der ARV und die Genossenschaftskassen jeweils tragen müssen, werden wie folgt berechnet: Zuerst werden die Gesamtleistungskosten durch die Gesamtzahl der Versicherten der VRV geteilt. Daraus ergeben sich die Leistungskosten pro Versicherten. Die Kosten, die der Träger der VRV selbst tragen muss, werden dadurch ermittelt, dass die Leistungskosten

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

pro Versicherten mit der Zahl der zur Versichertengruppe 1 gehörenden Versicherten multipliziert werden. Die Höhe der Umlage des Trägers der ARV oder der Genossenschaftskasse wird dadurch ermittelt, dass die Leistungskosten pro Versicherten mit der Zahl der zur Versichertengruppe 2 und zur Versichertengruppe 3 gehörenden Versicherten des Trägers oder der Kasse multipliziert werden.

Ein Drittel der Kosten, die jeder Versicherungsträger tragen muss, wird durch Staatszuschüsse finanziert.[168]

Mit diesem Finanzierungssystem trägt jeder Versicherungsträger die Leistungskosten der VRV nach der Zahl ihrer Versicherten. Dadurch können die zur Versichertengruppe 1 gehörenden Versicherten, die mit dem Wandel der Industriestruktur weniger werden, finanziell entlastet werden.

Die Kosten, die der Versicherungsträger der VRV tragen muss, werden durch Beiträge der zur Versichertengruppe 1 gehörenden Versicherten finanziert. Die Höhe des Beitrags ist unabhängig von den Einkommen der jeweiligen Versicherten, weil sie keine abhängigen Beschäftigten sind und es daher schwer ist, ihr Einkommen genau zu erfassen.[169] Alle Versicherten müssen den gleichen Beitrag unabhängig von ihrem Einkommen entrichten. Der Beitrag beträgt im Finanzjahr 2006 monatlich 13.860 Yen (ca. 100 Euro). Sie tragen diese Beiträge allein. Ein Versicherter z.B., dessen Einkommen sehr niedrig ist, kann von der Beitragszahlung voll oder teilweise befreit werden.[170] Versicherte, die zur Versichertengruppe 2 und zur Versichertengruppe 3 gehören, müssen keine Beiträge in der VRV entrichten.

Der Versicherungsträger der ARV und die Genossenschaftskassen erheben Beiträge nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) vom Arbeitsentgelt[171] bis zur Bei-

---

168 Seit dem Finanzjahr 2004 wird das Verhältnis der Staatszuschüsse zu den Leistungskosten stufenweise angehoben.

169 Vgl. *Yano T.*, Rentenversicherungssystem im neuen Jahrhundert (in japanischer Sprache), Tokio 2001, S. 264.

170 Die Befreiung vom ganzen Beitrag gilt z.B. für Sozialhilfeempfänger.

171 In Japan erhalten Arbeitnehmer nicht nur Monatsgehälter, sondern auch Gratifikationen, die in der Regel zweimal im Jahr bezahlt werden. Sie mussten sowohl Regelbeiträge als auch Sonderbeiträge entrichten, die jeweils 17,35 % der Monatsgehälter und 1 % der Gratifikationen entsprachen. Der Grund für diese besondere Behandlung der Gratifikation lag darin, dass ihre Zahlung und ihre Höhe früher von der aktuellen Finanzlage der einzelnen Unternehmen abhängig waren und sie daher nicht regelmäßig bezahlt wurde. Aber sie wird heute normalerweise regelmäßig bezahlt und kann als ein Teil der Gehälter betrachtet werden. Das bisherige Beitragssystem konnte zur Ungerechtigkeit der Beitragsbelastung zwischen den Versicherten führen, weil die Höhe der Beiträge nicht nur von der Höhe des Jahresarbeitsentgelts, sondern auch vom Anteil der Gratifikation am Jahresarbeitsentgelt abhing. Deshalb wurde das System mit der Rentenreform 2000 geändert. Seitdem werden Gratifikationen im Leistungs- und Beitragsrecht mit Monatsgehältern gleichbehandelt. Durch diese Umstellung konnte der Beitragssatz

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

tragsbemessungsgrenze[172], um die Kosten für die eigenen Rentenleistungen und die Umlage für die Leistungskosten der VRV zu finanzieren. Ehegatten von Versicherten, die zur Versichertengruppe 3 gehören, müssen auch in der ARV keine Beiträge entrichten.

g) Finanzierungsverfahren

Beim Inkrafttreten des Gesetzes über die Rentenversicherung der Arbeiter aus dem Jahr 1942 orientierte sich die Rentenversicherung bezüglich der Finanzierung am Kapitaldeckungsverfahren. Damals wurde der Beitragssatz für einen langen Zeitraum so festgesetzt, dass sich die Einnahmen und Ausgaben des Versicherungsträgers langfristig ausgleichen konnten, obwohl die Ausgaben im Laufe der Zeit durch die Zunahme der Rentenempfänger und durch die Verlängerung der Versichertenzeit stiegen (Abbildung 3.2 - Linie a).

Kurz nach dem zweiten Weltkrieg sank die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten wegen der Inflation und der chaotischen Wirtschaftslage. Die Vermögen der Versicherungsträger wurden so entwertet, dass sie keine sichere finanzielle Grundlage für die künftigen Rentenleistungen bildeten. In dieser Situation wurde der Beitragsatz mit der Reform 1948 auf ein Drittel des bisherigen Prozentsatzes gesenkt. Dieser niedrige Beitragssatz (3,0 %) blieb bis 1960 unverändert[173].

1973 wurde die Rentenanpassung eingeführt. Seitdem wird der Beitragssatz für die nächsten Jahre bei jeder Vorausberechnung der finanziellen Entwicklung der Rentenversicherung, die alle fünf Jahre durchgeführt wird, unter der Voraussetzung festgesetzt, dass er künftig stufenweise erhöht wird. (Abbildung 3.2 - Stufen b).

Die Versicherungsträger der ARV hatten Ende 1999 Kapitalvermögen von 170 Billionen Yen (ca. 1,2 Billionen Euro). Sie entsprachen ungefähr den Rentenausgaben für 5 Jahre. Alle zugesagten Rentenleistungen betrugen 720 Billionen Yen (ca. 5,1 Billionen Euro).[174] Deshalb reicht das Kapitalvermögen nicht aus, die Kosten dieser Leistungen zu decken.

In Japan wird dieses Finanzverfahren das „Stufenbeitragsverfahren“ genannt[175].

---

von 17,35 % auf 13,58 % gesenkt werden. Der Beitragssatz der ARV betrug im April 2006 14,288 %.

172 Die Beitragsbemessungsgrenze betrug im April 2006 monatlich 620.000 Yen (ca. 4.430 Euro).

173 Der Beitragssatz überstieg erst im Jahr 1980 das Niveau des Jahres 1947 (9,4 %).

174 Vgl. Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Das Weißbuch über die Rentenversicherung (in japanischer Sprache), Tokio 1999, S. 160.

175 Vgl. Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 174), S. 197.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

2. *Herausforderungen*

Wegen der sinkenden Geburtenrate und der steigenden Lebenserwartungen nimmt der Anteil der älteren Bevölkerung in Japan schneller als in Deutschland zu. Im Jahr 2002 wurde die neueste Vorausberechnung der künftigen demografischen Entwicklung veröffentlicht.[176] Ihr zufolge wird das Verhältnis der Menschen zwischen 20 und 65 zu den Menschen ab 65 Jahren von 3,6 im Jahr 2000 auf 1,9 im Jahr 2025 sinken. Diese demografische Entwicklung schlägt sich in der Rentenversicherung als Zunahme der Rentenempfänger im Verhältnis zu den Beitragszahlern nieder.

Zudem werden das Wirtschaftswachstum und die Lohnsteigerung voraussichtlich auch künftig ein niedriges Niveau halten. Es wird prognostiziert, dass die Rentenbeiträge demzufolge stark steigen werden. Nach einer Prognose der Regierung würde der Beitragssatz der ARV ohne Reform von 13,6 % im Jahr 2004 auf 25,9 % im Jahr 2038 steigen.[177] Andererseits müsste das Niveau der Rentenleistungen um 30 bis 40 % reduziert werden, um den geltenden Beitragssatz beizubehalten.[178]

Wie oben erwähnt hat die Rentenversicherung in Japan deutlich mehr Kapitalvermögen als in Deutschland. Dies kann die finanzielle Schwierigkeiten der Rentenversicherung jedoch nicht wesentlich mildem.

Es war deshalb notwendig, Reformmaßnahmen zu ergreifen, die eine starke Beitragssteigerung vermeiden und das geeignete Niveau der Rentenleistungen auch künftig gewährleisten können.

Die Prognose über die künftige finanzielle Entwicklung führte dazu, dass sich Misstrauen gegen die Zukunft der Rentenversicherung vor allem bei jüngeren Menschen verbreitete. Sie befürchten, dass sie keine Rente im Alter bekommen können, auch wenn sie jetzt Beiträge bezahlen. Sie sind der Auffassung, dass sie durch Beitragzahlung einen Verlust erleiden. Dieses Misstrauen ist eine Ursache dafür, dass ein erheblicher Anteil der zur Versichertengruppe 1 gehörenden Versicherten in der VRV es versäumt, Beiträge zu entrichten[179].

Auch Gesetzesänderungen, die sich kurzfristig wiederholen, sind eine Ursache für das Misstrauen. Um das Vertrauen der jüngeren Generation in die Zukunft der Rentenversicherung zurückzugewinnen, musste ein nachhaltiges System geschaffen

---

176 National Institute of Population and Social Security Research, Population Projections for Japan: 2001-2100, Tokio 2002.

177 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Wichtige Punkte der Rentenreform 2004 (in japanischer Sprache), S. 7. (http://www.mhlw.go.jp).

178 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 177), S. 7.

179 Im Finanzjahr 2003 wurden nur 63,4 % der Beiträge tatsächlich entrichtet. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 177), S. 24.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

werden, das sich an die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung flexibel anpassen kann.

Darüber hinaus können die Steigerung der Erwerbsquote von Frauen und die Zunahme von neuen Beschäftigungs Verhältnissen (z.B. nicht sozialversicherungspflichtige Teilzeitarbeit) die Leistungen und die Beitragseinnahmen in der Rentenversicherung beeinflussen. Es ist wichtig, dass man ein Beschäftigungsverhältnis nach seinem Wunsch wählen und aufgrund dieser Beschäftigung eine angemessene Rente im Alter erhalten kann. Unter diesem Gesichtspunkt ist eine Umstrukturierung des geltenden Systems notwendig.

II. Reformmaßnahmen

Um die oben erwähnten Probleme, die vor allem die demographische Entwicklung mit sich bringt, zu lösen, sind verschiedene Maßnahmen ergriffen worden. Zu diesen Maßnahmen zählen z.B. die Senkung des Rentenniveaus, die Anhebung der Altersgrenze, die Erhöhung der Staatszuschüsse, die Änderung der Rentenanpassung und die Anrechnung des Arbeitsentgelts auf Renten.

1. Senkung des Rentenniveaus

a) Beziehung zwischen Rentenleistungen und Beitragsbelastungen

Im bisherigen System wurde zuerst das Rentenniveau festgelegt, dann der dafür notwendige Beitragssatz berechnet. Der in diesem System mit dem demografischen Wandel immer steigende Beitragssatz war eine Ursache für das Misstrauen der jüngeren Generation in die Zukunft der Rentenversicherung. Durch das Rentenreformgesetz 2004[180] wurde diese Beziehung zwischen Rentenleistungen und Beitragsbelastungen deshalb grundlegend umgestaltet. Im neuen System wird eine Obergrenze für den künftigen Beitragssatz festgelegt und das Rentenniveau soweit gesenkt, dass der Beitragssatz diese Grenze nicht überschreitet. An die Stelle der früheren Leistungsorientierung ist mithin auch in der japanischen Rentenversicherung eine Beitragsorientierung getreten. Über die Höhe dieser Obergrenze des künftigen Beitragssatzes der ARV gab es viele Diskussionen. Einige waren der Auffassung, dass der Beitragssatz auch künftig unter 20 % bleiben soll, andere meinten, dass er noch nied-

180 Gesetz Nr. 104 aus dem Jahr 2004.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

riger bleiben soll. Nach einem politischen Kompromiss ist diese Obergrenze in diesem Gesetz auf 18,3 % festgesetzt worden[181]. Zudem ist die Obergrenze der künftigen Beitragshöhe der VRV auf 16.900 Yen (ca. 120 Euro) pro Monat festgelegt worden.

b) Einführung der Ausgleichsrate

Um die Anpassungsrate zu reduzieren und dadurch das Rentenniveau zu senken, ist eine sog. „Ausgleichsrate[44] in die Anpassungsformel eingeführt worden. In der ARV wurden wie unten erwähnt die neuen Renten an die Veränderung des durchschnittlichen Nettolohns und die bestehenden Renten an die Veränderung des Preisindexes angepasst. Künftig wird von diesen Veränderungsraten die Ausgleichsrate abgezogen.[182] Auch in der VRV werden die Renten künftig auf diese Weise angepasst.

Die Ausgleichsrate wird unter der Berücksichtigung der Abnahme der Zahl der Versicherten und der Steigerung der Lebenserwartung berechnet. Sie wird voraussichtlich bis 2025 ca. 0,9 % pro Jahr betragen[183]. Wenn z.B. der durchschnittliche Nettolohn um 1,5 % gestiegen ist, wird die Lohnanpassungsrate 0,6 % (1,5 % - 0,9 %) betragen. Es wird prognostiziert, dass durch die Einführung der Ausgleichsrate das Rentenniveau von 59,3 % im Finanzjahr 2004 auf 50,2 %[184] im Finanzjahr 2023 sinken wird.[185]

c) Mindestgrenze des Rentenniveaus

Es ist zu prüfen, ob die Anwendung der Ausgleichsrate ausgesetzt werden soll, um das Ziel der Lebensstandardsicherung aufrecht zu halten, wenn das Rentenniveau nach der Vorausberechnung der finanziellen Entwicklung der GRV innerhalb der nächsten 5 Jahre unter 50 % fallen wird. In Japan wird das Rentenniveau im Ver-

---

181 Das Gesetz sieht die Beitragserhöhung wie folgt vor: Der Beitragssatz der ARV wird ab 2004 von 13,58 % jedes Jahr um 0,354 Prozentpunkte erhöht und erreicht im Jahr 2017 18,3 %. Die Beitragshöhe der VRV wird ab 2005 von 13.300 Yen jedes Jahr um 280 Yen erhöht und erreicht im Jahr 2017 16.900 Yen. Diese Beitragshöhe der VRV beruht auf dem Lohnniveau des Jahres 2004. Sie ändert sich deshalb mit der Lohnentwicklung.

182 Wenn die Veränderungsrate niedriger als die Ausgleichsrate ist, wird keineAnpassungvorgenommen. Wenn die Veränderungsrate unter 0 % ist, ist die Ausgleichsrate nicht anzuwenden.

183 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 177), S.14 ff.

184 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 177), S.16.

185 Diese Prognose wurde unter bestimmten Voraussetzungen für die künftigedemographische und wirtschaftliche Entwicklung vorgenommen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

hältnis der Gesamthöhe der Bruttoaltersrenten, die ein Arbeitnehmer und seine nicht beschäftigte Ehefrau erhalten können, zum durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelt der männlichen Versicherten festgelegt (Abbildung 3.3). Dabei wird vorausgesetzt, dass die beiden Ehegatten eine volle Altersrente der VRV und der Ehemann eine Modellrente der ARV erhalten. Die Modellrente ist eine Altersente, die der Durchschnittsverdiener mit 40 Versichertenjahren ab 65 Jahren erhalten kann.

In Deutschland ist die Mindestgrenze des Rentenniveaus, die als Verhältniswert aus einer verfügbaren Standardrente (mit 45 Entgeltpunkten) und dem verfügbaren Durchschnittsentgelt[186] berechnet wird, hingegen im RV-Nachhaltigkeitsgesetz[187] bis zum Jahr 2030 auf 43 % festgelegt.

Die Berechnungsvoraussetzungen der beiden Mindestgrenzen sind so unterschiedlich, dass sie nicht einfach verglichen werden können. Man muss auch darauf achten, dass im Unterschied zu Deutschland ein solcher Haushalt in Japan nicht nur eine einkommensbezogene Rente der ARV, sondern auch nicht einkommensbezogene Renten der VRV erhält. Hierüber findet ein sozialer Ausgleich zwischen besser und schlechter verdienenden Versicherten innerhalb der Rentenversicherung statt. Dies hat zur Auswirkung, dass das Verhältnis der Renten, die ein solcher Haushalt mit unterdurchschnittlichem Arbeitsentgelt erhält, zu seinem Nettoarbeitsentgelt höher als 50,2 % bleibt, auch wenn das Rentenniveau auf 50,2 % sinkt.[188]

Über diese Auswirkung der Senkung des Rentenniveaus klärte die Regierung die Bevölkerung auf, um die Sorge über ihre Folgen für Versicherte mit niedrigem Einkommen zu mildem.[189] Andererseits ist es in diesem System für einzelne Versicherte nicht leicht, den Einfluss der Niveausenkung auf ihren Haushalt zu erfassen, obwohl eine solche Reform mit dem Konsens der Versicherten durchgeführt werden muss.

---

186 Verfügbare Standardrente ist die Regelaltersrente aus der allgemeinen Rentenversicherung mit 45 Entgeltpunkten ohne Berücksichtigung der auf sie entfallenden Steuern, gemindert um den durchschnittlichen Beitragsanteil zur Krankenversicherung und den Beitrag zur Pflegeversicherung; verfügbares Durchschnittsentgelt ist das Durchschnittsentgelt ohne Berücksichtigung der darauf entfallenden Steuern, gemindert um den durchschnittlich zu entrichtenden Arbeitnehmersozialbeitrag einschließlich des durchschnittlichen Aufwands zur zusätzlichen Altersvorsorge.

187 Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl I S. 1791).

188 Bei einem solchen Haushalt, dessen Arbeitsentgelt im Finanzjahr 2004 218.000 Yen (ca. 1.560 Euro) pro Monat war, sinkt das Verhältnis von 86,3 % auf 73,0 %.

189 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 177), S. 18.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

2. Anhebung der Altersgrenze

a) Hintergrund

Vor 1985 hatten Männer ab 60 Jahren und Frauen ab 55 Jahren Anspruch auf Altersrente in der ARV. Mit der Rentenreform 1985 wurde ein neues System eingeführt, in dem Arbeitnehmer im Alter eine Altersrente der ARV und eine der VRV bekommen können. Die Altersgrenze dieser neuen Altersrenten wurde auf 65 Jahre festgesetzt. Jedoch hatten Männer ab 60 Jahren und Frauen ab 55 Jahren Anspruch auf eine Sonderrente der ARV, wenn sie mindestens ein Jahr in der ARV versichert waren und die Wartezeit von 25 Jahren erfüllten. Die Sonderrente entsprach einer Altersrente der ARV und einer der VRV, die sie ab 65 Jahren erhalten konnten. Die Altersgrenze der Sonderrente für Frauen wurde unter Berücksichtigung der sich verkleinernden Unterschiede der Arbeitsbedingungen zwischen Männern und Frauen von 1987 bis 1999 stufenweise von 55 Jahren auf 60 Jahre angehoben.

b) Anhebung (ab 1994)

Über die Anhebung der Altersgrenze der Sonderrente von 60 Jahren auf 65 Jahre gab es eine langjährige Diskussion hinsichtlich der Abschwächung der durch die Steigerung der Lebenserwartung zunehmenden finanziellen Belastung.[190] Im Unterschied zu Deutschland wünschen sich viele ältere Menschen in Japan, dass sie möglichst lange arbeiten können. Zudem ist es eines der wichtigsten Ziele der Arbeitsmarktpolitik, die Beschäftigung von älteren Menschen zu fördern, um die Abnahme der erwerbstätigen Generation zu kompensieren.

Dennoch wurde die Anhebung der Altersgrenze erst durch das Rentenreformgesetz 1994[191] und dann durch das Rentenreformgesetz 2000[192] gesetzlich geregelt. Nach diesen Regeln wird sie in Japan viel später und mit längeren Übergangszeiten

---

190 Der Entwurf eines Rentenreformgesetzes 1989 sah vor, dass die Altersgrenze der Sonderrente stufenweise von 60 auf 65 Jahre angehoben werden soll. Im Gesetzgebungsverfahren wurde diese Vorschrift jedoch aufgehoben, weil die Beschäftigung zwischen 60 und 65 Jahren nicht gewährleistet werden konnte. Das verabschiedete Reformgesetz sah lediglich vor, dass die Anhebung der Altersgrenze bei der nächsten Vorausberechnung der finanziellen Entwicklung (1994) wieder geprüft werden sollte.

191 Gesetz Nr. 95 aus dem Jahr 1994.

192 Gesetz Nr. 18 aus dem Jahr 2000.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

als in Deutschland umgesetzt.[193] Der Grund dafür ist, dass in Japan mehr Wert auf die Verwirklichung der Überbrückung zwischen der Beschäftigungszeit und der Renteninanspruchnahme gelegt wird. Während in Deutschland die Altersgrenzenanhebung auf 65 Jahre hauptsächlich mit einem rentenfinanzpolitischen Ziel durchgeführt werden konnte, gab es in Japan einen großen Widerstand dagegen, dass sie umgesetzt wird, ohne die Verlängerung der Beschäftigung auf 65 Jahre zu erreichen.

Das Rentenreformgesetz 1994 sah vor, die Altersgrenze für einen Teil der Sonderrente stufenweise anzuheben. Die Sonderrente besteht aus einem nicht einkommensbezogenen Teil und einem einkommensbezogenen Teil. Nach diesem Gesetz sollte nur die Altersgrenze für den ersteren Teil für Männer von 2001 bis 2013 und für Frauen von 2006 bis 2018 stufenweise von 60 Jahren auf 65 Jahre angehoben werden (Tabelle 3.1). Der Grund für die Verzögerung der Anhebung der Altersgrenze für Frauen war, dass die Anhebung der Altersgrenze für Frauen von 55 Jahren auf 60 Jahre damals noch nicht vollendet war.[194]

Diese Anhebung hatte folgende Probleme[195]: Sie kann Arbeitnehmern und Arbeitgebern keinen ausreichenden Anreiz dazu geben, sich um die Verlängerung der Beschäftigung zu bemühen, weil Arbeitnehmer auch nach der Anhebung einen einkommensbezogenen Teil der Sonderente ab 60 Jahren erhalten können. Die Höhe der Altersrente ab 65 Jahren ist unabhängig vom Alter des Versicherten bei Beginn der Sonderrente. Dies kann deshalb eine Frühverrentung fördern. Diese teilweise Anhebung der Altersgrenze reicht nicht aus, den Beitragssatz langfristig unter einer zumutbaren Grenze zu halten.

Deshalb wurde mit dem Rentenreformgesetz 2000 die Vorschrift über die Anhebung der Altersgrenze erneut geändert. Danach soll auch die Altersgrenze des einkommensbezogenen Teils der Sonderrente für Männer von 2013 bis 2025 (Tabelle 3.1) und für Frauen von 2018 bis 2030 stufenweise von 60 Jahren auf 65 Jahre angehoben werden.[196]

---

193 Zum Beispiel wird in Japan die Altersgrenze bei der Sonderente für Frauen von 2006 bis 2030 von 60 Jahren auf 65 Jahre angehoben, während in Deutschland die Altersgrenze bei der Altersrente für Frauen von 2000 bis 2004 von 60 Jahren auf 65 Jahre angehoben worden ist.

194 Vgl. *Yano T.* (Fn. 169), S. 115.

195 Vgl. *Hori K.*, Umbau des Rentenversicherungssystems (in japanischer Sprache), Tokio 1998, S. 49.

196 Es hängt von der physischen und psychischen Situation der einzelnen Arbeitnehmer ab, ob sie bis zum Alter von 65 Jahren arbeiten können. Deshalb wurde es ermöglicht, dass sie auch künftig nach der Vollendung des 60. Lebensjahres vorzeitig eine Sonderrente bekommen können. Die Höhe der Sonderrente, die vorzeitig in Anspruch genommen wird, wird um 0,5 % für jeden Kalendermonat reduziert.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Auch gegen diese Anhebung wurde eine fehlende Überbrückung zwischen der Beschäftigungszeit und der Renteninanspruchnahme moniert. Diejenigen, die bis zum Alter von 65 Jhren arbeiten wollten, konnten nicht immer beschäftigt werden. Aber die Zahl der Unternehmen, die ein System für eine Verschiebung der Altersgrenze der Beschäftigung auf 65 Jahre oder für eine Wiederanstellung der älteren Mitarbeiter aufwiesen, nahm zu.[197] Deshalb war zu erwarten, dass nach einer Übergangszeit ein Beschäftigungssystem aufgebaut werden konnte, in dem Arbeitnehmer nach ihrem Wunsch bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres arbeiten können.

c) Künftige Aufgabe

Das neueste Rentenreformgesetz in Japan sieht keine Vorschrift über Altersgrenzen vor, während das RV-Nachhaltigkeitsgesetz in Deutschland die Bundesregierung dazu verpflichtet, einen Bericht über die Entwicklung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer und die Notwendigkeit einer Anhebung der Altersgrenze vom Jahr 2008 an regelmäßig vorzulegen, der zur weiteren Altersgrenzenanhebung führen kann. Unter Berücksichtigung der gegenwärtigen schwierigen Arbeitsmarktlage in Japan wurde eine weitere Anhebung der Altersgrenze bzw. eine vorzeitige Umsetzung der geplanten Anhebung nicht in die Reformmaßnahmen, die das Rentenreformgesetz 2004 geregelt hat, einbezogen. Dies bedeutet aber nicht, dass auf etwaige weitere Maßnahmen auch künftig verzichtet wird. Wenn die Beschäftigungslage älterer Arbeitnehmer sich verbessert und die Finanzlage der Rentenversicherung sich verschlechtert, könnten sie durchaus eine Alternative der künftigen Reformmaßnahmen sein.

3. Erhöhung der Staatszuschüsse

Ein Drittel der Kosten für die Rentenleistungen in der VRV werden durch Staatszuschüsse finanziert. Aus folgendem Grund stand die Erhöhung des Anteils der Staatszuschüsse von einem Drittel auf die Hälfte in den letzen Jahren als wichtigste Maßnahme zur Verringerung der Steigerung der Beitragshöhe in der VRV zur Diskussion: Nach einer Vorausberechnung der Regierung wird der Beitrag der VRV voraussichtlich mit der Überalterung der Bevölkerung von 13.300 Yen (ca. 95 Euro)

197 Vgl. Ministerium für Arbeit, Untersuchung über das Management der Beschäftigung.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

pro Monat auf 29.600 Yen (ca. 211 Euro) im Jahr 2025 steigen.[198] Man befürchtete, dass viele Versicherte es versäumen würden, Beiträge zu entrichten, und die finanzielle Stabilität der VRV gefährdet wird, wenn sich der Beitrag so stark erhöhte.[199] Es wurde vorausberechnet, dass der Beitrag im Jahr 2025 monatlich 21,600 Yen (ca. 154 Euro) betragen würde, wenn der Anteil der Staatszuschüsse an den Leistungskosten auf die Hälfte erhöht würde. Die Erhöhung der Staatszuschüsse würde auch die Umlage, die der Träger der ARV leisten muss, reduzieren und die Beitragssatzerhöhung in der ARV dämpfen.[200]

Es bestand ein breiter Konsens über die Entlastung der Beitragszahler durch die Erhöhung der Staatszuschüsse. Es war jedoch immer umstritten, wie eine Finanzquelle gefunden werden kann, die die dafür notwendigen Kosten nachhaltig finanzieren kann, weil diese Erhöhung der Staatszuschüsse eine Menge Geld[201] erfordert. Aus diesem Grund ist die Verwirklichung dieser Erhöhung als eine künftige Aufgabe der Renten- und Steuerpolitik verschoben worden.

Mit der Reform 2004 wurde erst entschieden, dass der Anteil der Staatszuschüsse bis 2009 stufenweise auf die Hälfte angehoben wird. Die dafür notwendigen Finanzmittel sollen durch höhere Steuereinnahmen beschafft werden, die zunächst durch eine Reform der Rentenbesteuerung, die eine Senkung der Höhe des Sonderabzugs für das Renteneinkommen und eine Abschaffung des Sonderabzugs für alte Menschen ab 65 Jahren beinhaltet, und mittelfristig durch eine grundlegende Steuerreform erzielt werden können.

In Japan wurde über die Erhöhung der Staatszuschüsse ausschließlich im Zusammenhang mit ihrer finanziellen Auswirkung diskutiert, während in Deutschland die Rentenleistungen, die einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe wie z.B. Kindererziehung entsprechen, nicht durch Beiträge der Versicherten, sondern durch Steuern finanziert werden. In Japan geht es nicht um die Steuerfinanzierung der Rentenleistungen, die nicht auf dem versicherungsmäßigen Risikoausgleich beruhen. Ebensowenig ist eine Stärkung des Versicherungsprinzips, z.B. eine Verkürzung der Leistungen, die nicht auf der Beitragszahlung beruhen, Ziel der Rentenreform in Japan gewesen.

---

198 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Ziel der wichtigen Punkte der Rentenreform und Diskussionsthemen (in japanischer Sprache), Tokio 2002, S. 18.

199 Vgl. *Yano T.* (Fn. 169), S. 264 ff.

200 Es wurde prognostiziert, dass der Beitragssatz der ARV im Jahr 2025 mit oder ohne Erhöhung der Staatszuschüsse auf 22,4 % bzw. 24,8 % steigen würde. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 198), S. 18.

201 Nach Angaben des Gesundheitsministerium fordert sie 3.8 Billionen Yen (rd. 30 Mrd. Euro) im Jahr 2025. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 198), S. 17.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4. Änderung der Rentenanpassung

In den bereits erwähnten Maßnahmen gibt es eine gewisse Gemeinsamkeit zwischen Japan und Deutschland. Die folgenden zwei Maßnahmen sind für die Rentenreform in Japan charakteristisch. Eine davon ist die Änderung der Rentenanpassung.

Vor der Rentenreform 1994 war der Maßstab für die Anpassung in der ARV die Entwicklung des durchschnittlichen Bruttolohns (Bruttolohnanpassung). Mit dem demografischen Wandel wird der Anteil der Steuer und der Sozialabgaben am Bruttolohn steigen. Dies führt dazu, dass der Nettolohn schwächer als der Bruttolohn steigt. Deshalb würde die Bruttolohnanpassung die Rentner im Gegensatz zu den Beschäftigten begünstigen. Aus diesem Grund stellte das Rentenreformgesetz 1994 in Japan ebenso wie das Rentenreformgesetz 1992[202] in Deutschland den Maßstab für die Rentenanpassung vom Bruttolohn auf den Nettolohn um.

Charakteristisch ist die Behandlung der Anpassung der bestehenden Renten in Japan. Um die Belastung der künftigen Generation zu erleichtern, sah das Rentenreformgesetz 2000 vor, dass die Renten, die Rentner ab 65 Jahren erhalten, nicht mehr an die Lohnentwicklung, sondern nur an die Preisentwicklung angepasst werden. Diese Änderung wurde damit begründet, dass die Beitragsbelastung der erwerbstätigen Generation erleichtert werden muss, der reale Wert der Renten durch die Preisanpassung gehalten werden kann und die Konsumausgaben des Rentnerhaushalts entsprechend dem Alter des Haushaltsvorstands abnehmen.[203]

Wenn ein Rentner lang lebt und seine Rente langjährig bekommt, kann seine Rente viel niedriger sein als diejenige, die nach dem bisherigen System angepasst würde. Um den großen Unterschied zwischen den beiden zu vermeiden, wird die Lohnanpassung der Rente, die Rentner ab dem Alter von 65 Jahren erhalten, vorgenommen, wenn Erstere um 20 % niedriger als Letztere wäre [204]

202 Rentenreformgesetz 1992 vom 18. Dezember 1989 (BGBl I S. 2661).

203 Vgl. Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 174), S. 174.

204 Das Rentenreformgesetz 2000 sieht keine entsprechende Regel vor. Die Regierung sprach sich jedoch für diese Maßnahme aus.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

5. *Anrechnung des Arbeitsentgelts auf Renten*

a) Arbeitnehmer ab 65 Jahren

Vor der Rentenreform 2000 waren Arbeitnehmer ab 65 Jahren in der ARV versicherungsfrei und konnten eine volle Rente unabhängig vom Hinzuverdienst bekommen. Im Jahr 1999 galt diese Versicherungsfreiheit für 630.000 Männer und 190.000 Frauen, die zwischen 65 und 70 Jahre alt waren. Diese Gruppe entsprach jeweils 19 % bzw. 5 % der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung in diesem Alter. Nicht wenige davon verdienten viel Geld.[205]

Um die Steigerung der Beitragsbelastung zu dämpfen, war es notwendig, die Zahl der Beitragszahler zu vermehren. Zudem wäre diese besondere Behandlung der Arbeitnehmer ab 65 Jahren nicht mehr akzeptabel vor allem für die jüngeren Menschen, die in der Rentenversicherung künftig mehr belastet werden.

Aus diesen Gründen ist die Behandlung von Arbeitnehmern ab 65 Jahren mit der Rentenreform 2000 und dann mit der Rentenreform 2004 geändert worden. Dadurch wurde die Versicherungsfreiheit der Arbeitnehmer zwischen 65 und 70 Jahren abgeschafft und der Hinzuverdienst der Arbeitnehmer ab 65 Jahren begrenzt.[206]

Im neuen System wird eine Altersrente der ARV in voller Höhe geleistet, wenn der Gesamtbetrag von der Altersrente der ARV und dem Arbeitsentgelt 480.000 Yen (ca. 3430 Euro) pro Monat nicht überschreitet. Diese Obergrenze entspricht dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt. Wenn der Gesamtbetrag diese Grenze überschreitet, wird die Hälfte des überschreitenden Betrages auf die Altersrente angerechnet. (Abbildung 3.4)

b) Arbeitnehmer zwischen 60 und 65 Jahren

Nach der bisherigen Regel wurde ein Fünftel der Sonderrente, die Arbeitnehmer zwischen 60 und 65 Jahren erhalten, unabhängig von der Höhe ihres Arbeitsentgelts, nicht geleistet. Sie konnten eine Sonderrente in Höhe von vier Fünfteln erhalten, wenn der Gesamtbetrag dieser Rente und des Arbeitsentgelts 280.000 Yen (ca. 2.000 Euro) pro Monat nicht überschritt. Wenn der Gesamtbetrag diese Grenze überschritt, wurde der Betrag, der aus dem Betrag dieser Rente und des Arbeitsentgelts resultiert, auf die Rente zusätzlich angerechnet.

---

205 Vgl. *Yano T.* (Fn. 169), S. 130.

206 Die Arbeitnehmer ab 65 können die Altersrenten der VRV nach wie vor unabhängig von ihrem Einkommen bekommen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Mit der Rentenreform 2004 ist das System abgeschafft worden, in dem ein Fünftel der Sonderrente für Arbeitnehmer zwischen 60 und 65 Jahren unabhängig von der Höhe ihres Arbeitsentgelts nicht geleistet wird, weil es den Anreiz zur Beschäftigung schwächen kann.

6. Verwendung des Kapitalvermögens

Das bisherige Finanzierungssystem setzte voraus, dass das Kapitalvermögen, das den Rentenausgaben für 6 bis 7 Jahre entspricht, behalten werden sollte, um die Rentenausgaben in ferner Zukunft zu finanzieren. Nach dem Rentenreformgesetz 2004 ist ein neues System eingeführt worden, in dem die Rentenversicherung nach 100 Jahren ein Kapitalvermögen haben soll, das den Rentenausgaben für ein Jahr entspricht. Dadurch wird das Kapitalvermögen dafür verwendet, die Beitragssteigerung zu dämpfen.

III. Schlussbemerkung

Wie oben erwähnt steht die Rentenversicherungen in Japan vor ähnlichen Problemen wie in Deutschland, die vor allem die demografische Entwicklung mit sich bringt. Um sie zu lösen, ist eine Reihe von Reformen durchgeführt worden. Ihr Hauptziel war, eine starke Erhöhung des Beitragssatzes zu vermeiden und die Generationengerechtigkeit zu verwirklichen. Dabei wurde vorausgesetzt, dass ein angemessenes Rentenniveau auch künftig gewährleistet wird. Es gibt auch bei diesen Reformzielen eine Gemeinsamkeit mit Deutschland.

Die GRV in Japan besteht aus einer Basissicherung (VRY) und einer einkommensbezogenen Sicherung (ARV). In diesem Punkt unterscheidet sich die japanische GRV deutlich von der deutschen. Aber die ARV in Japan hat eine ähnliche Struktur wie die GRV in Deutschland. Dies führte dazu, dass einige Reformmaßnahmen in Japan eine gewisse Gemeinsamkeit mit denen in Deutschland haben. Zu diesen Maßnahmen zählen z.B. die Senkung des Rentenniveaus und die Anhebung der Altersgrenze.

Für die Rentenversicherung, die auf der Basis einer langjährigen Beitragzahlung Leistungen gewährt, ist es von großer Bedeutung, das Vertrauen der Versicherten zu gewinnen. In unseren beiden Ländern kann man jedoch einen Rückgang des Ver-

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

trauens der Versicherten in die GRV registrieren.[207] In Japan zeigt sich diese Entwicklung dadurch sehr deutlich, dass Versicherte es zunehmend versäumen, Beiträge zu entrichten. Kurzfristig aufeinander folgende Gesetzesänderungen können zu Misstrauen gegen die Rentenversicherung führen. Deshalb war es das wichtigste gemeinsame Ziel der letzten Reform in beiden Ländern, dass eine neue Struktur der Rentenversicherung, die sich an die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung flexibel anpassen kann, auf einem breiten Konsens aufgebaut wird.[208]

Ein wichtiger Unterschied zwischen Japan und Deutschland ist, dass in Japan ein sozialer Ausgleich als eine der wesentlichsten Funktionen der gesetzlichen Rentenversicherung betrachtet wird. Ein deutliches Beispiel dafür ist, dass in Japan Arbeitnehmer Beiträge, die sich nach ihrem Einkommen richten, entrichten und sowohl eine einkommensbezogene Rente der ARV als auch eine nicht einkommensbezogene Rente der VRV im Alter erhalten. Darüber hinaus erhalten ihre nicht beschäftigten Frauen eine Altersrente der VRV, ohne Beiträge zu zahlen.

Dieser grundsätzliche Unterschied führt zu den unterschiedlichen Reformmaßnahmen in beiden Ländern. Dazu gehören z.B. die Anrechnung des Arbeitsentgelts auf die Rente bei Arbeitnehmern ab 65 Jahren, und die besondere Behandlung der Anpassung der bestehenden Renten. Bei der Entscheidung über die Reformmaßnahmen wird der Bedarf der Leistungsempfänger in Japan viel stärker berücksichtigt, während in Deutschland großer Wert auf den Grundsatz der Lohn- und Beitragsbezogenheit der Renten gelegt wird.

IV. Exkurs: Renten für Frauen

Mit der Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit und der Veränderung des Lebensstils von Frauen hat sich die Situation der Familie, von der die Rentenversicherung ausging, sehr geändert. Diese Entwicklung machte es notwendig, dass die Rentenversicherung mit dem Ziel reformiert wird, das Leben von Frauen durch die Rente besser zu sichern.

---

207 Vgl. *Heien I*Das Vertrauen der Bürger in die gesetzliche Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung 4/2004, S. 220.

208 Zudem sieht das Rentenreformgesetz 2004 in Japan vor, dass die Informationen über die entrichteten Beiträge und die voraussichtliche Höhe der Rentenleistung den einzelnen Versicherten regelmäßig mitgeteilt werden sollen, um ihr Verständnis für die Rentenversicherung zu erhöhen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

In diesem Teil wird zuerst auf den Hintergrund dieser Reform eingegangen. Dann werden die Reformmaßnahmen im Vergleich zu Deutschland betrachtet.

1. Hintergrund

Die Rentenversicherung setzte früher ein bestimmtes Modell der Familie voraus. Danach wird die Frau durch Arbeitsentgelt von ihrem Mann unterhalten, während er beschäftigt ist. Sie wird im Alter durch seine Rente unterhalten. Wegen der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen und der Ehescheidung kann dieses Modell die gegenwärtige Situation von Familien nicht mehr repräsentieren.

Die Zahl der weiblichen Beschäftigten ist in den letzten Jahrzehnten ständig gestiegen. Sie betrug 13,5 Mio. im Jahr 1980 und 21,4 Mio. im Jahr 2000.[209] Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer von Frauen (ausschließlich Teilzeitbeschäftigten) hat sich von 6,1 Jahren (1980) auf 8,8 Jahre (2000) verlängert.[210] Viele Frauen im Alter zwischen Mitte Zwanzig und Mitte Dreißig sind erwerbstätig. Ein erheblicher Teil davon verzichtet jedoch auf ihre Erwerbstätigkeit aus Anlass einer Heirat, einer Entbindung oder einer Kindererziehung. Die Quote von Erwerbstätigen (einschließlich Arbeitslosen) nach dem Alter (Abbildung 3.5) zeigt diese Tendenz deutlich.

Die Zahl der weiblichen Teilzeitbeschäftigten hat auch stark zugenommen. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten an den weiblichen Beschäftigten ist von 25,2 % im Jahr 1989 auf 37,4 % im Jahr 1999 gestiegen.[211] Nach einer Untersuchung des Arbeitsministeriums von 1995 waren nur ca. 35 % der Teilzeitbeschäftigten in der ARV versichert. Dieser Entwicklung zufolge ist der Anteil der Versicherten der ARV (einschließlich der Versicherten des Sondersystems für Arbeitnehmer) an den gesamten weiblichen Beschäftigten von 65,1 % (1986) auf 58,9 % (1999) gesunken.[212] Das bedeutet, dass die Erweiterung der Beschäftigung von Frauen nicht immer zur Zunahme der in der ARV versicherten Frauen führt.

Es gibt noch einen großen Unterschied in der Höhe der Altersrente zwischen Männern und Frauen. Der durchschnittliche Zahlbetrag der Altersrenten der

---

209 Vgl. Ministerium für innere Angelegenheit und Kommunikation (Fn. 11).

210 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Untersuchung der Lohnstruktur.

211 Vgl. Ministerium für innere Angelegenheit und Kommunikation (Fn. 209).

212 Vgl. Kommission für das Rentensystem, das dem Wandel des Lebensstils von Frauen entsprechen kann, Renten von Frauen - Das Rentensystem, in dem der Beitrag von Frauen gerecht bewertet wird (in japanischer Sprache), Tokio 2002, S. 21.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ARV[213], die ab 1999 geleistet wurden, betrug damals monatlich ca. 200.000 Yen für Männer und ca. 110.000 Yen für Frauen.[214] Die Ursache für diese Diskrepanz liegt in den großen Unterschieden im Arbeitsentgelt und in den Versichertenzeiten von Männern und Frauen, nach denen die Rente berechnet wird: Das durchschnittliche Arbeitsentgelt betrug monatlich ca. 340.000 Yen für Männer und ca. 200.000 Yen für Frauen. Die durchschnittlichen Versichertenzeiten betrugen 418 Monate für Männer und 285 Monate für Frauen.

Der Lebensstil von Frauen hat sich nicht nur durch die zunehmende Erwerbstätigkeit, sondern auch durch andere Faktoren geändert. Dazu zählen z. B. die Steigerung des Heiratsalters, des Anteils der Ledigen sowie der Zahl der Scheidungen, vor allem von älteren Ehepaaren. In Anbetracht dieser Entwicklungen kann nicht erwartet werden, dass das Leben von Frauen durch die Rente ihres Mannes gesichert werden kann.

2. Reformmaßnahmen

Um die Rentenversicherung an die oben erwähnte Entwicklung anzupassen und Renten von Frauen zu verbessern, sind folgende Maßnahmen getroffen worden.

a) Renten für Hausfrauen

aa) Einführung der Basissicherung

Vor der Rentenreform 1985 waren nicht berufstätige Frauen von Arbeitsnehmern (Hausfrauen) in der Rentenversicherung nicht pflichtversichert. Hausfrauen hatten keinen eigenen Rentenanspruch, wenn sie in der VRV nicht freiwillig versichert waren. Das damalige System setzte voraus, dass ihr Leben durch Renten ihres Mannes gesichert wurde. Das Renteniveau wurde deshalb in der ARV so festgelegt, dass die Rente, die ein langjährig Beschäftigter erhielt, die Unterhaltskosten für ihn und seine Frau decken konnte.

Es wurde auf folgende Probleme des Systems hingewiesen: Wenn eine Hausfrau sich von ihrem Mann scheiden lässt, kann die Rente ihres Mannes ihr Leben im Alter nicht sichern.[215] Hausfrauen hatten keinen Anspruch auf Invaliditätsrente, auch

213 Dieser Betrag schließt den Betrag der Altersrente der VRV ein, die der Empfänger der Altersrente der ARV erhielt.

214 Vgl. Sozialversicherungsamt des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Jahresgeschäftsbericht.

215 Es gab kein System zum Versorgungsausgleich bei der Ehescheidung.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

wenn Sie behindert waren. Wenn die Ehefrau beschäftigt und in der ARV versichert war, konnte das Renteneinkommen dieses Haushaltes zu hoch sein.

Um diese Probleme zu lösen, wurde mit der Rentenreform 1985 die VRV in eine Basissicherung umgewandelt, die die Sicherung aller Einwohner im Alter zum Ziel hat.

Diese Reform zielte darauf ab, einen eigenen Rentenanspruch für Hausfrauen aufzubauen, das Rentenniveau nach dem Familienstand festzustellen und eine finanzielle Stabilität der VRV sicherzustellen.[216]

Mit dieser Reform wurde der Versichertenkreis der VRV erweitert und Hausfrauen wurden in der VRV pflichtversichert (Versichertengruppe 3). Im neuen System können sie in der VRV einen eigenen Anspruch auf Rente haben, ohne Beiträge zu zahlen. Diese Beitragsbefreiung wurde damit begründet, dass Hausfrauen in der Regel finanziell nicht in der Lage sind, Beiträge selbst zu zahlen. Dadurch konnte das bisherige Beitragssystem gehalten werden, während das Leistungssystem grundlegend reformiert wurde.[217]

Im neuen System bekommt ein Haushalt von einem Arbeitnehmer und seiner nicht beschäftigten Frau eine Altersrente in der ARV sowie eine Altersrente von ihm und eine von ihr in der VRV (Abbildung 3.6). Der Gesamtbetrag dieser Renten, die solche Ehegatten bekommen können, entspricht dem Betrag der Altersrente, die der Arbeitnehmer im bisherigen System bekommen konnte[218]. Ein Haushalt von einem Arbeitnehmer bekommt hingegen eine Altersrente der ARV und eine der VRV. Ein Haushalt von einem Arbeitnehmer und seiner beschäftigten Frau bekommt eine Altersrente von ihm und eine von ihr in der ARV und in der VRV.

Dieser Unterschied der Rentenhöhe im Hinblick auf den Familienstand wurde wie folgt begründet: Vor dieser Reform erhielten auch ein allein lebender Versicherter und ein Versicherter mit einem beschäftigten Ehegatten eine Altersrente der ARV,

---

216 In der VRV wurden die Leistungskosten durch Staatszuschüsse und Beiträge finanziert, die ihre Versicherten entrichteten. Die Versicherten der VRV waren Einwohner zwischen 20 und 60 Jahren, die in der ARV nicht versichert waren. Dazu gehörten z.B. Selbständige und Landwirte. Mit der Änderung der Industriestruktur nahm in der VRV das Verhältnis der Leistungsempfänger zu den Beitragszahlem immer zu. Es war zu befürchten, dass diese Entwicklung der VRV eine finanzielle Schwierigkeit bringen konnte. Im neuen System werden die Leistungskosten der VRV nicht nur von Versicherten der VRV, sondern auch von Versicherten der ARV getragen.

217 Die damalige Regierung legte großen Wert auf die Kontinuität des Systems, um die Reform möglichst reibungslos durchzuführen. Der Sozialbeirat der Regierung schlug vor, dass die Kosten der Basissicherung durch die Mehrwertsteuer finanziert werden sollten. Hinsichtlich der Umsetzbarkeit wurde dieser Vorschlag aber nicht angenommen. Vgl. *Yoshihara K.*, Neues Rentenrecht (in japanischer Sprache), Tokio 1987, S. 32 ff.

218 Vgl. Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 174), S. 211.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

die die Lebenskosten eines Ehepaars decken konnte. Nach dieser Reform erhalten sie in der VRV nur eine Altersrente für sie selbst. Dadurch kann die Höhe der Rente, die sie erhalten, ihrem Bedürfnis besser entsprechen.

bb) Probleme

Mit der Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen stößt das System, in dem Hausfrauen ohne Beitragszahlung einen Rentenanspruch haben können, auf heftige Kritik. Die Kritik stützt sich auf folgende Gründe[219]:

- Auch wenn ein Versicherter mit Hausfrau und ein Versicherter ohne Hausfrau den gleichen Beitrag in der ARV entrichtet haben, ist die Gesamthöhe der Renten, die aufgrund der Beitragszahlung geleistet werden, zwischen beiden unterschiedlich hoch. Dadurch wird ein Versicherter mit Hausfrau gegenüber einem Versicherten ohne Hausfrau bevorzugt.
- Die Beitragsbefreiung für Hausfrauen wird damit begründet, dass sie keine finanziellen Möglichkeit haben, Beiträge selbst zu zahlen. Hausfrauen werden jedoch von ihrem Mann unterhalten und manche Hausfrauen haben durch Teilzeitbeschäftigung ein eigenes Einkommen. Deshalb haben sie auch finanzielle Mittel zur Verfügung.
- Einige Frauen müssen wegen der Pflege oder der Kindererziehung auf ihre Beschäftigung verzichten. Hausfrauen, die sich dafür entschieden haben, haben selbst gewählt, nicht zu arbeiten. Der Anteil der Hausfrauen steigt nach der Höhe des Einkommens ihres Mannes. Es ist deshalb nicht gerecht, dass Hausfrauen trotzdem ohne Beitragszahlung einen Anspruch auf Rente bekommen können.

Die japanische Rentenversicherung hat vor allem durch die Basissicherung die Auswirkung, das Einkommen von Versicherten mit höherem Einkommen und solchen mit niedrigerem, von Versicherten mit Hausfrau und solchen ohne Hausfrau umzuverteilen. Aber die Kritiker sind der Auffassung, dass die Umverteilung von Einkommen zwischen den Versicherten mit Hausfrau und denjenigen ohne Hausfrau nicht gerechtfertigt werden kann.

Dieser Vorwurf wird dadurch zurückgewiesen, dass ein Prinzip der Sozialversicherung ist, Beiträge nach der finanziellen Fähigkeit der Versicherten zu erheben und Leistungen nach dem Bedarf der Versicherten zu gewähren[220]. Es entspricht

219 Vgl. Kommission für das Rentensystem, das dem Wandel des Lebensstils von Frauen entsprechen kann (Fn. 212), S. 44 ff.

220 Vgl. *HoriK.* (Fn. 195), S. 70 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

diesem Prinzip, dass - wie in der Krankenversicherung - ein Versicherter entsprechend seinem Arbeitsentgelt Beiträge entrichtet und seine nicht beschäftigte Frau auch dadurch einen eigenen Anspruch auf Rente hat.

Man kann jedoch die Umverteilung zwischen den Versicherten mit Hausfrau und denen ohne Hausfrau nicht allein damit rechtfertigen, dass die Rentenversicherung als ein Zweig der Sozialversicherung ein gleiches Finanzierungssystem wie die Krankenversicherung haben muss. Die Rentenversicherung in Deutschland ist ein Zweig der Sozialversicherung, bei dem die Versicherungselemente (z.B. lohn- und beitragsbezogene Leistung) am deutlichsten ausgeprägt sind.

Bei der Diskussion stehen sich unvereinbare Ansichten gegenüber. Ein Kompromiss konnte nicht gefunden werden. Deshalb wurde bisher keine grundlegende Reform dieses Systems vorgenommen. Der wesentliche Punkt dieses Problems liegt in folgenden Fragen: Was für eine Umverteilung soll in der Rentenversicherung durchgeführt werden? Kann eine Umverteilung zwischen den Versicherten mit Hausfrauen und denen ohne Hausfrauen gerechtfertigt werden? Sollen die Kosten für die Zusatzleistung für Hausfrauen durch Beiträge oder Steuern finanziert werden?

b) Berücksichtigung der Kindererziehung

aa) Bisherige Entwicklung

Um die Erziehung der nächsten Generation zu fördern, wurde mit der Rentenreform 1994 ein neues System eingeführt. In diesem mussten Versicherte keinen Rentenbeitrag entrichten, während sie einen Erziehungsurlaub nach dem Erziehungs- und Pflegeurlaubsgesetz[221] nahmen.[222] Der Erziehungsurlaub dauert maximal ein Jahr. Ihre Arbeitgeber mussten hingegen auch während des Erziehungsurlaubs den Arbeitsgeberanteil für solche Versicherte entrichten. Die Zeiten eines solchen Erziehungsurlaubs haben in der Rentenberechnung gleiche Auswirkungen wie die Beitragszeiten, für die Beiträge entrichtet werden. Die Beiträge entsprechen dem Arbeitsentgelt, das der Versicherte unmittelbar vor dem Beginn des Erziehungsurlaubs bekommen hat.

Auch die Arbeitgeber wurde mit der Rentenreform 2000 von der Beitragszahlung für solche Versicherte befreit, die einen Erziehungsurlaub nehmen.

---

221 Gesetz Nr. 76 im Jahr 1991.

222 Nach Angabe des Sozialversicherungsamtes betrug der Anteil von Frauen an den Versicherten, die demnach von der Beitragszahlung befreit wurden, im Finanzjahr 1999 99,9 %.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Mit der Rentenreform 2004 wurde die Erziehungszeit in der Rentenversicherung verlängert. Danach werden Versicherte und ihre Arbeitgeber von der Beitragszahlung befreit, während sie einen Erziehungsurlaub oder einen entsprechenden Urlaub[223] für die Erziehung eines Kindes unter 3 Jahren nehmen. Diese Zeiten haben auch in der Rentenberechnung gleiche Auswirkungen wie die Zeiten des oben erwähnten Erziehungsurlaubs.

Darüber hinaus werden nicht nur Versicherte, die einen Erziehungsurlaub oder einen entsprechenden Urlaub nehmen, sondern auch Versicherte, die wegen der Erziehung eines Kindes unter 3 Jahren ihre Arbeitszeit beschränken müssen, im Rentenrecht berücksichtigt. Solche Versicherte zahlen Beiträge nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt. Aber in der Rentenberechnung werden sie so behandelt, als ob sie das Arbeitsentgelt, das sie unmittelbar vor dem Beginn der Erziehung bekommen haben, verdient hätten.

bb) Begründung

Die Berücksichtigung der Kindererziehung in der Rentenversicherung geht in Deutschland von der folgenden Vorstellung aus: Die Rentenversicherung braucht die nächste Generation, die sie durch die Beitragszahlung unterstützt. Versicherte, die Kinder erziehen, tragen dadurch zur Rentenversicherung bei. In diesem Sinne hat die Kindererziehung den gleichen Wert wie die Beitragszahlung. Deshalb muss der Ausgleich zwischen denjenigen, die Kinder erziehen, und denjenigen, die keine Kinder erziehen, innerhalb der Rentenversicherung durchgeführt werden.

Auch in Japan hält man es für sehr wichtig, die Erziehung der nächsten Generation, die in Zukunft die Rentenversicherung unterstützt, zu fördern.[224] Um diese Aufgabe zu erfüllen, ist die Berücksichtigung der Kindererziehung in der Rentenversicherung wie oben erwähnt erweitert worden. Diese Maßnahmen werden jedoch in Japan nicht mit der Notwendigkeit des Ausgleichs zwischen den Versicherten mit Kindern und denen ohne Kinder begründet.

Die unterschiedliche Begründung führt zu einem Unterschied im Inhalt der konkreten Maßnahmen. Die Beschäftigung ist eine der wichtigsten Ursachen dafür, dass Frauen darauf verzichten, ein Kind zu haben. Deshalb zielen die Maßnahmen in Ja-

---

223 Nach § 5 Absatz 1 des Erziehungs- und Pflegeurlaubsgesetzes können Arbeitnehmer einen Erziehungsurlaub nehmen, um ihr Kind unter 1 Jahr zu erziehen. Nach § 23 Absatz 1 dieses Gesetzes sind Arbeitgeber dazu verpflichtet, dass sie eine dem Erziehungsurlaub entsprechende Maßnahme für ihre Arbeitnehmer treffen, die ihr Kind zwischen 1 und 3 Jahren erziehen.

224 Vgl. Der beratende Ausschuss für die Rentenversicherung, Stellungsnahme zur Rentenreform vom 12.9.2003, S. 23.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

pan hauptsächlich darauf ab, dass erziehende Frauen ihre Beschäftigung fortsetzen können. Anders als in Deutschland wird die Kindererziehung durch Hausfrauen in Japan nicht in der Rentenversicherung berücksichtigt.

c) Versicherungspflicht der Teilzeitbeschäftigten

aa) Problem

Trotz der Zunahme von beschäftigten Frauen bleiben ihr Arbeitentgelt niedriger und ihre Versichertenzeiten kürzer als die von Männern. Daraus ergibt sich, dass Frauen niedrigere Renten als Männer bekommen. Verschiedene Faktoren, z.B. das Beschäftigungssystem, das soziale Sicherheitssystem und die Umstände der Kindererziehung verursachen diesen Unterschied. Dazu zählt auch die Rentenversicherung. Eine Ursache für kürzere Versichertenzeiten von Frauen liegt z.B. darin, dass viele Teilzeitbeschäftigte in der ARV nicht versichert sind.

Im gegenwärtigen System ist ein Arbeitnehmer in der ARV versicherungsfrei, wenn seine Arbeitszeit und Arbeitstage weniger als drei Viertel unter denen der normalen Arbeitnehmer liegen (Abbildung 3.7). Deshalb gehört eine Frau, auf die dies zutrifft, zur Versichertengruppe 3 der VRV, wenn sie eine Ehefrau eines Versicherten der ARV ist und ihr Einkommen weniger als 1,3 Mio. Yen (ca. 9.290 Euro) pro Jahr beträgt. Wenn sie diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gehört sie zur Versichertengruppe 1 der VRV. Wenn sie in der ARV versichert ist, muss sie als Beitrag 14,288 % (April 2006) ihres Arbeitsentgelts zahlen. Die Hälfte davon wird von ihrem Arbeitsgeber getragen. Wenn sie zur Versichertengruppe 1 oder zur Versichertengruppe 3 in der VRV gehört, muss sie einen Beitrag von 13.860 Yen pro Monat (Finanzjahr 2006) oder gar keinen Beitrag entrichten.

Dieser unterschiedlichen Behandlung wird vorgeworfen, dass sie die Beschäftigung von Frauen beeinflusst: Sie ist eine Ursache dafür, das teilzeitbeschäftigte Frauen ihre Arbeitszeit mit dem Ziel beschränken, sich von der Versicherungspflicht in der ARV zu befreien.[225] Arbeitsgeber können das Arbeitsentgelt von teilzeitbeschäftigten Frauen senken, wenn solche Frauen verhindern möchten, dass ihr Arbeitsentgelt 1,3 Mio. Yen pro Jahr überschreitet.

---

225 Das System der Familienversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Ehegattenfreibetrag im Einkommenssteuersystem können ebenfalls eine Auswirkung darauf haben, dass teilzeitbeschäftigte Frauen ihre Arbeitzeit beschränken. Vgl. *Kimura Y.*, Renten- und Krankenversicherung (in japanischer Sprache), Tokio 2001, S. 161 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

bb) Reformvorschlag

Um Renten von Frauen zu verbessern, den Einfluss der Rentenversicherung auf die Beschäftigung von Frauen zu schwächen und die Beitragszahler zu vermehren, ist es notwendig, dass mehr Teilzeitbeschäftigte in den Versichertenkreis der ARV einbezogen werden. Deshalb stand bei der Gesundheitsreform 2004 die Erweiterung der Versicherungspflicht von Teilzeitbeschäftigten zur Diskussion. Aber dieser Vorschlag stieß auf Widerstand von Unternehmen, die viele Teilzeitbeschäftigte anstellen, weil er die Beitragsbelastung solcher Unternehmen erhöhen kann. Deshalb sieht das verabschiedete Rentenreformgesetz lediglich vor, dass dieser Vorschlag bis 2009 noch geprüft und aufgrund des Ergebnisses notwendige Maßnahmen getroffen werden sollen.

d) Reform der Hinterbliebenenrente

aa) Bisherige Entwicklung

(1) Rentenreform 1985

Mit der Rentenreform 1985 wurde ein neues System der Hinterbliebenenrente eingeführt. In diesem haben Witwen, die vom verstorbenen Arbeitnehmer unterhalten worden sind, Anspruch auf Hinterbliebenenrente in der ARV. Sie haben auch Anspruch auf Hinterbliebenenrente in der VRV, wenn sie ein Kind unter 18 Jahren erziehen. In der ARV beträgt die Hinterbliebenenrente drei Viertel der Altersrente, die der verstorbene Versicherte erhalten könnte. In der VRV ist die Hinterbliebenenrente so hoch wie die volle Altersrente.

Wenn die Witwe selbst beschäftigt war und eine Anspruchsvoraussetzung erfüllt hat, kann sie Anspruch auf eigene Altersrenten haben. In diesem Fall geht es um einen Ausgleich des Anspruchs auf verschiedene Renten. Eine solche Frau hatte zwei Alternativen. Eine davon war, dass sie eine eigene Altersrente der VRV und eine Hinterbliebenenrente der ARV bekommt (Alternative 1). Eine andere war, dass sie eine eigene Altersrente der VRV und eine eigene Altersrente der ARV bekommt (Alternative 2). Tatsächlich wählten viele solcher Frauen die Alternative 1, weil die Höhe ihrer eigenen Altersrente der ARV niedriger war als drei Viertel der Altersrente ihres Mannes. Daraus ergab sich, dass sie eine eigene Altersrente nicht in Anspruch nahmen, obwohl sie auch selbst Beiträge gezahlt haben.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

(2) Rentenreform 1994

Um dieses Problem zu lösen, wurde noch eine andere Alternative (Alternative 3) mit der Rentenreform 1994 eingeführt. Dadurch wurde es auch ermöglicht, dass eine solche Frau eine eigene Altersrente der VRV sowie die Hälfte der Altersrente ihres Mannes und die Hälfte der eignen Altersrente der ARV bekommt. Wenn das Verhältnis der Altersrente der Frau zu der des Mannes unter *lA* lag, war die Alternativ 1 einschlägig, wenn das Verhältnis zwischen *Vi* und % lag, die Alternativ 3 und wenn das Verhältnis über % lag, war Alternativ 2 am günstigsten. Deshalb konnten Frauen, deren Altersrente weniger als drei Viertel der Altersrente ihres Mannes beträgt, nach wie vor die eigene Altersrente nicht oder nur teilweise in Anspruch nehmen.

(3) Rentenreform 2004

Mit der Rentenreform 2004 wurde dieses System erneut geändert. Im neuen System nehmen Versicherte im Prinzip eine eigene Altersrente in Anspruch, auch wenn sie Anspruch auf Hinterbliebenenrente haben. Wenn ihre Altersrente niedriger als die Hinterbliebenenrente ist, wird eine Differenz zwischen der Hinterbliebenenrente und ihrer Altersrente hinzugefugt. [226]

Mit dieser Reform wurde eine Frist gesetzt für die Hinterbliebenenrente der ARV, die Hinterbliebene unter 30 Jahren und ohne Kind erhalten. Ab 2007 besteht der Anspruch auf Hinterbliebenenrente für solche Hinterbliebene längstens 5 Jahre nach dem Tod des Versicherten. Diese Änderung entspricht dem Wandel des Arbeitsmarkts, in dem sich die unterschiedliche Behandlung zwischen Männern und Frauen verkleinert. Deshalb ist zu erwarten, dass sich solche Witwen nach einer Übergangszeit unterhalten können.

bb) Unterschied

In Deutschland können Witwen neben ihrer eigenen Altersrente eine Hinterbliebenenrente erhalten. Obwohl ein Teil der Altersrente auf die Hinterbliebenenrente angerechnet wird, ist die Gesamthöhe der Renten, die eine Witwe erhalten kann, nicht begrenzt.

Auch in Japan ist der Zusammenhang zwischen der Altersrente und der Hinterbliebenenrente mit dem Ziel geändert worden, dass Witwen ihre eigene Altersrente möglichst weitgehend in Anspruch nehmen können. Die Gesamthöhe der Renten, die

226 Wenn in diesem Fall der Gesamtbetrag aus der Hälfte der Altersrente ihres Mannes und der Hälfte ihrer Altersrente höher als der Betrag der Hinterbliebenenrente ist, wird eine Differenz zwischen diesem Gesamtbetrag und dem Betrag ihrer Altersrente hinzugefügt.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

eine Witwe erhalten kann, beträgt jedoch unabhängig von der Höhe ihrer eigenen Altersrente drei Viertel der Altersrente ihres Mannes, wenn die erstere die letztere nicht überschreitet. Dies geht von der folgenden Vorstellung aus: Das Leben einer Witwe kann durch das Renteneinkommen, das drei Viertel der Altersrente des verstorbenen Ehemanns entspricht, grundsätzlich gesichert werden. Deshalb wird die Hinterbliebenenrente so geleistet, dass die Gesamthöhe der Renten drei Viertel der Altersrente ihres Mannes nicht überschreitet. Dies zeigt, dass der Bedarf der Rentenempfänger in der japanischen Rentenberechnung stärker als in der deutschen berücksichtigt wird.

e) Rentensplitting bei der Ehescheidung

aa) Einführung des Rentensplittings

Im geltenden System kann eine ältere Frau, die jahrzehntelang von ihrem Mann unterhalten wurde, im Alter nur eine Altersrente der VRV erhalten, wenn sie sich von ihm geschieden ist. Durch diese niedrige Rente kann ihr Leben jedoch nicht ausreichend gesichert werden.

Um dieses Problem zu lösen, wurde durch die Rentenreform 2004 ein System für das Rentensplitting bei der Ehescheidung in der ARV eingeführt. Das gilt für die Zeit ab 1.4.2008, in der ein Ehegatte (meistens Ehefrau) zur Versichertengruppe 3 gehört. Durch dieses Rentensplitting wird die Hälfte der Beiträge der ARV, die ein Ehegatte in dieser Zeit gezahlt hat, auf einen anderen Ehegatten übertragen. Dieses Rentensplitting wird auf Antrag eines zur Versichertengruppe 3 gehörenden Ehegatten durchgeführt.

Auch für die übrige Ehezeit können Ehegatten gemeinsam bestimmen, dass die in dieser Zeit von ihnen gezahlten Beiträge zwischen ihnen aufgeteilt werden. Durch das Rentensplitting wird ein Teil der Differenz zwischen den von den Ehegatten gezahlten Beiträgen von einem Ehegatten auf den anderen Ehegatten übertragen, wenn der erstere mehr Beiträge als der letztere gezahlt hat. Diesen Anteil können die Ehegatten gemeinsam bestimmen. Die zu übertragenden Beiträge dürfen jedoch die Hälfte des Unterschieds nicht überschreiten. Wenn diese Vereinbarung zwischen den Ehegatten nicht zustande kommt, kann das Gericht auf Antrag eines Ehegatten unter Berücksichtigung des Beitrags des jeweiligen Ehegatten zur Beitragszahlung eine Entscheidung über den Anteil der zu übertragenden Beiträge treffen. Das Rentensplitting gilt für die Ehescheidung ab 1.4.2007 und bezieht auch die vor diesem Zeitpunkt bezahlten Beiträge in seinen Gegenstand ein.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

bb) Unterschied

Das System des Rentensplittings in Japan weist einen wichtigen Unterschied im Verhältnis zum System des Versorgungsausgleichs in Deutschland auf. In Deutschland kann ein Versorgungsausgleich zwischen den geschiedenen Ehegatten nach § 1587 BGB ohne Vereinbarung zwischen ihnen stattfinden. Dem berechtigten Ehegatten steht als Ausgleich die Hälfte der Wertunterschiede der Versorgungsanwartschaft der beiden Ehegatten zu. Im japanischen Rentensplitting werden die von den Ehegatten in der Ehezeit gezahlten Beiträge nur zwischen ihnen aufgeteilt, wenn sie dies vereinbart haben. Zudem müssen sie gemeinsam bestimmen, wie die Beiträge verteilt werden. Wenn diese Vereinbarung nicht zustande kommt, kann das Gericht eine Entscheidung über das Rentensplitting treffen.

Der Grund für diese Unterschiede liegt im unterschiedlichen System von Ehescheidung und Aufteilung des Vermögens der Ehegatten in beiden Ländern. In Deutschland kann eine Ehe nur durch gerichtliches Urteil geschieden werden. Dem berechtigten Ehegatten steht als Ausgleich die Hälfte der Differenz des Zugewinns vom Vermögen der beiden Ehegatten zu. In Japan können sich Ehegatten aufgrund einer Vereinbarung scheiden lassen und ihr Vermögen untereinander aufteilen. Wenn diese Vereinbarung nicht zustande kommt, kann das Gericht auf Antrag eines Ehegatten eine Entscheidung über die Ehescheidung und die Aufteilung des Vermögens treffen.

Es ist in der Regel nicht leicht, eine Vereinbarung über das Rentensplitting zwischen den Ehegatten, die sich scheiden lassen wollen, zustande zu bringen. Es ist auch zu befürchten, dass nicht so viele Anträge auf gerichtliche Entscheidung gestellt werden, weil sich Ehegatten in Japan meistens mit einer Vereinbarung scheiden lassen.

Man kann hingegen die Sonderregelung über das Rentensplitting, die für die zur Versichertengruppe 3 gehörenden Frauen gilt, als einen großen Fortschritt für die Sicherung des Lebens solcher Frauen bewerten. Danach wird die Hälfte der vom Mann entrichteten Beiträge ohne eine solche Vereinbarung auf sie übertragen. Dadurch kann insbesondere die Rente von Frauen erheblich verbessert werden, die von ihrem Mann unterhalten worden sind und sich nach einer längeren Ehezeit haben scheiden lassen. Aber der Vorwurf, dass Hausfrauen vor anderen Frauen bevorzugt werden, ist berechtigt.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

3. Schlussbemerkung

Ebenso wie in Deutschland hat sich die Situation der Familien, die die Rentenversicherung voraussetzte, in Japan mit der Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit und dem Wandel des Lebensstils von Frauen sehr geändert. Um die Rentenversicherung an diese Änderungen anzupassen und Renten von Frauen zu verbessern, sind schon verschiedene Maßnahmen getroffen worden.

Bei diesen Maßnahmen gibt es einige wichtige Unterschiede. Das deutlichste Beispiel dafür ist die Behandlung von Hausfrauen. In Japan wurde ein Basissicherungssystem mit dem Ziel eingeführt, dass Hausfrauen einen eigenen Rentenanspruch haben können, während in Deutschland das Leben von Hausfrauen durch Renten ihres Mannes gesichert wird. Zudem steht die japanische Rentenversicherung vor Problemen, die sich aus diesem System ergeben.

Gleichzeitig kann man eine gewisse Gemeinsamkeit zwischen beiden Ländern feststellen. Ebenso wie in Deutschland wurde in Japan die Kindererziehung im Rentenrecht mehr berücksichtigt, die Hinterbliebenenrente unter Berücksichtigung der zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit reformiert und das Rentensplitting bei der Ehescheidung eingeführt. Darüber hinaus steht die Erweiterung der Versicherungspflicht von Teilzeitbeschäftigten zur Diskussion. Im konkreten Inhalt dieser Maßnahmen gibt es jedoch bemerkenswerte Unterschiede. Diese Unterschiede sind auf der Berücksichtigung der Kindererziehung, die Berücksichtigung des Bedarfs des Leistungsempfängers und das System von Ehescheidung und Aufteilung des Vermögens in den beiden Ländern zurückzuführen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

120

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Teil 4: Private Kranken- und Pflegeversicherung

In Japan spielt die private Kranken- und Pflegeversicherung eine wichtige Rolle als Ergänzung der gesetzlichen Versicherung. Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung hatten in den letzten Jahren einen erheblichen Einfluss auf die private Kranken- und Pflegeversicherung. In diesem Teil wird die Rolle und die gegenwärtige Situation der privaten Kranken- und Pflegeversicherung dargestellt und die Aussicht ihrer künftigen Entwicklung betrachtet.

I. Krankenversicherung

1. Rolle der privaten Krankenversicherung

Wie im Teil 1 bereits erwähnt sind alle Einwohner Japans - nicht nur Arbeitnehmer, sondern auch Selbständige, Landwirte und Beamte - in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Es gibt im Gegensatz zu Deutschland auch keine Versicherungsfreiheit für Personen, deren Einkommen eine bestimmte Grenze übersteigt. Deshalb spielt die private Krankenversicherung als Vollversicherung keine Rolle. Viele Personen haben jedoch eine private Zusatzversicherung abgeschlossen, um die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommenen Kosten zu decken.

Zu diesen Kosten gehört zum einen die Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In Japan müssen Versicherte unter 70 Jahren und Versicherte ab 70 Jahren als Selbstbeteiligung grundsätzlich 30 % bzw. 10 % der medizinischen Kosten tragen. Die Selbstbeteiligung kann vor allem bei der Krankenhausbehandlung sehr hoch werden, weil sie von den medizinischen Kosten abhängt. Wenn die Selbstbeteiligung eine Obergrenze überschreitet, erstatten die Versicherungsträger diese Mehrkosten, um eine unzumutbare Belastung der Versicherten zu vermeiden. Zudem müssen Versicherte bei der Krankenhausbehandlung 780 Yen (ca. 6 Euro) pro Tag für die Kosten der Verpflegung bezahlen.

Zum zweiten gibt es medizinische Kosten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gedeckt werden können. Dazu gehören z.B. Kosten für den Aufenthalt in einem Komfortkrankenzimmer und für neueste medizinische Leistungen. Versicherte müssen die Mehrkosten selbst tragen, wenn sie ein solches Komfort-

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

zimmer in Anspruch nehmen. Wenn ein Versicherter eine neueste diagnostische oder therapeutische Leistung beanspruchen möchte, die in der Regel nur einige hoch spezialisierte Krankenhäuser wie Universitätskliniken anbieten können und die noch nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen ist, muss er die Kosten dafür selbst tragen.

Darüber hinaus gibt es Unkosten, die bei der Krankenhausbehandlung entstehen. Dazu gehören z.B. Kosten für Gegenstände des alltäglichen Bedarfs und Fahrtkosten von Familienangehörigen.

Nach dem Ergebnis einer Umfrage, die im Jahr 2004 durchgeführt wurde,[227] zahlte ein Patient bei der vollstationären Krankenhausbehandlung durchschnittlich 14.700 Yen (ca. 105 Euro) pro Tag aus eigener Tasche. 22 % der Patienten zahlten über 20.000 Yen pro Tag. 64 % der Befragten hielten es für unmöglich, nur mit der gesetzlichen Krankenversicherung alle Kosten für die Krankenbehandlung zu tragen.

2. *Situation der privaten Krankenversicherung*

Man kann mit einer Lebensversicherungsgesellschaft, einer Schadensversicherungsgesellschaft[228], einer Wohlfahrtsgenossenschaft und der „Japan Post" einen Vertrag für die private Krankenversicherung abschließen. In der privaten Krankenversicherung können Versicherte in der Regel die Leistung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung und die Leistung für Operationen im Wege der Kostenerstattung und somit als Geldleistungen erhalten.[229] Wenn eine Krankenhausbehandlung eine bestimmte Anzahl von Tagen (z.B. 5 Tage) gedauert hat, kann der Versicherte eine Leistung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten. Für die vollstationäre Krankenhausbehandlung zahlen die Versicherungsträger einen Pauschalbetrag je Tag. Die Dauer dieser Leistung ist im Vertrag festgelegt. Die Leistung für Operationen ist je nach der Art der Operation 10, 20 oder sogar 40 mal so hoch wie der Tagesbetrag der Leistung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung. Deshalb ist die Höhe dieser Leistungen unabhängig von den tatsächlichen Kosten.

---

227 Vgl. Japanisches Institut für Lebensversicherung, Untersuchung über die Sicherung des Lebens im Finanzjahr 2004 (in japanischer Sprache), Tokio 2005, S. 9 ff.

228 Versicherungsgesellschaften, die Lebensversicherungen anbieten können und Versicherungsgesellschaften, die Schadenversicherungen anbieten können, sind gesetzlich geregelt. Die private Kranken- und Pflegeversicherung kann von beiden Versicherungsgesellschaften angeboten werden.

229 Vgl. Japanisches Institut für Lebensversicherung, Art der Versicherung - Krankenversicherung - (http://www.jili.or.jp).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Andere Leistungen wie Sterbegeld können als Leistung der privaten Krankenversicherung gewährt werden. Die Gegenstände der Versicherung können auf bestimmte Krankheiten (z.B. Krebs, Herzinfarkt und Gehimschlag) beschränkt werden. Einige private Krankenversicherungen, die Schadenversicherungsgesellschaften anbieten, erstatten die Selbstbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung und die anderen Kosten (z.B. Kosten für die Verpflegung, Mehrkosten für das Komfortkrankenzimmer, Kosten für neuartige Leistungen und Unkosten bei der Krankenbehandlung), die tatsächlich entstanden sind.

Die Beitragshöhe hängt grundsätzlich vom Inhalt und Umfang der Leistungen und vom Geschlecht und Alter des Versicherten ab, in dem er den Versicherungsvertrag abschließt. Wenn ein befristeter Vertrag erneuert wird, wird der Beitrag höher als bisher. Man kann auch einen Vertrag schließen, der bis zu einem bestimmten Alter (z.B. 80 Jahren) dauert. In diesem Fall bleibt die Beitragshöhe bis zu diesem Alter unverändert. Wenn man zum ersten Mal einen Versicherungsvertrag abschließt, wird die Beitragshöhe im ersten Vertrag niedriger als die im letzten.

Nach dem Ergebnis der oben erwähnten Umfrage haben rd. 70 % der Befragten im Jahr 2004 eine Lebensversicherung abgeschlossen, über die sie auch die Leistung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten. Der durchschnittliche Betrag dieser Leistung war täglich 10.500 Yen (ca. 75 Euro) für Männer und 8.200 Yen (ca. 59 Euro) für Frauen.

3. Aussicht

Auch in Japan drohen die zunehmende Zahl älterer Menschen und der medizinische Fortschritt zu einem überproportionalen Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung zu fuhren. Um eine große Erhöhung der Versicherungsbeiträge zu vermeiden, ist es notwendig, durch eine Reform den Ausgabenanstieg zu dämpfen. Die Durchführung einer solchen Reform kann einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der privaten Krankenversicherung haben.

Die Erhöhung der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine der wichtigsten Reformmaßnahmen in Japan. Seit über 20 Jahren wird die Selbstbeteiligung, die für die Mitglieder der Arbeitnehmerkrankenversicherung (AKV) und für ältere Menschen ab 70 Jahren gilt, stufenweise erhöht. Die Obergrenzen der Selbstbeteiligung sind auch erhöht worden. Daraus ergab sich ein Anstieg des Kostenanteils, den die Versicherten selbst tragen müssen. Dies förderte die Bereitschaft, eine private Krankenversicherung abzuschließen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Eine Tatsache zeigt diese Beziehung zwischen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung deutlich: Schadensversicherungsgesellschaften haben im Jahr 1985 begonnen, eine Krankenversicherung, die die tatsächlich entstehenden Kosten erstattet, anzubieten. Vor 1984 trugen die Mitglieder der AKV als Selbstbeteiligung einen Pauschalbetrag, der einem geringeren Teil der medizinischen Kosten entsprach. Mit der Reform 1984 wurde eine Selbstbeteiligung in Höhe von 10 % der medizinischen Kosten eingeführt.

Mit der Reform 2002 wurde die Selbstbeteiligung zu den medizinischen Kosten, die Versicherte unter 70 Jahren tragen müssen, auf 30 % vereinheitlicht. Das Reformgesetz 2002 sieht vor, dass dies auch künftig beibehalten werden soll. Deshalb ist nicht zu erwarten, dass eine weitere Erhöhung der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung den Spielraum für die private Krankenversicherung erheblich vergrößern wird.

Wie im Teil 1 erwähnt, wäre es in der nahen Zukunft in Japan nicht akzeptabel, eine bestimmte medizinische Leistung aus dem geltenden unfassenden Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung heraus zu nehmen. Deshalb ist es zur Zeit unwahrscheinlich, dass eine solche Reform der gesetzlichen Krankenversicherung den Spielraum für die private Krankenversicherung vergrößern wird.

Hinsichtlich der Rolle der privaten Krankenversicherung ist die Behandlung der neuesten diagnostischen oder therapeutische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bemerkenswert. In der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen zugelassene Ärzte und Krankenhäuser keine Behandlung durchführen, die eine noch nicht in den Leistungskatalog einbezogene Leistung enthält. Wenn ein Versicherter eine Behandlung in einem Krankenhaus erhält, die eine solche neueste Leistung umfasst, muss er nicht nur die Kosten für diese Leistung, sondern auch die Kosten für alle anderen Leistungen (z.B. Aufenthalt in einem Krankenzimmer, normale Untersuchung) selbst tragen.[230]

Es gibt jedoch eine Ausnahme: Sie betrifft die vom Gesundheitsminister festgelegten neuesten Leistungen, die von hoch spezialisierten Krankenhäusern mit einer Sondergenehmigung angeboten werden. Wenn ein Versicherter dort eine Behandlung erhält, die eine solche neueste Leistung umfasst, können alle anderen Leistungen als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden.

Im Zusammenhang mit dieser Problematik machte der Beirat für die Deregulierung im Kabinettsamt einen Vorschlag.[231] Demnach könnten Versicherte normale

230 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 88), S. 55.
231 Vgl. Beirat über die Deregulierung, Zwischenbericht vom 3.8.2004, S. 27 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Leistungen, die zusammen mit einer neuesten Leistung erbracht werden, ohne diese Beschränkung von der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Dies könnte zu einer finanziellen Entlastung von Patienten führen, die eine solche Behandlung erhalten, und dadurch auch die private Krankenversicherung fördern, die die Kosten für neueste Leistungen deckt. In diesem Fall müssten die Versicherungsträger der privaten Krankenversicherung anstatt des Gesundheitsministers die Wirksamkeit der einzelnen neuesten Leistungen selbst beurteilen.

Dieser Vorschlag stößt jedoch auf Widerstand. Einer der wichtigsten Gründe dafür ist, dass Patienten in der Regel die Notwendigkeit einer solchen neuesten Leistung, die ihr Arzt ihnen vorschlägt, nicht selbst beurteilen können. Deshalb könnte diese Änderung zu mehr Behandlungen führen, die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Leistungen enthalten. Dies hätte zur Folge, dass sich der Selbstkostenanteil von Patienten erhöht, und würde eine Erbringung von neuesten Leistungen fördern, deren Wirksamkeit nicht bestätigt ist.[232] Deshalb müssen solche Behandlungen ausnahmsweise unter der strengeren öffentlichen Kontrolle durchgeführt werden.

II. Pflegeversicherung

1. Rolle der privaten Pflegeversicherung

In der japanischen gesetzlichen Pflegeversicherung sind alle Einwohner ab 40 Jahren pflichtversichert.[233] Es gibt keine Versicherungsfreiheit für Personen, deren Einkommen eine bestimmte Grenze übersteigt. Vom 40. Lebensjahr an kommt deshalb eine private Pflegevollversicherung nicht in Betracht. Die private Pflegeversicherung zielt deshalb darauf ab, die von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen Kosten zu decken.

Versicherte der gesetzlichen Pflegeversicherung können Leistungen erhalten, wenn sie als Pflege- oder Hilfsbedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes anerkannt werden. Versicherte zwischen 40 und 65 Jahren können Leistungen nur erhalten, wenn ihre Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit durch bestimmte altersbedingte

232 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Stellungnahme zum Zwischenbericht vom Beirat für Deregulierung vom 5.8.2004 (in japanischer Sprache).

233 Sozialhilfeempfänger zwischen 40 und 65 Jahren sind nicht in den Versichertenkreis einbezogen. Man muss beachten, dass jüngere Behinderte nach dem steuerfinanzierten Leistungsrecht mit einem geringeren Selbstkostenanteil Pflegeleistungen erhalten können.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Krankheiten verursacht worden ist. Zu diesen Krankheiten zählen z.B. Schlaganfall und präsenile Demenz.

Die Versicherten müssen 10 % der Leistungskosten als Selbstbeteiligung tragen. Es gibt eine Obergrenze der Selbstbeteiligung, um eine unzumutbare Belastung von Versicherten zu vermeiden. Wenn die Selbstbeteiligung diese Obergrenze überschreitet, erstattet der Versicherungsträger diese Mehrkosten.

Nicht alle an sich notwendigen Leistungen, die ein Pflegebedürftiger benötigt, werden von der gesetzlichen Pflegeversicherung übernommen. Es gibt nämlich auf der jeweiligen Pflegestufe eine Obergrenze für ambulante Leistungen. Wenn die Kosten für ambulante Leistungen diese Obergrenze übersteigen, muss der Leistungsempfänger die Kostendifferenz selbst tragen. Versicherte müssen auch die Kosten für solche Leistungen selbst tragen, die der Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht umfasst, (z.B. „Essen auf Rädern").

Anders als in Deutschland ist keine Obergrenze für stationäre Leistungen in Japan vorgesehen. Aber bei stationärer Pflege müssen pflegebedürftige Personen zusätzlich zu der 10 %igen Selbstbeteiligung die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung bezahlen. Darüber hinaus gibt es Unkosten, die bei stationärer Pflege entstehen. Dazu gehören z.B. Kosten für Gegenstände des alltäglichen Bedarfs und für Windeln.

Nach Angaben vom Gesundheitsministerium[234] zahlte eine pflegebedürftige Person im Altenpflegeheim im September 2001 durchschnittlich 33.954 Yen (ca. 240 Euro) pro Monat aus eigener Tasche. Deshalb sind die Kosten, die Pflegebedürftige im Altenpflegeheim selbst tragen müssen viel niedriger als die Kosten, die Patienten im Krankenhaus selbst tragen müssen.

2. *Situation der privaten Pflegeversicherung*

Man kann mit einer Lebensversicherungsgesellschaft, einer Schadensversicherungsgesellschaft, einer Wohlfahrtsgenossenschaft und der „Japan Post[44] einen Vertrag für die private Pflegeversicherung abschließen. In der privaten Pflegeversicherung können Versicherte in der Regel das Pflegegeld und/oder die Pflegerente erhalten, wenn sie pflegebedürftig geworden sind und die Pflegebedürftigkeit eine bestimmte Anzahl von Tagen (z.B. 180 Tage) gedauert hat.[235] Das Pflegegeld wird

234 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Untersuchung über die Pflegeeinrichtungen und die Pflegedienste (2001).

235 Vgl. Japanisches Institut für Lebensversicherung, Art der Versicherung - Pflegeversicherung - (http ://www.j ili.or.jp).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

einmalig oder mehrmals bezahlt. Die Höhe des Pflegegeldes und der Pflegerente ist unabhängig von der Pflegestufe und den tatsächlichen Pflegekosten. Einige Pflegeversicherungsgesellschaften, die Schadenversicherungen anbieten, erstatten die Selbstbeteiligung der gesetzlichen Pflegeversicherung und die anderen Kosten (z.B. Kosten für die Verpflegung), die tatsächlich entstanden sind.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist unterschiedlich festgelegt. Einige Träger der privaten Pflegeversicherung erkennen einen Versicherten als Pflegebedürftigen an, wenn ein Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung festgelegt hat, dass eine Pflegebedürftigkeit mit einer bestimmten Pflegestufe (z.B. mindestens Pflegestufe 3) bei ihm vorliegt. Andere Träger der privaten Pflegeversicherung haben einen eigenen Begriff der Pflegebedürftigkeit und prüfen danach, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind.

Die Beitragshöhe hängt grundsätzlich von Inhalt und Umfang der Leistungen und von Geschlecht und Alter des Versicherten ab.

Nach dem Ergebnis von Umfragen[236] betrug der Anteil der Befragten, die eine private Pflegeversicherung mit einer Schadensversicherungsgesellschaft und mit einem andersartigen Versicherer (z.B. Lebensversicherungsgesellschaft) abgeschlossen haben, ca. 4 % bzw. ca. 7 %. In diesem Verhältnis kann man keinen großen Unterschied hinsichtlich des Alters der Befragten registrieren. Das heißt, dass die Beschränkung des Versichertenkreises auf Personen ab 40 Jahren und des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung, die für Versicherte zwischen 40 und 65 Jahren gilt, keinen deutlichen Einfluss auf den Abschluss der privaten Pflegeversicherung haben.

Der Anteil der Personen, die eine private Pflegeversicherung abgeschlossen haben, ist wie oben erwähnt viel niedriger als der Anteil der Personen, die eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben. Nach dem Ergebnis einer Umfrage[237] haben über 70 % der Befragten die Absicht, die Pflegekosten durch die gesetzliche Pflegeversicherung zu finanzieren.

Eine Ursache dafür ist, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit nicht so dringend wie das der Krankheit angesehen wird. Vor allem für jüngere Personen ist es nicht leicht, die Pflegebedürftigkeit als ein Problem zu erkennen, vor dem sie selbst stehen können. Dies kann dadurch bestätigt werden, dass der Anteil von jüngeren Personen, die eine private Pflegeversicherung abgeschlossen haben, niedriger ist, obwohl sie nicht in den Versichertenkreis der gesetzlichen Pflegeversicherung einbezogen sind.

---

236 Vgl. Der allgemeine Versicherungsverein Japans, Untersuchung über die Schadensversicherung, Tokio 2003, S. 13; Japanisches Institut für Lebensversicherung (Fn. 227), S. 43.

237 Japanisches Institut für Lebensversicherung (Fn. 227), S. 44.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Ein anderer Grund könnte sein, dass die Kosten, die Versicherte selbst tragen müssen, bei der stationären Pflege viel niedriger sind als bei der Krankenhausbehandlung.

3. Aussicht

Die gesetzliche Pflegeversicherung verhindert nicht, dass sich die private Pflegeversicherung verbreitet. Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung hatte sogar einen positiven Einfluss auch auf die private Pflegeversicherung. Sie hat zum einen die Bevölkerung dazu veranlasst, das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu erkennen. Zum anderen hat sie dazu geführt, die pflegerische Versorgung vor allem im ambulanten Bereich zu verbessern. Vor der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung stand den Versicherten der privaten Pflegeversicherung keine ausreichende pflegerische Versorgung zur Verfügung, auch wenn sie bereit waren, die Kosten dafür selbst zu tragen. Der Ausbau der pflegerischen Versorgung hat die Voraussetzung dafür geschaffen, dass den Versicherten mit den Geldleistungen der privaten Pflegeversicherung die notwendige Pflege gewährleistet werden kann.

Das Reformgesetz 2005 sieht vor, dass Pflegebedürftige in den stationären Einrichtungen künftig zusätzlich die Kosten für die Unterkunft selbst tragen und der Umfang der von Ihnen zu tragenden Kosten für die Verpflegung erweitert wird. Die Reform kann die Auswirkung haben, die Bereitschaft zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung zu fördern.

Anders als in Deutschland wird der Gegenstand der gesetzlichen Pflegeversicherung in Japan auf die altersbedingte Pflegebedürftigkeit beschränkt. Daraus ergibt sich, dass nur Personen ab 40 Jahren in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind. Die Erweiterung des abgesicherten Risikos und des Versichertenkreises ist eines der wichtigsten Themen in der künftigen Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dieser Vorschlag würde nicht dazu führen, den Spielraum der privaten Pflegeversicherung einzuengen. Wenn ein weiterer Personenkreis im Pflegefall Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten könnte, würde vielmehr die Rolle der privaten Pflegeversicherung als ergänzende Versicherung erweitert.

III. Schlussbemerkung

Man kann einen großen Unterschied in der Rolle der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zwischen Japan und Deutschland registrieren. Die Hauptrolle der

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist in Japan die Ergänzung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die private Kranken- und Pflegeversicherung trägt grundsätzlich dazu bei, die finanzielle Belastung der Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu reduzieren und die von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nicht erstatteten Kosten zu decken.

In Deutschland sind bestimmte Personen von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung befreit. Sowohl die private und die gesetzliche Krankenversicherung als auch die private und die soziale Pflegeversicherung befinden sich in der Situation gegenseitiger Konkurrenz.

Dieser Unterschied ist auf den unterschiedlichen Grundsatz der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in beiden Ländern zurückzuführen. Anders als in Deutschland wäre es in Japan nicht hinnehmbar, einen bestimmten Personenkreis von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu befreien. Der Grund dafür liegt in der Befürchtung, dass solche Änderungen die Gleichbehandlung der Versicherten gefährden und die Solidarität innerhalb der Bevölkerung schwächen würden.

Diese Beziehung zwischen der privaten und der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung wird in Japan in naher Zukunft nicht geändert. Es ist jedoch zu erwarten, dass Kostendämpfungsmaßnahmen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung den Spielraum der privaten Kranken- und Pflegeversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung vergrößern.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

D

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Teil 5: Betriebliche und private Altersversorgung

Das System der Alterssicherung in Japan besteht aus verschiedenen Säulen. Die betriebliche und private Altersvorsorge spielt hierbei als Ergänzung der gesetzlichen Rentenversicherung eine wichtige Rolle. Wegen der wirtschaftlichen Stagnation in den letzten Jahren stand sie jedoch vor Schwierigkeiten. Um das Problem zu lösen und sie weiter zu entwickeln, ist eine umfassende Reform durchgeführt worden. In diesem Teil werden die Rolle und das System der betrieblichen und privaten Altersvorsorge (Tabelle 5.1) dargestellt und ihre Reform im Vergleich zu Deutschland betrachtet.

I. Leistungsbezogene Altersvorsorge

1. Betriebliche Altersvorsorge

a) Bisheriges System

Arbeitnehmer sind sowohl in der Volksrentenversicherung als auch in der Arbeitnehmerrentenversicherung pflichtversichert. Deshalb können sie gesetzliche Renten aus beiden Versicherungen beziehen. Es steht zu erwarten, dass die betriebliche Alters Vorsorge eine ergänzende Rolle in der Sicherung ihres Alterseinkommens spielt. Die betriebliche Alters Vorsorge hat zwei Ziele: Erstens das Renteneinkommen aufzustocken, um ein noch besseres Leben im Alter zu ermöglichen. Zweitens den Zeitraum zwischen der Beschäftigungszeit und der Inanspruchnahme der gesetzlichen Rente zu überbrücken.[238] Die reguläre Altersgrenze für die gesetzliche Rente liegt bei 65 Jahren, obwohl viele Unternehmen ein Altersgrenzensystem haben, bei dem ihre Mitarbeiter mit 60 Jahren in den Ruhestand gehen müssen. Wenn sie auch nach dem 60. Lebensjahr arbeiten möchten, kann ihr Arbeitseinkommen niedriger als vorher werden. Die Leistung der betrieblichen Altersvorsorge trägt dazu bei, das verringerte Arbeitseinkommen zu ergänzen und den gleitenden Übergang in den Ruhestand zu verwirklichen.

---

238 Vgl. *Mukuno M./Tanaka K.*, Guide to Social Security (in japanischer Sprache), 2. Aufl., Tokio 2003, S.158ff.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

aa) Arbeitnehmerrentenfonds

Die wichtigste Einrichtung für die betriebliche Altersvorsorge sind zur Zeit die Arbeitnehmerrentenfonds. Sie sind rechtsfähige Körperschaften nach dem Arbeitnehmerrentenversicherungsgesetz[239]. Der Arbeitnehmerrentenfonds wird von dem Arbeitgeber und den Versicherten der Arbeitnehmerentenversicherung, die in seinem Betrieb beschäftigt sind, organisiert.[240] Wenn ein Arbeitgeber einen Arbeitnehmerrentenfonds errichtet, muss die Zahl der von ihm beschäftigten Versicherten grundsätzlich 1.000 und mehr sein.[241] Die Errichtung des Arbeitnehmerrentenfonds bedarf der Genehmigung des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt. Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen, die im Einvernehmen mit der Mehrheit der Versicherten im Betrieb[242] festgelegt worden ist. Wenn die Errichtung eines Arbeitnehmerfonds genehmigt wird, werden alle Versicherten der Arbeitnehmerrentenversicherung, die im Betrieb beschäftigt sind, Mitglieder des Fonds.

Die Satzung sieht z.B. die Organe, die Mitglieder, die Rentenleistung und die Beiträge vor. Es ist die Aufgabe der Arbeitnehmerrentenfonds, nach der Satzung die Beiträge zu erheben, das Kapitalvermögen zu verwalten und anzulegen[243] sowie die Leistungen zu gewähren. Die Arbeitnehmerrentenfonds gewähren nur die Leistungen wegen Alters.

Bemerkenswert ist, dass die Arbeitnehmerrentenfonds einen Teil der Aufgabe übernehmen, die eigentlich vom Versicherungsträger der gesetzlichen Rentenversicherung (Arbeitnehmerrentenversicherung) erfüllt werden sollte. Die Arbeitnehmerrentenfonds sind nämlich auch dafür zuständig, einen Teil der Beiträge zu verwalten und anzulegen, die an den Versicherungsträger entrichtet werden sollten, und anstatt des Versicherungsträgers durch dieses Finanzmittel einen Teil der Altersrente zu gewähren.[244]

---

239 Gesetz Nr. 115 aus dem Jahre 1954.

240 Mehrere Arbeitgeber können gemeinsam einen Arbeitnehmerrentenfonds errichten.

241 Wenn ein Arbeitgeber mit den Arbeitgebern seiner Tochtergesellschaften gemeinsam einen Arbeitnehmerfonds errichtet, muss diese Zahl 1.000 und mehr betragen. Wenn mehrere Arbeitgeber in einem Geschäftszweig gemeinsam einen Arbeitnehmerfonds errichten, muss diese Zahl 5.000 und mehr betragen.

242 Wenn es dort eine Gewerkschaft gibt, die mehr als ein Drittel der Beschäftigten organisiert, muss der Arbeitgeber auch das Einvernehmen der Gewerkschaft einholen.

243 Die Arbeitnehmerrentenfonds können Kreditinstitute mit dem Anlegen des Kapitalvermögens beauftragen.

244 Der Teil der Altersrente der Arbeitnehmerrentenversicherung, der der Preis- und Lohnanpassung entspricht, wird vom Versicherungsträger gewährt. Die sonstige Leistung wird von Arbeitnehmerrentenfonds gewährt.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Deshalb bestehen die Leistungen der Arbeitnehmerrentenfonds aus der Altersrente, die die Arbeitnehmerrentenfonds anstatt des Versicherungsträgers leisten, und der eigenen Leistung[245]. Diese eigene Leistung wird als Leibrente gewährt. Die Arbeitnehmerrentenfonds können einen Teil davon auch als Abfindung gewähren.

Aus Beiträgen und Erträgen bauen die Arbeitnehmerrentenfonds ein Kapitalvermögen auf, aus dem die künftigen Leistungen finanziert werden. Die Beiträge werden grundsätzlich von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern je zur Hälfte getragen.[246] Die Höhe der Beiträge hängt vom Arbeitsentgelt des Arbeitnehmers ab. Die Arbeitnehmer und die Arbeitgeber können nach dem Steuerrecht diese Beiträge ebenso wie die Beiträge der gesetzlichen Rentenversicherung von ihrem zu versteuernden Einkommen abziehen.

Wenn ein Arbeitnehmerrentenfonds aufgelöst wird, wird ein bestimmter Teil des fehlenden Kapitalvermögens für die zugesagten Leistungen vom Verband der Arbeitnehmerrentenfonds erstattet. Um für diese Erstattung vorzusorgen, erhebt der Verband Umlagen von den einzelnen Arbeitnehmerrentenfonds, deren Höhe von der Zahl der Mitglieder, der Obergrenze des Erstattungsbetrags und der Situation des Vermögens des Fonds abhängt.[247]

bb) Zertifizierte Altersvorsorge

Es gibt noch eine weitere Art der betrieblichen Altersvorsorge, die sog. „zertifizierte Alters Vorsorge“. Bei dieser betrieblichen Altersvorsorge schließt der Arbeitgeber z.B. mit einer Kreditbank oder einer Lebensversversicherungsgesellschaft einen Vertrag zugunsten seiner Mitarbeiter ab, auf dessen Grundlage die Leistungen wegen Alters gewährt werden. Der Präsident des staatlichen Finanzamtes erteilt die Zertifizierung, wenn der Vertrag zwischen dem Arbeitgeber und dem von ihm beauftragten Kreditinstitut bestimmten Anforderungen genügt. Diese Zertifizierung ist die Voraussetzung für die Steuervergünstigung. Die zertifizierte Altersvorsorge eignet sich vor allem für kleinere Unternehmen, weil sie nur 15 Mitglieder braucht und die Errichtung des Fonds nicht erforderlich ist.

Die Leistung wegen Alters wird als Leibrente oder Rente mit einer Frist von 5 und mehr Jahren gewährt. Sie kann auch als Abfindung geleistet werden. Die Beiträge werden grundsätzlich vom Arbeitgeber entrichtet. Der Arbeitgeber kann nach

245 Die Höhe der letzteren Leistung muss 10 % der Höhe der ersteren Leistung überschreiten.

246 Abweichend davon kann der Arbeitgeberteil der Beiträge für die eigenen Leistungen erhöht werden.

247 Verband der Arbeitnehmerrentenfonds, Frage und Antwort auf die betriebliche Altersvorsorge (in japanischer Sprache), (http://www.pfa.or.jp).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

dem Steuerrecht die Kosten dafür von seinem Einkommen abziehen. Auch die Arbeitnehmer können die Beiträge entrichten. Sie können nach dem Steuerrecht die Beiträge (höchstens 50.000 Yen [380 Euro] pro Jahr) von ihrem zu versteuernden Einkommen abziehen. Bei der zertifizierten Altersvorsorge gibt es kein System, das bei Kündigung des Vertrags das mangelnde Kapitalvermögen für die zugesagten Leistungen erstatten kann.

b) Situation

Ende März 2004 gab es 1.357 Arbeitnehmerrentenfonds mit insgesamt ca. 8,4 Mio. Mitgliedern.[248] Fast ein Viertel der Versicherten der Arbeitnehmerrentenversicherung waren Mitglieder der Arbeitnehmerrentenfonds. Die durchschnittliche Höhe der Leistungen, die die Arbeitnehmerrentenfonds gewährten, betrug Ende März 2004 46.952 Yen (ca. 340 Euro) pro Monat. Diese Leistungen bestehen aus den eigenen Leistungen und den Leistungen, die Arbeitnehmerrentenfonds anstatt des Versicherungsträgers der Arbeitnehmerrentenversicherung gewährten. Die erstgenannten Leistungen betrugen durchschnittlich 16.389 Yen (ca. 120 Euro) pro Monat. Die Arbeitnehmerrentenfonds haben Kapitalvermögen, wodurch die künftigen Leistungen finanziert werden. Ende März 2004 betrugen sie insgesamt 42,1 Billionen Yen (ca. 300 Mrd. Euro).

Die Zahl der Verträge, die die Arbeitgeber für die Durchführung der zertifizierten Altersvorsorge mit einem Kreditinstitut abgeschlossen haben, betrug Ende März 2004 59.162. Diese Altersvorsorge hat insgesamt ca. 7,8 Mio. Mitglieder und ein Vermögen von ca. 20,7 Billionen Yen (ca. 150 Mrd. Euro).[249]

Wegen der Stagnation der Wirtschaft stand die betriebliche Altersvorsorge in den letzten Jahren vor finanziellen Schwierigkeiten. Die Rendite des angelegten Vermögens der Arbeitnehmerrentenfonds betrug 1999 durchschnittlich plus 13,1 %. Sie betrug jedoch im Finanzjahr 2000 minus 9,8 %, 2001 minus 4,2 % und 2002 minus 12,5 %.[250]

Im April 2000 trat ein neuer Standard in Kraft, nach dem Unternehmen Buch führen müssen. Demnach wird das Defizit des Kapitalvermögens bei einer betrieblichen Altersvorsorge als Verbindlichkeit des Unternehmens betrachtet, das die betriebliche Altersvorsorge durchführt. Solche Verbindlichkeiten könnten den Fall der Aktien des Unternehmens verursachen. Deshalb mussten solche Unternehmen für ihre be-

248 Nach Angaben des Verbands der Arbeitnehmerrentenfonds.
249 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt (Fn. 60), S. 536.
250 Nach Angaben des Verbands der Arbeitnehmerrentenfonds.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

triebliche Altersvorsorge zusätzliche Beiträge entrichten, um den Mangel des Kapitalvermögens zu bewältigen, auch wenn sie selbst wegen der ungünstigen Konjunktur finanzielle Schwierigkeiten hatten.[251]

Während die Rendite des angelegten Vermögens höher als die erwartete Rendite war, die die Arbeitnehmerrentenversicherung voraussetzte, war die Übernahme eines Teils der Aufgaben der Arbeitnehmerrentenversicherung günstig für die Arbeitnehmerrentenfonds. Sie konnten die durch das Anlegen der Mittel erzielten Überschüsse für ihre eigenen Leistungen verwenden. In der schlechteren Wirtschaftslage der letzten Jahren wünschten viele Unternehmen jedoch, dass die Arbeitnehmerrentenfonds auf die Aufgabe verzichten könnten, einen Teil der Leistung der Arbeitnehmerrentenversicherung zu gewähren, um das Defizit zu verringern.[252]

Unter diesen Umständen hat die Zahl der Arbeitnehmerrentenfonds, die ihre Leistungen kürzten[253], zugenommen. Bis Ende März 2002 haben über 20 % der Arbeitnehmerrenten- fonds das Rentenniveau gesenkt.[254] Die Zahl der Arbeitnehmerrentenfonds, die sich freiwillig auflösten, ist ebenfalls gestiegen. Die Kündigung von Verträgen für die zertifizierte Altersvorsorge, die z.B. durch Unternehmensinsolvenzen verursacht wurde, hat zugenommen. Im Haushaltsjahr 2000 sind 4.339 Verträge gekündigt worden. Bei der zertifizierten Altersvorsorge sind die Arbeitgeber nicht verpflichtet, ein notwendiges Kapitalvermögen für die zugesagten Leistungen zu haben. Es kam deshalb vor, dass die Mitarbeiter mangels Vermögens zugesagte Leistungen nicht ausreichend erhalten konnten. Dies hat deutlich gemacht, dass der Schutz des Leistungsanspruchs die wichtigste Aufgabe in dieser Art der Altersvorsorge ist.[255]

c) Reform

Um diesen Problemen entgegenzuwirken, trat im April 2002 ein neues Gesetz über die leistungsbezogene betriebliche Altersvorsorge[256] in Kraft. Dieses Gesetz sieht zwei Arten der betrieblichen Altersvorsorge vor. Die erste ist die betriebliche Altersvorsorge, die vom Betriebsrentenfonds durchgeführt wird. Die Betriebsrenten-

---

251 Vgl. *Nishimura K.* (Fn. 50), S. 267.

252 Vgl. *Miyatake* G., Alles über Renten (in japanischer Sprache), Tokio 2000, S. 192 ff.

253 Seit April 1997 dürfen die Arbeitnehmerrentenfonds aufgrund einer Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und den Arbeitnehmern ihre Leistungen kürzen.

254 Nikkei Zeitung von 10. Augst 2002.

255 *Okabe F.,* Das Gesetz über die leistungsbezogene betriebliche Altersvorsorge und das Gesetz über die beitragsbezogene Altersvorsorge (in japanischer Sprache), Tokio 2002, S. 23.

256 Gesetz Nr. 50 aus dem Jahre 2001.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

fonds sind rechtsfähige Körperschaften, die eine ähnliche Aufgabe und Organe wie die Arbeitnehmerrentenfonds haben. Anders als die Arbeitnehmerrentenfonds übernehmen die Betriebsrentenfonds nicht die Aufgabe, einen Teil der Leistungen der Arbeitnehmerrentenversicherung zu gewähren.

Die zweite ist die betriebliche Altersvorsorge, die ein Kreditinstitut (z.B. Kreditbank, Lebensversicherungsgesellschaft) im Auftrag des Arbeitgebers durchführt. Diese Altersvorsorge ist der zertifizierten Altersvorsorge ähnlich.

In dieser neuen Altersvorsorge ist der Schutz des Leistungsanspruchs verstärkt worden.[257] Nach dem neuen Gesetz sind die Arbeitgeber, die die letztere Art der betrieblichen Alters Vorsorge durchführen, und die Betriebsrentenfonds verpflichtet, ein Kapitalvermögen zu haben, dessen Höhe dem gesetzlich geregelten Maßstab entspricht. Das Gesetz sieht auch einen Verhaltenskodex für die Arbeitgeber, die Vorstandsmitglieder der Betriebsrentenfonds und die Kreditinstitute, die im Auftrag der Arbeitgeber oder des Betriebsrentenfonds Kapitalvermögen verwalten und anlegen, vor. Darüber hinaus müssen die Arbeitgeber und die Betriebsrentenfonds nach diesem Gesetz den Mitgliedern Informationen über die Situation der betrieblichen Altersvorsorge geben.

Eine betriebliche Altersvorsorge, die von einem Arbeitnehmerrentenfonds durchgeführt wird, kann in eine betriebliche Altersvorsorge aufgrund des neuen Gesetzes umgewandelt werden. Dadurch kann der Arbeitnehmerrentenfonds auf die Aufgabe verzichten, einen Teil der Leistungen der Arbeitnehmerrentenversicherung zu gewähren. Das System der zertifizierten Altersvorsorge ist durch dieses Gesetz abgeschafft worden. Bestehende zertifizierte Altersvorsorgen müssen innerhalb von 10 Jahren in betriebliche Altersvorsorgen aufgrund des neuen Gesetzes umgewandelt werden.

2. *Volksrentenfonds*

Auch für die Versicherten, die zur Versichertengruppe 1 der Volksrentenversicherung (z.B. Selbständige) gehören, gibt es eine ergänzende Alters Vorsorge. Diese Versicherten können im Alter nur eine Altersrente der Volksrentenversicherung beziehen, während die Arbeitnehmer nicht nur eine Altersrente der Volksrentenversicherung, sondern auch eine einkommensbezogene Altersrente der Arbeitnehmerrentenversicherung erhalten können. Deshalb ist das Renteneinkommen dieser Versi-

257 Vgl. *Nishimura K.* (Fn. 50), S. 279 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

cherten in der Regel viel niedriger als das der Arbeitnehmer. Um diese Differenz zu reduzieren, ist im Jahr 1991 die ergänzende Altervorsorge eingeführt worden.[258]

Träger dieser Alters Vorsorge sind die Volksrentenfonds. Die Volksrentenfonds sind rechtsfähige Körperschaften nach dem Volksrentenversicherungsgesetz[259]. Sie werden von den zur Versichertengruppe 1 gehörenden Versicherten organisiert, die ihren Wohnsitz in der Präfektur haben oder Angehörige eines bestimmten Berufs (z.B. Arzt, Rechtsanwalt) sind.

Die Errichtung eines Volksrentenfonds bedarf der Genehmigung des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt. Die Komiteemitglieder für die Gründung haben dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen, die in der Gründungsversammlung beschlossen worden ist.

Die Satzung sieht z.B. die Organe, die Mitglieder, die Leistung und die Beiträge vor. Es ist die Aufgabe der Volksrentenfonds, nach der Satzung die Beiträge zu erheben, das Kapitalvermögen zu verwalten und anzulegen sowie die Leistungen zu gewähren.

Personen, die zur Versichertengruppe 1 der Volksrentenversicherung gehören, können freiwillig in den Mitgliederkreis eines Volksrentenfonds eintreten. Die Mitglieder der Volksrentenfonds können jedoch nicht freiwillig vom Mitgliederkreis austreten.[260]

Die Grundleistung des Volksrentenfonds ist eine Leibrente von 30.000 Yen (ca. 210 Euro) pro Monat. Die Personen, die bis zum Alter von 35 Jahren in den Mitgliederkreis eingetreten sind, können diese Grundleistung ab 65 Jahren erhalten. Die Mitglieder können den Betrag der Leibrente aufstocken und dazu eine befristete Rente und eine Abfindung wegen Todes hinzufügen.

Aus Beiträgen und Erträgen bauen die Volksrentenfonds ein Kapitalvermögen auf, aus dem künftige Leistungen finanziert werden. Die Höhe der Beiträge hängt von dem Alter, in dem das Mitglied in den Fonds aufgenommen wurde, seinem Geschlecht sowie der Art und Höhe der Leistung ab.[261] Die Höhe der Beiträge, die ein Mitglied entrichtet, darf 68.000 Yen (ca. 490 Euro) pro Monat nicht übersteigen. Die Mitglieder können nach dem Steuerrecht die Beiträge von ihrem zu versteuernden Einkommen abziehen.

---

258 Vgl. Verband der Volksrentenfonds, Rolle der Volksrentenfonds, (http://www.npfa.or.jp).

259 Gesetz Nr. 141 aus dem Jahre 1959.

260 Sie verlieren die Mitgliedschaft der Volksrentenfonds, wenn sie z.B. das 60. Lebensjahr vollendet haben, Versicherte der Arbeitnehmerrentenversicherung geworden oder gestorben sind.

261 Die Beiträge für die Grundleistung betragen z.B. bei einem Mann, der im Alter von 30 Jahren in dem Volksrentenfonds aufgenommen wird, 11.160 Yen (ca. 80 Euro) pro Monat.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Ende März 2005 gab es 47 regionale und 25 berufsständische Volksrentenfonds. Dazu gehören ca. 630.000 bzw. 121.000 Mitglieder.[262] Sie entsprechen insgesamt rd. 3,4 % der Personen, die zur Versichertengruppe 1 der Volksrentenversicherung gehören. Die durchschnittliche Beitragshöhe betrug monatlich 19.881 Yen (ca. 140 Euro) bei regionalen Fonds und 24.970 Yen (ca. 180 Euro) bei berufsständischen Fonds.

II. Beitragsbezogene Altersvorsorge

Neben der oben erwähnten leistungsbezogenen Altersvorsorge ist die beitragsbezogene Altersvorsorge im Jahr 2001 durch das Gesetz über die beitragsbezogene Altersvorsorge[263] eingeführt worden. Sie besteht aus einem betrieblichen und einem individuellen Typ. Der erstere wird vom Arbeitgeber zugunsten seiner Mitarbeiter durchgeführt. Der letztere wird vom Verband der Volksrentenfonds für die zur Versichertengruppe 1 der Volksrentenversicherung gehörenden Personen (z.B. Selbständige) und Arbeitnehmer, die nicht zum Mitgliederkreis der andersartigen betrieblichen Altersvorsorge gehören, durchgeführt.

1. Betrieblicher Typ

In der betrieblichen Altersvorsorge, die die Arbeitnehmerrentenfonds durchführen, und der zertifizierten Altersvorsorge wird die Höhe der künftigen Leistungen vorher zugesagt. Die Höhe der Beiträge wird so berechnet, dass dadurch die Kosten der zugesagten Leistungen finanziert werden können. Dieses System hat folgende Nachteile: Zum einen müssen die Arbeitgeber hierbei zusätzliche Beiträge leisten, wenn die tatsächliche Rendite des angelegten Vermögens niedriger als die geplante ist. Das bedeutet, dass die Höhe der vom Arbeitgeber zu entrichtenden Beiträge nicht vorher festgelegt werden kann. Zum anderen werden Arbeitnehmer, die langjährig in einem Unternehmen beschäftigt sind, bei der Rentenberechnung in diesem System bevorzugt. Wenn ein Arbeitnehmer bei einem anderen Arbeitgeber beschäftigt wird, kann er das Kapitalvermögen, das für ihn entrichtet worden ist, nicht mitnehmen[264].

262 Nach Angaben des Verbands der Volksrentenfonds.

263 Gesetz Nr. 88 aus dem Jahre 2001.

264 Wenn ein Arbeitnehmer z.B. in zwei Betrieben, die jeweils einen Arbeitnehmerrentenfonds haben, beschäftigt war, kann er Leistungsansprüche gegen beide Fonds haben. Um diese Lei-

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Um diese Probleme zu lösen, ist die beitragsbezogene Altersvorsorge, deren Beiträge vorher festgelegt werden, eingeführt worden. Wenn ein Arbeitgeber diese Alters Vorsorge durchfährt, muss er beim Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt einen Antrag auf Genehmigung stellen. Er hat dem Antrag eine Satzung beizufügen, die mit Einvernehmen der Gewerkschaft, die die Mehrheit seiner Beschäftigten organisiert, festgelegt worden ist.[265] Alle Versicherten der Arbeitnehmerrentenversicherung, die im Betrieb beschäftigt sind, sind grundsätzlich Mitglieder dieser Alters vor sorge.

Die Satzung sieht z.B. die Verwaltung, die Mitglieder, die Beiträge, die Leistung und das Anlegen des Kapitalvermögens vor. Die Arbeitgeber zahlen nach der Satzung Beiträge für jedes Mitglied. Die Höhe der Beiträge darf eine bestimmte Obergrenze[266] nicht überschreiten. Die Arbeitgeber können nach dem Steuerrecht Beiträge für diese Altersvorsorge von ihrem zu versteuernden Einkommen abziehen.

Die Arbeitgeber oder die Körperschaften, die im Auftrag eines Arbeitsgebers diese Altersvorsorge verwalten, unterbreiten ihren Mitgliedern einige Vorschläge zum Anlegen des Vermögens. Jedes Mitglied kann daraus die Art und Weise der Anlage des Vermögens für sich selbst wählen. In dieser Altersvorsorge werden Leistungen wegen Alters, Leistungen wegen Invalidität und die Abfindung wegen Todes geleistet. Die Höhe der Leistungen wird nach der Höhe des Kapitalvermögens für den Empfänger und der Länge der Leistungsfrist berechnet. Deshalb hängt sie vom Ergebnis der Vermögensanlage ab. Die Leistung wegen Alters wird frühestens ab 60 Jahren gewährt. Diese Leistung wird als Rente (Leibrente oder befristete Rente)[267] und/oder Abfindung gewährt. Wenn ein Empfänger einer Altersrente gestorben ist, können seine Hinterbliebenen sein Restvermögen als Abfindung erhalten.

Wenn ein Mitglied dieser Alters Vorsorge eine Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber aufnimmt, kann er das Kapitalvermögen für sich selbst in die beitragbezogene Altersvorsorge, die der neue Arbeitgeber durchführt, einbringen. Wenn ein Mitglied dieser Altersvorsorge eine selbständige Tätigkeit beginnt oder eine Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber, der keine betriebliche Altersvorsorge

---

stungen effizient zu gewähren, kann der Verband der Arbeitnehmerrentenfonds die Aufgabe übernehmen, die Leistungen an Stelle der beiden Fonds zu leisten.

265 Wenn es dort keine solche Gewerkschaft gibt, muss der Arbeitgeber das Einvernehmen der Person einholen, die Mehrheit der Beschäftigten vertritt.

266 Für Personen, die ein Mitglied der anderen betrieblichen Altersvorsorge sind, gilt eine Obergrenze von 23.000 Yen (ca. 160 Euro) pro Monat. Für die sonstige gilt eine Obergrenze von 46.000 Yen (ca. 330 Euro) pro Monat.

267 Der Anspruch auf Rente wegen Alters endet, wenn das ganze Vermögen für den Empfängër aufgebraucht ist.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

durchführt, aufnimmt, kann er das Kapitalvermögen für sich selbst in die beitragbezogene Altersvorsorge des individuellen Typs mitnehmen.

Diese neue Altervorsorge ist für die Arbeitgeber günstiger, weil sie keine zusätzlichen Beiträge zu leisten brauchen, um den Mangel des Kapitalvermögens bei der Altersvorsorge zu erstatten. Andererseits müssen die Arbeitnehmer die Verantwortung für das Ergebnis der Anlage ihres Kapitalvermögens übernehmen. Durch diese neue Altersvorsorge wird das Risiko des Anlegens vom Arbeitgeber auf den Arbeitnehmer umgelegt.

Das bedeutet jedoch nicht, dass Japaner bei ihrer Altervorsorge risikofreudig sind. Sie könnten eine Entscheidung dafür treffen, weil die Übernahme dieses Risikos immerhin besser ist als die Abschaffung der betrieblichen Altersvorsorge ihres Arbeitgebers, der die finanzielle Belastung nicht mehr tragen kann.

2. *Individueller Typ*

Die Aufgabe der beitragsbezogenen Altersvorsorge des individuellen Typs ist, zum einen ebenso wie die Volksrentenfonds das Renteneinkommen der zur Versichertengruppe 1 gehörenden Versicherten aufzustocken, zum anderen Arbeitnehmern, die keiner anderen betrieblichen Altersvorsorge angehören, eine Zusatzrente zu gewährleisten.

Diese Altersvorsorge wird vom Verband der Volksrentenfonds durchgeführt. Der Verband ist eine rechtsfähige Körperschaft nach dem Volksrentenversicherungsgesetz. Der Verband muss beim Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt einen Antrag auf Genehmigung stellen. Er hat dem Antrag eine Satzung beizufügen, die in einer Kommission beraten und festgelegt worden ist. Die Satzung sieht z.B. die Verwaltung, die Beiträge, die Leistung und die Anlage des Kapitalvermögens vor.

Personen, die zu den oben erwähnten Gruppen gehören, können freiwillig in den Mitgliederkreis dieser Altersvorsorge eintreten. Die Mitglieder dieser Altersvorsorge können jedoch nicht freiwillig aus dem Mitgliederkreis austreten.[268]

Die Höhe der Beiträge darf eine bestimmte Obergrenze[269] nicht überschreiten. Die Mitglieder können nach dem Steuerrecht Beiträge für diese Alters Vorsorge von ihrem Einkommen abziehen.

---

268 Sie verlieren die Mitgliedschaft, wenn sie z.B. das 60. Lebensjahr vollendet haben, wenn sie den zur Versichertengruppe 3 zählenden Versicherten der Volksrentenversicherung angehören, wenn sie Mitglieder der betrieblichen Altersvorsorge geworden oder wenn sie gestorben sind.

269 Für Personen, die zur Versichertengruppe 1 gehören, gilt eine Obergrenze von 68.000 Yen (ca. 490 Euro) pro Monat. Wenn sie ein Mitglied eines Volksrentenfonds sind, werden die Beiträge

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Ebenso wie beim betrieblichen Typ können die Mitglieder die Art und Weise der Anlage des Vermögens wählen. Die Berechnung der Leistungshöhe und der Inhalt der Leistungen in diesem Typ sind die gleichen wie die im betrieblichen Typ.

Wenn ein Mitglied dieser Altersvorsorge eine Beschäftigung bei einem Arbeitgeber aufnimmt, kann er das Kapitalvermögen für sich selbst in die beitragsbezogene Altersvorsorge des betrieblichen Typs, die der Arbeitgeber durchführt, einbringen.

III. Andere private Rente

Man kann mit einem Kreditinstitut (z.B. einer Lebensversicherungsgesellschaft, der „Japan Post[44]) einen Vertrag für die private Rente abschließen. Diese privaten Renten gliedern sich je nach der Dauer der Rentenleistungen in mehrere Gruppen.[270] In der Regel wird eine Rente über einen bestimmten Zeitraum (z.B. 10 Jahre) unabhängig von Leben und Tod des Versicherten geleistet.[271] Wenn ein Versicherter in diesem Zeitraum gestorben ist, können seine Hinterbliebenen die noch nicht geleistete Rente erhalten. Einige private Renten können nach Ablauf dieses Zeitraums ohne oder mit Frist weiter geleistet werden, solange der Versicherte lebt. Während die Höhe einiger privater Renten nach Beginn der Rente allmählich steigt, bleibt die der anderen privaten Renten auf einer bestimmten Höhe unverändert. Die ersteren Renten können für die Steigerung des Preisniveaus besser Vorsorgen. Die Beitragshöhe hängt von Inhalt und Umfang der Leistung sowie dem Geschlecht und Alter des Versicherten zur Zeit des Vertragsabschlusses ab. Versicherte können nach dem Steuerrecht die Beiträge (höchstens 50.000 Yen [360 Euro] pro Jahr) von ihrem Einkommen abziehen.

Nach dem Ergebnis einer Umfrage, die im Jahr 2004 durchgeführt wurde, haben 17,3 % der Befragten einen Vertrag für die private Rente mit einer Lebensversicherungsgesellschaft, der Japan Post oder einer Wohlfahrtsgenossenschaft geschlossen. Dieser Anteil betrug im Jahr 1990 10,3 %.[272]

---

an den Volksrentenfonds von dieser Obergrenze abgezogen. Für die Arbeitnehmer gilt eine Obergrenze von 18.000 Yen (ca. 130 Euro) pro Monat.

270 Vgl. Japanisches Institut für Lebensversicherung, Art der Lebensversicherung - Private Rentenversicherung.

271 Es gibt einige private Renten, die geleistet werden, solange der Versicherte oder sein Ehegatte lebt. Bei diesen Renten gibt es keinen solchen Zeitraum.

272 Japanisches Institut für Lebensversicherung (Fn. 227), S. 29.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

IV. Schlussbemerkung

In Japan spielt die gesetzliche Rentenversicherung die Hauptrolle in der Alterssicherung.[273]

Es wird angenommen, dass betriebliche und private Altersvorsorge darauf abzielen, die gesetzliche Rentenversicherung zu ergänzen und ein noch besseres Leben im Alter zu ermöglichen.

In Deutschland gewinnen betriebliche und private Altersvorsorge in erheblichem Maße an Bedeutung, weil die gesetzliche Rentenversicherung wegen des demografischen Wandels das bisherige Rentenniveau nicht mehr gewährleisten kann. Durch das Altersvermögensgesetz (AVmG)[274] aus dem Jahr 2001 ist ein wichtiger Schritt zum Ausbau der privaten und betrieblichen Altersvorsorge getan worden, um das sinkende Rentenniveau der gesetzlichen Rentenversicherung zu kompensieren. Das bedeutet, dass betriebliche und private Altersvorsorge künftig keine ergänzende, sondern zunehmend eine ersetzende Funktion haben werden.

Auch in Japan wurde durch die Reformgesetze[275], die im Jahr 2000 und 2004 in Kraft traten, entschieden, dass das Rentenniveau langfristig gesenkt wird. Diese Niveausenkung setzte jedoch voraus, dass das angemessene Rentenniveau, das grundsätzlich den Lebensbedarf im Alter decken kann, auch künftig gewährleistet werden kann.

Trotzdem wurde eine umfangreiche Reform der betrieblichen und privaten Altersvorsorge auch in Japan durchgeführt. Der Grund für diese Reform lag nicht im sinkenden Rentenniveau der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern in den Problemen, die das bisherige System der betrieblichen Altersvorsorge enthielt.

Dieser grundsätzliche Unterschied führte zur unterschiedlichen steuerlichen Förderung der betrieblichen und privaten Altersvorsorge in beiden Ländern. In Deutschland wird die private Altersvorsorge steuerlich gefördert, die die gesetzliche Rentenversicherung teilweise ersetzen kann. Deshalb ist die nach dem Alterseinkünftege-

---

273 Der Anteil der Renteneinkommen am Gesamteinkommen von Haushalten, die aus Personen über 65 Jahren und ggf. Personen unter 18 Jahren bestehen, betrug im Jahr 2003 67 %. Der Anteil des Einkommens aus der betrieblichen und privaten Altersvorsorge war unter 5 %, auch wenn eine finanzielle Unterstützung z.B. von Kindern mit diesem Einkommen zusammengerechnet wird. Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Zusammenfassung des Ergebnisses der Grunduntersuchung über das Leben der Bevölkerung (2003), Tabelle 4.

274 Vom 26.6.2001 (BGBl. I, S. 1310).

275 Gesetz Nr. 18 aus dem Jahr 2000 und Gesetz Nr. 104 aus dem Jahr 2004.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

setz (AltEinKG)[276] geförderte private Altersvorsorge stark an das Vorbild der gesetzlichen Rentenversicherung angelehnt: Demnach werden nur Anlageformen gefördert, die ab Beginn des Renten- bzw. Pensionsalter eine lebenslange Auszahlung garantieren. Personen, die von der Absenkung des Rentenniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung nicht betroffen sind (z.B. Selbständige), können die steuerliche Förderung nicht in Anspruch nehmen.

In Japan wird die ergänzende Alters Vorsorge gefördert, die das Leben im Alter noch verbessern kann. Deshalb haben die geförderte Personengruppe und die Gestaltung der Altersvorsorge keine direkte Beziehung zur gesetzlichen Rentenversicherung: Die angesparten Beträge bei der beitragsbezogenen Altersvorsorge sind vererbbar und auch bei Eintritt ins Rentenalter nach der Satzung kapitalisierbar. Auch Selbständige sind in den Gegenstand der Förderung einbezogen. Daraus ergibt sich, dass verschiedene Arten der ergänzenden Altersvorsorge, die einen weiteren Personenkreis umfassen, gesetzlich geregelt und steuerlich gefördert werden.

276 Gesetz zur Neuordnung der einkommensteuerrechtlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen vom 5.7.2004 (BGBl. I, S. 1427).

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

144

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen.

In Japan und Deutschland kann man eine sehr ähnliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung registrieren, die einen wichtigen Einfluss auf die soziale Sicherheit haben kann. In dieser Entwicklung ist der Wandel der Bevölkerungsstruktur, der durch eine sinkende Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung ausgelöst wird, von größter Bedeutung. Dazu zählen auch die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit, die Veränderung der Arbeitsverhältnisse, das niedrigere Wirtschaftswachstum und die Knappheit bei den öffentlichen Kassen.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, ist in den beiden Ländern eine umfassende Reform des geltenden sozialen Sicherheitssystems dringend notwendig. Nur dadurch wird eine starke Beitrags- und Steuererhöhung vermieden und das soziale Sicherheitssystem könnte auch künftig seine Aufgaben erfüllen.

Nicht nur die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung, sondern auch das System der sozialen Sicherheit in Japan und Deutschland weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Die beiden Länder haben ein umfangreiches System der sozialen Sicherheit, das die Bevölkerung vor den großen Risiken im Leben schützen kann. In diesem sozialen Sicherungssystem spielen die fünf Säulen der Sozialversicherung - Kranken-, Renten-, Arbeitslosen-, Unfall- und Pflegeversicherung - eine zentrale Rolle.

Darüber hinaus kann man viele Gemeinsamkeiten bei den einzelnen Systemen und den Zielen der Reformen der sozialen Sicherheit in den beiden Ländern registrieren. Gleichzeitig gibt es jedoch bei den Systemen und den Reformmaßnahmen wichtige Unterschiede, die auf unterschiedliche Grundsätze zurückzuführen sind.

I. Gleichbehandlung

Im japanischen sozialen Sicherheitssystem wird großer Wert auf die Gleichbehandlung der Bevölkerung gelegt. Dies führt zu folgenden Unterschieden:

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

1. Versichertenkreis

In Japan ist ein weiterer Personenkreis in der Sozialversicherung versichert. Anders als in Deutschland sind in Japan alle Bürger in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Die japanische gesetzliche Rentenversicherung hat ein Basisrentensystem, durch das allen Bürgern ein Einkommen im Alter gesichert werden kann.

Es wäre in Japan nicht hinnehmbar, einen bestimmten Personenkreis (z.B. Arbeitnehmer mit höherem Einkommen) von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu befreien. Der Grund dafür liegt in der Befürchtung, dass solche Änderungen die Gleichbehandlung der Versicherten gefährden und die Solidarität innerhalb der Bevölkerung schwächen würden.

2. Entscheidungssystem

In Japan spielt das System der zentralisierten Entscheidung eine viel wichtigere Rolle. Ein wichtiges Beispiel dafür ist das Vergütungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung. Während in Deutschland die Vergütungsmaßstäbe zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern verhandelt und vereinbart werden, legt sie in Japan der Gesundheitsminister einheitlich fest. Dieses System kann dazu beitragen, die Diskriminierung von Patienten aufgrund der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Versicherungsträgern auszuschließen.

Dies führt dazu, dass in Japan, anders als in Deutschland, die staatliche Intervention eine dominierende Rolle in der Reform der Kranken- und Pflegeversicherung spielt. Dazu zählen die Erhöhung der Selbstbeteiligung, die Änderung der Vergütungsmaßstäbe und die Änderung der Regulierung.

3. Leistungskatalog

Die japanische gesetzliche Krankenversicherung hat einen umfassenden Leistungskatalog. Es wäre in der nahen Zukunft nicht akzeptabel, eine bestimmte medizinische Leistung daraus zu streichen, während es in Deutschland eine lebhafte Diskussion über die Schmälerung des Leistungskatalogs gibt. Es wäre in Japan zu befürchten, dass Personen mit niedrigerem Einkommen nicht alle notwendigen Leistungen erhalten könnten, wenn diese Änderungen vorgenommen würden.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

II. Sozialer Ausgleich

In der japanischen Sozialversicherung wird großer Wert auf einen sozialen Ausgleich gelegt. Ein deutliches Beispiel dafür kann in der gesetzlichen Rentenversicherung genannt werden. In Deutschland ist die gesetzliche Rentenversicherung der Zweig der Sozialversicherung, bei dem die Versicherungselemente am deutlichsten ausgeprägt sind. In Japan wird hingegen ein sozialer Ausgleich als eine der wesentlichsten Funktionen der gesetzlichen Rentenversicherung betrachtet. Dort entrichten Arbeitnehmer Rentenbeiträge, die sich nach ihrem Einkommen richten, und erhalten sowohl eine einkommensbezogene Rente als auch eine nicht einkommensbezogene Grundrente. Dadurch vollzieht sich ein sozialer Ausgleich zwischen Versicherten mit höherem Einkommen und solchen mit niedrigerem Einkommen.

Bei der Entscheidung über Reformmaßnahmen (z.B. die besondere Behandlung der Anpassung der bestehenden Renten) wird der Bedarf der Leistungsempfänger in Japan viel stärker berücksichtigt, während in Deutschland großer Wert auf den Grundsatz der Lohn- und Beitragsbezogenheit der Renten gelegt wird.

Die Erhöhung der Selbstbeteiligung ist eine der wichtigsten Reformmaßnahmen der Kranken- und Pflegeversicherung in Japan. Bei der Erhöhung der Selbstbeteiligung sind gleichzeitig Maßnahmen zu einer finanziellen Entlastung der Versicherten mit niedrigerem Einkommen ergriffen worden, um ihre unzumutbare Belastung zu vermeiden.

III. Subsidiarität solidarischer Hilfe

Vor allem in der Pflege Versicherung gibt es einen Unterschied in der Anwendung des Grundsatzes der Subsidiarität solidarischer Hilfe gegenüber der Eigenverantwortung. In Japan wird dieser Grundsatz nicht so stark betont wie in Deutschland. Während in Deutschland die Pflegeversicherung den Charakter einer „Teilkaskoversicherung“ hat, ist es in Japan eines der wichtigsten Ziele der Pflegeversicherung, die Belastung von Pflegebedürftigen und ihren Familienangehörigen möglichst weitgehend zu verringern. Dieser Unterschied führt dazu, dass in Japan ein weiterer Personenkreis in die Gruppe der Pflegebedürftigen einbezogen ist und dieser höhere Leistungen erhält als in Deutschland. Dieser grundsätzliche Unterschied kommt auch in der unterschiedlichen Behandlung des Pflegegelds in den beiden Ländern zum Ausdruck.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

IV Ergänzende Rolle der privaten Versicherung

Die private Kranken- und Pflegeversicherung erfüllt in Japan vor allem die Aufgabe einer Ergänzung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Sowohl die gesetzliche und die private Krankenversicherung als auch die gesetzliche und die private Pflegeversicherung befinden sich nicht in der Lage, miteinander zu konkurrieren.

Es ist jedoch zu erwarten, dass Reformmaßnahmen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, z.B. eine Erhöhung der Selbstbeteiligung, den Spielraum der privaten Kranken- und Pflegeversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung vergrößern.

Hinsichtlich der Alterssicherung wird in Japan angenommen, dass die betriebliche und private Altersvorsorge darauf abzielen, die gesetzliche Rentenversicherung zu ergänzen und ein noch besseres Leben im Alter zu ermöglichen. Obwohl auch in Japan das Rentenniveau der gesetzlichen Rentenversicherung langfristig gesenkt wird, setzt diese Niveausenkung voraus, dass ein angemessenes Rentenniveau, das grundsätzlich den Lebensbedarf im Alter decken kann, auch künftig gewährleistet werden kann. Anders als in Deutschland wird in Japan deshalb nicht erwartet, dass die betriebliche und private Altersvorsorge künftig eine ersetzende Funktion haben werden.

Wie oben erwähnt kann man viele Gemeinsamkeiten in der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung und den Systemen der sozialen Sicherheit in den beiden Ländern registrieren. Dies bedeutet, dass das Erfassen der Reformmaßnahmen des jeweils anderen Landes eine Möglichkeit bietet, die möglichen Maßnahmen zur Lösung der eigenen Probleme zu erweitern.

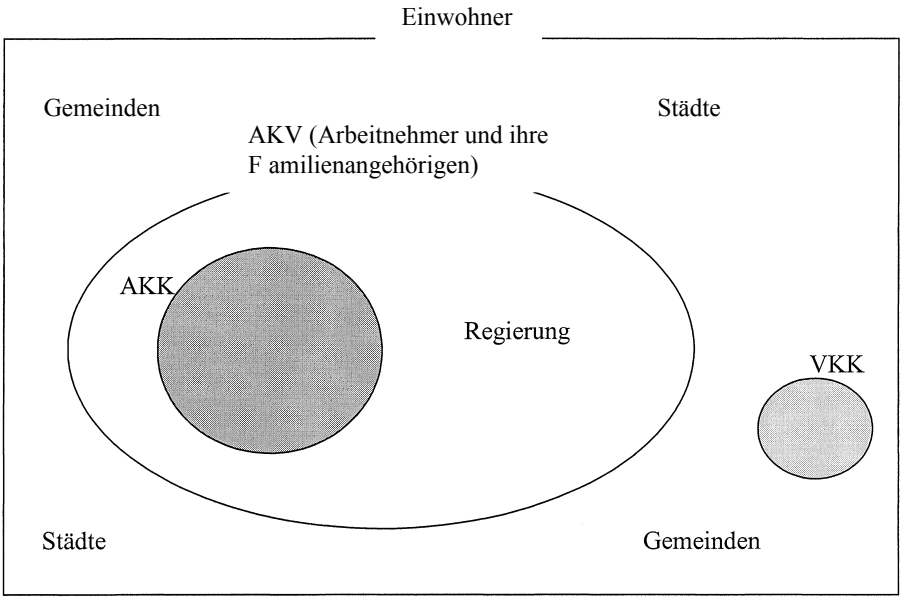
Wichtiger ist, dass gleichzeitig wesentliche Unterschiede in den Systemen und den Reformmaßnahmen der beiden Länder, die von unterschiedlichen Grundsätzen ausgehen, durch diese Studie herausgearbeitet wurden. Dieses Ergebnis zeigt auf, dass das Erfassen der Reformmaßnahmen im Zusammenhang mit den Grundsätzen wichtig ist. Es kann dazu beitragen, die Übertragbarkeit der Reformmaßnahmen des anderen Landes ins eigene System und die Bedeutung eigener Reformmaßnahmen auf die Grundsätze hin zu überprüfen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Anhänge: Abbildungen

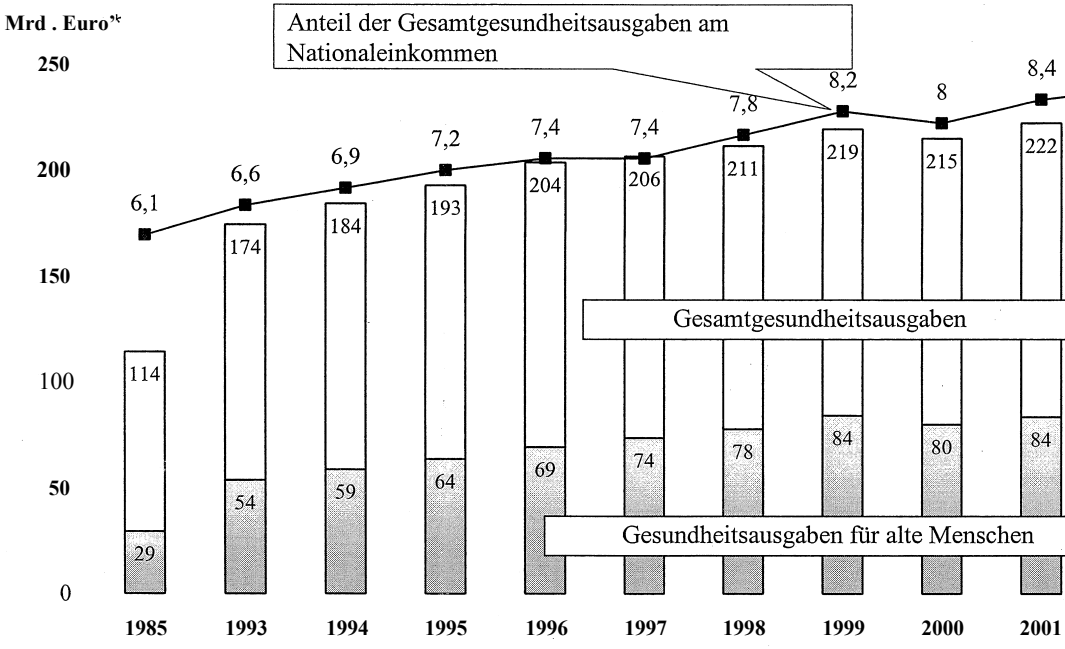
zu Teil 1:

Abbildung 1.1: Zuständigkeit der Versicherungsträger



https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Abbildung 1.2: Entwicklung der Gesamtgesundheitsausgaben



*1 Euro =140 Yen

Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Gesamtgesundheitsausgaben.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Tabelle 1.1: Finanzlage der Versicherungsträger

(Mrd. Euro*)

Finanzjahr	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
AKV (Regierung)							
Einnahmen	49,5	49,9	49,4	48.5	48.2	47,1	49,1
Ausgaben	50,1	49,8	51,6	49.6	51.2	51,5	48,6
Saldo	-0,7	0,0	-2,3	-1,1	-3,0	-4,4	0,5
AKV (Kranken-kassen)							
Einnahmen	42.3	42,6	42,0	41,3	41,3	40,6	42.9
Ausgaben	42.3	42,3	43,4	42,1	43,5	43,4	41.9
Saldo	0,0	0,3	-1,4	-0,8	-2,2	-2,9	1,0
VKV (Städte/ Gemeinden)							
Einnahmen	44,4	45,0	47,8	47,3	49,9	51.5	52,9
Ausgaben	44,6	45,7	48,7	48,0	51,1	52.6	53,8
Saldo	-0,2	-0,7	-0,9	-0,8	-1,3	-1,0	-0,9

* 1 Euro=140 Yen
Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Unterlagen über die Krankenversicherung 2005.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Tabelle 1.2: Vergleich der Risikostruktur (Stand: März 2004)

	VKV (Städte/ Gemeinden)	AKV (Regierung)	AKV (Krankenkassen)
Zahl der Versicher-ten	47,2 Mio.	35,5 Mio.	30,1 Mio.
Zahl der Träger	3.144	1	1.622
Durchschnittsalter der Versicherten*	52,8	37,1	34,0
Anteil der alten Versicherten	25,3 %	5,0 %	2,3 %
J ahreseinkommen eines Haushaltes (Euro/jährl.)*	11.360	17.290	27.360
Staatszuschuss Haushaltsplan 2005 (Mrd. Euro)	45 % der Lei-stungskosten 22,1	13 % der Lei-stungskosten 5,7	Pauschalbetrag 0,06

* Stand: 2000
**1 Euro = 140 Yen

Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Unterlagen über den Diskussionsentwurf der Gesundheitsreform 2006.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Tabelle 1.3: Zahl der Versicherten

(September 1999)

Zahl der Versicherten (Tausend)	AKK*	VKV (Städte, Gemeinden)
100-	15(0,8%)	66 (2,0 %)
10-100	340(19,0%)	691 (21,3 %)
5-10	319(17,9%)	652 (20,1 %)
3-5	299 (16,7 %)	639 (19,7 %)
2-3	242 (13,6 %)	536 (16,5 %)
1-2	352(19,7%)	439 (13,5 %)
-1	220 (12,3 %)	222 (6,9 %)
insgesamt	1.787 (100,0%)	3.245 (100, %)

* Ausschließlich Familienversicherten.
Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Unterlagen über die Krankenversicherung 2003.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

zu Teil 2:

Tabelle 2.1: Vergleich der stationären Einrichtungen für Pflegebedürftige

Einrichtung	Bewohner/ Patienten	Selbstkostenbeteiligung (bis zum Inkrafttreten des Pflege VGs)	Größe des Wohnplatzes	Personelle Anforderung (je 100 Bewohner/ Patienten)	Anzahl der Einrichtungen (Betten)**
Pflegeheim	**Pflegebedürftige, die nicht häuslich gepflegt werden können**	**einkommensabhängiger Selbstkostenanteil (monatlich 0-1710 Euro*, durchschnittl. ca. 320 Euro pro Monat)**	**mind. 10,65 m² pro Person**	**1 Arzt (nebenamtlich) 3 Krankenpfleger 31 Pflegepersonen 1 Care Manager Sonstige**	**5.022 (340.592)**
Nursing Home	**Pflegebedürftige, die nicht mehr einer Krankenhausbehandlung, aber doch der Rehabilitation oder Krankenpflege bedürfen**	**einheitliche Selbstbeteiligung innerhalb eines Nursing Home (durchschnittl. ca. 430 Euro pro Monat)**	**mind. 8,0 m² pro Person**	**1 Arzt (hauptamtlich) 9 Krankenpfleger 25 Pflegepersonen 1 Therapeut 1 Care Manager Sonstige**	**2.967 (263.612)**
Krankenhaus (spezielle Betten für Patienten, die einer langfristigen Behandlung bedürfen)	**Pflegebedürftige, die noch medizinischer Überwachung bedürfen (z.B. Patienten mit Katheter)**	**Zuzahlung von ca. 210 Euro pro Monat, dazu ca. 160 Euro pro Monat für Verpflegung**	**mind. 6,4 m² pro Person**	**3 Ärzte (hauptamtlich) 17 Krankenpfleger 7 Pflegepersonen 1 Care Manager Sonstige**	**4.007 (139.374)**

*** 1 Euro = 140 Yen**
**** Stand: April 2003**

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Tabelle 2.2 : Versicherte der Pflegeversicherung

	Versichertengrappe 1	Versichertengrappe 2
w¥lfsoIeiEeir	Personen ab 65 Jahren	Versicherte der GKV zwischen 40 und 65 Jahren
Leistungsberechtigte	Pflege- und Hilfsbedürftige	Pflege-und Hilfsbedürftige (infolge altersbedingter Krankheiten*)
Beitragszahlung	an Städte und Gemeinden	an die Krankenversicherangs- träger
Beitragshöhe	einkommensabhängig gestaffelt (5 Stufen)	zusätzlich zum Krankenversicherangsb eitrag

*z.B. Schlaganfall, präsenile Demenz.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Tabelle 2.3: Stufen der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit

(1 Euro=140 Yen)

Stufen	Zeitaufwand für Pflege (Minuten)	Obergrenze der ambulanten Leistungen (Euro)
Hilfsbedürftige Stufe 1	25-32	360
Stufe 2	32-50	740
Pflegebedürftige Stufe 1	32-50	1.180
Stufe 2	50-70	1.390
Stufe 3	70-90	1.910
Stufe 4	90-110	2.190
Stufe 5	110 und mehr	2.560

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Tabelle 2.4: Leistungen der Pflegeversicherung

ambulant	stationär
1. Häusliche Pflegehilfe 2. Ambulanter Badedienst 3. Häusliche Krankenpflege 4. Häusliche Rehabiliation 5. Medizinische Beratung und Beobachtung 6. Tagespflege 7. Ambulante Rehabiliation 8. Kurzzeitpflege 9. Pflege in bestimmten Altenwohnheimen 10. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln 11. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes 12. Pflegeleistung, die Pflegebedürftigen in ihrer nahen Umgebung angeboten wird (z.B. Tagespflege für demente alte Menschen) 13. Planung der ambulanten Pflege	1. Pflegeheim 2. Nursing Home 3. Spezielle Betten in Krankenhäusern für Patienten, die einer langfristigen Behandlung bedürfen, oder für demente alte Menschen

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

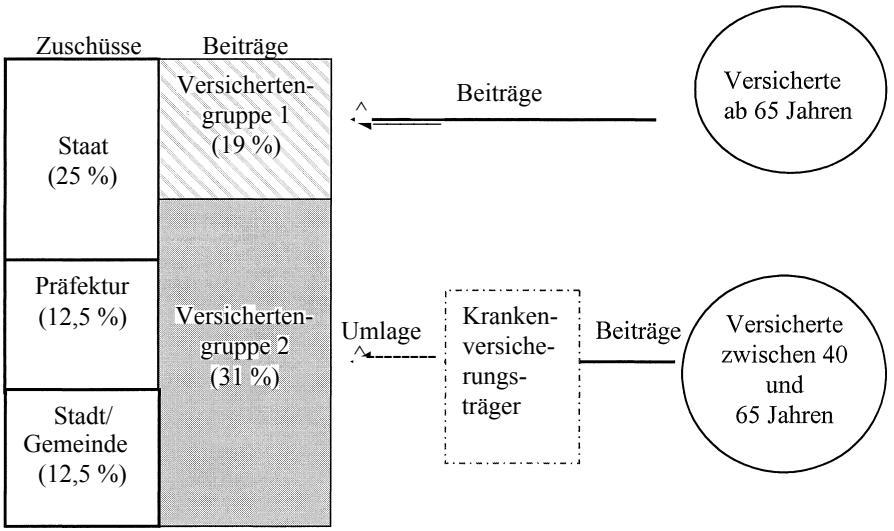
Tabelle 2.5: Beispiele der Pflegevergütungen

(1 Euro=140 Yen)

	Vergütung (Euro)
1 .Häusliche Pflegehilfe	
(1) Körperliche Pflege	
-30 Minuten	17
30-60 Minuten	29
60-90 Minuten	42
90-120 Minuten	48
(2) Hauswirtschaftliche Versorgung	
30-60 Minuten	15
60- Minuten	21
2.Tagespflege (z.B. 6-8 Stunden)	
Pflegestufe 1	48
Pflegestufe 2	56
Pflegestufe 3	64
Pflegestufe 4	72
Pflegestufe 5	80
3.Pflegeheim (monatlich)	
Pflegestufe 1	1.412
Pflegestufe 2	1.564
Pflegestufe 3	1.714
Pflegestufe 4	1.866
Pflegestufe 5	2.016

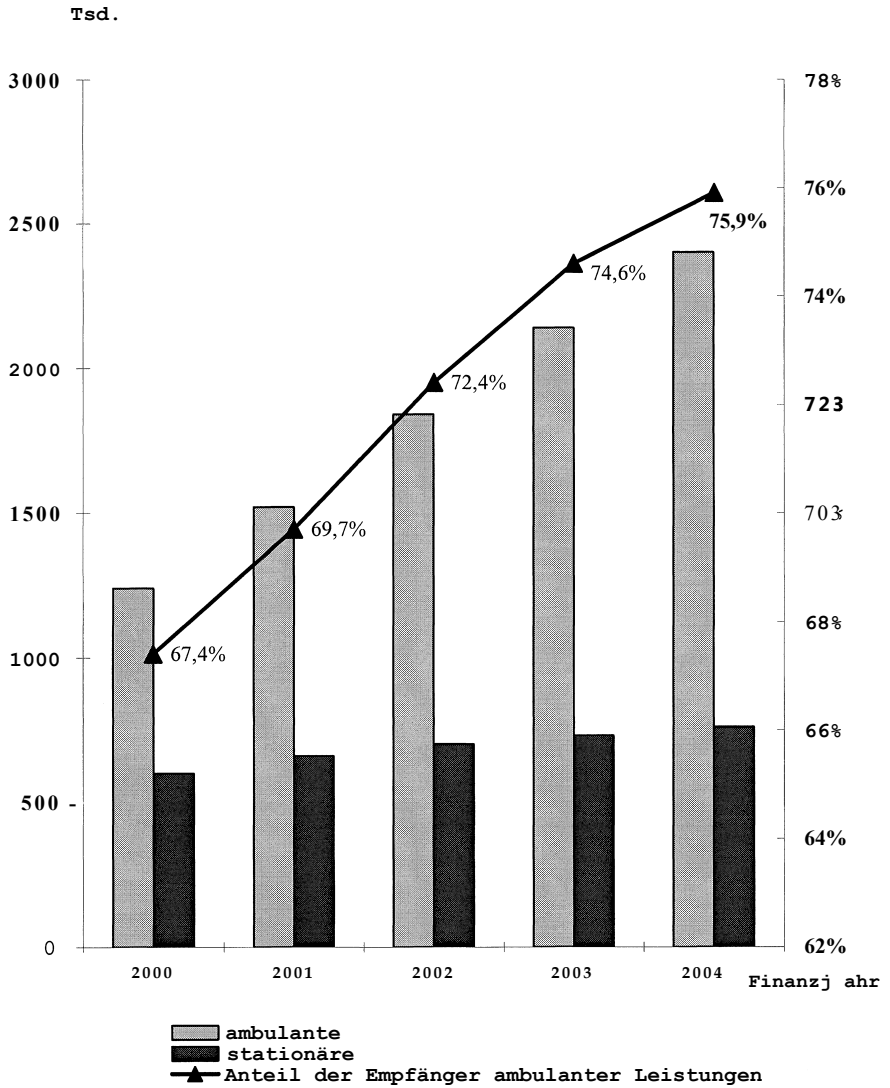
https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Abbildung 2.1: Finanzierung der Pflegeversicherung



https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Abbildung 2.2: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger

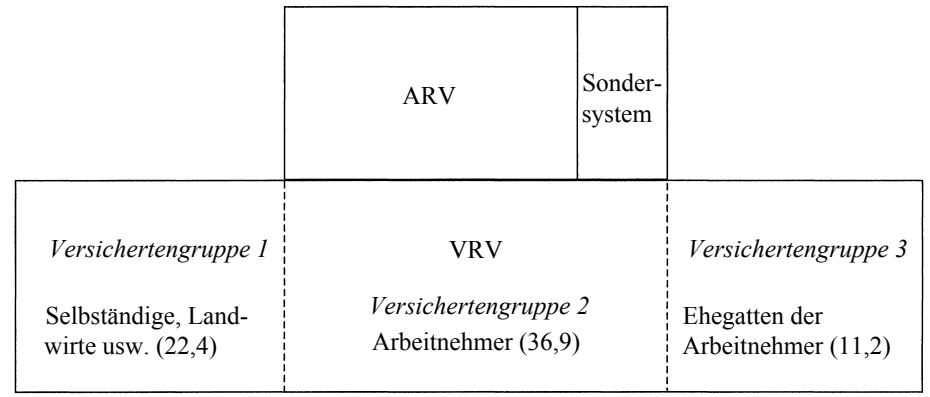


Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

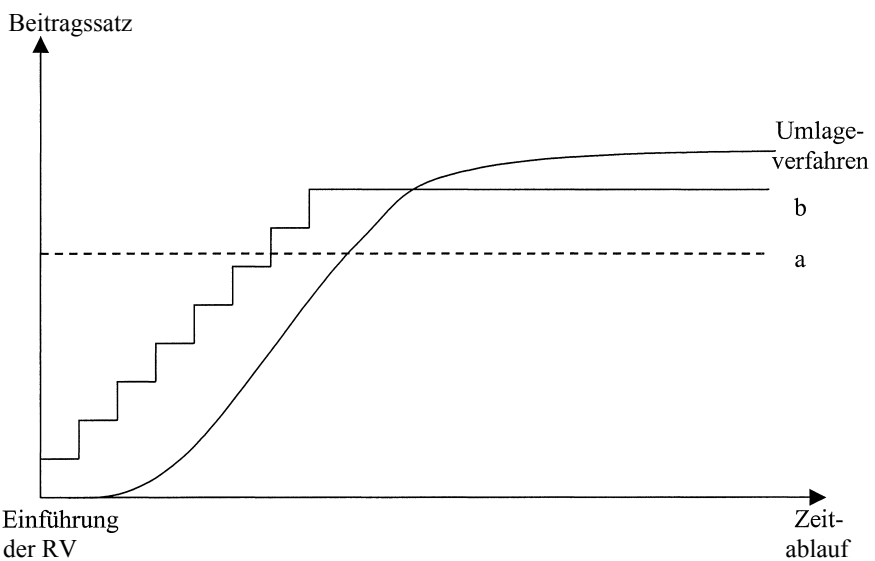
zu Teil 3:

Abbildung 3.1: System der gesetzlichen Rentenversicherung



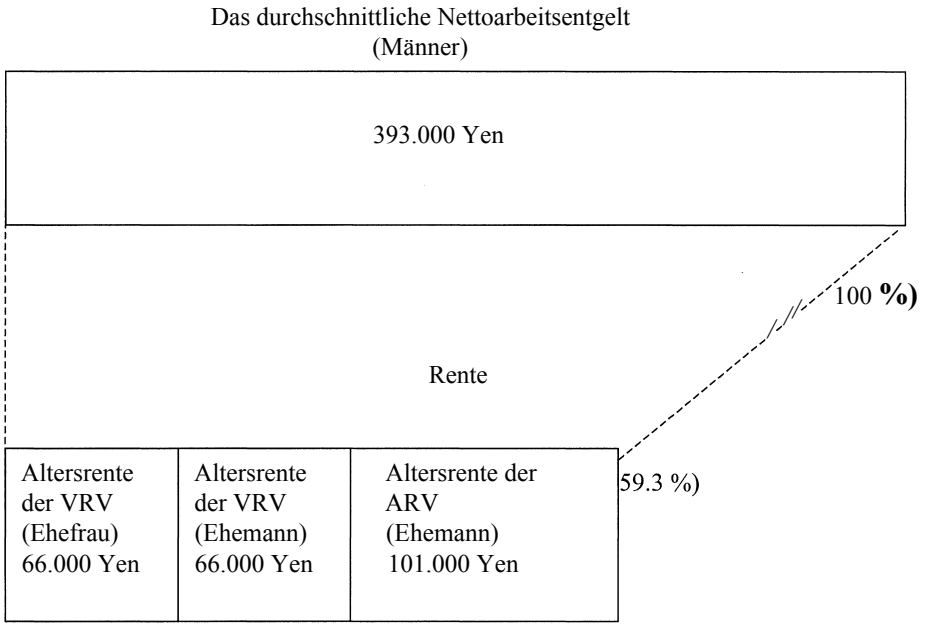
(Zahl der Versicherten in Mio.) (Stand: März2002)

Abbildung 3.2: Entwicklung des Beitragssatzes im Laufe der Zeit



https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Abbildung 3.3: Rentenniveau (2004)



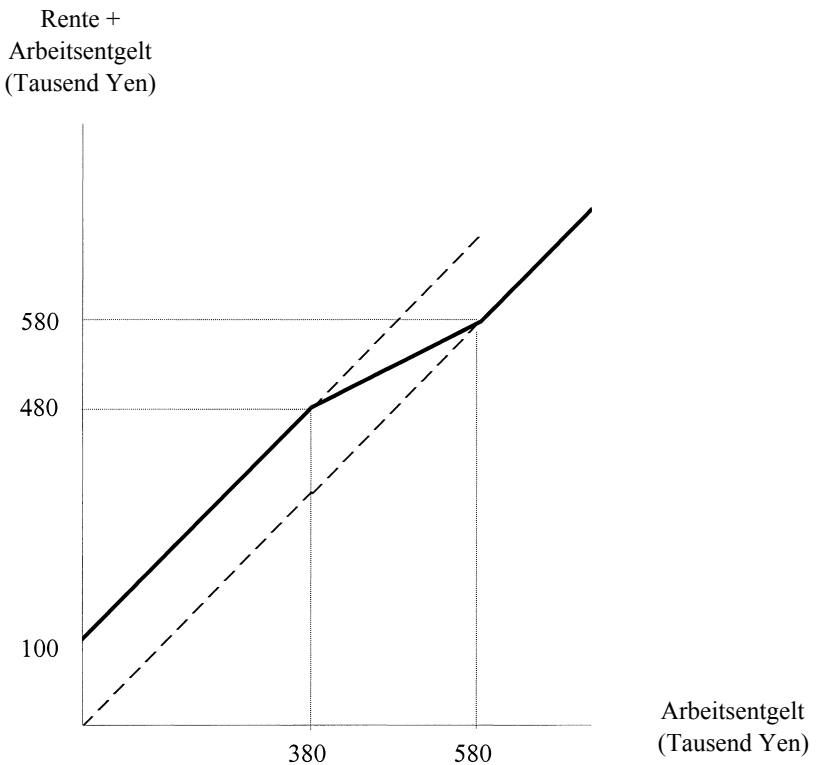
https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Tabelle 3.1: Anhebung der Altersgrenze (Männer)

Geburtstag	Altersgrenze für den nicht einkommensbezogenen Teil (Jahre)	Altersgrenze für den einkommensbezogenen Teil (Jahre)
bis 1.4.1941	60	60
ab 2.4.1941-1943	61	60
1943-1945	62	60
1945-1947	63	60
1947-1949	64	60
1949-1953	65	60
1953- 1955	65	61
1955- 1957	65	62
1957- 1959	65	63
1959- 1961	65	64
1961 -	65	65

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

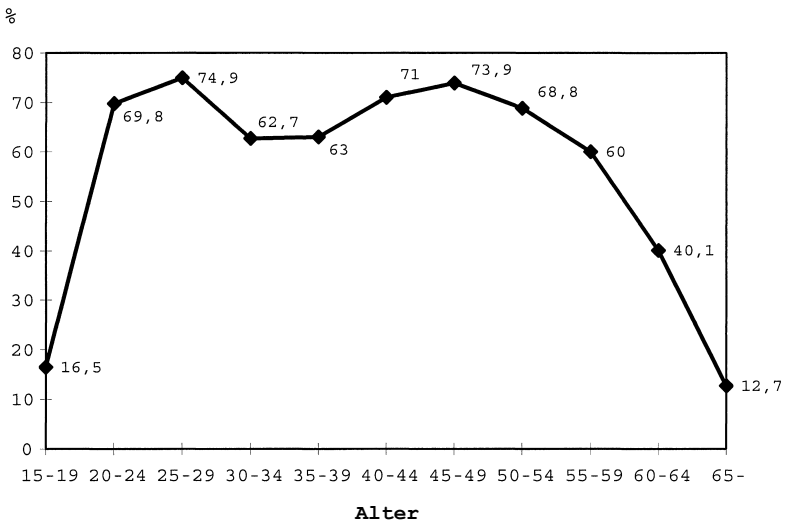
Abbildung 3.4: Anrechnung von Einkommen



*In diesem Fall beträgt die Altersrente monatlich 100.000 Yen.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Abbildung 3.5: Quote von Erwerbstätigen nach dem Alter (Frauen)*

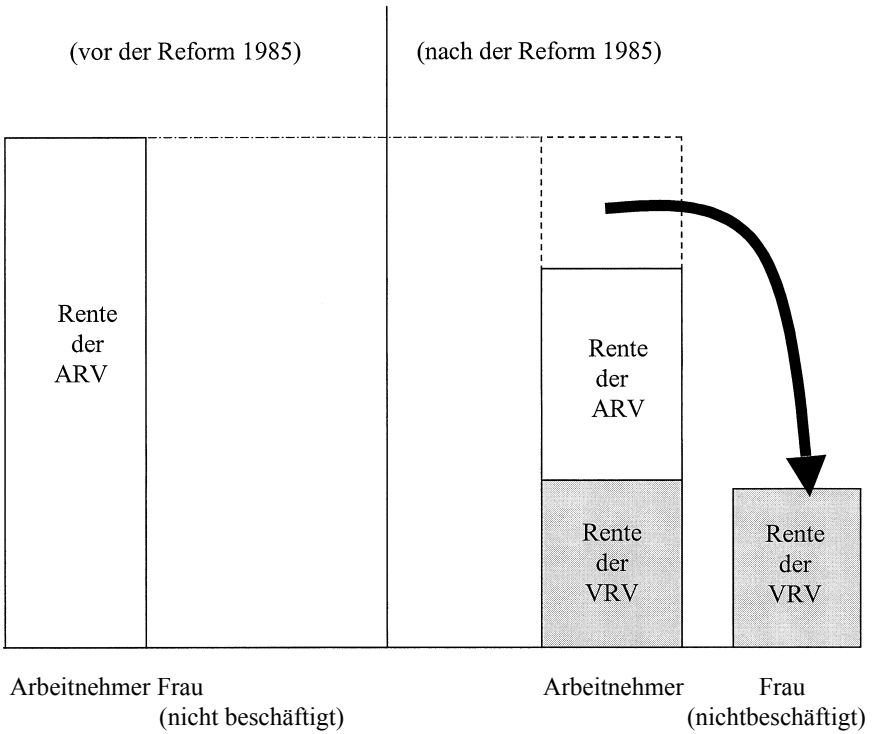


* einschließlich Arbeitslosen

Quelle: Ministerium für Innere Angelegenheiten und Kommunikation, Jahresbericht einer Untersuchung über Arbeitskräfte (2005).

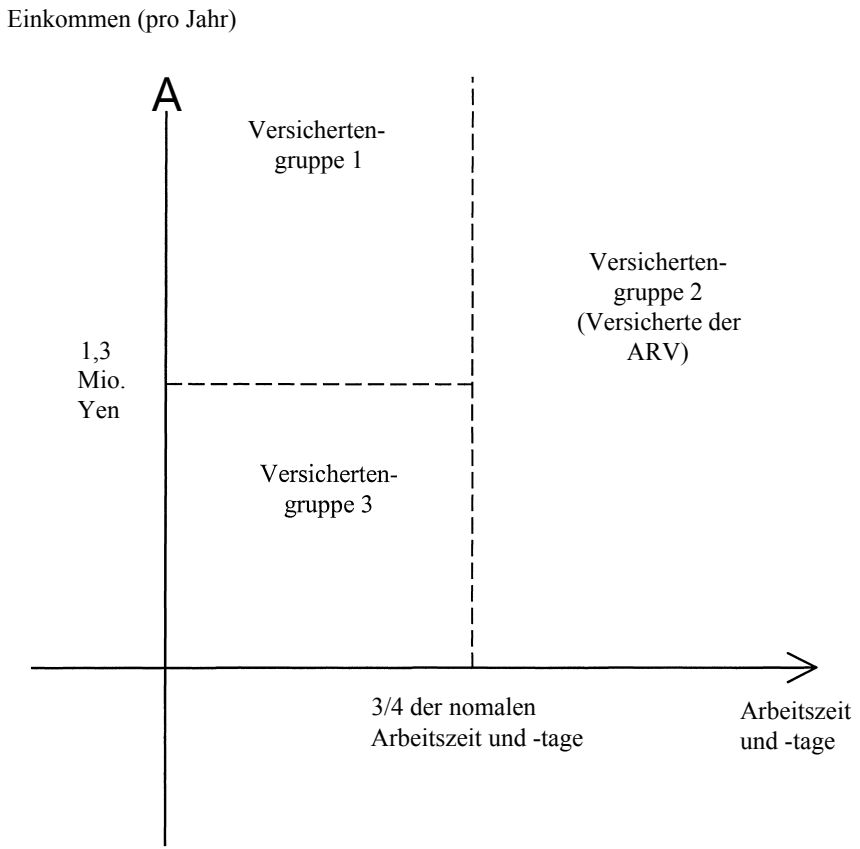
https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Abbildung 3.6: Reform des Leistungssystems



https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Abbildung 3.7: Versicherungspflicht der Teilzeitbeschäftigten



https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

zu Teil 5:

*Tabelle 5.1: System der betrieblichen und privaten Altersvorsorge**

	Leistungsbezogenes System		Beitragsbezogenes System
Altersvorsorge für Arbeitnehmer	Arbeitnehmerrenten-fonds Zertifizierte Altersvor-sorge	Betriebsrentenfonds Betriebliche Alters-vorsorge**	B eitragsb ezogene Altersvorsorge (Betrieblicher Typ) Beitragsbezogene Altersvorsorge (Individueller Typ)
Altersvorsorge für nicht Arbeit-nehmer	Volksrentenfonds		Beitragsbezogene Altersvorsorge (Individueller Typ)

*** Die private Altersvorsorge bei einem privaten Kreditinstitut oder der „Japan Post" ist nicht einbezogen.**

**** Wird im Auftrag des Arbeitgebers durch ein Kreditinstitut durchgeflihrt.**

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Literaturverzeichnis

1. Literatur in japanischer Sprache

Beirat über die Deregulierung, Zwischenbericht *(Chukan torimatome*) vom 3.8.2004.

Der allgemeine Versicherungsverein Japans, Untersuchung über die Schadensversicherung (*Songaihohen ni kansuru zenkoku chosa*), Tokio 2003.

Der beratende Ausschuss für Gesundheit und Wohlfahrt älterer Menschen, Der letzte Bericht über den Aufbau einer Pflegeversicherung *(Koreisha kaigohoken seido no sosetsu ni tsuite [saishu hokoku])* vom 22.4.1996.

Der beratende Ausschuss für die Rentenversicherung, Stellungnahme zur Rentenreform *(Nenkin seido kaisei ni kansuru iken*) vom 12.9.2003.

Der beratende Ausschuss für die Pflegeversicherung, Stellungnahme zur Reform des Pflegeversicherungssystems *(Kaigohoken seido no minaoshi ni kansuru iken)* vom 30.7.2004.

Die beratenden Ausschuss für Wohlfahrt körperlich behinderter Menschen, Stellungnahme (*Ikengushin)* vom 10.6.1996.

***Endo H./Ikegami N.,* Krankenversicherung / Vergütungssystem *(Iryohoken shinryohoshu seido),* Tokio 2005.**

Grundzüge der künftigen Gesundheitsreform (*Kihonhoshin*), Kabinettsbeschluss vom 28.3.2003.

***Hori K.,* Umbau des Rentenversicherungssystems *(,Nenkin seido no saikochiku),* Tokio 1998.**

***Ikegami NJCampbell J. C.*, Medizinische Versorgung in Japan *(Nihon no iryo),* Tokio 1996.**

Japan Business Federation *(Nippon Keidanren),* Zur einheitlichen Reform des sozialen Sicherheitssystems und des Finanz- und Steuersystems *(shakaihosho seido nado no ittaiteki kaikaku ni mukete)* vom 21.9. 2004.

Japanisches Institut für Lebensversicherung, Art der Versicherung *(Shukeiyaku no shurui).* (http ://www.j ili. or.jp).

Japanisches Institut für Lebensversicherung, Untersuchung über die Sicherung des Lebens *(Seikatsuhosho ni kansuru chosa)* im Finanzjahr 2004, Tokio 2005.

Kabinettamt, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung *(Kokumin keizai keisan).*

***Kimura Y.,* Renten- und Krankenversicherung *(Nenkin iryohoken ron),* Tokio 2001.**

Kommission für das Rentensystem, das dem Wandel des Lebensstils von Frauen entsprechen kann, Renten von Frauen *(Jose to Nenkin*) - Das Rentensystem, in dem der Beitrag von Frauen gerecht bewertet wird, Tokio 2002.

***Matsumoto K.,* Die strukturelle Reform der sozialen Sicherheit -Reformmaßnahmen und Richtung der Politik in Deutschland, (Shakaihosho kozokaikaku -doitsu ni okeru torikumi to seisaku no hoko), Tokio 1998.**

***Matsumoto K.*, Soziale Sicherheit in Deutschland, Band 1 -Krankenversicherung (Doitsu Shakaihosho ron -iryohoken), Tokio 2003.**

***Matsumoto K.*, Soziale Sicherheit in Deutschland, Band 2 -Rentenversicherung (Doitsu Shakaihosho ron -nenkinhoken), Tokio 2004.**

***Masuda* M, Pflegeversicherungsgesetz (*Kaigohokenho),* Tokio 2000.**

***Masuda M.,* Streitpunkte über die Reform der Pflegeversicherung *(Kaigohoken minaoshi no soten),* Kioto 2003.**

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Ministerium der Finanzen, Zur Finanzlage, Internationaler Vergleich (Zaisei jijo no kokusai hikaku). (http://www. mof.go.jp)

Ministerium für Arbeit, Untersuchung über das Management der Beschäftigung *(Koyokanri chosa).*

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Altenpflege (*Koreisha kaigo)* im Jahr 2015, Tokio 2003.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Aufgaben und Gesichtspunkte der Gesundheitsreform (*Iryohoken kaikaku no kadai to shiteri)* Tokio 2001.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Bevölkerungsbewegungsstatistik *(Jinko dotai tokei).*

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Gesamtbild der Reform der Pflege Versicherung (Kaigohoken kaikaku no zentaizo), Tokio 2005.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Grunduntersuchung über das Leben der Bevölkerung *{Kokumin seikatsu kisochosa).*

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Ziel der wichtigen Punkte der Rentenreform und Diskussionsthemen *{Nenkin kaikaku no kokkaku ni kansuru hokose to ronteri),* Tokio 2002.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Stellungnahme zum Zwischenbericht vom Beirat für Deregulierung *{Kisei kaikaku minkan kaiho suishin kaigi chukan torimatome ni taisuru kangaekata)* vom 5.8. 2004.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Sterbetafel (*„Seimeihyo*), 2004.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Übersicht über die Reform des Pflegeversicherungssystems (Kaigohoken seido kaikaku no gaiyo), Tokio 2006.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Untersuchung der Lohnstruktur *{Chingin kozo kihon tokei chosa).*

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Untersuchung über die Pflegeeinrichtungen und die Pflegedienste (Kaigo sabisu shisetsu jigyosho chosa), 2001.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Weißbuch (*Koseirodo hakusho)* 2005, Tokio 2005.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Wichtige Punkte der Rentenreform *(Nenkin seido kaisei no pointo*) 2004. (http://www.mhlw.go.jp).

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Zur Gesundheitsreform (*.Iryohoken seido kaikaku ni tsuite*), Tokio 2001.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Zusammenfassung des Ergebnisses der Grunduntersuchung über das Leben der Bevölkerung (*.Kokumin seikatsu kisochosa kekka no gaiyo),* 2003.

Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Das Weißbuch über die Rentenversicherung *{Nenkin hakusyo*), Tokio 1999.

Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Entwicklung der medizinischen Ausgaben (*.Iryohi no doko),* 1998.

Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Richtung der künftigen Gesundheitspolitik *{Kongo no iryoseisaku no hoko*), 1984.

Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Unterlagen über einen vorläufigen Entwurf der Pflegeversicherung *{Kaigohokenseido sian ni kansuru shiryo)* vom 15.5.1996.

Ministerium für innere Angelegenheit und Kommunikation, Jahresbericht einer Untersuchung über Arbeitskräfte *{Rodoryoku chosa nenpo).*

***Miyatake G.,* Alles über Renten *{Nenkin no subete),* Tokio 2000.**

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Mukuno M./Tanaka K., **Guide to Social Security (*Hajimete no shakaihosho),* 2. Auflage, Tokio 2003.**

Nishimura K., **Sozialrecht *{Shakaihoshoho),* Tokio 2003.**

Okabe F., **Das Gesetz über die leistungsbezogene betriebliche Altersvorsorge und das Gesetz über die beitragsbezogene Altersvorsorge (*Kakutei kyufu kigyonenkinho & Kakutei kyosyutsu nenkinho),* Tokio 2002.**

Premierministeramt, Umfrage über das System der sozialen Sicherheit (*Shakaihosho seido ni kansuru chosa*), Januar 1999.

Saguchi T./Tsuchida T., **Grundriss der sozialen Sicherheit *{Shakaihosho gaisetsu),* Tokio 2003.**

Sozialversicherungsamt des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Jahresgeschäftsbericht (*.Jigyonenpo*).

Tsutsumi S., **Soziale Sicherheit - ihre Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft *{Shakaihosho -sono kizai genzai mirai),* Tokio 2000.**

Verband der Arbeitnehmerrentenfonds, Frage und Antwort über die betriebliche Altersvorsorge *{Q &A, Koseinenkinkikin seido no shikumi).* (http://www.pfa.or.jp).

Verband der Volksrentenfonds, Rolle der Volksrentenfonds *{Kokuminnenkinkikin seido no yakuwari).* (http://www.npfa.or.jp).

Yano T., **Rentenversicherangssystem im neuen Jahrhundert *{Shinseiki no nenkin seido),* Tokio 2001.**

Yoshihara K., **Neues Rentenrecht *{Shin nenkin ho),* Tokio 1987.**

Yoshihara K./Wada M., **Geschichte des Krankenversicherungssystems in Japan *{Nihon iryohoken seidoshi),* Tokio 1999.**

2. *Literatur in englischer Sprache*

National Institute of Population and Social Security Research, Annual Report on Social Security Statistics, Tokio 2003.

National Institute of Population and Social Security Research, The Cost of Social Security in Japan , Tokio 2005.

National Institute of Population and Social Security Research, Population Projections for Japan: 2001-2100.

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb

https://doi.org/10.5771/9783845201689, am 12.10.2024, 11:41:03
Open Access – (cc) BY – https://www.nomos-elibrary.de/agb