

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.

In den sogenannten „Maßstäben“<sup>76</sup> 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.<sup>77</sup>

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<sup>78</sup>. 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.

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.<sup>79</sup>

*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<sup>80</sup> 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.<sup>81</sup> 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.<sup>82</sup> Obwohl es in Japan keine solche

---

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

<sup>80</sup> Das Gesundheitsministerium untersucht alle zwei Jahre die Einnahmen und Ausgaben der Leistungserbringer.

<sup>81</sup> 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.

<sup>82</sup> §71 Abs.2SGB V.

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 Gesamtleistungsausgaben 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.<sup>83</sup>

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<sup>84</sup> wird anhand des Preises, zu dem die Leistungserbringer Arzneimittel gekauft haben (Einkaufspreis), vom Gesundheitsminister geändert.<sup>85</sup> 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)“<sup>86</sup> 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“.

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 Fehlversorgung 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.<sup>87</sup> 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.<sup>88</sup>

### 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 Ausgangspunkt 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“<sup>44</sup>

---

**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.