

Das südkoreanische Gesundheitswesen: Historische Entwicklung, Leistungsfähigkeit, Herausforderungen

Thomas Kern und Sang-hui Nam

Wenn von Modernisierung die Rede ist, stehen zumeist Wirtschaft, Politik oder Wissenschaft im Mittelpunkt. Obgleich die Gesundheit in allen Industriegesellschaften ebenfalls hohe Priorität genießt, wird sie in soziologischen Gegenwartsdiagnosen oft nur in den Fußnoten erwähnt (Schimank 2002: 39). Dabei gibt es berechtigte Gründe, das Gesundheitssystem als wichtigen Impulsgeber für die Modernisierung der Gesellschaft ernst zu nehmen. Ein erster Wirkungsbereich betrifft beispielsweise die demographische Entwicklung. Die Überbevölkerung in der so genannten Dritten Welt ist zumindest teilweise ebenso auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung zurückzuführen wie die zunehmende Alterung in den wohlhabenden Industriegesellschaften. Die damit verbundenen Veränderungen reichen weit ins institutionelle Gefüge der Gesellschaft hinein und konfrontieren sie mit schwierigen ökologischen und sozialen Problemen. Ein zweiter Wirkungsbereich betrifft die kulturellen Folgen medizinischer Innovationen. Beispielsweise die Verbreitung empfängnisverhütender Mittel leistete einen maßgeblichen Beitrag zur Emanzipation der Frau und zur Erosion des traditionellen Familienmodells (Castells 2003: 147-258). Für die Zukunft ist zu erwarten, dass von der Biotechnologie, die als eine der Schlüsseltechnologien des 21. Jahrhundert gilt, ähnliche Impulse ausgehen.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der vorliegende Artikel mit dem Gesundheitssystem in Südkorea. Wie beinahe alle anderen gesellschaftlichen Bereiche, hat auch dieser in den vergangenen Jahrzehnten eine dramatische Entwicklung erlebt. Während das südkoreanische Gesundheitswesen in den 1960er-Jahren noch das Niveau eines armen Entwicklungslandes hatte, befindet es sich heute auf dem Stand

der wohlhabenden OECD-Staaten. Die folgenden Darstellungen werden sich mit der Frage beschäftigen, wie diese schnelle Entwicklung möglich war, welche Konsequenzen sich daraus ergeben und welche Aufgaben in den kommenden Jahren zu bewältigen sein werden. Im ersten Abschnitt wird die seit dem Ende des 19. Jahrhunderts andauernde Expansion des Gesundheitswesens untersucht. Im zweiten Abschnitt stehen die Leistungsfähigkeit und aktuelle Probleme der südkoreanischen Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt. Im dritten Abschnitt werden die wichtigsten gesundheitspolitischen Herausforderungen der nächsten Jahre diskutiert.

1 Die Expansion des Gesundheitssystems in Korea

Die Entwicklung des südkoreanischen Gesundheitswesens lässt sich in drei Phasen einteilen:

(1) Bis zum Ende der Choson-Dynastie stand das Gesundheitssystem unter dem Einfluss der chinesischen Medizin. Krankheiten wurden zumeist mit einheimischen Kräutern behandelt. Viele Dörfer verfügten zu diesem Zweck über eigene Apotheken. In der gesellschaftlichen Hierarchie nahm die Ärzteschaft nur eine mittlere Position ein. Mit der politischen und wirtschaftlichen Öffnung des Landes gegen Ende des 19. Jahrhunderts kam die westliche Medizin nach Korea. Wichtige Impulse gingen dabei einerseits von christlichen Missionaren aus den USA, Kanada und Australien aus, andererseits von japanischen Militärärzten in Busan und Seoul. Beide Formen der Krankenbehandlung – *westliche Medizin* (WM) und *koreanische traditionelle Medizin* (KTM)¹ – waren gleichberechtigt. Da aber nur eine kleine Minderheit der Bevölkerung Zugang zur WM hatte, spielte die KTM in der Gesundheitsversorgung weiterhin die dominierende Rolle.

(2) Dies änderte sich grundlegend mit dem Beginn der japanischen Kolonialherrschaft 1910. Wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen plante und organisierte der Staat nun auch systematisch den Ausbau des Gesundheitswesens. Die Förderung der Volksgesundheit wurde als nationale Aufgabe definiert, zum einen als Voraussetzung für eine erfolgreiche wirtschaftliche Entwicklung, zum anderen als Medium der Disziplinierung und Kontrolle. Davon profitierte insbesondere die westliche Medizin, während die traditionelle koreanische Medizin zunächst ausgegrenzt und immer stärker an den Rand gedrängt wurde. Koreaner hatten praktisch keinen Zugang zu einer medizinischen Ausbildung an der Universität. Die überwiegende Mehrheit der Ärzte waren Japaner. Die Polizei war für die Gesundheitserziehung der breiten Bevölkerung verantwortlich. Obgleich die Zahl der Kliniken, in denen westliche Medizin praktiziert wurde, in der Kolonialzeit stark anstieg, beruhte die medizinische Versorgung der breiten Bevölkerung weiterhin wesentlich auf der

¹ Im Folgenden werden „westliche Medizin“ mit WM und „koreanische traditionelle Medizin“ mit KTM abgekürzt.

traditionellen koreanischen Medizin. Dies war ein Grund dafür, dass der Status der koreanischen Medizin in den 1930er-Jahren wieder aufgewertet wurde.

(3) Nach dem Zweiten Weltkrieg vollzog sich im südkoreanischen Gesundheitswesen unter US-amerikanischem Einfluss erneut ein grundlegender Wandel. Der Staat zog sich aus der Gesundheitsversorgung zurück und überließ das Feld bis Mitte der 1970er-Jahre den Kräften des freien Marktes. Westliche und koreanische Medizin wurden rechtlich und institutionell gleichgestellt. Obgleich das Gesundheitswesen in diesem Zeitraum stark expandierte, verfügte die breite Bevölkerung kaum über die Ressourcen, um sich eine medizinische Behandlung leisten zu können. Im Bedarfsfall wandte man sich vor allem an den Apotheker. Ende der 1970er-Jahre meldete sich der Staat jedoch wieder als Akteur im Gesundheitswesen zurück: Eine Krankenversicherung wurde eingeführt, medizinische Programme für Hilfsbedürftige wurden aufgelegt und der Ausbau der medizinischen Infrastruktur wurde aktiv gefördert. Durch diese Kursänderung erlebte das Gesundheitswesen ein enormes Wachstum. Das Leistungsangebot der Krankenversicherung wurde stetig ausgeweitet; und spätestens mit dem Übergang zur Demokratie ist ein deutlicher Trend in Richtung Sozialstaat zu erkennen.

1.1 Das Gesundheitssystem gegen Ende der Choson-Dynastie

Bevor die westliche Medizin Korea erreichte, war die koreanische Medizin (*han-eui-hak*) stark von chinesischen Einflüssen geprägt. Während der Choson-Dynastie hatte sich die chinesische Medizin, die ursprünglich nur am königlichen Hof praktiziert worden war, langsam in der ganzen Bevölkerung ausgebreitet (Sin 2001). Seit Mitte der Choson-Dynastie hatten sich Dorfgemeinschaften in so genannten *Yak-ge* (dt. „Arzneivereinigungen“) zusammengeschlossen, um den medizinischen Bedarf zu organisieren und zu finanzieren. In der Folge bestand gegen Ende des 19. Jahrhunderts im ganzen Land ein relativ dichtes Netz von Apotheken (Sin 1997: 40-43). Chinesische Arzneimittel und medizinische Einrichtungen standen praktisch jedem zur Verfügung. Dennoch war das Sozialprestige der Ärzte gering. Sie mussten zwar eine medizinische Staatsprüfung absolvieren, deren Rang entsprach aber nur dem handwerklicher Berufe.

Die Ausbreitung der westlichen Medizin in Korea wurde zunächst wesentlich durch christliche Missionare vorangetrieben. Nachdem es dem presbyterianischen Missionsarzt Allen gelungen war, einem während des Gapsin-Putsches (1884) schwer verletzten Angehörigen der Königsfamilie das Leben zu retten, gewann die westliche Medizin das Vertrauen des Hofes und der koreanischen Regierung. Daraufhin genehmigte und unterstützte König Kjong 1885 die Gründung des ersten westlichen Missionskrankenhauses, in dem aber auch traditionelle koreanische Medizin praktiziert wurde. Allen wurde zum Hofarzt ernannt. Das Hospital entwickelte sich schnell zu einem Zentrum der protestantischen Missionsbewegung in Korea (Kern 2001); in vielen Fällen verfügten die ins Land strömenden Pastoren und

Missionare über eine medizinische Ausbildung. Neben christlichen Missionsärzten wurde die Ausbreitung der westlichen Medizin auch von Ärzten vorangetrieben, die 1879 mit dem japanischen Militär ins Land gekommen waren.

Mit dem wachsenden Einfluss ausländischer Mächte wurde unter den fortschrittlichen Kräften der Oberschicht der Ruf nach gesellschaftlichen Reformen immer lauter, wozu auch die Forderung nach einer modernen Gesundheitspolitik gehörte: 1891 wurde das medizinische Staatsexamen abgeschafft und 1899 die erste öffentliche Medizinschule – das Severance Union Medical College – gegründet. Ab 1900 wurde für die Ärzte ein neues Prüfungs- und Zulassungsverfahren eingeführt. Dabei wurde zwischen WM- und KTM-Ärzten kein Unterschied gemacht. Auf den wachsenden Einfluss der westlichen Medizin – vor allem durch das Engagement christlicher Missionare – reagierten die KTM-Ärzte mit der Institutionalisierung ihrer Ausbildung, etwa durch die Gründung spezieller Medizinschulen (Jeong 1997; Sin 1997).

1.2 Verstaatlichung des Gesundheitswesens während der Kolonialzeit

Die gesundheitspolitischen Ziele der japanischen Kolonialpolitik nach der Annexion Koreas (1910) leiteten sich zum einen aus den Erfordernissen der ökonomischen Expansion, zum anderen aus der Stabilisierung der neuen Herrschaftsverhältnisse ab: Krankheiten und Seuchen gefährdeten die soziale Ordnung und das Wachstum der Ökonomie. Davon ausgehend verfolgte der Staat systematisch den Ausbau des Gesundheitssystems und die Gründung von Hospitälern. Das Kolonialregime stützte sich dabei hauptsächlich auf die westliche Medizin. Zu Beginn der japanischen Kolonialherrschaft (1910) gab es in Korea aber erst 30 kleine, zumeist private Kliniken, die sich an der westlichen Medizin orientierten (Cho 1988). Das heißt, trotz weitreichender Reformen während der Choson-Dynastie lag die Gesundheitsversorgung weiterhin überwiegend in der Hand von KTM-Ärzten (Sin 1997, 1999, 2001). Die KTM wurde von der japanischen Regierung als unmodern, unwissenschaftlich und ineffektiv angesehen. In einer Reihe von Gesetzen wurden 1913 unter anderem das Berufsbild der Mediziner neu definiert und die Machtverhältnisse im Gesundheitssystem auf ein neues Fundament gestellt. KTM-Ärzte wurden auf den Rang von „medizinischen Assistenten“ (*eui-saeng*) herabgestuft und verloren ihren Status als Gesundheitsexperten. Zugleich wurde der soziale Status der WM-Ärzte aufgewertet, womit die Hegemonie im Gesundheitssystem auf die westliche Medizin überging (Jeong 1996). Die Gesundheitsverwaltung war dabei strikt zentralistisch: Die Ausbildung der Ärzte, die Genehmigung neuer Krankenhäuser und die Mobilisierung von Ärzten für die öffentliche Gesundheitsversorgung unterlagen der staatlichen Kontrolle.

Die Durchsetzung der neuen Gesundheitspolitik in Korea wurde wesentlich von der Polizei geleistet (Lee 1999). Dies war insofern nicht grundlegend neu, als es Ähnliches bereits im Übergang zur Moderne in Europa und Japan gegeben hatte.

Innerhalb des Polizeiapparates wurde eine Abteilung eingerichtet, die mit der Planung und Umsetzung der staatlichen Gesundheitspolitik betraut war. Ihre Aufgabe bestand in der Disziplinierung der Bevölkerung, der Seuchenprävention und der Unterdrückung von Widerstand. Jeder Fall von ansteckenden Krankheiten wie Cholera, Pocken oder Diphtherie musste umgehend der Polizei gemeldet werden. Diese führte Impfungen durch, organisierte die Gesundheitserziehung in den Schulen und kontrollierte zwei Mal im Jahr die hygienischen Zustände in jeder Wohnung. In jeder Provinz wurde ein Labor eingerichtet, das für die gesundheitliche Überwachung von Nahrung und Wasser verantwortlich war. Drangen aus benachbarten Ländern und Regionen Nachrichten über ansteckende Krankheiten nach Korea, reagierte die Kolonialbehörde mit Quarantänemaßnahmen, kontrollierte die Verkehrswege, desinfizierte die Dörfer, isolierte Verdachtsfälle und organisierte Massenimpfungen. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, war die Polizei besonders in den ländlichen Gebieten aktiv und konzentrierte sich dabei überwiegend auf die einheimische koreanische Bevölkerung. Eingewanderte Japaner, die zumeist in den Städten lebten, kamen mit polizeilichen Gesundheitsmaßnahmen selten in Berührung.

Tabelle 1: Akteure, die Personen mit ansteckenden Krankheiten identifizierten nach Stadt, Land und Volkszugehörigkeit, 1925 and 1926 (in Prozent)

Akteure	Stadt	Land	Japaner	Koreaner
Ärzte	89,6	35,9	96,6	25,1
KTM-Praktiker	1,2	12,9	0,5	14,8
Polizei	8,2	43,2	2,0	51,1
Andere	1,0	8,0	0,9	9,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Cho 1988: 71.

Da die Mehrheit der koreanischen Bevölkerung die Verbreitungswege ansteckender Krankheiten nicht kannte, leistete sie gegen Impfungen und Quarantänemaßnahmen oft erbitterten Widerstand. Viele misstrauten der Polizei und sahen in der Isolierung von Patienten vielmehr eine Ursache von Krankheiten. Die Trennung von der Familie und die Verbrennung von Todesopfern standen zudem im Widerspruch zur kulturellen und religiösen Tradition, weshalb die Seuchenbekämpfung in den Dörfern nur in geringem Maße erfolgreich war. Regierungsstatistiken zeigen, dass sich die Prävalenzrate² für ansteckende Krankheiten während der Kolonialzeit nur wenig veränderte (Cho 1988). Ein Grund für diese Entwicklung mag darin liegen, dass die polizeiliche Gesundheitskontrolle nicht ausreichte. Der Staat investierte seine Ressour-

² Die Prävalenzrate beschreibt die Zahl der Erkrankten im Verhältnis zu den untersuchten Personen.

cen überwiegend in den Ausbau und die Verwaltung von Krankenhäusern, während der öffentlichen Gesundheitsvorsorge nur geringe Mittel zur Verfügung standen.

Unmittelbar nach der Annexion Koreas durch Japan gründete die Kolonialregierung fünfzehn neue staatliche Krankenhäuser, sodass in allen dreizehn Provinzen zumindest je eine Gesundheitseinrichtung zur Verfügung stand. Die Kolonialregierung trieb den Ausbau des Gesundheitswesens zügig voran (vgl. Tabelle 2). Zwischen 1915 und 1940 erhöhte sich die Zahl der Ärzte auf 100.000 Einwohner von 6,3 auf 15,5 um mehr als das Doppelte. Doch obwohl sich auch in anderen Heilberufen die Versorgungsdichte merklich erhöhte, änderte sich an der Unterversorgung gerade in den ländlichen Gebieten nur wenig. Das Vakuum, das mit der Ausgrenzung und Repression der KTM-Praktiker geschaffen worden war, konnte nicht aufgefüllt werden.

Tabelle 2: Medizinisches Personal auf 100.000 Einwohner, 1915-1940

Jahr	Ärzte	Krankenpfleger/ Krankenschwestern	Hebammen	Apotheker	KTM- Praktiker
1915	6,3	1,4	3,4	0,4	38,4
1920	6,4	3,5	3,5	0,5	31,1
1930	9,6	5,5	6,1	1,1	22,5
1940	15,5	8,9	9,0	2,5	15,3

Quelle: Cho 1988: 92.

Als Konsequenz war die koreanische Bevölkerung von der modernen Gesundheitsversorgung praktisch vollständig ausgeschlossen. Das in staatlichen Krankenhäusern geltende Prinzip des freien Zugangs zu ambulanter medizinischer Versorgung wurde in den 1920er-Jahren auf den Kreis derer eingeschränkt, die unter der offiziellen Armutsgrenze lebten. Ihre Zahl war jedoch verschwindend gering. Beispielsweise 1937 wurde nur einer von tausend Koreanern im Krankenhaus behandelt, in den meisten Fällen ambulant; die Zahl der Japaner lag um das 30fache darüber. Die vorhandenen Mediziner konzentrierten sich fast ausschließlich auf die in Korea lebenden Ausländer und den wachsenden Zustrom von „Siedlern“ aus dem japanischen „Mutterland“.

Die staatliche Regulierung des Gesundheitswesens war somit gescheitert. Da die japanische Regierung dem privaten Sektor das Feld aber nicht überlassen wollte, richtete sie ihr Augenmerk wieder neu auf die immer noch reichlich vorhandenen KTM-Praktiker. Mit ihnen eröffnete sich nicht nur ein möglicher Ausweg aus dem Versorgungsnotstand; unter den Koreanern war auch die Ablehnung gegenüber -WM-Ärzten immer größer geworden, weil sie häufig als Angehörige des japanischen Militärs in Erscheinung traten (Jeong 1997). KTM-Praktiker dagegen konnten sich der Bevölkerung ohne Probleme nähern, weil sie von öffentlichen Ämtern und Berufen ausgeschlossen waren (Sin 2001: 101). Ebenso sprach für die KTM, dass

sie dem Kolonialregime deutlich geringere Kosten verursachte und eine landesweit gut funktionierende Infrastruktur aus traditionellen Apotheken noch vorhanden war.

Der Mangel an WM-Ärzten hatte somit zur Folge, dass die KTM-Praktiker verlorenes Terrain im Gesundheitswesen wieder wettmachen konnten. Ein weiterer Grund für die Restauration der KTM in den 1930er-Jahren waren Veränderungen im politischen Klima Japans. Mit Beginn des Krieges in der Mandschurei und dem zunehmenden Einfluss nationalistischer Expansionsbefürworter entstand die Idee einer großen ostasiatischen Union unter japanischer Vorherrschaft. Die östliche Medizin wurde in diesem Kontext als Ausdruck der „Seele Japans“ oder der „Seele des Ostens“ angesehen (Sin 1999). Dabei wurden einige Maßnahmen zur öffentlichen Rehabilitierung der traditionellen östlichen Medizin durchgeführt, wie etwa ihre Einführung als Unterrichtsfach an den Universitäten, die Gründung von Forschungsinstituten für Heilpflanzen etc. Damit sollte das Etikett der Unwissenschaftlichkeit und Unmodernität abgelegt werden. Im Rahmen dieser Entwicklung ging die traditionelle Medizin eine enge Verbindung mit dem Kolonialstaat ein (Sin 1999: 345). Obgleich die westliche Medizin ihre formale Vorrangstellung behielt, war es ihr aufgrund struktureller und politischer Rahmenbedingungen während der gesamten Kolonialzeit nicht gelungen, sich in der Praxis gegen die KTM wirksam durchzusetzen.

1.3 Postkolonialzeit: Privatisierung des Gesundheitssystems

Nach dem Ende der japanischen Kolonialherrschaft wurde Südkorea zwischen 1945 und 1948 von einer US-Militärregierung verwaltet. In diesem Zeitraum wurden entscheidende Weichen für die weitere Entwicklung des Gesundheitssystems gestellt. Obgleich die Spitzenpositionen in der Gesundheitsverwaltung nicht ausgetauscht und das von der Kolonialregierung gegründete Ausbildungsseminar für Mediziner 1946 in die Seoul National University integriert wurde (Kim 2000: 304-305), setzten die Amerikaner weitreichende Veränderungen durch: Alle Gesundheitsfunktionen – von der Durchführung statistischer Erhebungen über die Planung des medizinischen Bedarfs bis zur hygienischen Erziehung – wurden von anderen Ministerien abgespalten und im Gesundheitsministerium integriert, das nun für alle Aspekte der öffentlichen Gesundheit verantwortlich war. Auf diese Weise entwickelte es sich in kurzer Zeit zu einer der größten Behörden innerhalb der US-Militärverwaltung (Cho 1988: 111).

Nach der Staatsgründung (1948) verlagerte sich der gesundheitspolitische Schwerpunkt auf die Förderung der öffentlichen Gesundheit und die Bekämpfung ansteckender Krankheiten, die dem Staat und der Wirtschaft jährlich beträchtlichen Schaden zufügten: Es wurde geschätzt, dass der ökonomische Verlust durch ansteckende Krankheiten wie Malaria und Tuberkulose den gesamten jährlichen Staatshaushalt überstieg. Im Unterschied zur japanischen Kolonialzeit fühlte sich der Staat in der Nachkriegszeit für den Ausbau der Gesundheitsversorgung jedoch nicht mehr

verantwortlich. Nach US-amerikanischem Vorbild wurde strikt zwischen Prävention und Bekämpfung von Seuchen auf der einen Seite und individuellen Gesundheitsdienstleistungen auf der anderen Seite unterschieden. Im ersten Fall fiel die Verantwortung dem Staat zu, im zweiten Fall dem privaten Sektor. In der Folge wurden die personellen und finanziellen Kapazitäten des Gesundheitsministeriums drastisch reduziert. Während der 1950er-Jahre blieb der Anteil des Staatshaushalts für Gesundheitsausgaben deutlich unter der Marke von einem Prozent (Cho 1988: 114). Diese schlechte Ausstattung hatte unter anderem zur Folge, dass öffentliche Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen kaum noch über die notwendigen Mittel verfügten, um ihren Betrieb aufrechtzuerhalten. Es wurden nur wenige neue staatliche Krankenhäuser gegründet, das Personal war schlecht bezahlt und für die Anschaffung neuer Gerätschaften fehlte oft das Geld.

Auf der anderen Seite kam die Entwicklung des privaten Sektors nur schleppend in Gang. Vor allem gemeinnützige private Organisationen – oft aus dem christlichen Bereich – kümmerten sich um den Ausbau der Krankenhausversorgung. Profitorientierte Einrichtungen blieben in der Minderheit, da die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung nicht über die Mittel verfügte, um sich eine medizinische Behandlung leisten zu können. Solange Gebühren verlangt wurden, blieben die meisten Patienten den Krankenhäusern fern, weshalb selbst in bestehenden Einrichtungen oft kaum die Hälfte der Betten belegt war.³ Im Krankheitsfall griff die koreanische Bevölkerung weiterhin auf den Apotheker zurück, der in vielen Fällen die Funktion des Allgemeinmediziners ausfüllte (Cho 1988: 102). Erst mit dem ökonomischen Wachstum expandierte in den 1960er-Jahren langsam auch das Angebot an profitorientierten Hospitälern. Gegen Ende der 1970er-Jahre übertraf die Zahl der Betten in privaten Einrichtungen erstmals die in Einrichtungen der öffentlichen Hand. Danach stieg die Zahl der Betten privater Anbieter immer schneller. Bis 2003 befanden sich fast 83 Prozent der Krankbetten in ihrer Hand. Das heißt, das südkoreanische Gesundheitssystem ist weitgehend privat organisiert, der Staat spielt in der medizinischen Versorgung heute kaum noch eine Rolle.

Tabelle 3: Betten in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, 1962-2003

Krankenhäuser	1949	1962	1977	1987	1994	2003
Öffentlich	2.905 75,1%	6.099 58,2%	13.582 53,2%	25.339 29,7%	28.870 23,2%	34.770 17,2%
Privat	963 24,9%	4.378 41,8%	11.941 46,8%	59.841 70,3%	95.727 76,8%	167.191 82,8%
Insgesamt	3.868 100%	10.477 100%	25.523 100%	85.180 100%	124.597 100%	201.961 100%

Quellen: Cho 1988: 128; Yang 1996: 21; Kwon 2004: 5.

³ Behandlungen in staatlichen Krankenhäusern waren unentgeltlich; gemeinnützige Kliniken nahmen 30 Prozent der ambulanten und 15 Prozent der stationären Patienten ohne Gebühren auf (Cho 1988: 127).

Neben der strikten Trennung von öffentlichem und privatem Sektor lag der vermutlich wichtigste Einfluss der US-amerikanischen Medizin in der Einführung des Facharztsystems (Cho 1988: 119-124). Bis zum Ende der Kolonialherrschaft beruhte die Ausbildung der Allgemeinmediziner auf einem vierjährigen Studium. Mit der Bildungsreform von 1946 wurde das Studium jedoch um zwei Jahre verlängert, die für eine Spezialisierung genutzt wurden. Darüber hinaus erhielten nach dem Korea-Krieg Hunderte von Ärzten die Gelegenheit, sich für ein Jahr in den USA fachlich weiterzubilden. Diese gelangten in Krankenhäusern, Universitäten und ministeriellen Verwaltungen zu großem Einfluss und förderten die Durchsetzung des Facharztsystems nach Kräften. Im Alltag des südkoreanischen Gesundheitswesens – geprägt vor allem von Infektionskrankheiten – war der Bedarf an Spezialisten jedoch gering, das heißt, viele niedergelassene Ärzte waren gezwungen, zusätzlich als Allgemeinmediziner zu praktizieren. Der Facharztstitel erwies sich dabei als Wettbewerbsvorteil, weil er von den Patienten als Ausweis für größere Kompetenz angesehen wurde. Dies führte teilweise zu harten Auseinandersetzungen innerhalb der Ärzteschaft. Darüber hinaus wurde die Nachfrage nach fachlicher Spezialisierung weiter angeheizt. Bis 1970 stieg die Zahl der Fachmediziner auf 4.206, was knapp einem Drittel aller 14.932 registrierten Ärzte entsprach.

Die nächste entscheidende Weichenstellung für die Entwicklung des Gesundheitssystems bestand in der Einführung der National Health Insurance (NHI) 1977, mit der sich der Staat nach Jahrzehnten der Abstinenz als gesundheitspolitischer Steuerungsakteur wieder zurückmeldete. Vieles deutet darauf hin, dass die Regierung Park Chung-hee mit diesem Kurswechsel ihre schwindende Legitimität in der Bevölkerung wieder festigen wollte. Die neue Krankenversicherung, die jeweils zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert wurde – der Staat deckte nur die Verwaltungskosten – beschränkte sich zunächst nur auf die Arbeiter in großen Unternehmen, wurde in den folgenden Jahren jedoch stetig ausgedehnt. Darüber hinaus wurden ein „medical aid program“ für die Bedürftigsten eingeführt und spezielle Gesundheitsförderungsprogramme für die Bauern aufgelegt, die ausschließlich vom Staat finanziert wurden. Da die Krankenversicherung nur ein eingeschränktes Spektrum medizinischer Leistungen abdeckte, musste der größte Teil der Gesundheitsausgaben weiterhin von den Privathaushalten aufgebracht werden. Dennoch floss mit dieser Maßnahme zusätzliches Geld ins Gesundheitssystem, das dem Wachstum medizinischer Einrichtungen zugute kam.

Ein wesentlicher Schwerpunkt der neuen Gesundheitspolitik bestand in der Ausdehnung der Gesundheitsversorgung. Der Vorrang privater Anbieter wurde dabei jedoch nicht in Frage gestellt. Der Staat wirkte aktiv an der Gründung privater Krankenhäuser mit, indem er Kredite bereitstellte. Außerdem wurde gegen den Widerstand ärztlicher Ständeorganisationen das Studienangebot für Mediziner stetig ausgedehnt. Anfang der 1970er-Jahre lag die Zahl medizinischer Colleges bei 12; nach 1977 wurden weitere 14 genehmigt, die bis 1985 den Betrieb aufnahmen. Dadurch stieg die Zahl der Medizinstudenten von 1.477 (1977) auf 3.119 (1985) um mehr als das Doppelte. Der Staat erhoffte sich dadurch vor allem eine Verbesserung

des medizinischen Angebots in den ländlichen Regionen, die im Vergleich zu den Städten bis dahin deutlich unterversorgt waren.

Durch die Intervention des Staates erlebte das Gesundheitssystem in kurzer Zeit eine beeindruckende Expansion (vgl. Tabelle 4): Hatte sich die Zahl der Ärzte auf 100.000 Einwohner von 1955 bis 1975 nur um 39 Prozent erhöht, so stieg sie bis 1995 um beinahe das Dreifache und bis 2003 um den Faktor 3,5. Noch deutlicher fällt der Vergleich bei den Krankenhäusern aus: Von 1955 bis 1975 reduzierte sich ihre Zahl auf 100.000 Einwohner von 0,86 auf 0,60. Bis 1995 stieg der entsprechende Wert jedoch auf 1,63 und bis 2003 auf 2,54. Die Zahl der Arztpraxen auf 100.000 Einwohner, die bis 1975 weitgehend unverändert geblieben war, erhöhte sich bis 1995 um knapp 90 Prozent und erlebte bis 2003 ebenfalls ein Wachstum um beinahe das Dreifache. Die Apotheker schienen von dieser Entwicklung dagegen weniger zu profitieren: Während ihre Zahl auf 100.000 Einwohner zwischen 1955 und 1975 um mehr als das Fünffache gestiegen war, konnten sie sich bis 2003 nur noch verdoppeln. Ein Grund für diese Entwicklung liegt vermutlich darin, dass der Verkauf von Medikamenten bis zur Gesundheitsreform im Jahr 2000 eine Haupteinnahmequelle für Ärzte war. Mit der Expansion ärztlicher Dienstleistungen erwuchs für die Apotheken somit ein wichtiger Konkurrent auf dem Arzneimittelmarkt. Darüber hinaus verloren sie ihre bisherige Funktion als Ersatz für den Allgemeinmediziner.

Tabelle 4: Gesundheitsexperten und -einrichtungen, 1955-2001 (auf 100.000 Einwohner)

Jahr	Ärzte	Arztpraxen	Krankenhäuser	Apotheker
1955	40,7	20,23	0,86	9,8
1960	42,7	22,56	0,69	18,8
1965	47,7	25,25	0,80	34,9
1970	56,4	24,33	0,77	45,4
1975	55,5	23,99	0,60	56,0
1980	67,1	22,72	1,12	63,9
1985	81,8	26,57	1,27	73,2
1990	112,8	35,45	1,37	86,6
1995	146,1	44,96	1,63	96,0
2000	178,8	56,58	2,12	107,1
2003	198,0	59,40	2,54	112,3

Quelle: Ministry of Health and Welfare; National Statistical Office.

Mit dem Eintritt in die OECD 1996 setzte sich Südkorea das Ziel, nicht nur in der Wirtschaft, sondern auch in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Arbeit das Niveau „fortgeschrittener“ Länder zu erreichen. Damit entsprach die Regierung aber nicht nur den Anforderungen der internationalen Organisation, sondern auch dem wachsenden Bedürfnis nach sozialer Sicherheit in der Bevölkerung (Kim 2000:

306). Spätestens mit dem endgültigen Übergang zur Demokratie Anfang der 1990er-Jahre wurde die Wohlfahrtspolitik zunehmend als Instrument eingesetzt, um gesellschaftliche Konflikte zu entschärfen. Folglich wird die Gesundheit im öffentlichen Diskurs immer seltener unter militärischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten diskutiert; sie gilt vielmehr zunehmend als Voraussetzung für individuelles Wohlbefinden und Selbstverwirklichung (Inglehart 1980; Inglehart und Baker 2000). Unter diesen Bedingungen ist das Thema Gesundheit im politischen Diskurs heute umstrittener als in den vorangehenden Jahrzehnten.

Auf dem Feld der Gesundheitspolitik stehen sich im Wesentlichen zwei Lager gegenüber: Auf der einen Seite sind die Anhänger einer gemeinwohlorientierten Gesundheitsversorgung, die die Rechte der Patienten stärken und dem profitorientierten Handeln der Akteure im Gesundheitswesen einen Zaum anlegen wollen. Dabei handelt es sich größtenteils um große zivilgesellschaftliche Organisationen wie Citizen's Coalition for Economic Justice (CCEJ), People's Solidarity for Participatory Democracy (PSPD), Health Right Network (HRN), Association of Physicians for Humanism etc. Diese Gruppen engagieren sich nicht nur in sozialpolitischen Fragen, sondern tragen mit ihrer Medienpräsenz immer wieder zur Aufdeckung von Notlagen und Skandalen im Gesundheitswesen bei. Seit 1998 stoßen sie in der Regierung zunehmend auf offene Ohren. Auf der anderen Seite stehen Interessengruppen aus dem Gesundheitswesen (Korean Medical Association, Korean Hospital Association, Pharmakonzerne etc.) und der Wirtschaft, die am Vorrang der privaten Initiative festhalten und die bestehenden Rechte ihrer Ständeorganisationen bewahren wollen.

Im Jahr 2000 kam es zwischen beiden Lagern zu einer heftigen Konfrontation, als die Regierung Kim Dae-jung mit breiter Unterstützung aus der Zivilgesellschaft (Cho 2001) die Integration von 366 Versicherungsgesellschaften – darunter zahlreiche Organisationen, die zu klein waren, um die Krankheitsrisiken ihrer Mitglieder angemessen auszugleichen – zu einer einzigen Körperschaft („integration reform“) sowie die strikte Trennung zwischen Arztpraxis und Apotheke („separation reform“) durchsetzte. Mit der Integrationsreform sollten die Beiträge aller Versicherten vereinheitlicht und die Gesundheitsverwaltung wirtschaftlicher organisiert werden. Die Trennungsreform hatte hingegen das Ziel, den übermäßigen Konsum von Medikamenten einzuschränken und die Kosten zu reduzieren, indem Anreize für die Verschreibung von Arzneien mit hoher Gewinnmarge und für die Verabreichung von Spritzen abgeschafft wurden.

Die Trennung von Arztpraxis und Apotheke stieß bei den Medizinern und der Pharmaindustrie auf heftigen Widerstand. Wie bereits erwähnt, war die Gewinnbeteiligung am Verkauf von Medikamenten für die Ärzte bisher eine der Haupteinkommensquellen gewesen. Bei Margen von teilweise 40 Prozent bestand großes Interesse an der Verschreibung besonders teurer Arzneien. Dies führte dazu, dass Südkorea mit 31 Prozent der Gesundheitsausgaben für Medikamente deutlich über dem OECD-Durchschnitt von unter 20 Prozent lag (Kwon 2002: 284). In 59 Prozent aller Fälle wurden Antibiotika verschrieben und in 57 Prozent aller Behandlungen Spritzen verabreicht, zwei- bis dreimal mehr als im Durchschnitt der OECD (Cho 2001: 227). Mit der Trennung von Apotheke und Praxis wurde die bisherige Ge-

winnbeteiligung durch eine Behandlungsgebühr ersetzt, durch die ein kostengünstigeres Verschreibungsverhalten erreicht werden sollte. Insbesondere die Inhaber einer privaten Praxis fürchteten hohe Verluste. Im Jahr 2000 kam es im April, Juni und August zu landesweiten Streiks, an denen sich fast alle Ärzte beteiligten (Kwon 2004: 6). Von der empörten Öffentlichkeit ließen sie sich dabei nicht beeindrucken. Sie warfen der Regierung vor, dass diese mit ihrer Gesundheitsreform einseitig die Apotheker begünstige.

Die Unruhen hielten bis Ende des Jahres 2000 an. Da die Regierung von den Streiks zum einen überrascht war und zum anderen – angesichts des Mangels an staatlichen Gesundheitseinrichtungen – den Protesten nichts entgegenzusetzen hatte, gelang es den Ärzten, zu ihren Gunsten deutliche Verbesserungen bei den Behandlungsgebühren durchzusetzen. Dies war zumindest eine wichtige Ursache dafür, dass die Gesundheitsausgaben der NHI im darauffolgenden Jahr 2001 weit über das erwartete Maß anstiegen und die Krankenversicherung in ein tiefes Defizit stürzten (siehe Abbildung 6). Dennoch hat die Trennungsreform zumindest teilweise ihre Ziele erreicht. Der Arzneikonsum scheint sich merklich reduziert zu haben (OECD 2002: 72). Durch die Reform wurde die Stellung des Staates im Gesundheitswesen weiter gestärkt. Der Trend zur Übernahme von immer mehr Verantwortung könnte sich aber schnell als ein Bumerang erweisen, falls es nicht gelingen sollte, eine breite Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen zu vertretbaren Kosten zu organisieren.

2 Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens

Wie im vorangehenden Abschnitt deutlich geworden ist, erlebte das südkoreanische Gesundheitssystem nach dem Ende des Koreakrieges eine beeindruckende Expansion. Im folgenden Abschnitt soll untersucht werden, wie sich diese Entwicklung auf die Lebensqualität der südkoreanischen Bevölkerung ausgewirkt hat. Dabei orientieren sich die Darstellungen an den nach Maßgabe der WHO zentralen Beurteilungskriterien für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens (Murray und Frenk 2000: 719-721): (1) dem Gesundheitszustand der Bevölkerung, (2) der Sensibilität gegenüber den Erwartungen der Patienten und (3) den Ausgaben für medizinische Leistungen.

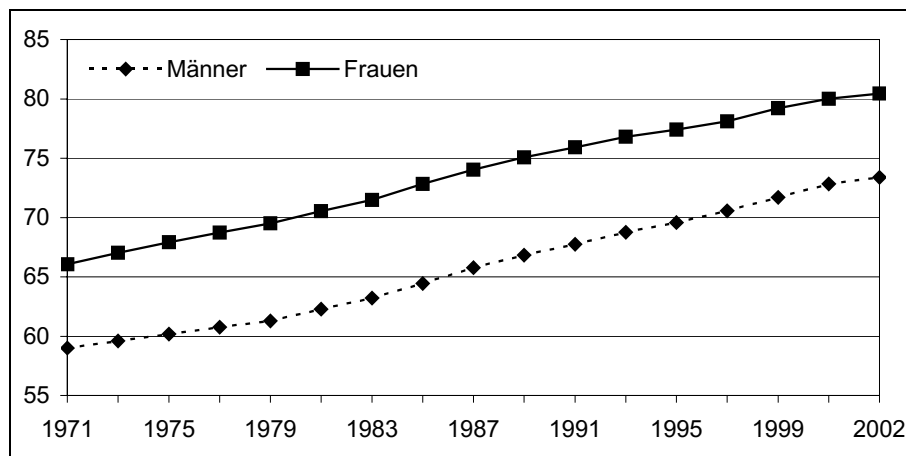
2.1 Gesundheitlicher Zustand der Bevölkerung

In der einschlägigen Fachliteratur herrscht Einigkeit darüber, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung nicht nur von den Leistungen des medizinischen Systems abhängig ist, sondern vielmehr von den allgemeinen Lebensbedingungen wie etwa den Wohnverhältnissen, der familiären Situation, den Ernährungsgewohnheiten, der Arbeitsbelastung, dem Freizeitverhalten etc. Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist somit nur *ein* wichtiger Baustein zur Verbesserung der Gesundheit. Einschlägige Studien verweisen jedoch auf eindeutige Zusammenhänge etwa zwischen der Zahl der Ärzte und medizinischen Einrichtungen auf 100.000 Einwohner und dem

allgemeinen Niveau der Sterblichkeit. Präventive Maßnahmen wie Kampagnen gegen das Rauchen, den Konsum von Alkohol oder für die Benutzung von Kondomen (Anti-AIDS) haben ebenso nachweisbar positive Effekte auf die öffentliche Gesundheit.

Mit 1,5 Ärzten auf 1.000 Einwohner im Jahr 2002 liegt die Zahl der Mediziner in Südkorea noch immer deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 2,9 auf 1.000 (2000). Dennoch hat sich die Sterblichkeit in den vergangenen Jahrzehnten deutlich reduziert. Als einer der wichtigsten Indikatoren gilt in diesem Zusammenhang die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt: Obgleich Südkorea innerhalb der OECD noch immer am unteren Ende der Skala rangiert, ist der entsprechende Wert in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gestiegen (OECD 2002: 40): 1971 lag die Lebenserwartung bei Geburt für Männer bei knapp 59 Jahren und für Frauen bei 66 Jahren. Bis 2002 erhöhte sie sich jeweils um etwa 14 Jahre auf 73,4 beziehungsweise 80,4. Dieser Erfolg beruht hauptsächlich auf einer dramatischen Verringerung der Säuglingssterblichkeit auf 1.000 Geburten von 45 (1970) auf 7,7 (1999) (vgl. Tabelle 5). Für 2002 gibt die Weltbank einen Wert von 5,0 an.

Abbildung 1: Lebenserwartung bei Geburt, 1971-2002



Quelle: National Statistical Office.

Wie in allen industrialisierten Staaten haben sich auch in Südkorea die Strukturen der Sterblichkeit grundlegend von ansteckenden zu chronischen und lebensstilbedingten Krankheiten verschoben. Als wichtigste Todesursache steht Krebs mit 26,2 Prozent an erster Stelle. An zweiter Stelle folgen mit 24,5 Prozent Herz- und Gefäßkrankheiten und an dritter Stelle mit 12,8 Prozent Unfälle, Verletzungen oder andere externe Einwirkungen. Während Herz- und Gefäßkrankheiten seit 1983 als Todesursache relativ an Bedeutung verloren haben, hat sich der Anteil der Krebserkrankungen mehr als verdoppelt (siehe Abbildung 2). Dabei werden 17,1 Prozent der Todes-

fälle auf Leber-, 18,3 Prozent auf Magen- und 19,8 Prozent auf Lungenkrebs zurückgeführt. Gerade beim Lungenkrebs hat sich der Anteil seit 1983 mehr als verdoppelt. Besonders auffällig ist auch die hohe Zahl tödlicher Verkehrsunfälle.

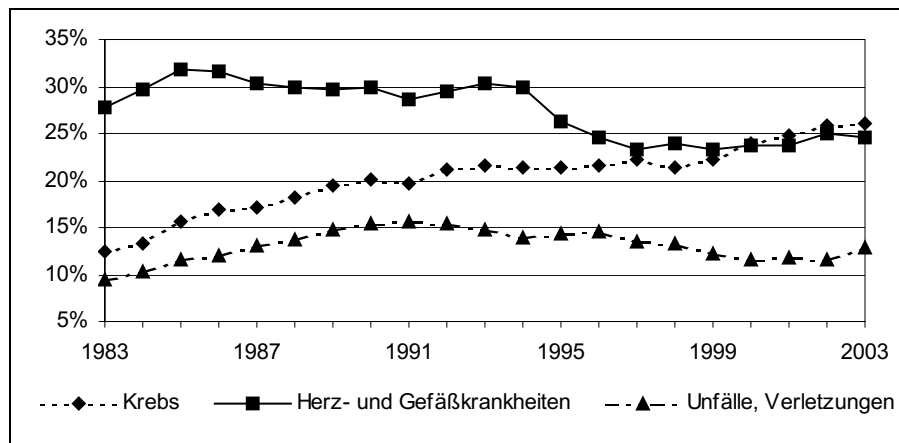
**Tabelle 5: Säuglingssterblichkeit in der OECD, 1960-2000
(auf 1.000 Geburten)**

Land	1960	1970	1980	1990	2000
Schweden	16,6	11,0	6,9	6,0	3,4
Japan	30,7	13,1	7,5	4,6	3,2
Frankreich	27,5	18,2	10,0	7,3	4,6
Deutschland	33,8	23,6	12,6	7,0	4,4
Australien	20,2	17,9	10,7	8,2	5,2
Vereinigte Staaten	26,0	20,0	12,6	9,2	6,9
Korea	-	45,0	17,0	12,0	6,2*
Ungarn	47,6	35,9	23,2	14,8	9,2
Polen	54,8	36,7	25,5	19,3	8,1
Mexiko	74,0	68,0	40,0	24,0	23,3
Türkei	189,5	145	117,5	57,6	39,7
OECD-Durchschnitt	37,6	28,3	17,5	10,8	7,0

* 1999

Quelle: OECD 2002: 42, 2004: 24.

Abbildung 2: Die drei wichtigsten Todesursachen, 1983-2003



Quelle: NSO 2005.

Mit 4,4 Sterbefällen auf 10.000 Fahrzeuge lag Südkorea 2003 deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 2,5 (*Korea Times*, 27.05.2004). Dabei ist das Sterberisiko im Straßenverkehr für Männer beinahe drei Mal größer als für Frauen.

Die Verteilung der Todesursachen macht deutlich, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung durch präventive Maßnahmen weiter verbessert werden könnte. Dieser Weg ist in den vergangenen Jahren konsequent beschritten worden. Durch Aufklärungskampagnen etwa über die Gefahren des Rauchens und des Alkoholkonsums konnten beträchtliche Erfolge erzielt werden. Einer Umfrage des National Statistical Office (NSO 2004) zufolge erhöhte sich der Anteil der Nichtraucher bei den Männern zwischen 1995 und 2003 von 27 auf knapp 44 Prozent. Bei den Frauen stieg der Anteil um über zwei Punkte von 94 Prozent auf 96 Prozent. Beim Alkohol hat sich auf den ersten Blick hingegen kaum etwas verändert. Bei den Frauen hat der Anteil der Nichttrinkerinnen sogar leicht nachgegeben. Bei den Männern, die öfter als zweimal pro Woche Alkohol konsumieren, ist der Anteil jedoch von 47,6 Prozent auf 24,3 Prozent gesunken. Das heißt, auch das Bewusstsein für die Gefahren von exzessivem Alkoholgenuss scheint größer geworden zu sein.

Tabelle 6: Nichtraucher und Nichttrinker, 1995-2003 (in Prozent)

Jahre	Nichtraucher			Nichttrinker		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1995	61,6	27,0	94,0	36,9	17,0	55,4
1999	64,9	32,2	95,4	35,4	17,1	52,4
2003	70,8	43,7	96,2	35,7	19,3	51,0

Quelle: NSO 2004.

Neben „objektiven“ Kennzahlen, die von der Stimmungslage in der Bevölkerung relativ unabhängig sind, spielt auch der „subjektive“ Faktor bei der Beurteilung des Gesundheitssystems eine wichtige Rolle, weil individuelle Einschätzungen oft großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ausüben. Wie aus Umfragen des National Statistical Office hervorgeht, ist der Anteil der Männer und Frauen, die ihre Gesundheit als gut bezeichnen, im Vergleich zu früheren Jahren deutlich geringer geworden (vgl. Tabelle 7): Bei den Männern hat sich der entsprechende Wert seit 1986 um etwa 5 Prozentpunkte verringert, bei den Frauen um beinahe 7 Prozentpunkte. Umgekehrt ist der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen, in beiden Gruppen beinahe unverändert geblieben beziehungsweise etwas größer geworden.

Dieser Befund steht auffällig im Widerspruch zu den „objektiven“ Indikatoren, die auf eine deutliche Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes hinweisen. Die Expansion des Gesundheitswesens scheint somit zu keiner Verbesserung des individuellen Befindens geführt zu haben. Über eine Erklärung dieses interessanten Sachverhalts kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Da sich der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im beobachteten Zeitraum nur un-

wesentlich vergrößert hat, scheidet die „Alterung“ als mögliche Erklärung weitgehend aus. Demgegenüber spricht vieles dafür, dass mit der Ausdehnung des medizinischen Angebots die Sensibilität für den eigenen Gesundheitszustand deutlich gestiegen ist. Es gibt Anlass zu der Vermutung, dass mit der Zunahme von Wettbewerbern auf dem Gesundheitsmarkt (Pharmaunternehmen, Krankenhäuser, Ärzte etc.) und einer wachsenden Zahl von Gesundheitskampagnen in den Medien die Sensibilität für die Gefahr gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen oder drohender Krankheiten gestiegen ist, was sich auf das Wohlbefinden und die eigene Selbsteinschätzung negativ ausgewirkt haben könnte.

Tabelle 7: Einschätzung der eigenen Gesundheit, 1986-2003 (in Prozent)

Geschlecht	Einschätzung	1986	1989	1992	1995	1999	2003
Männer	gut	54,7	62,2	54,1	50,5	50,3	49,6
	schlecht	13,3	13,7	13,0	14,8	14,1	13,1
Frauen	gut	43,3	48,0	39,1	37,2	35,5	36,5
	schlecht	19,7	21,7	23,1	23,9	24,7	22,0

Quellen: Kwon 2003: 182; National Statistical Office.

Ein weiteres Kriterium für die Beurteilung eines Gesundheitssystems sind soziale Unterschiede in der Sterblichkeit. Diese geben zumindest teilweise Aufschluss über die Zugangschancen einzelner (vor allem ärmerer) Bevölkerungsgruppen zu medizinischer Versorgung. In Südkorea zeigen sich dabei je nach sozioökonomischer Zugehörigkeit Sterblichkeitsunterschiede, die deutlich über vergleichbaren Werten in den USA oder Westeuropa zu liegen scheinen (Son 2004; Kwon 2003). Die Bildung spielt in diesem Zusammenhang eine besonders wichtige Rolle (Son 2002): Neuere sozialmedizinische Studien zeigen, dass mit abnehmendem Bildungsgrad die Sterblichkeit in Südkorea über Geschlecht und Altersgruppe hinweg nicht nur deutlich zunimmt, der Bildungseffekt scheint sich darüber hinaus in der jüngeren Generation gravierender auszuwirken als in der älteren (Khang et al. 2004). An dieser Stelle deutet sich eine eher zunehmende soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung an, deren Bekämpfung zukünftig zu den Prioritäten der Gesundheitspolitik gehören dürfte.

2.2 Zufriedenheit der Patienten

Das zweite Beurteilungskriterium für den Zustand eines Gesundheitssystems besteht in der Sensibilität gegenüber den Erwartungen der Patienten. Ein wichtiger Indikator ist in diesem Zusammenhang die Zufriedenheit mit dem Angebot medizinischer Leistungen. Umfragen des National Statistical Office (2004: 12) zeigen, dass sich die Einstellungen in dieser Hinsicht seit 1999 deutlich verbessert haben. Während die Unzufriedenheit vor sechs Jahren noch größtenteils überwog, hat sich das Blatt mittlerweile grundlegend gewendet, und zwar auf dem Land genauso wie in der

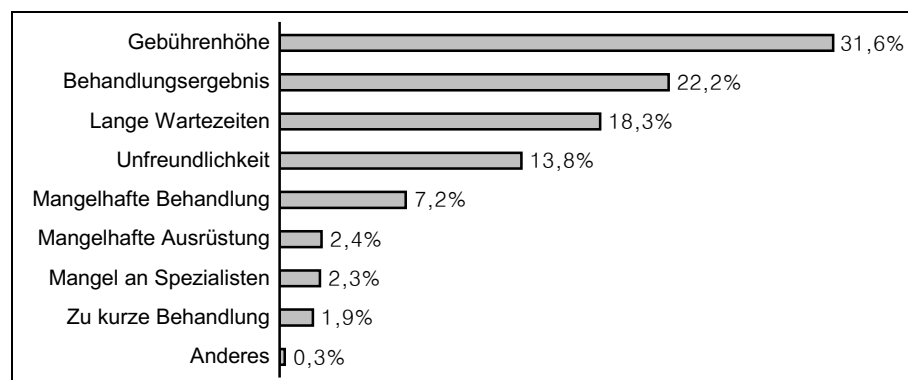
Stadt (vgl. Tabelle 8). Bei den Allgemeinkrankenhäusern stieg die Zufriedenheit von 25 Prozent auf 41 Prozent, bei den Arztpraxen und Kliniken von 26 Prozent auf 39 Prozent und bei den Apotheken von 18 Prozent auf 24 Prozent. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die unter der Regierung Kim Dae-jung durchgeführte Gesundheitsreform aus dem Jahr 2000 tatsächlich zu einer grundlegenden Verbesserung des medizinischen Angebots geführt hat. Bei denjenigen, die noch immer unzufrieden sind, stehen mit 32 Prozent die hohen Arztgebühren an der Spitze. An zweiter Stelle folgen mit 22 Prozent die Unzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis und mit 18 Prozent die langen Wartezeiten (siehe Abbildung 3).

Tabelle 8: Zufriedenheit mit dem medizinischen Angebot (in Prozent)

	Allgemeinkrankenhäuser		Arztpraxen und Kliniken		Apotheken	
	Zufrieden	Unzufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Zufrieden	Unzufrieden
1999						
Gesamt	24,9	48,7	25,8	30,3	18,3	17,5
Land	23,1	51,0	23,9	31,9	17,7	17,7
Stadt	32,8	38,3	33,0	24,6	22,8	16,2
2003						
Gesamt	40,7	26,0	38,7	15,7	23,7	9,6
Land	37,2	28,3	35,6	16,8	22,6	9,8
Stadt	55,0	16,9	51,7	11,3	30,4	8,2

Quelle: National Statistical Office.

Abbildung 3: Gründe für Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, 2003



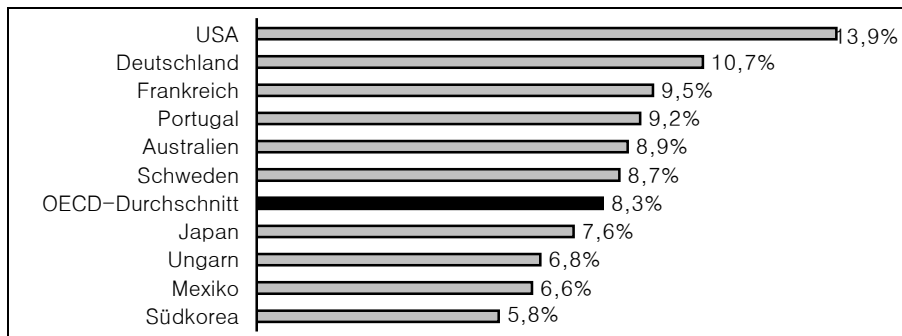
Quelle: National Statistical Office.

Eine Studie der OECD (2002) über das südkoreanische Gesundheitswesen kommt zu dem Ergebnis, dass den Patienten eine breite Palette von Wahlmöglichkeiten offen steht. Gemessen an den Benutzungsraten haben die Patienten – anders als in manchem OECD-Land – nicht mit überfüllten Krankenhäusern und Arztpraxen zu kämpfen. Die medizinische Technik entspricht dem aktuellen Stand und ist den Patienten in aller Regel zugänglich, sofern sie über die erforderlichen finanziellen Mittel verfügen. An diesem Punkt drängen besonders zivilgesellschaftliche Gruppierungen auf eine weitere Öffnung des Leistungsspektrums in der Krankenversicherung gerade für diejenigen, die sich am unteren Ende der sozialen Leiter befinden.

2.3 Ausgaben und Kostenentwicklung

Im Vergleich zu anderen OECD-Staaten lagen die Ausgaben für Gesundheit in Südkorea mit 5,8 Prozent des Bruttosozialproduktes im Jahr 2001 deutlich am unteren Ende der Rangskala (siehe Abbildung 4). Während in der OECD im Durchschnitt pro Kopf 2.117 US-Dollar für medizinische Leistungen ausgegeben wurden, lag der entsprechende Wert in Südkorea bei gerade einmal 920 US-Dollar, obwohl die Ausgaben in den 1990er-Jahren mehr als zweimal so stark gewachsen sind wie im OECD-Durchschnitt. Dieser niedrige Wert ist insoweit überraschend, als, gemessen am relativen Wohlstandsniveau, ein deutlich höherer Anteil zu erwarten gewesen wäre (OECD 2002: 47). Es stellt sich daher die Frage, weshalb die Südkoreaner vergleichsweise so wenig für ihre Gesundheit ausgeben.

Abbildung 4: Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten als Anteil des BIP, 2001

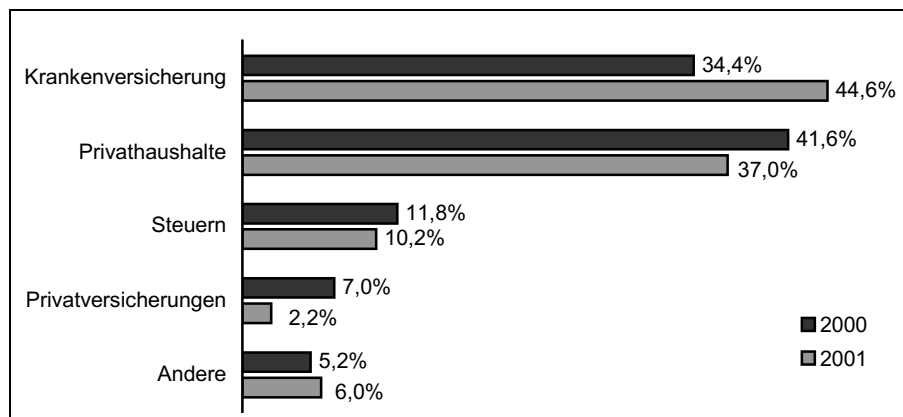


Quelle: OECD 2003, 2004: 78.

Die Erklärung dafür liegt zum einen darin, dass die Regierungen bis Ende der 1980er-Jahre der Gesundheitspolitik kaum Beachtung schenkten und deshalb nur wenig in entsprechende Einrichtungen investierten. Wie oben dargestellt, wurde erst relativ spät eine Krankenversicherung eingeführt. Zum anderen deckt die öffentliche Hand nur ein sehr eingeschränktes Spektrum an medizinischen Leistungen ab, weshalb südkoreanische Patienten einen großen Teil der Gesundheitskosten aus eigener

Tasche aufbringen müssen. Im Jahr 2000 lag der Anteil der privaten Haushalte an den Gesundheitsausgaben bei 41,6 Prozent, womit Südkorea hinter Mexiko innerhalb der OECD Rang 2 belegt. Mit der Gesundheitsreform hat sich dieser Wert im Jahr 2001 allerdings um fast fünf Punkte auf 37 Prozent deutlich reduziert (siehe Abbildung 5). Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der öffentlichen Hand (Krankenversicherung plus Steuern) von 46 Prozent auf beinahe 55 Prozent erhöht. Obgleich die Ausgaben der privaten Haushalte in Südkorea damit noch immer – hinter den USA und Mexiko – innerhalb der OECD mit am höchsten sind, zeichnet sich bei der Finanzierung des Gesundheitswesens ein deutlicher Trend zum Sozialstaat ab.

Abbildung 5: Finanzierung der Gesundheitskosten, 2000-2001



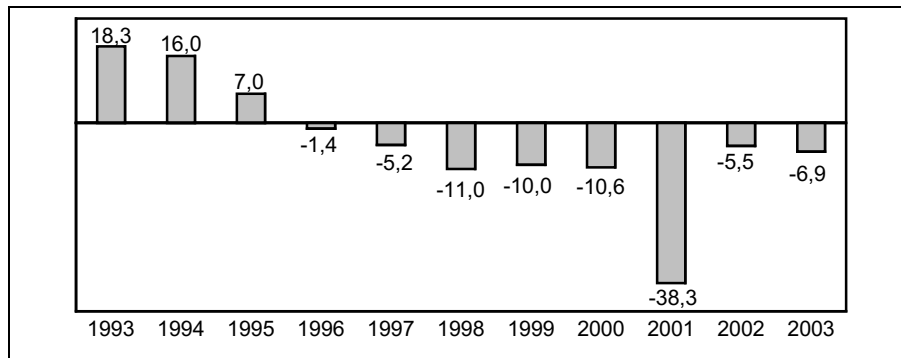
Quelle: Jeong 2004; Kwon 2002.

In der Folge hat die südkoreanische Krankenversicherung mit einer explosiven Kostensteigerung zu kämpfen (siehe Abbildung 6). Während die Ausgaben der NHI von 1990 bis 2002 um durchschnittlich 17,9 Prozent stiegen, erhöhten sich die Einnahmen nur um 14,5 Prozent. Im Jahr 1996 gelangte sie in die Verlustzone und nach Implementierung der Gesundheitsreform erhöhte sich das Defizit 2001 zeitweise auf beinahe das Vierfache. Obgleich sich die Situation mittlerweile wieder entspannt hat, haben sich die durchschnittlichen Jahresbeiträge der Versicherten in Südkorea zwischen 1998 und 2002 von 136.742 Won (132,9 US-Dollar) auf 297.005 Won (288,6 US-Dollar) mehr als verdoppelt.

Eine der wichtigsten Ursachen für diese Entwicklung, die Kompensation der Ärzte für den Verlust ihrer Gewinnbeteiligung beim Verkauf von Arzneimitteln durch die Gesundheitsreform im Jahr 2000, wurde oben bereits angesprochen. Der zweite Grund liegt in der zunehmenden Nachfrage nach ärztlichen Behandlungen. Während die durchschnittlichen Behandlungskosten von 1995 bis 2002 um knapp 29 Prozent gestiegen sind, haben sich das Volumen der Behandlungen um fast 68 Pro-

zent und die Zahl der Behandlungstage um 46 Prozent erhöht (vgl. Tabelle 9). Zudem deutet vieles darauf hin, dass mit der Einführung von Behandlungsgebühren für die Ärzte ein weiterer Anreiz geschaffen wurde, ihr Angebot auszudehnen. Damit verbunden ist einerseits eine zunehmend häufige Anwendung besonders lukrativer Behandlungsmethoden, andererseits neigen die Ärzte dazu, von der Versicherung nicht abgedeckte Behandlungsmethoden (die privat finanziert werden müssten) durch solche zu ersetzen, die von der Versicherung übernommen werden. Dieser Prozess wird durch den scharfen Wettbewerb zwischen den Gesundheitsanbietern weiter angeheizt (Kwon 2004: 2-7).

Abbildung 6: Überschüsse und Defizite der NHI, 1993-2003 (in Prozent)



Quelle: Kwon 2004: 18.

Tabelle 9: Durchschnittliche Zahl von Behandlungen, Behandlungstagen und Behandlungsausgaben pro Person, 1995-2002

Jahr	Behandlungen pro Person	Behandlungstage pro Person	Ausgaben pro Behandlung
1995	4.460	9,5	30.778
1996	4.882	9,9	34.349
1997	5.198	10,4	36.469
1998	5.319	10,5	40.884
1999	5.978	11,6	41.868
2000	6.298	11,6	40.519
2001	7.103	13,2	40.431
2002	7.487	13,9	39.654

Quelle: *Statistical Yearbook of the National Health Insurance 2004*.

3 Ausblick: Herausforderungen der Gesundheitspolitik

Das südkoreanische Gesundheitssystem hat in den vergangenen Jahrzehnten eine enorme Expansion erlebt und kann sich – etwa in der technischen Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen, der fachlichen Kompetenz des Personals und der Qualität des Dienstleistungsangebotes – mit wohlhabenden OECD-Staaten wie den USA, Frankreich oder Deutschland durchaus messen. Den Patienten steht ein ausreichendes Behandlungsangebot bei vergleichsweise moderaten Kosten zur Verfügung. Dennoch zeigt das südkoreanische Gesundheitssystem auch Schwächen (OECD 2002: 83-84): (1) Da die Krankenversicherung nur einen kleinen Teil der Gesundheitsausgaben abdeckt, müssen finanziell weniger gut gestellte Patienten oft schwere finanzielle Lasten tragen. Das „medical aid program“ der Regierung deckt nur 3,5 Prozent der Bevölkerung ab (OECD 2002: 84). (2) Durch die Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurden starke Anreize für die Ausdehnung des Behandlungsangebotes bis hin zur Überversorgung geschaffen. Die staatlich festgesetzten Behandlungsgebühren sind für die Ärzte ein Ansporn, ihre Behandlungszeiten zu verkürzen, Medikamente durch Arbeit und nichtversicherte durch versicherte Behandlungsangebote zu ersetzen. (3) Bisher gibt es im Gesundheitswesen noch keine kontinuierliche Qualitätskontrolle. Ebenso wurden noch keine Verfahren für die Definition von Mindeststandards bei bestimmten Behandlungsmethoden eingeführt.

Die Beseitigung dieser Schwächen dürfte die gesundheitspolitische Agenda der kommenden Jahre entscheidend bestimmen. Die langfristig vermutlich größte Herausforderung geht jedoch von der rapiden Alterung der Bevölkerung aus. Obwohl Südkorea im OECD-Vergleich gegenwärtig eine der jüngsten Bevölkerungen hat, muss sich das Land in den kommenden Jahren auf eine rapide Alterung einstellen. Prognosen zufolge wird der Anteil der älteren Bevölkerung (65 Jahre und mehr), der gegenwärtig bei etwa acht Prozent liegt, bis 2050 auf über 34 Prozent ansteigen (vgl. Tabelle 10). Bereits in 25 Jahren kommt auf drei Erwerbstätige ein über 65-Jähriger. Bis 2040 steigt dieses Verhältnis auf 2 zu 1 und bis 2050 auf 1,6 zu 1. Vergleichbare Alterungsprozesse haben in Frankreich mehr als 100 Jahre und in Deutschland mehr als 80 Jahre gedauert (OECD 2002: 85). Davon ausgehend, dass für Personen über 65 Jahre die Behandlungsgebühren 1,6-mal höher sind als für andere Altersgruppen (OECD 2002: 85), ist schon in kurzer Zeit mit deutlich höheren Kosten in der Gesundheitsversorgung zu rechnen. Dafür verantwortlich sind erstens der intensivere Einsatz von Ressourcen, zweitens die höheren Ausgaben für Hightech-Medizin und drittens ein größerer Arzneimittelkonsum.

Mit der absehbaren Zunahme der älteren Bevölkerung dürfte auch die Nachfrage nach langfristigen Pflegeeinrichtungen steigen. Dabei steht die Regierung vor dem Dilemma, die Versorgung mit Pflegedienstleistungen entweder über die Krankenversicherung zu finanzieren – womit die Machtstellung der Ärzte weiter gestärkt und die Ausdehnung kostenintensiver Behandlungsmethoden gefördert würde – oder beides zu trennen, womit für beide Finanzierungssysteme Anreize geschaffen wer-

den, ihre Kosten auf die jeweils andere Seite abzuwälzen; in diesem Fall wären die Patienten die Leidtragenden. Vor diesem Hintergrund wächst die Anforderung an eine effiziente staatliche Koordination der Pflege- und Gesundheitsversorgung. Welches System zu welchem Zeitpunkt wie eingeführt wird, dürfte für die finanzielle Stabilität der staatlichen Krankenversicherung dabei von entscheidender Bedeutung sein.

Somit scheint es geboten, die Gesundheitspolitik – nicht nur im Hinblick auf die Alterung der Bevölkerung – auf einen breiten gesellschaftlichen Konsens zu stellen, der die Interessen aller Beteiligten im Gesundheitswesen – Staat, Gesundheitsanbieter, Beitragszahler und Patienten – gleichermaßen berücksichtigt. Die Erfahrungen der Gesundheitsreform vom Jahr 2000 haben gezeigt, dass jede Form der autoritären bürokratischen Gesundheitsplanung nach vergangenem Muster auf den erbitterten Widerstand einzelner Interessengruppen stoßen wird.

Tabelle 10: Entwicklung der älteren Bevölkerungsgruppen, 1980-2050

Jahr	Bevölkerung		Altersgruppen			Altersabhängigkeitsquotient*
	Gesamt	65+	65+	70+	80+	
1980	38.123.775	1.456.033	3,8	2,2	0,5	6,1
1990	42.869.283	2.195.084	5,1	3,0	0,7	7,4
2000	47.008.111	3.394.896	7,2	4,3	1,0	10,1
2010	49.594.482	5.302.095	10,7	7,1	1,9	14,8
2020	50.650.260	7.667.408	15,1	10,1	3,6	21,3
2030	50.296.133	11.306.719	22,5	15,7	5,1	35,7
2040	48.204.474	14.533.190	30,1	22,2	8,8	51,6
2050	44.336.997	15.270.590	34,4	26,8	12,6	62,5

* Der Altersabhängigkeitsquotient beschreibt das Verhältnis zwischen den in der Regel wirtschaftlich abhängigen „Alten“ und der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (Personen 65 Jahre und älter / Personen 15 bis 64 Jahre).

Quelle: Kwon 2004: 20.

Unter der Militärdiktatur wurden gesundheitspolitische Ziele von „oben“ – meist unter dem Ausschluss von Beitragszahlern und Patienten – vorgegeben und durchgesetzt. Mit der Demokratisierung öffnete sich ein Fenster der Gelegenheit für einen grundlegenden Wandel in der Gestaltung der Gesundheitspolitik, etwa durch die Beteiligung von Gewerkschaften und zivilgesellschaftlichen Gruppen am gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess. Obgleich die Interessen teilweise weit auseinander gehen – Patientenorganisationen, Gewerkschaften und zivilgesellschaftliche Gruppen drängen auf die Ausdehnung der Versicherungsleistungen, die Unternehmer auf effizienten Wettbewerb und möglichst niedrige Beiträge und die Gesundheitsdienstleister (inklusive Pharmaindustrie) auf maximale Erträge – liegen im direkten Gespräch die Chancen für punktuelle Koalitionen und Kompromisse, was die Durchsetzung von Reformen erleichtern könnte. Trotz aller Schwierigkeiten war

die Gesundheitsreform des Jahres 2000, an deren Formulierung alle diese Gruppen maßgeblich mitwirken konnten, ein entscheidender Schritt in diese Richtung.

Literatur

- Castells, Manuel (2003), *Die Macht der Identität*, Opladen: Leske und Budrich
- Cho, Byong-hee (1988), *The State and Physicians in South Korea, 1910-1985: An Analysis of Professionalization*, Madison: University of Wisconsin-Madison (Dissertation)
- Cho, Byong-hee (2001), „Doctors on Strike: Conflict of Interests in Medical Policy Reform“, in: *Korea Journal* 41, 2, S.224-243
- Inglehart, Ronald und Wayne E. Baker (2000), „Modernization, Cultural Change, and the Persistence of Traditional Values“, in: *American Sociological Review* 65, 1, S.19-51
- Inglehart, Ronald (1980), „Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und individuellen Wertprioritäten“, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 32, S.144-153
- Jeong, Hyoung-Sun (2004), „SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries. Country Studies: Korea. National Health Accounts 2001“, <http://www.oecd.org/dataoecd/8/45/33664407.pdf>, Zugriff am 23.03.2005
- Jeong, Keun-sik (1996), „Iljeha seoyang euiryo cheogyeeui hegemoni hyeonseong-gua dongseo euihak nonjeng [Hegemony of the Western medical system under Japanese colony and debate on the Eastern and Western medicine]“, in: *Society and History* 50, S.270-327
- Jeong, Keun-sik (1997), „Singminjijeok geundaewa sincheeui jeongchi - iljehana yoyangeul jungsimeuro“ [Colonial Modernization and Body Politics - Focused on the Leprosarium under Japanese Colony], in: *Society and History* 51, 1, S.211-265
- Kern, Thomas (2001), „Das andere Wachstumswunder: protestantische Kirchen in Südkorea“, in: *Zeitschrift für Soziologie* 30, 5, S.341-361
- Khang, Young-Ho, John W. Lynch und George A. Kaplan (2004), „Health Inequalities in Korea: Age- and Sex-Specific Educational Differences in the 10 Leading Causes of Death“, in: *International Journal of Epidemiology* 33, 2, S.299-308
- Kim, Kyoung-hee (2000), *Euiryo jeongchaekuei bigyo yeongu - yeonggug, seuweden, ilbon, migugeul jungsimeuro* [Comparative Study of Medical Politics - Focused on England, Sweden, Japan and USA], Seoul: Yonsei University (Dissertation)
- Kwon, Soonman (2002), „Globalization and Health Policy in Korea“, in: *Global Social Policy* 2, 3, S.279-294
- Kwon, Soonman (2003), „Health and Health Care“, in: *Social Indicators Research* 62, S.171-186
- Kwon, Soonman (2004), „Fiscal Crisis of the National Health Insurance in Korea: In Search of a New Paradigm“, <http://www.econ.hit-u.ac.jp/~appphcs5/paper/korea.pdf>, Zugriff am 16.3.2005

- Lee, Chulwoo (1999), „Modernity, Legality, and Power in Korea Under Japanese Rule“, in: Gi-wook Shin und Michael Robinson (Hg.), *Modernity, Legality, and Power in Korea Under Japanese Rule*, Cambridge: Harvard University Press, S.21-51
- Murray, Christopher J.L. und Julio Frenk (2000), „A Framework for Assessing the Performance of Health Systems“, in: *Bulletin of the World Health Organization* 78, 6, S.717-731
- NSO (2004), „2003 nyeon sahoe tongye josa gyeolgua (bogeon, sahoe chamyeo, sodeuk gua sobi bumun)“ [Sozialstatistische Untersuchungsergebnisse 2003 (Gesundheit, soziale Partizipation, Einkommen, Konsum)], http://www.nso.go.kr/newns0/notice/report_view.html?content_id=2748, Zugriff am 23.03.2005
- OECD (2002), *Review of the Korean Health Care System*, Paris: OECD
- OECD (2003), „Health at a Glance. OECD Indicators 2003: Briefing note (Korea)“, <http://www.oecd.org/dataoecd/20/6/16502631.pdf>, Zugriff am 14.03.2005
- OECD (2004), *Towards High-Performing Health Systems*, Paris: OECD
- Schimank, Uwe (2002), „Gesellschaftliche Teilsysteme und Strukturodynamiken“, in: Uwe Schimank und Ute Volkmann (Hg.), *Gesellschaftliche Teilsysteme und Strukturodynamiken*, Opladen: Leske und Budrich, S.15-49
- Sin, Dong-won (1997), *Hanguk keundae bogeon euiryosa* [Korean Modern History of Health and Medicine], Seoul: Hanul
- Sin, Dong-won (1999), „Iljeside haneuihakeui yeogsajeog seonggyeog“ [Historical Characteristics of Korean Medicine in the Japanese Colonial Times], in: The Korean Society for Western History (Hg.), *Iljeside haneuihakeui yeogsajeog seonggyeog* [Historical Characteristics of Korean Medicine in the Japanese Colonial Times], Seoul: Korean Western History Institute, S.342-348
- Sin, Dong-won (2001), „Hanguk euiryosa aeseo bon minjungeuiryo“ [Medicine for the People in Korean Medical History], in: *Social Critique* 29, S.93-106
- Son, Mia (2002), „Relation of Occupational Class and Education with Mortality in Korea“, in: *Journal of Epidemiology and Community Health* 56, 10, S.798-799
- Son, Mia (2004), „Commentary: Why the Educational Effect is so Strong in Differentials of Mortality in Korea?“, in: *International Journal of Epidemiology* 33, 2, S.308-310
- Yang, Bong-min (1996), „The Role of Health Insurance in the Growth of the Private Health Sector in Korea“, <http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP121.pdf>, Zugriff am 11.05.2005

Patrick Köllner, Hrsg.

KOREA 2005

POLITIK
WIRTSCHAFT
GESELLSCHAFT

mit
Beiträgen
von

Claus Auer
Sunjong Choi
Doris Hertrampf
Thomas Kalinowski
Thomas Kern
Pia Kleis
Patrick Köllner
Elmar Lange
Jong Hee Lee
Yeong Heui Lee
Hans Maretzki
Sang-hui Nam
Max Pechmann
John Polak
Jürgen Wöhler



INSTITUT FÜR ASIENKUNDE
HAMBURG

ISSN 1432-0142
ISBN 3-88910-318-9

Copyright Institut für Asienkunde
Hamburg 2005

Manuskriptbearbeitung: Vera Rathje
Redaktionsassistentin: Siegrid Woelk
Gesamtherstellung: einfach-digital print edp GmbH, Hamburg

<p>Korea 2005. Politik, Wirtschaft, Gesellschaft / hrsg. von Patrick Köllner. – Hamburg : IFA, 2005. – 317 S. ISSN 1432-0142 ISBN 3-88910-318-9</p>
--



VERBUND STIFTUNG
DEUTSCHES ÜBERSEE-INSTITUT
Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Das Institut für Asienkunde bildet zusammen mit dem Institut für Allgemeine Überseeforschung, dem Institut für Afrika-Kunde, dem Institut für Iberoamerika-Kunde und dem Deutschen Orient-Institut den Verbund der Stiftung Deutsches Übersee-Institut in Hamburg.

Aufgabe des Instituts für Asienkunde ist die gegenwartsbezogene Beobachtung und wissenschaftliche Untersuchung der politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen in Asien.

Das Institut für Asienkunde ist bemüht, in seinen Publikationen verschiedene Meinungen zu Wort kommen zu lassen, die jedoch grundsätzlich die Auffassung des jeweiligen Autors und nicht unbedingt die des Instituts darstellen.

Nähere Informationen zu den Publikationen sowie eine Online-Bestellmöglichkeit bietet die Homepage: www.duei.de/ifa.

Alle Publikationen des Instituts für Asienkunde werden mit Schlagwörtern und Abstracts versehen und in die kostenfrei recherchierbare Literaturdatenbank des Fachinformationsverbundes Internationale Beziehungen und Länderkunde (www.duei.de/dok) eingegeben.