

## 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.

### */.Hintergrund*

#### *1. Geltendes System*

1927 ist in Japan das Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter<sup>27</sup> 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)<sup>28</sup> 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.**

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).<sup>29</sup> 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<sup>30</sup> 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<sup>31</sup> 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, Seelente) 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.

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.<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup> 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).**

ben Pflichtleistungen können die Versicherungsträger<sup>34</sup> nach ihrer Satzung Zusatzleistungen gewähren. Einige AKK erstatten zum Beispiel einen Teil der gesetzlichen Selbstbeteiligung als Zusatzleistung. Die meisten Leistungen sind Pflichtleistungen.<sup>35</sup> 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<sup>36</sup>. Ihnen können von ihrem Versicherungsträger die Kosten für Fahrten erstattet werden.<sup>37</sup> Ferner besteht Anspruch auf Sterbegeld. Anders als in Deutschland haben Versicherte in Japan keinen Anspruch auf Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten.<sup>38</sup>

Die wichtigste Leistungsart in der GKV ist die Krankenbehandlung.<sup>39</sup> 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 Trägern 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.

- 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<sup>40</sup> festgelegt. Früher war der Leistungskatalog der von der GKV angebotenen Krankenbehandlung eingeschränkt.<sup>41</sup> 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.<sup>42</sup>

Die Krankenbehandlung der GKV muss notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. 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.

enthält, wird sie als private Behandlung betrachtet.<sup>43</sup> Die vom Gesundheitsminister bestimmten Leistungen bilden eine Ausnahme von diesem Verbot.

dd) Leistung für alte Versicherte

Alte Versicherte ab 75 Jahren<sup>44</sup> 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<sup>45</sup>, deren Inhalt und Umfang den Leistungen der GKV entsprechen.<sup>46</sup>

d) *Selbstbeteiligung*

Versicherte unter 70 Jahren und Versicherte ab 70 Jahren müssen als Selbstbeteiligung 30 % bzw. 10 %<sup>47</sup> der Kosten für die medizinischen Leistungen tragen. Die Selbstbeteiligung kann sehr hoch werden, weil sie von den Kosten abhängt. Wenn die Selbstbeteiligung eine Obergrenze<sup>48</sup> 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.

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 Versicherungsträgern und Leistungserbringern keinen direkten Versorgungsvertrag. Die medizinische Leistung der GKV wird grundsätzlich durch niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser<sup>49</sup> 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.<sup>50</sup>

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.<sup>51</sup>

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.<sup>52</sup> 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.<sup>53</sup>

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.1 AKVG.

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

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.<sup>54</sup>

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<sup>55</sup> 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<sup>56</sup>. Die Beiträge werden in der AKV von den Versicherten und den Arbeitgebern je zur Hälfte<sup>57</sup> und in der VKV von den Versicherten alleine getragen<sup>58</sup>. 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 Beitragssatz 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 Beitragssatz 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.



Staatszuschüsse zielen darauf ab, die Folgen der unterschiedlichen Einkommenshöhen der Mitglieder zwischen den Versicherungsträgern auszugleichen<sup>59</sup>.

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 einzubenen. 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 letzten 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.<sup>60</sup> 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.