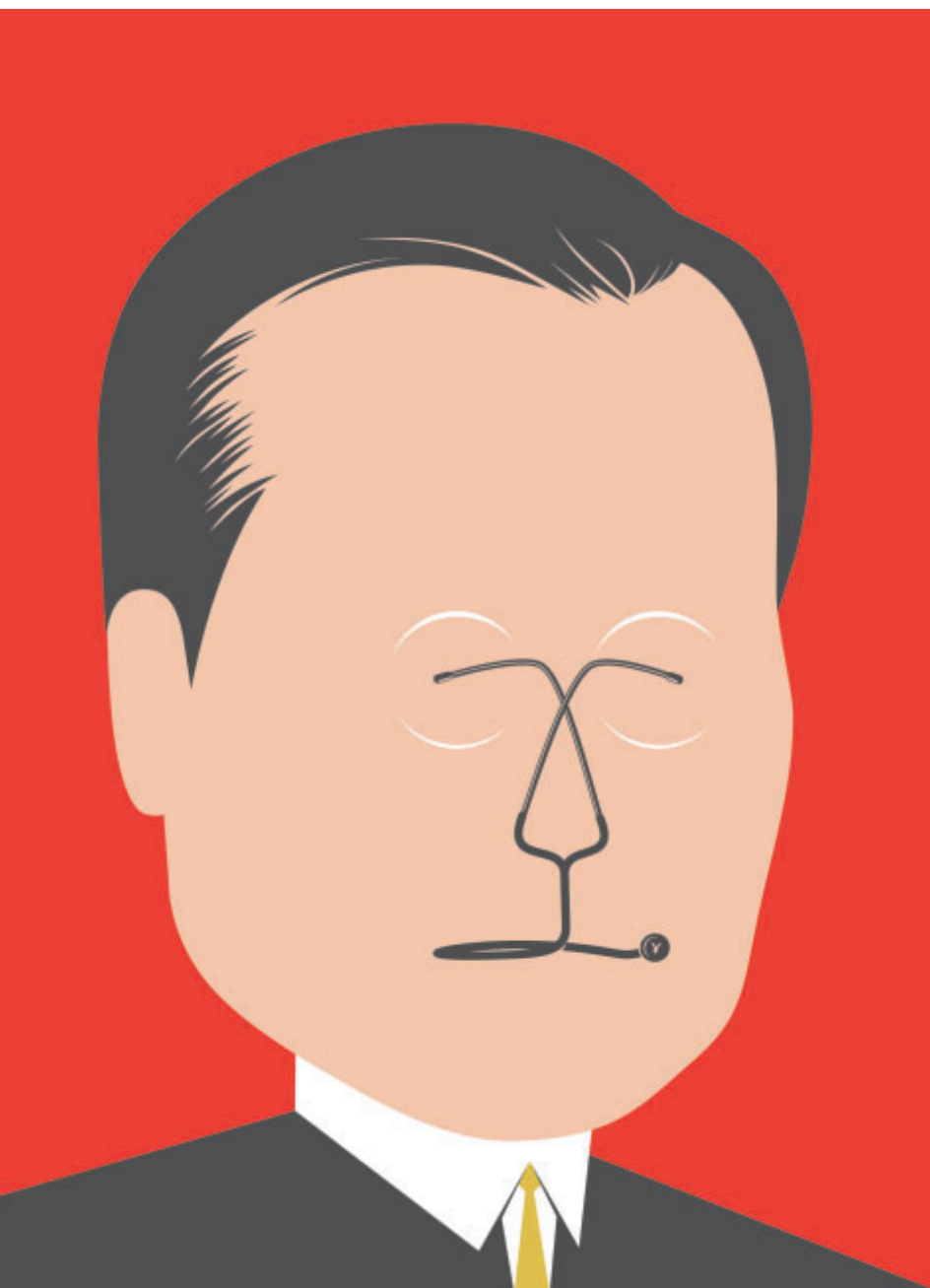


Das japanische Gesundheitssystem

Von Seiritsu Ogura

Professor für Wirtschaft an der Hosei-Universität in Tokio, Japan, und Redakteur des *Japanese Journal of Health Economics and Policy*



Das japanische Gesundheitswesen befindet sich in einer Krise. Im Gegensatz zu vergangenen Krisen läuft diese jedoch in aller Stille ab, denn sie ist darauf zurückzuführen, dass wesentliche Dienstleistungen einfach verschwinden. An Wochenenden herrscht in der Notaufnahme aller großen Krankenhäuser gähnende Leere, weil Patienten entweder schon vor oder gleich nach ihrer Ankunft abgewiesen werden. Die Krankenhäuser haben nicht genug Personal für die Notaufnahme – und selbst wenn sie es hätten, könnten sie sich die Versorgung der vielen Patienten nicht leisten. In ländlichen Gemeinden werden zahlreiche öffentliche Krankenhäuser von den Kommunalverwaltungen aus Geldmangel geschlossen. Wir leiden an einem gravierenden Mangel an Ärzten, Krankenschwestern, Unfallstationen, Kinderkliniken, Geburtsstationen, ...

In den letzten zehn Jahren haben wir beobachtet, wie eine ganze Reihe schlechter Entscheidungen des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales (MHLW) zu dieser Situation beigetragen haben. Aber sie sind eher das Ergebnis der Krise als deren Ursache. Unsere Mittel sind knapp, weil wir nicht genug Geld in unser Krankenversicherungssystem gesteckt haben, um für den wachsenden Anteil Älterer in der Bevölkerung zu sorgen. In den letzten Jahren wollte niemand über Steuererhöhungen reden – aus Angst, die nächste Wahl zu verlieren. Der Staat hat in den letzten beiden Jahrzehnten einen riesigen Schuldenberg angehäuft, der inzwischen fast doppelt so groß wie das Bruttoinlandsprodukt ist. Das faktische Defizit unserer öffentlichen

Rentenkasse ist ähnlich groß. Bis 2011 möchte das Finanzministerium die Haushaltslage stabilisieren und fordert vom MHLW, die Gesundheitskosten unter Kontrolle zu halten und die Erhöhung der Ausgaben für alle Sozialversicherungsprogramme in den Jahren bis 2011 auf maximal 1,1 Billionen Yen zu begrenzen. Als Antwort auf diesen Druck entwickelte das MHLW 2006 ein Reformpaket, das aus Krankenversicherungsprogrammen für Menschen über 75 und einem neuen Rückversicherungssystem für 65- bis 74-Jährige bestand. Diese Programme traten im April 2008 in Kraft, sind aber bis jetzt auf scharfe Kritik gestoßen. Im Folgenden werde ich die Grundzüge dieses Finanzreformpakets sowie die Gründe für den starken Widerstand in der Bevölkerung erläutern.

Aus historischen Gründen besteht das öffentliche japanische Krankenversicherungssystem aus zwei Hauptversicherungsarten: Krankenversicherungen für Angestellte und kommunalen Krankenversicherungen. Das Krankheitsrisiko und die finanzielle Basis dieser beiden Versicherungsarten sind sehr unterschiedlich. Im Wesentlichen haben die Angestelltenversicherungen einen geringeren Bedarf an Gesundheitsversorgung und eine größere Einkommensbasis, während die Kommunalversicherungen einen viel höheren Bedarf an Gesundheitsversorgung und eine geringere Einkommensbasis haben. Trotz dieser Diskrepanz konnte der Staat den Kommunalversicherungen bis in die 70er Jahre genügend Zuschüsse zur Verfügung stellen. Als aber die Anzahl der dort versicherten Rentner anstieg, wurde die Kluft immer größer. In den frühen 80er Jahren konnte der Staat angesichts seiner eigenen riesigen Defizite den Zuschussbedarf der Kommunalversicherungen nicht mehr decken. 1982 führte die Regierung in unsere Krankenversicherung die Rückversicherung für die Gesundheitskosten der über 70-Jährigen ein. Bei diesem System steuerte der Staat die Hälfte der Kosten bei und bat alle anderen Versicherungen,

die verbleibende Hälfte zu zahlen – basierend auf einer Formel mit Faktoren wie der Anzahl der Mitglieder. Im Laufe der Jahre wurden die Beitragsformeln einige Male geändert und das Mindestalter für die Rückversicherung auf 75 erhöht. Die Regierung hat das Rückversicherungssystem schließlich umbenannt: Seit April 2008 heißt es 'Krankenversicherung für die ganz Alten'. Es ist nun in regionale Krankenversicherungen unterteilt und deckt zehn Prozent der Kosten überwiegend durch eine eigene Kopfsteuer ab. Darüber sieht das eigene Leistungspaket der Regierung statt Einzelleistungsvergütung nun für die meisten ambulanten Behandlungen pauschale Zahlungen vor.

Dieses System hat in der Öffentlichkeit einen Aufschrei der Empörung ausgelöst. Einige haben die Versicherung, in Anlehnung an einen japanischen Film, mit einem 'Großmutter-Entledigungsberg' verglichen. Damit warfen sie der Regierung vor, zu versuchen, den über 75-Jährigen die normalen Gesundheitsdienstleistungen zu verweigern.

Sobald Einzelheiten bekannt wurden, erhoben auch die meisten Ärzte heftigen Widerspruch gegen das umfangreiche Zahlungssystem, das sie daran hindern würde, notwendige Behandlungen oder Tests durchzuführen und notwendige Medikamente zu verordnen. Diese Versicherung für die ganz Alten war auch wegen der regressiven Kopfsteuern ins-

besondere bei der armen Bevölkerung sehr unbeliebt. Das alles könnte die momentane Regierung sogar die Wahl kosten.

In der Vergangenheit gab es ein anderes Rückversicherungssystem für die unter 75 Jahre alten Menschen: Die Angestelltenversicherungen erstatteten den Kommunalversicherungen die Kosten für diejenigen, die zur Kommunalversicherung übergewechselt waren. Ab April 2008 ersetzte die Regierung dieses Programm durch eine umfassende Gesundheitsrückversicherung für alle Personen zwischen 65 und 74. Die betreffenden Gesundheitskosten werden von allen Versicherungen proportional zu deren Anzahl an Versicherten zwischen 0 und 74 Jahren getragen. Der Staat zahlt keine eigenen Beiträge in dieses System ein. Er bezuschusst jedoch die Kommunalversicherungen mit der Hälfte der jeweiligen Beiträge und die Programme kleinerer Betriebe mit 17 Prozent. Dieses neue System stieß allerdings auf heftige Proteste der großen Unternehmen. Warum? Nehmen wir einmal an, dass jemand am 31. Dezember letzten Jahres 65 wurde. Nehmen wir weiterhin an, dass auf ihn jetzt jährlich viermal so viele Gesundheitskosten entfallen wie bis zu seinem 65. Geburtstag. Wie wird die Differenz in unserem neuen Rückversicherungssystem bezahlt? Zuerst müssen wir die Selbstbeteiligung, dann die Rückversicherung und schließlich die staat-

„Die Hauptursache für unsere gegenwärtige Krise sind fehlende Geldmittel.“

Seiritsu Ogura

Professor für Wirtschaft an der Hosei Universität, Tokio, Japan,
und Redakteur des *Japanese Journal of Health Economics and Policy*

Zahlen & Fakten

Eine alternde Gesellschaft: Heute hat Japan die höchste Lebenserwartung, die niedrigste Kindersterblichkeit und die älteste Bevölkerung der Welt. Und sie wird in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts noch weiter altern. Bis zum Jahr 2055 wird die Lebenserwartung für Männer voraussichtlich 83,7 Jahre betragen, während es im Jahr 2007 noch 79,2 Jahre waren. Die der Frauen stieg auf 90,3 Jahre im Vergleich zu vorher 86 Jahren. Angesichts der hohen Lebenserwartung und der geringen Geburtenrate stieg der Anteil der Bevölkerung der Altersgruppe 65 und älter dramatisch an – von 4,9 Prozent 1955 auf 20,1 Prozent 2005. Im Jahr 2055 wird dieser Anteil 40,5 Prozent erreichen.¹

Das Gesundheitssystem: Japan verfügt über ein nationales Krankenversicherungssystem. Die gesamte Bevölkerung ist entweder durch Arbeitnehmersicherungen, kommunale Versicherungen oder Spezialversicherungen versichert. Alle Krankenversicherungen bieten die gleichen Leistungen. Arbeitgeber zahlen 50 Prozent des Versicherungsbeitrags. Die Patienten tragen derzeit entweder zehn Prozent (70 Jahre oder älter) oder 30 Prozent (alle anderen sowie wohlhabende Senioren) zu den Kosten stationärer oder ambulanter Behandlung oder von verschriebenen Medikamenten bei. Kinder müssen 20 Prozent zuzahlen – allerdings tragen inzwischen viele Städte oder Kommunen diese Kosten ganz oder teilweise, um Bürger anzulocken oder zu halten. Für Menschen zwischen 70 und 74 war eine Erhöhung der Zuzahlungsrate auf 20 Prozent geplant, wurde aber vorübergehend ausgesetzt. Für die Kosten von Geburten werden maximal 350.000 Yen (rund 3.000 Euro) gezahlt. Routineuntersuchungen während der Schwangerschaft sind nicht von der Krankenversicherung gedeckt.

Unter den Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) rangiert Japan hinsichtlich der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit zwar knapp unter dem Durchschnitt, die Zuschüsse des öffentlichen Sektors zu den Ausgaben im Gesundheitswesen liegen mit 83 Prozent jedoch weit über dem OECD-Durchschnitt von 73 Prozent. Japan hat weniger Ärzte pro Kopf, nämlich etwa zwei Drittel des OECD-Durchschnitts. Das liegt zum Teil daran, dass die staatliche Regulierung nur begrenzt Zulassungen für neue Studenten zu den medizinischen Ausbildungsstätten vergibt. Japan verfügt über die höchste Anzahl an Krankenhausbetten – zwei Mal so viele wie der OECD-Durchschnitt – und über die höchste Anzahl an Magnetresonanztomographen, das sind vier Mal so viele wie der OECD-Durchschnitt.

Das Pflegeversicherungssystem: Das nationale Pflegeversicherungssystem wurde 2000 eingeführt und bietet verschiedene Pflegedienstleistungen für die häusliche Pflege und die Heimpflege der Senioren. Die Versicherungsbeiträge werden auf zwei Arten eingezogen, nämlich über einen Aufschlag auf die Krankenversicherungssteuern für Personen zwischen 40 und 64 sowie über kommunale Kopfsteuern für Einwohner, die 65 oder älter sind. Die Selbstbeteiligung liegt bei zehn Prozent. Die Gesamtkosten für die Leistungen haben sich seit Einführung des Systems schon verdoppelt und 2006 einen Betrag von 5.571 Milliarden Yen (ca. 44,7 Millionen Euro) erreicht.² Die Hälfte der Kosten wird aus allgemeinen Steuereinnahmen finanziert.

Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit: Zu den häufigsten Erkrankungen bei älteren Menschen gehören Kreislauf-erkrankungen; sie betreffen 30,1 Prozent dieser Bevölkerungsgruppe. Auf diese Krankheiten entfielen 5.379 Milliarden Yen im Jahr 2005 – das sind 21,5 Prozent der Gesundheitsausgaben. Mit 30,1 Prozent aller Todesfälle war Krebs die Haupttodesursache, gefolgt von Herzkrankheiten mit 16 Prozent und Hirngefäßkrankheiten mit 12,3 Prozent.³

Durch die Lebensführung bedingte Risikofaktoren: Rauchen ist in Japan bei weitem der wichtigste einzelne Risikofaktor für die Gesundheit. Mit 39,9 Prozent liegt der Anteil der rauchenden Männer in Japan an vierthöchster Stelle aller entwickelten Länder, wobei die Zigarettenpreise gleichzeitig zu den niedrigsten gehören. Ein Päckchen Zigaretten kostete 2007 durchschnittlich 304,6 Yen (ca. 2,50 Euro).⁴ Es gibt nur wenige rauchfreie öffentliche Bereiche. Außerdem hat die Regierung in jüngster Zeit Übergewicht als bedeutendes Gesundheitsrisiko betont. Obwohl 2005 nur 3,9 Prozent aller Japaner übergewichtig waren (im Vergleich zu 34,3 Prozent in den USA im Jahr 2006), hat sie ein obligatorisches nationales Programm zur Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen für Arbeitnehmer im Alter von 40 oder älter eingeführt.

¹ 2008 Annual Report on the Aging Society, Kabinettsamt, japanische Regierung

² www.mhlw.go.jp, Letzter Zugriff Sept. 16, 2008.

³ www.mhlw.go.jp, Letzter Zugriff Sept. 16, 2008.

⁴ www.mhlw.go.jp, Letzter Zugriff Sept. 16, 2008.



Zahnärzte
pro 1.000 Einwohner
0,761 (2006)



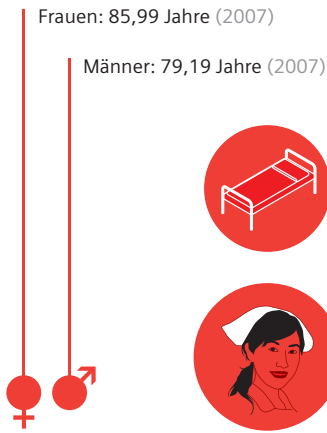
Ärzte
pro 1.000 Einwohner
2,1 (2006)



Krankenhausbetten
pro 1.000 Einwohner
8,2 (2006)



Krankenschwestern
pro 1.000 Einwohner
9,3 (2006)



Lebenserwartung bei der Geburt



Anteil der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt: 8,2% (2005)



Anteil der über 65-jährigen an den Gesundheitsausgaben: 35% (2005)



Anteil des öffentlichen Sektors an den Gesundheitsausgaben: 82,7% (2005)

Gesamtausgaben für das
Gesundheitswesen pro Kopf
(inkl. Kaufkraftausgleich):
€ 1.947 (2005)



„Unsere Mittel sind knapp, weil wir nicht genug Geld in unser Krankenversicherungssystem gesteckt haben, um für den wachsenden Anteil Älterer in der Bevölkerung zu sorgen.“

Seiritsu Ogura

Professor für Wirtschaft an der Hosei Universität, Tokio, Japan, und Redakteur des *Japanese Journal of Health Economics and Policy*

lichen Zuschüsse betrachten. Eine grobe Rechnung zeigt uns, dass durch Selbstbeteiligung nur drei Prozent, durch staatliche Zuschüsse 25 Prozent, durch Arbeitnehmerbeiträge 52 Prozent und durch die Kommunalversicherungen knapp 20 Prozent abgedeckt werden. 2005 wurden 49 Prozent der Kosten des nationalen Gesundheitswesens durch Versicherungsbeiträge und 36 Prozent durch den Staat finanziert. Das neue Rückversicherungspaket erhöht den marginalen Anteil der Beiträge auf 72 Prozent und senkt den marginalen Anteil der staatlichen Zuschüsse auf 25 Prozent. Damit verschiebt der Staat die Last einfach auf die Arbeitnehmerversicherungen.

Die Arbeitnehmer zahlen bereits jetzt fast genau so viel für die Älteren wie für die eigenen Gesundheitskosten. Da der Anteil der Älteren an der Bevölkerung

wächst, steigen auch die Beiträge der Arbeitnehmer. Diese Entwicklung wird erst aufhören, wenn sich genügend Arbeitnehmer darüber ärgern. Ich würde äußerst ungern weitere Einschnitte in die Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen tragischen Konsequenzen sehen. Außerdem sollten wir uns Gedanken um die aufgrund solch hoher Gehaltsabzüge entstehenden Verluste machen: Sie führen zum Wegfall von Arbeitsplätzen und zur Gewinnminderung bei den Unternehmen. Gehaltsabhängige Beiträge mögen zwar viel besser als Kopfsteuern sein, sind aber nicht so gerecht wie Verbrauchssteuern zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung der zunehmenden älteren Bevölkerung. Ich hoffe, dass die Politiker nach der nächsten Wahl den Mut haben, die Verbrauchssteuersätze zu erhöhen, um die gegenwärtige Krise unseres Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen.

Ein anderer interessanter Punkt ist die Auswirkung des Reformpakets auf schwächere unternehmenseigene Arbeitnehmerversicherungen. Es gibt über 1.200 unternehmenseigene Versicherungen, von denen viele ihre Auflösung beschließen und den neuen regionalen Arbeitnehmerversicherungen für kleine Unternehmen beitreten könnten, anstatt höhere Beitragssätze zu zahlen. Langfristig würden wir dann zumindest bei den Arbeitnehmerversicherungen integrierte Krankenversicherungsansätze haben.

Die in diesem Artikel wiedergegebenen Ansichten spiegeln nicht unbedingt die Meinung von Siemens Healthcare wieder.



Seiritsu Ogura ist Professor für Wirtschaft an der Hosei Universität in Tokio. Er ist außerdem Redakteur des *Japanese Journal of Health Economics and Policy*, der offiziellen Zeitschrift der Japan Health Economic Association, und Mitglied dessen Vorstands. Ogura hat seinen

Abschluss an der Juristischen Fakultät der Universität Tokio gemacht und besitzt einen Dokortitel in Ökonomie von der University of Pennsylvania. Bevor er an die Hosei-Universität kam, war er Chefvolkswirt am Japan Center for Economic

Research, einer der führenden Expertenkommissionen in Japan. Seit den 90er Jahren arbeitet er in den Bereichen Altern und öffentliche Gesundheit in Japan. Dort beschäftigt er sich insbesondere mit Bevölkerungsprognosen, Rentenreformen, Reformen der öffentlichen Krankenversicherungen und neuerdings auch Reformen der Pflegeversicherung und Eindämmung des Tabakmissbrauchs. Er hat zwei Bücher mit herausgegeben: *Aging Issues in the United States and Japan* (2001) und *Labor Markets and Firm Benefit Policies in Japan and the United States* (2003), die beide bei der University of Chicago Press veröffentlicht wurden.