

Die japanische Pflegeversicherung Darstellung und Überlegungen aus bundesdeutscher Perspektive

Barbara Reisach

Die japanische Pflegeversicherung wurde im Frühjahr 2000 eingeführt. Die Ausrichtung ist eng an die deutsche Pflegeversicherung angelehnt.

Auch in Japan ist die Familie als Hauptträger der Pflege in ihrer sozialpolitischen Bedeutung erkannt worden. Eines der Hauptziele der Gesetze liegt in der Entlastung der familialen Bezugspersonen. Der Untersuchungsbereich dieser Arbeit beschäftigt sich daher mit der Pflegeversicherung in der häuslichen Pflege.

Engl. Abstract – The Japanese long term care insurance was introduced in spring 2000. It is modelled closely after the German Pflegeversicherung. In Japan too the family has been recognised as the cornerstone of care in its social-political significance. One of the main goals of the law is the relieve of the family members. Therefore in this text the long term care insurance is considered in the scope of home care.

Übersicht

- Einführung
- Demographische Faktoren
- Das japanische Gesundheitswesen
- Altenpflege und Familie
- Pflegeversicherung im häuslichen Bereich
- Struktur der Pflegeversicherung
- Erfassung der Pflegebedürftigkeit
- Unterschiede in beiden Pflegeversicherungen
- Anregung für die Umsetzung in Deutschland

Einführung

Die Einführung der Pflegeversicherung in Japan ist der Versuch die traditionelle Weise der Pflege innerhalb der Familie mit der modernen Lebensweise der japanischen Familie in Einklang zu bringen.

Demographische Faktoren, die den Pflegebedarf beeinflussen

Steigende Lebenserwartung

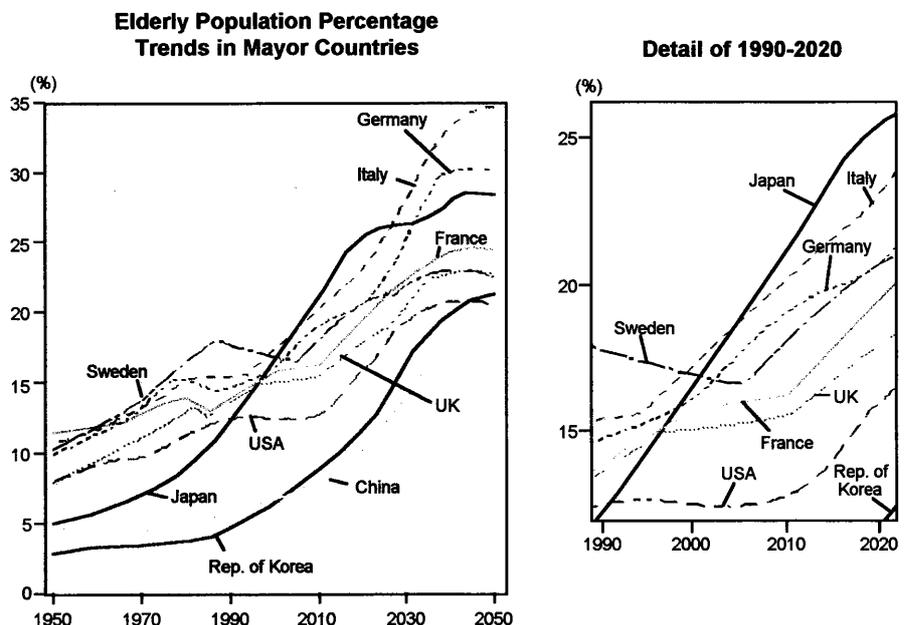
Unter den Industrienationen erwartet Japan die stärkste Zunahme der älteren Bevölkerung (definiert als Personen im Alter von mindestens 65 Jahren) innerhalb der nächsten beiden Jahrzehnte unter den Industrienationen. Diese Altersgruppe wird bereits 2006 bei 20% anlangen und in den darauffolgenden 14 Jahren hochschnellen auf 25,8%. Das heißt mit

anderen Worten: 2020 wird einer/eine von vier JapanerInnen über 65 Jahre alt sein (Abb.1). Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist in Japan die höchste auf der Welt. Im Jahr 1992 lag die Lebenserwartung für Frauen bei 83 Jahren und für Männer bei 76,3 Jahren. In Deutschland wird die Lebenserwartung 1991 bei Frauen mit 78,9 und bei Männern mit 72,3 Jahren angegeben. Die interne demo-

graphische Struktur der Altersbevölkerung ist in Hinblick auf den Pflegeaspekt näher zu betrachten. Die jüngeren Alten (zwischen 65 und 74 Jahren) sind nach ihrer Pensionierung noch aktiv im Arbeitsmarkt.

Diese Altersgruppe ist somit gesellschafts- und finanzpolitisch noch nicht unbedingt als „Kerngruppe des Ressourcenverbrauchs“ anzusehen. Ganz

Abb. 1: Entnommen aus der Homepage „Japanes Mission to the EU: Caring for the elderly“:



besonders zu bedenken ist aber der vorausgesagte starke Anstieg der Gruppe der 80jährigen und älter, da sie die Hauptnutzer der Pflegeversicherungsleistungen sind.

Ab 2025 wird damit gerechnet, daß der Anteil der „alten“ Alten den der „jungen“ übersteigt (Abb. 2).

Die Zahl der über 74jährigen betrug nach 1975 lediglich 2,8 Millionen, bis 1995 wuchs ihre Zahl auf 7,2 Millionen, und wird bis 2030 mit 19 Millionen ihren Höhepunkt erreichen.

Der Anteil an der Altenbevölkerung der „alten“ Alten verschiebt sich dabei dramatisch. 1975 machten Menschen über 74 Jahren nur 32% der Altenbevölkerung aus. 1995 waren es bereits 39,3%, und im Jahr 2030 werden 58,7% prognostiziert. Damit verbunden ist eine massive Zunahme der über 100jährigen. Ihre Zahl wird von 6.000 1995 auf 10.000 im Jahr 2000 (Deutschland: 13.000) steigen und 2050 die 220.000 Marke durchstoßen (Oberländer 1997).

Im Gesundheitsreport Nordrhein Westfalens wird darauf hingewiesen, daß ein Pflegebedürftigkeitsrisiko jenseits der 79-Jahresgrenze signifikant ansteigt. „Die 80jährigen und älter unter den Personen mit ‚regelmäßigem Pflegebedarf‘ waren mit rd. 17 v.H. fast sechsmal so häufig vertreten wie die zu Hause lebenden 65-79jährigen“ (1994: 32).

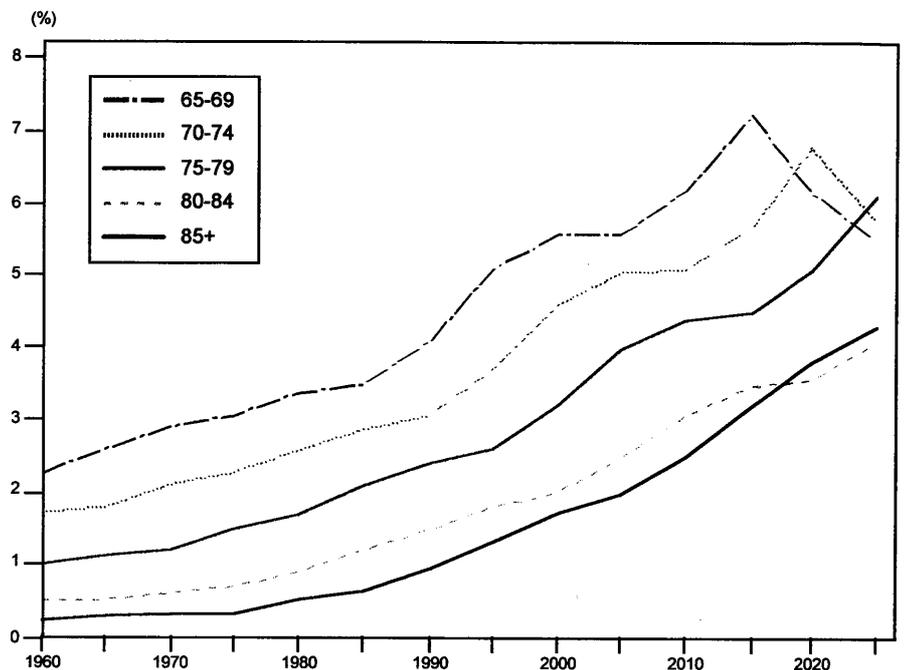
Mehrere amerikanische Studien haben außerdem gezeigt, daß mit jedem „gesunden“ Jahr der Lebensverlängerung 3,5 Jahre Pflegebedürftigkeit hinzugefügt wird (Prah und Schroeter 1996).

Angesichts dieser Zahlen wird das intensive Bemühen der Japaner um die Implementierung einer tragfähigen, sprich langfristig finanzierbaren Altenpflegepolitik, verständlich.

Regionale Unterschiede des Anteils älterer Menschen

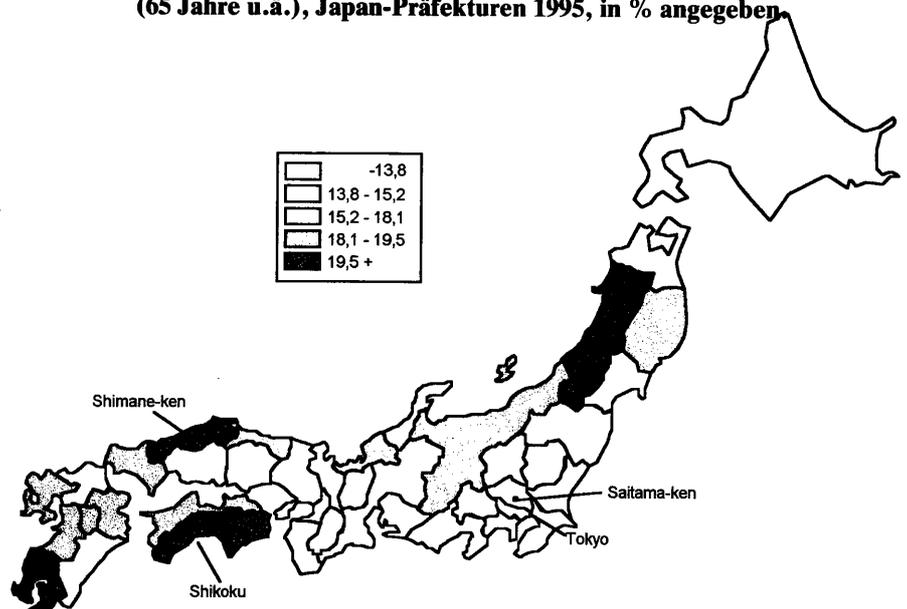
Wenn für Deutschland überhaupt von einer Stadt- Land Migration gesprochen werden kann, dann, in dem Sinne der Untersuchung von Veith und Bucher (1994), daß – umgekehrt zu Japan – die höheren

Abb. 2: Veränderung des Anteils alter Menschen nach Altersgruppen, Japan 1960-1995 (real) und 1995-2025 (Schätzung)



(Quelle: Ralph Lützele 1997: 13; Berechnungen nach Samucho Tokeikyoku 1993; Koseisho Jinko Mondai Kenkyujo 1992)

Abb. 3: Räumliches Muster des Anteils alter Menschen (65 Jahre u.ä.), Japan-Präfekturen 1995, in % angegeben



Quelle: Lützele 1997: 14

Altenanteile in städtischen Regionen anzutreffen sind, ausgenommen das Alpenvorland mit 21,3%. Dazu kommt die gesunkene Fertilität in den Städten.

In Japan ist diese Umverteilung jedoch in sehr starken Maße ausgeprägt.

Nach jüngsten Zahlen von 1995 schwankte der Anteil von Personen über 64 Jahre innerhalb der 47 Präfekturen Japans zwischen 10,1% in der vorstädtischen, nahe Tokyo gelegenen Präfektur Saitamaken und 21,7% in der ländlichen westjapanischen Präfektur Shimaneken (Abb. 3 Lützele 1997: 14).

Das japanische Gesundheitswesen in ausgewählten Bereichen

Überblicksinformationen

Die Entwicklung des japanischen Versicherungssystems Anfang dieses Jahrhunderts lehnte sich stark an das Bismarcksche Modell an. Japan hat seit der Einführung die niedrigste Quote an Gesundheitsausgaben unter den großen Industrienationen. Mit einem Anteil von lediglich 6,9% (Angaben von 1992) der unmittelbaren Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt hat Japan eine Ausgabenquote, die deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von 8,45% und USA mit 12,8% liegt (Schneider M. et al. 1994). Das liegt an der geringeren Anzahl von Krankenhauseinweisungen mit zehn je 100 Einwohnern, und damit nur etwa die Hälfte des Wertes westlicher Länder. Dazu kommen Leistungsbeschränkungen im Heil- und Hilfsmittelbereich, hohe Selbstbeteiligung, Zugangsbeschränkung, geringerer Beschäftigungsgrad im Gesundheitswesen und geringere Verwaltungskosten.

40,6 % der laufenden Gesundheitsausgaben entfallen auf den Krankenhaussektor. Das ist gering angesichts der Tatsache, daß die Bettendichte mit 15,8 Betten je 1.000 Einwohner (1991) die höchste von 18 verglichenen internationalen Gesundheitssystemen ist, mit steigender Tendenz.

Ein Krankenhaus ist in Japan als medizinische Einrichtung mit mindestens 20 Betten definiert. Die durchschnittliche Verweildauer liegt mit 49 Tagen ebenfalls an der Spitze. Vergleiche dazu Deutschland West 12,3 (1991) und Ost 13,9 (Schneider M. et al. 1994).

Eine Erklärung für die lange Verweildauer ist die Fehlbelegung. Der hohe Anteil an pflegebedürftigen Menschen in Krankenhäusern ist auf das Phänomen der „sozialen Indikation“ zurückzuführen. Auf Grund fehlender Institutionen und sozialer Dienste können die Pflegebedürftigen nicht entlassen werden, da ihre weitere Betreuung nicht gesichert wäre. Die „Fehlbelegungsquote“ beläuft sich nach Oberländer etwa jedes Jahr

auf zirka 4%, das sind rund 740.000 Personen.

Für die alte Bundesrepublik werden rund 35.000 Menschen aus sozialen Indikationen länger im Krankenhaus behalten (Kötter und Focke, 1995: 17 nach Oberländer 1997).

Gleichzeitig ist der Krankenhauspersoneinsatz in Japan pro Bett am geringsten: 0,8 (1987). Deutschland lag 1992 bei 1,44 Krankenhauspersoneinsatz in West- und 1,31 in Ostdeutschland (Schneider M. 1994).

Die Vergütung der Krankenhäuser erfolgt über eine Kombination von Tagessätzen und Einzelleistungsvergütungen, im nationalen Punktesystem, das auch die ambulante ärztliche Leistung und die Preise der Arzneimittel festlegt.

Seit 1990 wurde für geriatrische Krankenhäuser ein Budgetierungssystem eingeführt, um die Leistungen zu rationalisieren und die Verweildauer der Patienten zu senken.

Die gesetzliche Krankenversicherung

Japan verfügt ähnlich wie die Bundesrepublik Deutschland über ein gegliedertes Krankenversicherungssystem, jedoch mit folgendem Unterschied: Die *gesamte* Bevölkerung ist mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert. Eine private Zusatzversicherung hatten 1992 etwa 60% der Arbeitnehmer als Krankenhaus-Tagegeldversicherung abgeschlossen, die erst ab dem 7. Tag eintritt und einen begrenzten Gesamtbetrag nicht überschreiten darf.

Das japanische Ministerium für Finanzen und Gesundheit versuchte damit die Ziele gesetzlicher Selbstbeteiligung gegen Angebote privater Versicherungsunternehmen aufrecht zu erhalten. Seit 1995 wurde der Versicherungsmarkt mit der Einführung der zusätzlichen privaten Krankenversicherung dereguliert, um den Wettbewerb zu verstärken.

Der Beitrag in den beiden maßgeblichen staatlichen Krankenkassentypen, Betriebskrankenkassen und die kommunalen Krankenkassen, schwankt zwischen 4,2 und 10,3% (Arbeitneh-

mer- und Arbeitgeberbeitragssatz zusammen) aufgrund der unterschiedlichen Lohneinkommen und einem erhobenen Risiko je nach Alter, ausgeübtem Beruf, Vorerkrankungen etc. Die Beiträge werden je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Neben den beiden Kassenarten gibt es noch eine dem Alter nach aufgeteilte Versicherungsart: die staatliche Volkskrankenversicherung für alle Rentner oder Arbeitnehmer über 70 Jahre.

Anfang der 80er Jahre versuchte die japanische Regierung auf die überproportionale Ausgabenentwicklung für die medizinische Versorgung ihrer älteren Bevölkerungsmitglieder mit dem Gesundheitsleistungsgesetz zu reagieren. Ziel dieses Gesetzes ist, älteren Menschen umfassende Leistungen, einschließlich präventiver Maßnahmen, anzubieten und diese Kosten auf alle Versicherungsnehmer gleichmäßig zu verteilen. Dazu wurde ein kassenübergreifender Finanzausgleich in Abhängigkeit vom Versichertenanteil älterer Menschen und deren Ausgaben eingeführt. Zusätzlich wurde eine generelle Selbstbeteiligung von 10% für Arbeitnehmer und eine Pauschale für die Älteren ab 65 festgelegt, mit Rücksicht auf deren niedrige Rente. Dies sollte zu einer kostenbewußten Leistungsanspruchnahme im Krankenhaus führen.

Seit Oktober 1993 wurde dieses Modell der Selbstbeteiligungsform noch weiter differenziert. So zahlen die Mitglieder nach wie vor 10% zu, Familienangehörige 20% und Selbständige 30%, Rentner einen Pauschalbetrag. Diese Zuzahlung gilt auch bei Arzneimitteln. Verordnete ambulante Heil- und Hilfsmittel sind sehr begrenzt (Motozawa 1995).

Der Grad an Selbstbeteiligung gilt formell auch im Krankenhaus. Teilweise müssen Patienten auf privater Basis aber erhebliche Zuzahlungen machen, um von einem bestimmten Arzt behandelt zu werden und zusätzlich Pflegende zu finanzieren.

Für langfristige und kostspielige Behandlungen gibt es zwei Sonderregelungen. Es existiert eine Liste mit 40 Krankheiten, zum Beispiel Hämophilie und chronische Nierenfunktionsstörungen, bei denen die Selbst-

beteiligung von den Kassen auf 10.000 Yen/Monat (entspricht ca. 105 DM, Stand: März 1999) beschränkt wird. Außerdem wird bei Krankheiten oder Verletzungen, die länger als drei Monate eine Behandlung erfordern, die Selbstbeteiligung ab den vierten Monat gekürzt, ohne aber vollständig wegzufallen.

Pflegeinstitutionen

Die japanische Pflegepolitik spiegelt sich im Ausbau von Institutionen für Pflegebedürftige wieder. Ein Plan, der sogenannte „Gold-Plan“, wurde 1989 ins Leben gerufen. Er beinhaltet eine 10-Jahresstrategie zur Unterstützung der Gesundheit und des Wohlergehens älterer Menschen. Dahinter stand das Bemühen einer schnellen Expansion von institutionellen und häuslichen Pflegeeinrichtungen. Haushaltshilfe, Tagespflege und Kurzzeitpflegeplätze wurden als Angebot ausgeweitet.

Das Angebot an Heimplätzen für ältere Menschen lag mit 2,1% deutlich unter dem deutschen Versorgungsgrad von 5,5% (ausgehend von 674.013 Heimplätzen nach Klein und Salaske 1996: 42, in Oberländer 1997).

Häusliche Pflegedienste

Für 1990 wurde die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen mit 1,33 Mio. in Japan angegeben. „870.000 Pflegebedürftige leben zu Hause, 250.000 in Krankenhäusern, 160.000 in speziellen Pflegeheimen und 50.000 in Einrichtungen für die Gesundheit alter Menschen“ (Horiokoski 1994: 179; zitiert nach Oberländer 1997: 65).

Aus der Verteilung ist erkennbar, daß der Anteil der Familienpflege mit 64% die wichtigste Pflegeform in Japan ist. Im Vergleich dazu liegt der europäische Durchschnitt an Pflegebedürftigen, die zu Hause betreut werden bei 80 %.

Leistungen der häuslichen Pflege umfassen in Japan die Entsendung von Haushaltshelferinnen, die Ausleihe oder Vermietung von Haushaltsgeräten und Alarmgeräten, der Kurzaufenthalt in Alten- oder Altenpflegeheimen, sowie die pflegerische Hilfeleistung in Tagesstätten.

Die Haushaltshelferinnen können maximal bis zu 18 Stunden pro Woche den alten Menschen helfen beim Essen, Waschen, Putzen, Einkaufen. Außerdem beraten sie die pflegenden Angehörigen. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung mußten die alten Menschen oder ihre Angehörigen bis auf die Beratung, die entstehenden Unkosten selbst tragen.

Zum Aufgabengebiet der Tagesstätten gehören: Beratung zum täglichen Leben der alten Menschen und seiner familiären Pflege, Rehabilitation, Pflegeschulung für die pflegenden Angehörigen, Transport, Baden in der Tagesstätte, Essen servieren.

Diese Pflegenden gehen aber auch zu den Pflegebedürftigen heim in die Wohnung und baden sie dort, waschen Wäsche und sorgen für Essen auf Rädern. Die Kosten für das fertige Essen oder die Lebensmittel müssen privat beglichen werden.

Auch private, gewinnorientierte Unternehmen bieten den älteren Menschen und ihren Angehörigen gegen Entgelt diese Sach- oder Dienstleistungen an und verbuchten einen gleichmäßigen Anstieg jährlich von 22,8% im Zeitraum von 1990 bis 1993 (Go 1997).

Die Kommunalverwaltung kontrolliert diese Privatunternehmungen zur Qualitätssicherung und vergibt die „Silbermarke“. Trotz der Kontrollen ergeben sich für die Pflegebedürftigen Probleme was das Preis-Leistungsverhältnis betrifft. Gründe liegen in dem mangelhaft ausgebildeten Verbraucherschutz im pflegerischen Versorgungsbereich und ungünstigen Verträgen mit den Unternehmen aus Sicht der Pflegebedürftigen (Motozawa 1995: 177).

Weiter kann man in beiden Ländern bei den Einpersonenhaushalten eine deutliche „Feminisierung“ des Alters erkennen. „1995 waren von Japans 2,2 Millionen alleinlebenden älteren Menschen 0,46 Mio. (20,9%) Männer und 1,74 Mio. (79,1%) Frauen“ (Oberländer 1997: 55).

In Japan ist nach wie vor die Verbreitung von Dreigenerationenhaushalten stark.

Kinder, Eltern und Großeltern, evtl. auch ältere Seitenverwandte

leben unter einem Dach. Diese Wohnform ist zwar stark abnehmend, von 25,4% im Jahr 1960 auf nur noch 10,5% 1995 (Berechnung von Lützeler 1997), aber im Vergleich zu Deutschland mit 1,1% (Statistisches Bundesamt 1992) bedeutet es einen großen Unterschied im Versorgungssystem der älteren Menschen (Abb. 4).

Altenpflege und Familie

Die Erwartungen älterer Menschen an ihre Pflege sind geprägt von gesellschaftlichen und persönlichen Vorstellungen beeinflusst, was die Familie an Leistungen zu erbringen hat. Dies ist aber abhängig von Faktoren, wie Tradition, religiösen Wertvorstellungen und Rollenverständnis der einzelnen Familienmitglieder.

Aufgabenverteilung im traditionellen Familienrecht

Nach dem alten patriarchalischen Familienrecht stand der Hausherr an der Spitze eines jeden Familiensystems, im japanischen auch „Ie-System“ genannt. Im Unterhaltsrecht hatten die Eltern des Hausherrn den Vorrang vor allen anderen Familienmitgliedern, das heißt auch vor der Ehefrau und den Kindern des Hausherrn. Die Ehefrau war nach traditionellem Familienrecht gegenüber ihren Schwiegereltern zum Unterhalt verpflichtet.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Kernfamilie das Vorbild der modernen Lebensgemeinschaft. Trotzdem herrscht auch heutzutage noch die Meinung in der Gesellschaft vor, daß der erste Sohn seine Eltern unterhalten muß, und die Ehefrau ist verpflichtet, das mitzutragen.

Treten älteren Menschen in den Kinderhaushalt ein, sind sie von staatlichen Fürsorgeleistungen ganz ausgeschlossen, weil das Haushaltseinkommen aller dort lebenden Personen zusammengerechnet wird, und nicht nur das der alten Menschen.

Staatliche Hilfe für den Lebensunterhalt ist in Japan nur nach Erfüllung strengster Kriterien zu erhalten. Angesichts der geringen Einkommen von alleinstehenden älteren Frauen

sind sie besonders oft auf die informelle Unterstützung und gegebenenfalls Pflege in der Familie angewiesen.

Einstellung zur Pflege

Unter den Familienmitgliedern pflegt an erster Stelle die Frau des ältesten Sohnes, gefolgt von der Ehefrau und dann der Tochter. Dies belegen zahlreiche Studien (Ogawa 1993).

Die über 80jährigen Pflegebedürftigen werden überwiegend von der Kindergeneration, und dort zu 46,7% von Schwiegertöchtern gepflegt (Oberländer 1997). Daher sagt der japanische Volksmund, eine Frau erlebt das Alter dreimal: erst das der Schwiegereltern, dann das des Mannes und schließlich das eigene.

Im Gesundheitsreport NRW (1994: 33) wurde festgestellt, daß die Frauen auch in der Bundesrepublik mit 83% die Hauptpflegepersonen stellen. Meistens hier die „Ehefrauen, relativ oft Töchter, sehr viel seltener Schwiegertöchter“. Hier liegt also eine andere Rollenverteilung vor als in Japan.

Durch die Heiratsunwilligkeit jüngerer Frauen, hohe Scheidungsraten und die sinkende Kinderzahl ist das traditionelle Versorgungssystem teilweise aufgehoben und die Frage, wer für die Pflege der Angehörigen aufkommt, wird damit verschärft.

Einführung der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

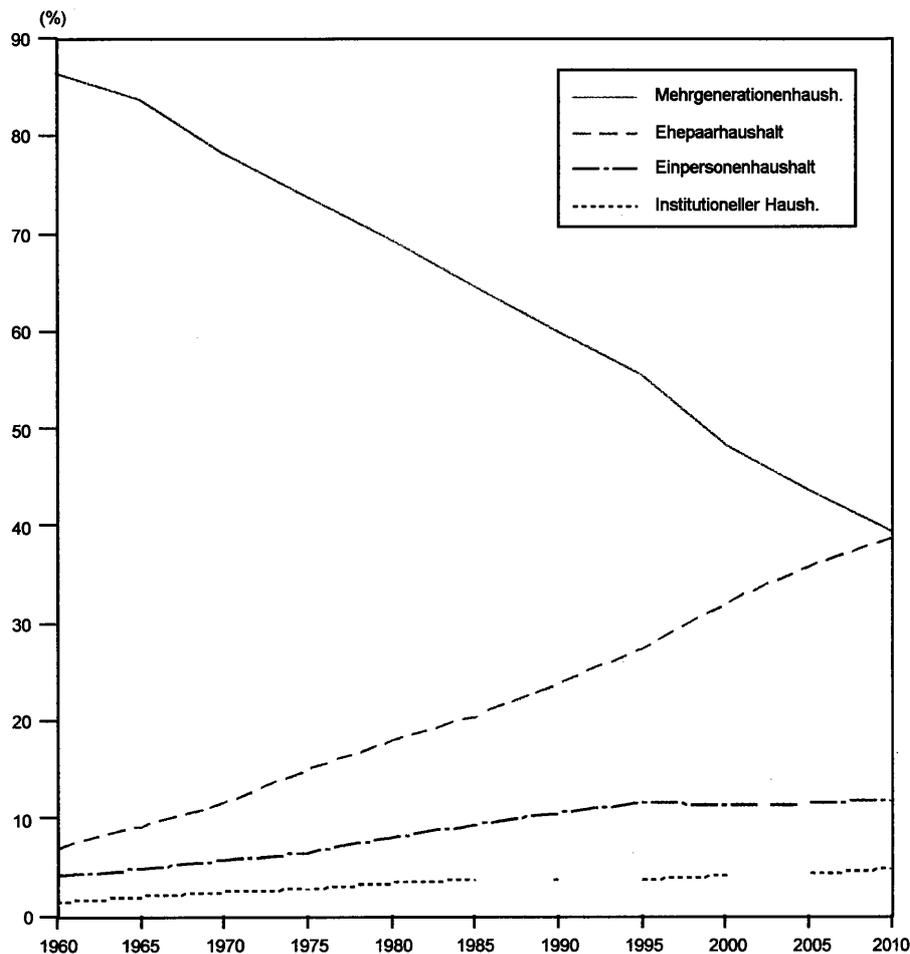
Die seit April 2000 geltende Pflegeversicherung wird den häuslichen und den institutionellen Pflegebedarf abdecken. Japan hat sich, anders als Deutschland, für eine reine Erbringung von Sachleistungen entschieden. Eine festgesetzte Überprüfung im Jahr 2005 soll die Möglichkeit der Anpassung an die tatsächlichen Bedarfssituationen gewährleisten.

Ziele der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung in Japan hat zum Ziel:

- Einen angepaßten Service für ältere Menschen von Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörden.

Abb. 4: Veränderung der Anteile alter Menschen (65 Jahre u.ä.) nach Haushaltsform, Japan 1960-1995 (real) und 1995-2025 (Schätzung)



Quelle: Lützel 1997:28

- Diejenige Dienstleistung auswählen, die am geeignetsten ist für die Unabhängigkeit der Person, die Pflege benötigt. Die Auswahl basiert auf dem Wunsch dieser Person und auf dem Rat von Spezialisten.
- Ein breites Spektrum an Serviceleistungen anzubieten, auf einem hohen Standard, durch Wettbewerb.
- Die entstehenden Kosten für die Betreuung älterer Menschen auf die gesamte Bevölkerung Japans auf gerechte Weise zu verteilen.
- Eine gerechte Verteilung der Kosten zwischen häuslicher Pflege und Institutionen.

Vergleicht man mit diesen Zielen nun das deutsche Sozialgesetzbuch XI., das sich mit der sozialen Pflegeversicherung auseinandersetzt, können einige Parallelen gefunden werden. Auszüge davon finden sich für

alle hier erwähnten Paragraphen des SGB XI (Beck-Texte 1997).

§ 1 SGB XI, Abs. 1 und 4: „Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.“

Auch Japan hat mit der Einführung der Pflegeversicherung eine neue eigenständige Säule der Sozialversicherung eröffnet. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit den entstehenden Kosten möchte auch das 4. Ziel der japanischen Pflegeversicherung erfassen, indem die Kosten gleichmäßig verteilt werden.

Das deutsche Sozialgesetzbuch § 1 SGB XI, Abs. 3 entspricht der japanischen Gesetzgebung in hohem Maße: Die Träger der Pflegeversicherung sind die Kommunen. Dagegen ist in

Deutschland im § 1 SGB XI, Abs. 3 festgelegt: Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen wahrgenommen.

Beide Gesetze gehen von dem Grundsatz „Vorrang der häuslichen Pflege“ und „Vorrang von Prävention und Rehabilitation“ aus (vgl. § 3 und 5 SGB XI), damit Pflegebedürftigkeit vermieden wird bzw. der Pflegebedürftige so lange wie möglich in seiner häuslichen Umgebung bleiben kann.

§ 2 SGB XI nennt explizit die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfen soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Pflegerechts entsprochen werden. Dies findet sich auch im obigen 1., 2. und 3. Ziel der japanischen Fassung.

Werden die oben genannten Ziele zueinander in Beziehung gesetzt, so sind aber potentielle Zielkonflikte nicht auszuschließen.

Diese können in der Verbindung des Ziels der Qualitätssteigerung („hoher Standard“ und „angepaßter Service“) und dem Ziel der Ausgabenbegrenzung („durch Wettbewerb“) liegen. Es mag ein hohes Potential an Rationalisierungs- und Effizienzsteigerungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege liegen, was zu einer Qualitätssteigerung beiträgt. Das anvisierte „breite Spektrum an Serviceleistungen“ wird durch Nischensuche im Wettbewerb möglicherweise erreicht. Gleichzeitig ist aber auch ein auf Kosten der Qualität ausgetragener Preiswettbewerb vorstellbar.

Jede Leistungs- und Ausgabenbegrenzung birgt zudem die Gefahr, daß Pflegebedürftige wieder auf die Wohlfahrt angewiesen sind. Diese nimmt das Gesamteinkommen der Familie als Bemessungsgrundlage, mit dem Effekt, daß das Gesamteinkommen zu hoch sein dürfte für eine Bezugsberechtigung, und die ganze finanzielle Belastung auf der Familie liegt. Die geschilderte Spirale der Rollenerwartung an die Schwiegertochter als pflegerische Angehörige setzt ein.

Der „hohe Standard“ in der Zielformulierung setzt Qualitätsstandards

voraus. Diese Norm muß daher zumindest konkretisiert werden, bevor von einem Mindeststandard oder hohen Standard gesprochen werden kann. Auf dieser Basis ist ein hoher Standard in Verbindung mit einem breiten Spektrum an Serviceleistungen etwas Positives für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen. Qualitätssiegel wie z. B. für die „Silberdienste“ der privaten Pflegeeinrichtungen gehen bereits von einer Qualitätsnorm aus.

Die japanische Pflegeversicherung stellt Sachleistungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen zur Verfügung. Die Auswahl dieser Dienstleistungen basiert auf dem Wunsch dieser Person und auf dem Rat von Spezialisten. Auf dieser Ausgangslage wirken nun direkte und indirekte Anreize des Pflegeversicherungsgesetzes. Befürchtet wird ein „Heimsogeeffekt“. Mit dem Ausbau der Anzahl von institutionellen Pflegeanbietern ist die Möglichkeit gegeben mit der Pflegeversicherung Pflegebedürftige überhaupt von Zuhause ins Heim zu verlegen. Bis auf einen Finanzierungsbeitrag von 10% der Kosten für das Essen müssen Angehörige in den öffentlichen Einrichtungen nichts bezahlen. Grundvermögen und Geld werden nicht angetastet (Klie 1997).

Treffen für Japan aber ähnliche Studienergebnisse zu wie in Deutschland, ist dieser gesellschaftspolitisch unerwünschte Sogeeffekt gering. Denn solange die Betroffenen noch selber bestimmen können, ist für die Inanspruchnahme von Heimpflege laut Rothgang (1997) weniger die Kostenträgerschaft entscheidend, sondern eher die individuelle Lebenslage der Pflegebedürftigen.

Leistungsberechtigte Personen

Leistungsberechtigt in Japan sind 65 jährige und darüber und diejenigen zwischen 40 und 64, die an einer Alterskrankheit z.B. Demenz, Schlaganfall durch Zerebralkuläre Veränderungen oder Osteoporose leiden.

Nicht berücksichtigt sind Behinderte und Pflegebedürftige unter 65 Jahren und auch keine Kinder. Diese Bedürfnisgruppen sollen aber eventuell in der geplanten Revision der Pflegeversicherungsgesetze 2005 als leistungsberechtigte Personen aufgenommen werden.

Diese Eingrenzung der leistungsberechtigten Personen in Japan ist ein massiver Unterschied zu dem umfassenderen Personenkreis aller, die in der bundesdeutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (§ 1 Abs. 2 SGB XI).

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Für pflegebedürftig gilt laut Definition des Gesundheitsamtes eine Person über 65 Jahre, die Hilfe in einer der fünf folgenden Aktivitäten bedarf:

Körperpflege, An- und Auskleiden, Essen, Toilettengang und Baden.

In Japan wie in Deutschland geht man dabei von Bereichen der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ von den Pflegemodell nach Roper/Logan/Tierney aus mit den gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags (vgl. § 14 Abs.1 SGB XI).

Das Ministerium für Gesundheit und Soziales unterscheidet drei Gruppen von „pflegebedürftigen älteren Menschen“: Bettlägerige, Demente und „Schwache“. Die Bettlägerigkeit wird in vier Grade eingeteilt:

	Grade	Definition
Selbständig im Alltag	J	Mit Behinderung, aber im Alltag selbständig und kann aus eigener Kraft ausgehen.
Quasi-bettlägerig	A	In der Wohnung selbständig, aber ohne Hilfe kein Ausgang möglich
Bettlägerig	B	In der Wohnung hilfsbedürftig, tagsüber meistens auf dem Bett, aber kann sich aufrechterhalten.
	C	Den ganzen Tag im Bett, bei Essen, An-/Auskleiden und Toilettengang hilfsbedürftig.

Quelle: Koseisho Rojin Hoken Fukushikyoku 1993: 81; zitiert nach Oberländer: 48

Als Bettlägerige im engeren Sinne werden nur Personen der Grade B und C aufgefaßt.

1995 wurde festgestellt, daß 861.000 ältere Menschen häuslich gepflegt werden, davon waren 284.000 bettlägerig.

Unter der Bezeichnung „schwache“ ältere Personen werden Pflegebedürftige des Bettlägerigkeitsgrades A und J, die Hilfe im Alltag benötigen, zusammengefaßt.

Die Definition von dementen Pflegebedürftigen bezieht das japanische Gesundheitsministerium auf das amerikanische Handbuch für psychiatrische Diagnostik (DSM-III-R).

Im Unterschied zur deutschen Gesetzesvorgabe wird in Japan nicht auf eine voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit von mindestens sechs Monaten Wert gelegt.

Einteilung des Hilfebedarfs nach Häufigkeit

Aus diesen drei Gruppen der Pflegebedürftigkeit wurden 6 Pflegestufen für die japanische Pflegeversicherung entwickelt.

Pflegebedürftigkeit in 6 Stufen:

1. sind größtenteils selbständig, außer etwas Hilfe mehrmals in der Woche, z.B. baden
2. unsicher im Gleichgewicht, 1 x tägliche Pflege notwendig
3. können nicht allein aufstehen oder sich im Bett umlagern; instabiles Sitzen, auch wenn beide Beine mit den Fußsohlen den Fußboden berühren; Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten und in finanziellen Angelegenheiten ist nötig; einige auffällige Verhaltensweisen; 2 x tägliche Pflege notwendig in 3 oder mehr der 5 oben angeführten Bereiche
4. können nicht aufstehen oder sich im Bett umlagern; benötigt teilweise oder völlige Hilfe in allen 5 Bereichen; schwere Probleme mit der Kommunikation; geistige Verwirrtheit; braucht mindestens 3-4x tägliche Pflege pro Tag in 2 oder mehr Bereichen von Körperpflege, Essen, Baden, Toilettengang, An- und Auskleiden, Aufsetzen und Drehen im Bett.

5. können sich nicht verbal äußern, mehr Hilfe ist nötig als in Stufe 4; 3-4x tägliche Pflege notwendig in allen Bereichen
6. völlige Übernahme der Pflege in allen Bereichen über 24 Stunden

Es gibt keine Angaben zur zeitlichen Begrenzung der von einer professionellen Pflegenden durchgeführten Hausbesuche.

Das deutsche Problem der Bemessung der Pflegezeiten, auch Zeitkorridore genannt, die individuell und doch vergleichbar sein müssen, ergibt sich in Japan nicht. Auch ist eine spätere Einführung irgendwelcher Zeitangaben zur Einteilung in die verschiedenen Pflegestufen nicht beabsichtigt. Die Berufsverbände der Krankenpflege konnten die professionelle Handhabung der Einteilung des Zeitbudgets je nach individueller Situation des Pflegebedürftigen durchsetzen (Gespräch mit Prof. Matsumoto, Kochi University, März 1998).

Die weitaus großzügigere Auslegung von Pflegebedürftigkeit in Japan zeigt sich auch in der Tatsache, daß ältere Menschen nicht erst Besuche von einer Krankenschwester erhalten, wenn sie bereits beträchtlich in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt sind, wie das bei Pflegestufe I in Deutschland der Fall sein muß (§ 15 Abs.1 SGB XI), sondern sie erhalten präventive, unterstützende Hausbesuche und Maßnahmen finanziert aus der Pflegekasse. Sie sind dann nicht „Pflegebedürftige“ sondern „Unterstützungsbedürftige“.

Das Angebot an hauswirtschaftlicher und pflegerischer Unterstützung in Sachleistungen kann variieren von der niedrigsten Pflegestufe:

2 Besuche einer Hauswirtschaftshilfe wöchentlich, 1 Besuch einer Krankenschwester, 2 Tage pro Woche in einer Tagespflegeeinrichtung und je zwei einwöchige Aufenthalte in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung im Jahr,

bis hin zur höchsten Pflegestufe:
7 Besuche einer Hauswirtschaftshilfe pro Woche, 2 Besuche einer Krankenschwester pro Woche, 3 Tage in einer Tagespflegeeinrichtung pro Woche

und ein einwöchiger Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung jeden Monat (Crume 1997).

Wie aus dem vielfältigen Angebot ersichtlich wird, ist eine hauswirtschaftliche Unterstützung sehr viel eher möglich, und entspricht auch dem tatsächlichen Anstieg an Hilfebedarf, um in der häuslichen Umgebung ein weiterhin selbständiges Leben führen zu können.

„In der individuellen Kombination von familiärer und fachlicher Leistung steckt die Zukunft der häuslichen Pflege“ (Blinkert & Klie 1998: 24). Dies ist auch das Ergebnis der Studie „Pflege im sozialen Wandel“. In einer ersten Veröffentlichung beschreiben Baldo Blinkert und Thomas Klie welche Pflegearrangements sich unter verschiedenen biographischen und sozialen Bedingungen entwickeln und welchen Stellenwert die Pflegeversicherung dabei hat. Hilfe bei Tätigkeiten wie Wohnungsreinigung, Einkaufen und Mahlzeiten zubereiten werden an oberster Stelle genannt werden. Erst danach folgen Essen/Trinken, An-/Ausziehen, Körperpflege und Duschen/Baden.

Mit dem japanischen niederschweligen Hilfebedürftigkeitsniveau, um in Pflegestufe I zu kommen, und den fließenden Übergängen für die nächsten Stufen, werden Belastungen aller Beteiligten früher abgefangen und unnötige Verschlechterungen des Gesundheitszustand des älteren Menschen müssen nicht tatenlos abgewartet werden, bevor mit Erreichen des Hilfebedürftigkeitsniveaus für Pflegestufe I eine von der Pflegeversicherung finanzierte Unterstützung einsetzen kann.

Strukturen der Pflegeversicherung

Pflegeversicherungsträger

Während in Deutschland die Pflegekassen teils national, teils regional organisiert sind, haben in Japan die Kommunen diese Aufgaben. Dem zu Grunde liegt der Gedanke der Dezentralisierung der Verwaltung auf die einzelnen Gemeinden, um die lokalen Gegebenheiten zu berücksichtigen,

was sich sehr deutlich bei der unterschiedlichen Verteilung älterer Menschen in ganz Japan zeigt. Der Gemeinschaftssinn der jeweiligen Kommunen soll gestärkt werden und ein Verantwortungsgefühl für die Belange der älteren pflegebedürftigen Einwohner entstehen.

Auch im bundesdeutschen Gesetz wird auf die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit von Kommunen, Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen hingewiesen, um eine ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (§ 8 SGB XI).

Ein weiterer interessanter Vorzug der japanischen Pflegeversicherung ist hier zu nennen: Die Kommune als Pflegeversicherungsträger hat die Möglichkeit, einen Teil des Geldes aus der Pflegekasse als Bonus für die erfolgreiche Rehabilitation der pflegebedürftigen älteren Menschen von einer höheren Pflegestufe auf eine niedrigere auszugeben.

Dieser pflegerische und finanzielle Anreiz fehlt im deutschen Pflegeversicherungsgesetz. Es erfolgt vielmehr eine Rückstufung im Leistungsbudget.

Geplante Finanzierung

Die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland bedeutet eine Umstellung der Finanzierung öffentlicher Pflegeleistungen von überwiegend Steuerfinanzierung der Sozialhilfeleistungen auf überwiegende Beitragsfinanzierung der Pflegeversicherungsleistungen. Damit ist die Umstellung von einem tendenziell progressiven zu einem proportionalen, und ab einer Beitragsbemessungsgrenze kontinuierlich verminderten Finanzierungstarif verbunden.

„So zeigt sich, daß die Bezieher hoher Einkommen von dieser Umstellung des Finanzierungsmodus profitieren, während Bezieher niedriger Einkommen stärker belastet werden. Die Grenze, ab der eine Besser- oder Schlechterstellung erfolgt, liegt den (vereinfachten) Modellrechnungen zufolge bei einem Jahreseinkommen von ca. 71.000 DM“ (Rothgang 1997: 209).

Beamte und freiwillig Versicherte zahlen nur 50 % des Pflegeversicherungsbeitrags, bekommen aber auch nur 50 % Leistung im Bedarfsfall.

Für Bezieher niedriger Einkommen ändert sich im Recht auf Pflege nichts, da auch früher die Sozialhilfe dort eingesprungen ist. Die Sozialämter, und damit der Staat, wurden mit Einführung der Pflegeversicherung bei einem Gesamtvolumen von 28 Millionen Mark mit 6 Millionen Mark eindeutig entlastet (Angaben aus Seminarunterlagen bei Prof. Th. Klie 1998).

In Japan werden die Kosten der Pflegeversicherung nur zu 50 % von den Beiträgen zur Pflegeversicherung abgedeckt, 20 % durch nationale Steuern, 10 % durch regionale Bezirke und 10 % durch lokale Gemeindeverwaltungen. Es bleibt den Patienten ein Eigenanteil von 10 % für die fixen Betriebskosten in Institutionen bei Inanspruchnahme zu zahlen.

Die Versicherungsträger sind die Kommunen. Sie ziehen die Pflegeversicherungsprämien ein und begleichen die entstandenen Kosten.

Die Aufbringung der erforderlichen 50 % an Beiträgen teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber zur Hälfte, ohne Streichung von Feiertagen für die Arbeitnehmer.

Beitragspflichtig und berechtigt zum Leistungsbezug wird erst eine Person, die über 40 Jahre alt ist.

Wird ein jüngerer Mensch pflegebedürftig ist das die Aufgabe der Familie, für sie/ihn zu sorgen.

Der Beitrag zur Pflegeversicherung ist an das Alter (zwischen 40-65 Jahren und über 65 Jahren) und die Höhe des Einkommens gekoppelt, im Durchschnitt werden Beitragshöhen zwischen 8 DM und 22 DM erwartet. Unterhaltsberechtigte Ehegatten sind auch in Japan beitragsfrei mitversichert.

Die pflegebedürftige Person muß im Fall einer Inanspruchnahme von häuslicher Pflege 10 % der Kosten übernehmen, bei institutioneller Pflege 10 % plus Verpflegungskosten.

Kann jemand die 10 % nicht aufbringen, so wird der Pflegebedürftige oft in ein billigeres Heim von den Angehörigen gebracht. Sind diese Möglichkeiten ausgeschöpft, zahlt die Sozialhilfe den fehlenden Anteil dazu.

Im Jahr 2000 werden Schätzungen nach etwa 2,8 Millionen ältere Menschen pflegerische Unterstützung brauchen.

Die Einführung der japanischen Pflegeversicherung wird, im Gegensatz zu Deutschland, am stärksten die Mittelschicht der Pflegebedürftigen und ihrer Familien begünstigen. Zum ersten Mal sind sie Zugangsberechtigt zu einem Programm der häuslichen Pflegeversorgung. Zuvor war ein mittleres Einkommen bereits ein Ausschlusskriterium für den Zugang. Außerdem sind Personen mittlerer Einkommen durch die festen Kategorien der Beitragssätze besser gestellt, als mit der gleitenden Beitragsskala zuvor.

Die Vorteile für ältere Menschen mit niedrigen Einkommen sind gemischt. Zum einen ist positiv, daß diese pflegebedürftigen Personen ebenso wie alle anderen von der Ausweitung der Dienstleistungsangebote profitieren, statt lange auf Wartelisten für einen Heimplatz oder häusliche Pflege zu stehen. Zum anderen wird ihr Beitrag mit der neuen Pflegeversicherung aber steigen. Sie werden nicht länger ihre volle (kleine) Rente beziehen ohne Abzug für die „kostenlose“ Unterbringung in einem speziellen Altenpflegeheim. Mit der Pflegeversicherung wird allen Heimbewohnern automatisch ein einheitlicher Betrag von ihrer Pension abgezogen werden. Dazu müssen alle, unabhängig von der Rentenhöhe 10 % der Verpflegungskosten aufbringen (Crume 1997).

Pflegeversicherungsleistungen

Japan hat sich bewußt gegen das Geldleistungsprinzip und für das reine Sachleistungsprinzip entschieden. Mit dem Sachleistungsprinzip sollen alle Pflegebedürftigen und ihre unterstützenden Angehörigen die benötigte Entlastung und professionelle Unterstützung erhalten. In Umfragen abgelehnt wurde der Vorschlag einer finanziellen Anerkennung oder gar

Entlohnung der pflegenden Angehörigen, um die Familienhilfe nicht zu kommerzialisieren.

Die auch in Japan geführte feministische Diskussion wurde offensichtlich von den Berufsverbänden durchgesetzt, daß mit „Geldleistungen zwar einerseits eine gewisse materielle Anerkennung häuslicher Tätigkeiten einhergeht, andererseits jedoch eine gesellschaftlich unerwünschte privatdefensive Pflegekultur, die vor allem Frauen belastet und benachteiligt, nicht nur gewissermaßen ‚gespiegelt‘, sondern sogar ‚zementiert‘ wird“ (Evers 1997: 517).

Die Nutzung der Pflegedienste als Sachleistung ist damit in Japan wie in Deutschland (Blinkert/ Klie 1998) ohne soziales Stigma für die weiblichen pflegenden Angehörigen und wird vermutlich von der Bevölkerung angenommen.

Die Pflegeversicherung umfaßt folgende Leistungen:

Vollstationäre Pflege in Altenpflegeheimen und Altenheimen (vgl. § 43 Abs. 1 SGB XI)

Tagespflegezentren (vgl. § 41 Abs. 1 SGB XI)

Kurzzeitpflege (vgl. § 42 SGB XI)

Häusliche Pflege (vgl. § 36 Abs. 1 SGB XI)

Rehabilitationseinrichtungen (vgl. § 32 Abs. 1 SGB XI)

präventive Besuche einer Krankenschwester (vgl. § 45 Abs. 1 SGB XI)

Pflegehilfsmittel (vgl. § 40 Abs. 1 SGB XI)

Beratung zum täglichen Leben der älteren Menschen (vgl. § 7 SGB XI)

In Japan ist die soziale Sicherung der Pflegeperson nicht gewollt. Daher werden keine Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung überwiesen. Die früher in geringem Umfang gezahlten Geldleistungen werden mit der Einführung der Pflegeversicherung 2000 abgeschafft.

In Institutionen wird die Basispflege von der Pflegeversicherung, die Behandlungspflege von der Krankenversicherung übernommen.

Die Abrechnungsweise in der häuslichen Pflege ist noch offen. Aller Voraussicht nach wird in der häusli-

chen Pflege die Pflegeversicherung die Gesamtkosten übernehmen. Das hätte den großen Vorteil, daß anders als in der bundesdeutschen Regelung, die Pflegekassen ein uneingeschränktes Interesse daran hätten, die Pflegebedürftigen soweit wie möglich zu rehabilitieren. Mit den präventiven Besuchen einer professionellen Pflegenden findet auch der präventive Ansatz seine Entsprechung in der Umsetzung.

Erfassung der Pflegebedürftigkeit und Koordinierung der Leistungen

Ähnlich dem Erhebungsinstrument des medizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland wird die Pflegebedürftigkeit durch Hausbesuche (§ 18 SGB XI) von geschulten qualifizierten Pflegefachpersonen mittels eines Erhebungsbogens erfaßt (bei der Autorin einsehbar).

Erhebungsbogen

Japan hat Berührungängste mit der Pflegeversicherung. Körperlich und/oder geistig Behinderte sind noch immer eine Familienschande und ein Tabuthema in der Gesellschaft. Nicht zufällig sind diese pflegebedürftigen Menschen (noch) nicht in der Pflegeversicherung 2000 als Personengruppe aufgenommen. Die religiöse Auffassung von persönlicher Schuld der Eltern im Fall einer Behinderung der Kinder läßt den Anspruch nach gesellschaftlich getragener Unterstützung noch nicht aufkommen.

Eine Gleichbehandlung bei der Begutachtung innerhalb der regionalen Verteilung verfolgt das japanische Gesundheitsministerium mit Hilfe eines per Computer auswertbaren Erhebungsbogens. Die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung und sachgerechten Nachprüfbarkeit ist auch auf Grund der hohen Zahl an Gutachtern erforderlich.

Jede lokale Regierung, und Zusammenschlüsse mehrerer Gemeinden, bilden ein eigenes Auswertungskomitee. Diese Experten besprechen die Ergebnisse der Computerauswertung innerhalb einer 2. Auswertung anhand der vorliegenden

Ergebnisse, handgeschriebenen Anmerkungen im Erhebungsbogen und Anmerkungen des Hausarztes. Ziel dieser individuellen Besprechung jedes Antragstellers ist das Bemühen, Pauschalierungen und Typisierungen zu vermeiden.

In Deutschland wird dieser Anspruch nur zum Teil berücksichtigt, indem bei der Begutachtung die jeweiligen Zeitkorridore vorgegeben sind. Abweichungen sind individuell angepaßt möglich, bedürfen aber einer eingehenden Begründung. Um die Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten, haben die Spitzenverbände der Pflegekassen Begutachtungsrichtlinien herausgegeben, die den neuen Erkenntnissen von Pflegewissenschaft, Medizin und der Rechtsprechung anzupassen sind (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 1997).

Im japanischen Erhebungsbogen wird die komplexe Lebens- und Gesundheitssituation des Pflegebedürftigen ausführlich erfaßt. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit orientiert sich zwar wieder an der gesetzlichen Definition der fünf Bereiche, aber eine Auslegungsspanne, welche Verrichtungen in diesen Bereich fallen, existiert.

Die Fähigkeiten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens werden auch nicht in diesen groben Kategorien von Roper/Logan/Tierney abgefragt, z.B.: „sich bewegen können, Ausscheiden können, sich sauberhalten und kleiden können“. Auffallend ist die gewollte Nichtberücksichtigung der Kommunikationsfähigkeit der Pflegebedürftigen im deutschen und japanischen Gesetzestext der anrechnungsrelevanten Bereiche.

Da die steigende Zahl von dementen Menschen in der japanischen Bevölkerung und die damit einhergehende Pflegebedürftigkeit im Zentrum der Pflegeversicherungsgesetze steht, befassen sich über 30 Fragen des Erhebungsbogens mit den möglichen Störungen der Gedächtnisleistungen und der resultierenden Einschränkungen im situationsangepaßten Handeln.

In der deutschen Gesetzgebung wurde übersehen, daß diese Patienten-

gruppe durch die Vorgabe „bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer Pflegestufe komme es nur auf die erforderliche Anleitung und Beaufsichtigung an, die für die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens benötigt werde“ (Udsching 1998: 31) nicht entsprechend ihres Hilfebedarfs eingestuft wird (Blinkert/Klie 1998).

Erhebungspersonen als „Care Manager“

In Japan werden Care Manager ausgebildet, die zur Aufgabe haben die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und die Pflegeangebote der Serviceanbieter zu erfassen und zu koordinieren.

Evers erwähnt eine Studie aus Großbritannien aus dem Jahr 1994, in der das Verhalten Betroffener beim Aufbau von Unterstützungsarrangements untersucht wurde. Es zeigte sich, daß es für die Betroffenen und ihre Angehörigen in aller Regel nicht problematisch war, finanzielle Zusatzausgaben aufzubringen.

Eine „bedeutende Gruppe unter

ihnen tat sich aber ausgesprochen schwer damit Dienste zu organisieren und zwar speziell solche, die im Unterschied zu konventionalisierten Hilfeleistungen (Hilfe im Haus und Garten, medizinische Versorgung durch den Arzt) nicht eingelebt, vertraut und üblich sind“ (Baldock J. & Ungerson C., zitiert nach Evers A. 1997: 518).

Unter den Hilfeleistungen, die nicht eingelebt sind, könnten Tätigkeiten fallen, wie Geld verwalten und zur Bank gehen, soziale Betreuung mit Gesprächen, Vorlesen, Spazieren gehen. Aber auch die Organisation der konventionellen Pflegedienste mit Körperpflege als Grund- und Behandlungspflege, Essen auf Rädern, Notrufeinrichtungen und Wäschedienst ist nicht einfach für die Betroffenen. Vereinzelt gibt es in Deutschland Pflegeberatungsstellen, bei denen Hilfsdienste jeglicher Art erfragt werden können. Im Normalfall sendet die Pflegekasse den Betroffenen mit dem Bewilligungsbescheid der Leistungen einer Pflegestufe ein Verzeichnis der häuslichen Pflegedienste in deren Umgebung zu. Damit müssen sie selbst die Informationen einholen und anschließend vergleichen. Viele

Betroffene und Angehörige dürften damit aber überfordert sein.

Die Person des Case Managers in Japan hat somit durchaus eine Schutzwirkung für die Leistungsempfänger und eine Qualitätssicherungsfunktion gegenüber den Leistungserbringern.

Die darunter vertretenen Berufe erstrecken sich auf Krankenschwestern, Ernährungsberaterinnen und Ärztinnen, und ihre männlichen Kollegen. Eine Aufnahmeprüfung ist auf die Abfrage von vorhandenem umfassendem pflegerischen und medizinischen Wissen angelegt. Ein heftiger Streit um die Besetzung dieser Schlüsselpositionen ist entbrannt, und die Ärzte machen ihren ganzen Einfluß geltend, diese Koordinationsstelle für ihre Profession zu reservieren.

Tendenzen, daß die entsprechende Qualifikation dazu auch hier in Deutschland in naher Zukunft gefragt sein wird, sind offensichtlich. Vorbereitende Wochenendkurse für Mediziner laufen bereits bundesweit, zum Beispiel am Berufsbildungswerk des deutschen Gewerkschaftsbundes.

Zusammenfassung der Unterschiede beider Pflegeversicherungen im Überblick

Kriterien	BRD	Japan
Demographischer Anstieg	kontinuierlich	schnell
Ausgaben im Gesundheitswesen	Budgetierung anhand der Arbeitgeber-, Arbeitnehmer- und Rentnerbeiträge	Puffer durch Steuern, Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil
Trägerschaft	zentralistisch, Länder legen Berechnungsmodus und Schwerpunkte der Versorgung fest	kommunal, Handlungsspielraum in der Festlegung der Schwerpunkte, aber auch die Pflicht der adäquaten Versorgung mit zusätzlichen Institutionen und Dienstleistungsangeboten
Kontext der Pflegeversicherung	Medizinisches Paradigma Krankheit; defizitorientiert	Versuch eines gesundheitsorientierten Konzepts von Pflege; ressourcenorientiert
Gleichheitsgrundsatz	wird angestrebt mit dem Erhebungsbogen, subj. Ausfüllen im regionalen Vergleich	einheitlicher Erhebungsbogen, subj. Ausfüllen, Computerauswertung m. mündl. Besprechung
Regionale Altersverteilung	landesweit ziemlich einheitliche demographische Verteilung, kulturelle Unterschiede je nach Ausländeranteil	große regionale demographische und gemäßigte kulturelle Unterschiede

Kriterien	BRD	Japan
Aufgabenverteilung der Kranken- und Pflegeversicherung	Krankenversicherung für akute medizinische Versorgung. Pflegeversicherung für chronisch Kranke = Krankenversicherung muß f. Prävention u. Reha zahlen, was der Pflegevers. an Ausgaben erspart bleibt	geriatrische Rehabilitation u. akute medizinische Versorgung sind Teil der Pflegeversicherung
Anteil pflegender Angehöriger	80 %	ca. 64 %
Vergütungsprinzip	Sach- und Geldleistungen, Kombination aus beiden	Sachleistungen ausschließlich
Beitragspflicht/Altersbeginn der Einzahlung	altersunabhängig, Beitragspflicht ab Verdiensteinnahme über 630,- DM 0,85 % des Einkommens	ab 40 Jahren in Stufen
Leistungsberechtigte Personen	jeder Versicherte	ab dem 65. Lebensjahr, Ausnahmen je nach Krankheit
Pflegestufen	Stufe I, II, III evtl. Zuschlag als Härtefall bei Stufe III	Stufe 1-6
Koordination d. Leistungen	der Pflegebedürftigen bzw. d. Angehörigen	Care Manager
Erhebungsverfahren bei Pflegebedürftigkeit	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	Care Manager der örtlichen Gemeinden
bei erfolgr. Rehabilitation	Rückstufung	Bonus für den Pflegedienst
Schulungen	kostenlose Pflegekurse	kostenlose Beratungen
Eingriffe in das private Leben d. prof. Pflegenden	durch die Wahl von Sach- oder Geldleistungen individuell bestimmbar	da nur Sachleistungen erhältlich sind, individuell schwerer abgrenzbar
Berufspolitische Auswirkungen	Ergebnisse aus Pflegewissenschaft, -management, -pädagogik werden in der Praxis u. wissenschaftl. Argumentation benötigt und eingefordert	siehe nebenan; zusätzlich wichtige Positionierung bei der Allokation der Mittel durch die Care Manager

Anregungen für die Umsetzung der deutschen Pflegeversicherung

Die japanische Pflegeversicherung bildet ein komplexes System, in das Voraussetzungen der Kranken- und Rentenversicherung mit einfließen.

Dabei ist die am häufigsten gestellte Frage, die Gesundheitsökonom und Politiker gleichermaßen ins Grübeln

bringt, ob diese Pflegeversicherung bezahlbar sein wird. Die gesetzten Ziele: Eine Entlastung der familialen Pflegeperson und eine vorbereitete Infrastruktur für die stark ansteigende Zahl der Hochaltrigen, sollen erreicht werden.

Eine andere Frage stellt sich an die Ausbildungseinrichtungen: Wird der Bedarf an professionellen Pflegenden durch die Sachleistungsregelung mit den vorhandenen qualifizierten Pflegenden gedeckt?

Ein Blick nach Japan mit seinem vergleichbaren Sozialversicherungssystem kann für positive Neuregelungen hierzulande genutzt werden.

Ins Auge sticht zuallererst die Einteilung der Pflegebedürftigkeit in 6 Stufen. Diese Abstufung erlaubt eine differenziertere Unterteilung in der Einstufung, aber auch einen kleinschrittigeren Anstieg der Hilfsbedürftigkeit mit entsprechender Erweiterung der pflegerischen Hilfestellung. Mehrbegutachtung

gen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wären dabei die Folge, um die Veränderung der Pflegebedürftigkeit zu erheben. Der Gesichtspunkt des erhöhten Verwaltungsaufwands ist aber dem Ziel der bedarfsgerechten Zuteilung von Pflegeleistungen unterzuordnen. Die frühe Aufnahme der hauswirtschaftlichen Hilfe in den Leistungskatalog, unabhängig vom Pflegebedarf, würde den Pflegebedürftigen in ihrer tatsächlichen Lebenssituation sehr hilfreich sein. Da die Einbußen der körperlichen Fähigkeiten nicht bei der Körperpflege anfangen, sondern eng verbunden sind mit dem Verlust der hauswirtschaftlichen adäquaten Versorgung, wird hier der bundesdeutsche Hilfsbedürftige solange allein gelassen, bis er soweit regrediert ist, daß von einer gesetzlich definierten Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegestufe I gesprochen werden kann.

Nicht umsonst wird in der Rechtsprechung von einer Minimalversorgung gesprochen. Die laienhafte Annahme, bei der fünften Säule des Sozialversicherungssystems handele es sich um eine Vollversorgung im Pflegefall, trifft nicht zu. Eine ehemals angedachte Einstiegsstufe 0 kann allerdings nur eingeführt werden, wenn die Beitragssätze nicht bei 1,7% eingefroren werden. In Japan kann man von einem ressourcen-orientierten Kontext der Pflegeversicherung sprechen, um die vorhandenen Kräfte der Betroffenen länger zu erhalten.

Es wäre durch eine wissenschaftliche Erhebung die Frage zu klären, wieviele Menschen zu Pflegefällen werden, weil die hauswirtschaftliche Versorgung nicht gewährleistet war.

Ein weiterer Punkt in der japanischen Fassung sollte uns Verfahrensweisen zeigen, wie man dem Gleichheitsanspruch gerecht wird. Es kann nicht akzeptiert werden, daß demente Menschen häufig bei größerem Pflegeaufwand in eine niedrigere Pflegestufe eingruppiert werden.

Der japanische Erhebungsbogen zur Erfassung von Pflegebedürftigkeit zeigt anschaulich, wie die vorhandenen Defizite eines Kranken mit Demenz erfaßt und berücksichtigt werden können. Dazu müßte aller-

dings die Rechtsprechung die einstellungsrelevanten Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität nicht länger tätigkeitsbezogen auswerten, sondern bereichsbezogen. Dann wäre bei der Beaufsichtigung eines Alzheimerpatienten eben nicht nur die Zeit zu berücksichtigen, wenn er sich wäscht, beim Toilettengang oder während des Essens. Das Umherirren könnte dem Begriff der Mobilität zugeordnet werden.

Die Verhaltensänderungen müßten tatsächlich neu aufgenommen werden.

Die Regelung bei den Zuständigkeiten nach japanischem Vorbild: Die geriatrische Rehabilitation und die akute medizinische Versorgung als Teil der Pflegeversicherung anzusiedeln, würde den Verwaltungsaufwand in der Abklärung von Zuständigkeiten bei präventiven Maßnahmen zur Vermeidung von drohender Pflegebedürftigkeit verringern. Die Leistungen koordiniert aus einem Finanztopf zu genehmigen brächte hier Synergieeffekte mit sich. Der Verwaltungsaufwand bei den häuslichen Pflegediensten würde sich ebenfalls verringern.

Ein weiteres Augenmerk sollte auf die erfolgreiche Abnahme von Pflegebedürftigkeit gerichtet sein. Die gemeinsamen Bemühungen des Pflegedienstes um und mit dem Patienten werden in Japan mit einem Bonus für den Pflegedienst belohnt. Damit ist die systemerhaltende Notwendigkeit der „Patientenkonservierung“ für viele häusliche Pflegedienste außer Kraft gesetzt.

Eine letzte Empfehlung für das bundesdeutsche Pflegeversicherungssystem ist es, die Einrichtung von Koordinationsstellen für Anfragen von Pflegebedürftigen und Leistungsanbietern von Pflege zu ermöglichen. Ein solcher professioneller „Generalist“, auch Care Manager genannt, würde überforderten Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine Übersicht über mögliche Hilfeleistungen, günstige Leistungsanbieter und einen individuellen Zuschnitt der Leistungen ermöglichen.

Die bisherige Regelung, Pflegedienste nur stichprobenartig oder bei

vorliegenden Beschwerden von Patienten unter Aspekten der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit zu kontrollieren, läßt einen breiten Spielraum von Qualität in der Pflege für unterschiedlichste Pflegeanbieter. Der Patient muß selbst seine Erfahrungen machen, um sich ein Urteil zu bilden über die Güte der Pflegeleistungen. Ein Abhängigkeitsgefühl und mangelnde Vergleiche produzieren hier eine Duldsamkeit gegenüber den Leistungsanbietern. Ein Care-Manager könnte die Zusammenarbeit und Leistungserbringung qualitativ überwachen.

Japan bietet sich uns in der Umsetzung dieser Vorschläge als Studienobjekt an, damit die „Kinderkrankheiten“ bei der Planung der Pflegeversicherung sich nicht zum chronischen Zustand auswachsen.

Die vorliegende Arbeit ist eine gekürzte Fassung der Bachelorarbeit 1999 an der Universität Witten/Herdecke.

Barbara Reisch
Pflegerwissenschaftlerin, BScN
D-58453 Witten, Kälberweg 23

Literatur

Blinkert Baldo und Klie Thomas (1998): „Der Pflegemix kommt“, in „Forum Sozialstation“, Nr. 94/Okttober

Crume Yoko (1997): „Publicly-Mandated Long Term Care Insurance Programs: Japan Chooses a Modified German Model“, 8, aus dem Internet: geri.duke.edu/lc/japanins.html

Evers A. (1997): „Geld oder Dienste?“, in *WSI Mitteilungen* 7, 510-519, Düsseldorf

Gesundheitsreport NRW; 1994

Go Kazuhisa (1997): „The Introduction of Market Mechanisms for Long-term Care Services“, Skript bei der Autorin einsehbar

Japanese Mission to the EU (1996): „Caring for the elderly“, Extract from „News and Views from Japan“, November, aus dem Internet: jmission-eu.be/interest/elderly.htm

Klie Thomas (1997): „Tradition und Qualitätsmanagement“, in „Altenheim“, 2

Lützeler Ralph (1997) in: „Alte Menschen und ihre familiäre Situation in Japan: demographische Entwicklung, ihre Ursachen und Implikationen für eine bedarfsgerechte Pflegepolitik“; Deutsches Institut für Japanstudien, Miscellanea 15

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (1997): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches; 1. Auflage, Essen

Motozawa Miyoko (1995): „Familiäre und sonstige Pflege der alten Menschen im japanischen Sozialrecht“, in „Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch ZfSH/SGB“, Band 34, 169-177, April

Oberländer Christian (Hrsg.) und Lützeler Ralph (1997): „Altern und Pflegepolitik in Japan“; Deutsches Institut für Japanstudien, Miscellanea 15

Ogawa Naohiro, Retherford Robert (1993): „Care of the Elderly in Japan: Changing Norms and Expectations“ aus: „Journal of Marriage and the Family“, 55 (August), 585-597

Prahl Hans Werner und Schroeter Klaus R. (1996): „Soziologie des Alterns. Eine Einführung“, Paderborn

Rothgang Heinz (1997): „Die Wirkung der Pflegeversicherung“ in: „Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit“; 191-219, 3

Schneider Markus et al. (1995): „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“, BASYS, Rieden am Forggensee

Sozialgesetzbuch (1997), Beck-Texte, 23. Auflage

Statistisches Bundesamt (Hg.) (1992): „Im Blickpunkt: Ältere Menschen“

Udsching P. (1998): „Die Bedeutung des ärztlich-pflegerischen Gutachtens in der Pflegeversicherung“ In: „Pflegebegutachtung – besser als ihr Ruf“, 19-37, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main

Veith Karin und Bucher Hansjörg (1994): „Demographische Alterung und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten Deutschlands im regionalen Vergleich“; aus: „Geographische Zeitschrift“, Band 82, 214-225

Der DV Pflegewissenschaft im Internet

<http://www.dv-pflegewissenschaft.de>

Homepage Geschäftsstelle: Info@dv-pflegewissenschaft.de

Redaktion Pflege & Gesellschaft:

Pflege-Gesellschaft@dv-pflegewissenschaft.de

Webmaster: Webmaster@dv-pflegewissenschaft.de

Werbung und Öffentlichkeitsarbeit: Werbung@dv-pflegewissenschaft.de