

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 Gehirnschlag) 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 Komfortkrankezimmer, 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 führen. 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.

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 umfassenden 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 therapeutischen 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.<sup>230</sup>

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.<sup>231</sup> 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.**

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.<sup>232</sup> 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.<sup>233</sup> 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 übernommenen 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.