

Gesundheitspolitik für psychisch Kranke: Die Fragmentierung des psychiatrischen Sektors in Südkorea

Thomas Kern und Sang-hui Nam

1 Fragestellung

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit der Modernisierung des südkoreanischen Gesundheitssystems am Beispiel der Psychiatrie. Im vergangenen Jahrzehnt hat sich das psychiatrische Gesundheitswesen durch eine Reihe gesundheitspolitischer Reformen stark verändert. Ausgangspunkt war der 1995 verabschiedete und zwei Jahre später in Kraft getretene Mental Health Act, das erste Gesetz speziell für psychisch Kranke. Darauf folgte die Revision einer Reihe von Wohlfahrtsgesetzen. 1997 wurden im Social Welfare Service Act die Kriterien für die Zulassung von Wohlfahrtseinrichtungen erleichtert und 1999 wurde im Welfare of Disabled Act psychisch Kranken erstmals Krankengeld gewährt. Im Jahr 2000 wurde durch die Einführung der National Health Insurance (NHI) als integrierter und obligatorischer Versicherung für die Gesamtbevölkerung schließlich auch die öffentliche Fürsorge für psychisch Kranke im sozialen wie im medizinischen Bereich institutionalisiert (OECD 2002).

Die Einführung einer modernen psychiatrischen Gesundheitsfürsorge war zum Teil das Ergebnis eines wachsenden Drucks aus dem In- und Ausland, der sich über Jahrzehnte hinweg langsam aufgebaut hatte. Internationale Organisationen wie etwa die WHO unterstützten bereits in den 1970er-Jahren den Ausbau öffentlicher sozial-psychiatrischer Institutionen. Dieses Projekt blieb jedoch einmalig und endete ohne gesellschaftliche Einbettung. In den 1980er-Jahren richteten die wachsenden demo-

kratische Kräfte ihre Aufmerksamkeit immer wieder auf die Lebenssituation psychisch Kranker. Seither waren die unmenschlichen Zustände in den einschlägigen Betreuungseinrichtungen immer wieder Gegenstand von Reportagen und Berichten in den Medien. Unmittelbarer Auslöser für die politischen Reformen im psychiatrischen Sektor war jedoch die Wirtschaftskrise von 1997. Sie eröffnete der Regierung von Präsident Kim Dae-jung (1998-2003) die Möglichkeit, ihr Konzept einer produktiven Wohlfahrt gegen den Willen marktorientierter und liberaler Eliten durchzusetzen. Durch die Stärkung des sozialen Netzes sollten die gesellschaftlichen Folgen der wirtschaftlichen Strukturreformen abgefedert werden.

Das neue System entstand aber nicht in einem institutionellen Vakuum. Bereits früher gab es Einrichtungen und Räume für psychisch Kranke, auch wenn die Zustände dort nicht unbedingt modernen Ansprüchen genügten. Da diese Institutionen im Verlauf der Reformen nicht verschwunden sind, sondern teilweise weiter bestehen, wird die psychiatrische Versorgung nunmehr von einem Gemisch aus alten und neuen Strukturen getragen. Davon ausgehend stellt sich die Frage, wie es um das Verhältnis zwischen „traditionellen“ und „modernen“ Institutionen steht: Werden die nach den neuen Gesetzen gebildeten modernen psychiatrischen Organisationen allmählich die traditionellen Einrichtungen ersetzen? Werden die traditionellen Einrichtungen von den neuen integriert? Bestehen sie beide weiterhin nebeneinander? Im vorliegenden Artikel steht erstens die funktionale Kontinuität zwischen traditionellen und modernen Strukturen im Mittelpunkt, zweitens sollen die Wechselwirkungen zwischen beiden Seiten untersucht werden. Zu diesem Zweck wird in der anschließenden Darstellung zunächst die Situation der psychiatrischen Versorgung vor den Reformen beschrieben (vgl. Abschnitt 2). Danach folgt eine Diskussion über die Folgen dieser Reformen, insbesondere die Fragmentierung des psychiatrischen Sektors in einen modernen und einen traditionellen Bereich (vgl. Abschnitt 3). Zum Ende wird erörtert, inwiefern eine Abkehr von dieser Entwicklung möglich ist (vgl. Abschnitt 4).

2 Situation in psychiatrischen Einrichtungen bis Mitte der 1990er-Jahre

Bis zur Einführung des Mental Health Act waren psychisch Kranke in Südkorea in der Regel von der Gesellschaft isoliert untergebracht, da andere Versorgungsmethoden wie Medikamentierung oder Psychotherapie kaum verbreitet und oft unbezahlbar waren. Familie und Verwandtschaft bildeten für die Betroffenen den wichtigsten Schutzraum. Im Zuge der Urbanisierung und Industrialisierung waren die Familien jedoch immer weniger in der Lage, die Patienten zu Hause zu versorgen. Sie suchten daher nach anderen Möglichkeiten, um mit dieser „Last“ umzugehen. Viele psychisch Kranke wurden Ärzten anvertraut, andere religiösen Heilern wie Schamanen oder christlichen Pfarrern. Die Ärzte verordneten den Patienten meist eine jahre-

lange Unterbringung in den wenigen verfügbaren Krankenhäusern;¹ religiöse Heiler vollzogen Rituale und Zeremonien oder schickten die Patienten zu Gebetsstätten, wo sie ebenfalls jahre- oder lebenslang von der Welt abgeschottet untergebracht wurden.

In der Nische zwischen Familien und (quasi)professionellen Betreuungseinrichtungen entwickelte sich schnell ein Markt für „Unterbringungsmöglichkeiten“, in denen psychisch Kranke zumeist gegen Entgelt aufgenommen wurden. Genaue Daten über diese privaten Einrichtungen liegen bisher nicht vor, zum einen weil generell nur wenige Statistiken über die Lebenssituation sozial Schwacher erstellt, zum anderen weil psychische Krankheitssymptome oft nicht gemeinsam mit anderen sozialen oder demographischen Merkmalen erfasst werden, sodass zwischen psychisch Kranken und sozial ausgegrenzten Gruppen wie Behinderten, Waisenkindern, Obdachlosen, Senioren, alleinerziehenden Müttern, Tuberkulose- und Leprakranken, Alzheimerkranken, Vagabunden, Kriminellen etc. keine klare Trennung möglich ist (Ministry of Health and Welfare 1999). Nach Angaben des Ministry of Health and Welfare (MOHW) standen 1966 in medizinischen Einrichtungen für psychisch kranke Patienten 9.000 Betten zur Verfügung. 13.000 psychisch Kranke hielten sich in offiziell zugelassenen Pflegeheimen auf, 1.500 in Obdachlosenheimen (was einem Anteil von 30 Prozent aller Obdachlosen entspricht) und 9.000 in nicht zugelassenen Einrichtungen. Das heißt, 72 Prozent aller Patienten waren damals in nichtmedizinischen Einrichtungen untergebracht. Dieser Anteil hat sich bis in die 1990er-Jahre vermutlich weiter vergrößert, da weder Staat, noch private Gesundheitsanbieter diesem Personenkreis besonderes Interesse entgegenbrachten.

Die Unterbringungsmöglichkeiten für sozial Schwache und psychisch Kranke werden oft als Wohlfahrtseinrichtung, Wohlfahrtshaus, Gebetsstätte, Sanatorium etc. bezeichnet. Bis 1997 der neue Social Welfare Service Act erlassen wurde, brauchten Wohlfahrtseinrichtungen eine behördliche Erlaubnis. Einrichtungen, die ohne diese Erlaubnis den Betrieb aufnahmen, waren zwar nicht illegal, erhielten aber keine öffentlichen Gelder. Die Zustände dort waren oftmals bedrückend.

Bei den nicht genehmigten Einrichtungen handelte es sich meist um kleine, in räumlicher Nähe zu den Angehörigen der Patienten gelegene Einheiten, die den Patienten keine besonderen Eintrittshindernisse (wie etwa ärztliche Überweisungen etc.) in den Weg legten. Das heißt, die Familien konnten ihre Kranken beliebig unterbringen, besuchen und gegebenenfalls zurückholen. In der überwiegenden Mehrheit hatten diese Häuser einen religiösen Hintergrund. Im Jahr 1997 wurde der Anteil religiöser Einrichtungen auf etwa 87 Prozent geschätzt.² Ausschlaggebend für diesen hohen Prozentsatz dürfte einerseits das deutlich höhere Spendenaufkommen von Kirchen und religiösen Gemeinschaften sein, andererseits ihre Fähigkeit, kostengünstige ehrenamtliche Mitarbeiter zu mobilisieren. 1997 hatten 54 Prozent der

¹ Seit 1952 besteht das National Mental Hospital in seiner Grundform, 2002 wurde es in Seoul National Hospital umbenannt.

² Quelle: <http://education.sangji.ac.kr/~jbsong/kwwi/yeongu/012.htm>, Zugriff am 30.3.2005.

Heimleiter eine theologische oder andere geistliche Ausbildung absolviert. Wegen des Mangels an bezahlbarem Aufsichtspersonal (im Durchschnitt drei Personen pro Einrichtung) wurden 83 Prozent aller Heime vom Leiter gemeinsam mit seiner Familie geführt. In diesem Sinne handelte es sich um Familienbetriebe. Der Anteil der qualifizierten Sozialarbeiter lag bei nur 5 Prozent.

Unter dem Gesichtspunkt der Professionalität waren die staatlich genehmigten Wohlfahrtseinrichtungen jedoch ebenfalls kein Vorbild. Mit einem Sozialarbeiteranteil von 24 Prozent blieben sie deutlich unter der nach dem Social Welfare Service Act bis 1997 vorgegebenen Marke von einem Drittel. Die Regierung verschloss oft ihre Augen vor der mangelhaften Ausstattung der Einrichtungen und kümmerte sich kaum um das Schicksal der Patienten. Vor diesem Hintergrund entstanden unzählige nicht genehmigte Einrichtungen, quasi als Ergänzung zur fehlenden Sozial- und Wohlfahrtspolitik. Aber nicht nur die staatliche Gesundheitsverwaltung, auch medizinische Institutionen ignorierten die vielfach schlechten Lebensbedingungen der in diesen Heimen untergebrachten sozial Schwachen, einschließlich der psychisch Kranken.

In den 1980er-Jahren entwarf die Korean Neuro-Psychiatric Association in Zusammenarbeit mit dem MOHW, dem National Mental Hospital und einigen universitären Psychiatrieabteilungen ein Gesetz, dem zufolge nichtmedizinische Unterbringungsmöglichkeiten für psychisch Kranke in medizinische Institutionen umgebaut werden sollten. Der Entwurf scheiterte jedoch an der mangelnden Bereitschaft der Regierung, diesen Plan finanziell zu unterstützen. Die neurologische und psychiatrische Ärzteschaft befand sich somit in einem Dilemma: Einerseits wollte sie eine Professionalisierung der psychiatrischen Betreuung, andererseits war sie aber nicht bereit, das finanzielle Risiko zu tragen (Cho 2001). Solange der Staat sich aus dem psychiatrischen Sektor heraushielt, war somit eine Verbesserung des Versorgungslage nicht absehbar.

3 Fragmentierung des psychiatrischen Sektors

3.1 Wirkung der Reformen nach 1995

Ausgehend von der oben beschriebenen Situation, richteten sich große Erwartungen auf die Reform der Psychiatrie. Zum Beispiel sollten psychisch Kranke, die in unangemessenen Anstalten gemeinsam mit anderen Gruppen wie etwa Obdachlosen untergebracht waren, ärztlich neu untersucht und in medizinische Institutionen überwiesen werden. In allen Einrichtungen sollte die humane Behandlung und medizinische Versorgung der Patienten, wenn nötig durch Polizei und Ärzteschaft, sichergestellt werden. Zugleich sollten bedürftige Familien für ihre psychisch kranken Angehörigen ein Krankengeld erhalten. Davon ausgehend konzentrierten sich die Reformen vor allem auf zwei Punkte: erstens die staatliche Aufsicht über traditionelle Wohlfahrtseinrichtungen und zweitens die medizinische Professionalisierung der Gesundheitsfürsorge.

Der Mental Health Act von 1995 definiert erstmals genau, was unter einer psychischen Krankheit zu verstehen und wer für diesen Patientenkreis zuständig ist. Im Mittelpunkt steht das Konzept der Community-Based Rehabilitation (CBR), das den Schwerpunkt auf die ambulante Behandlung psychiatrischer Patienten legt und ihre Normalisierung und soziale Integration auf der Basis psychiatrischer Medikamentierung fördert. Die psychiatrischen Einrichtungen werden in drei Gruppen eingeteilt: 1. psychiatrisch-medizinische Einrichtungen, 2. Rehabilitationsstätten und 3. Pflegeheime. Im ersten Fall handelt es sich um psychiatrische Krankenhäuser, Arztpraxen und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, die ambulante oder stationäre Patienten nicht länger als drei Monate aufnehmen und dabei hauptsächlich auf moderne (bio)medizinische Heilverfahren setzen. Im zweiten Fall kümmern sich die Einrichtungen um die soziale (Re-)Integration der Patienten, etwa durch berufliches Training, Beratung und Vermittlung. Im dritten Fall geht es um Heime, die langfristige Unterkunft und Betreuung anbieten. Neben traditionellen Pflegeheimen wird dieses Marktsegment beispielsweise auch von modernen therapeutischen Wohngemeinschaften („Group Homes“) abgedeckt. Wie bereits erwähnt, sind in diesen Wohlfahrtseinrichtungen nicht nur psychiatrische Patienten untergebracht, sondern eine breite Palette betreuungsbedürftiger, zumeist sozial schwacher Personen. Im Jahr 2002 wurde die bisherige Dreiteilung psychiatrischer Einrichtungen um eine vierte Kategorie erweitert. Durch so genannte Langzeitpflegestätten sollte die moderne medizinische Versorgung chronisch psychiatrischer Patienten sichergestellt werden. Diese Institutionen sollten die oft ohne Erlaubnis betriebenen traditionellen Pflegeheime ersetzen.

Ein wichtiges Ziel der Reformen war die Integration der bisher nicht genehmigten (traditionellen) Einrichtungen in den regulären psychiatrischen Sektor. Die dafür erforderliche Modernisierung und Transformation traditioneller Einrichtungen hat bisher aber kaum stattgefunden. Anfangs versuchte die Regierung, alle bestehenden Wohlfahrtseinrichtungen unter einem Dach zusammenzuführen. Um die Legalisierung nicht genehmigter Stätten zu erleichtern, wurde anstelle der vorherigen Erlaubnis 1997 eine Meldepflicht eingeführt. Im darauffolgenden Jahr wurden die Kriterien für die Einschreibung ins Melderegister gelockert. Dennoch verzichteten viele Anstalten auf ihre Meldung, da eine krankengerechte Ausstattung der Unterkünfte für sie nicht erschwinglich war. Sie fürchteten, dass viele Einrichtungen geschlossen werden müssten, falls die neuen Vorschriften strikt angewandt würden. Die Regierung ließ sich deshalb auf einen Kompromiss ein und verlängerte die Meldefrist von 2002 bis 2005, um den Anstalten für den Übergang mehr Zeit einzuräumen. Bis dahin firmieren ungemeldete Einrichtungen gesetzlich als „unter Vorbehalt gemeldete“ Wohlfahrtseinrichtungen.

Davon ausgehend hat sich zwischen 1996 und 2004 nicht nur die Zahl der gemeldeten Wohlfahrtseinrichtungen beträchtlich vergrößert, sondern auch die der ungemeldeten (beziehungsweise unter Vorbehalt gemeldeten) Einrichtungen (vgl. Tabelle 1). Die Strukturen sind dabei jedoch beinahe unverändert geblieben: Mit 66,4

Prozent überwiegen die privaten Einrichtungen,³ davon haben 56,6 Prozent eine Kapazität von weniger als 30 Patienten. Es wird zudem geschätzt, dass etwa 262 Einrichtungen mit 1.468 psychisch kranken Patienten sich bisher auch unter Vorbehalt noch nicht gemeldet haben.

Tabelle 1: Wohlfahrtseinrichtungen vor und nach Social Welfare Service Act (1997)

Genehmigungssystem (1996*)			Meldepflichtsystem (Ende 2004**)			Zunahme
Genehmigt	Einrichtung	451	Gemeldet	Einrichtung	879	1,95fach
	Person	75.831		Person	78.625	1,00fach
Ungenehmigt	Einrichtung	284	Unter Vorbehalt gemeldet	Einrichtung	1.096	3,86fach
	Person	6.060		Person	20.245	3,34fach
Summe	Einrichtung	735	Summe	Einrichtung	1.975	2,69fach
	Person	81.891		Person	98.870	1,21fach

* Quelle: <http://education.sangji.ac.kr/~jbsong/kwwi/yeongu/012.htm>, Zugriff am 30.3.2005.

** Quelle: Korea Institute for Health and Affairs (2004).

Trotz der Reformen erweisen sich die traditionellen Einrichtungen als erstaunlich widerstandsfähig. Beispielsweise sollten die traditionellen Pflegeheime in Rehabilitations- oder Langzeitpflegestätten umgewandelt werden. Einerseits um die Kosten dieser Umstellung zu vermeiden, andererseits um größere Profite einzustreichen, schlugen viele Pflegeheime zunächst jedoch einen anderen Weg ein und meldeten sich als private psychiatrisch-medizinische Einrichtungen an. In der Folge reduzierte sich die Zahl der Pflegeheime zwischen 1995 und 2000 von 75 auf 55, die Zahl der betreuten Patienten sank von 18.182 auf 12.676. Nachdem allerdings deutlich geworden ist, dass die Regierung ihre Reform der Psychiatrie nicht so schnell umsetzt wie erwartet, verzichteten viele Pflegeheime auf den Umbau und halten an ihrem traditionellen Status fest. Seitdem ist der Strukturwandel ins Stocken geraten.

Mit den Reformen wurden zahlreiche öffentliche – das heißt, staatliche und gemeinnützige – Wohlfahrtseinrichtungen und Rehabilitationsstätten neu gegründet. Die Zahl der öffentlichen psychiatrischen Einrichtungen stieg bis 2004 von 0 auf 115 und die der Rehabilitationsstätten von wenigen auf 41. Die Expansion beschränkt sich aber nicht nur auf den öffentlichen Bereich. Seitdem psychiatrische Patienten vom Staat Unterstützungsleistungen beziehen können und die staatliche Krankenversicherung einen Teil der Behandlungskosten abdeckt, ist auch die Zahl der medizinisch-psychiatrischen Privatkrankenhäuser stark angestiegen (vgl. Tabelle 2). Die Zahl der medizinisch-psychiatrischen Einrichtungen erhöhte sich zwischen 1995 und 2003 von 37 auf 88 um den Faktor 2,4 und liegt damit über dem allgemeinen Wachstum des Gesundheitswesens. Ähnliches gilt für die Zahl der Krankenbetten. Die Zahl der Langzeitpflegestätten stieg von 0 auf 68. Der Anstieg der prakti-

³ Die religiösen Einrichtungen befinden sich zu 26,9 Prozent in Privatbesitz.

zierenden Psychiater ist zwar hinter der allgemeinen Entwicklung leicht zurückgeblieben, das Volumen der ambulanten Behandlungen hat sich jedoch verdoppelt.

Die Ausbildung von Sozialarbeitern, klinischen Psychologen und Krankenschwestern wurde ebenfalls intensiviert. Im Jahr 2001 waren 1.207 Mitarbeiter im Einsatz: 783 Krankenschwestern, 272 Sozialarbeiter und 152 Psychologen. Da die medizinische Versorgung auf Medikamentierung angewiesen ist, wirkt sich die Expansion des psychiatrischen Sektors auch auf den pharmazeutischen Markt aus: Obgleich der Marktanteil für Psychopharmaka in Südkorea insgesamt nur 8 Prozent ausmacht, beliefen sich die Verschreibungskosten im Jahr 2002 auf 26 Prozent des gesamten Haushalts der staatlichen Krankenversicherung (*LG Economic Weekly*, Nr. 746 (2003): 36-40).

Tabelle 2: Wachstum des medizinischen Sektors (1995-2003)

Bereich		1995	2003	Zunahme
Qualifiziertes medizinisches Personal	Gesamt	32.030	54.864	1,7-fach
	Psychiater ⁴	1.114	1.753	1,6-fach
Krankenhäuser und Arztpraxen	Gesamt	29.773	45.772	1,5-fach
	Med.-psych. Einrichtungen	37	88	2,4-fach
	Langzeitpflegestätten	-	68	
Betten für stationäre Behandlung	Gesamt	196.232	340.988	1,7-fach
	Med.-psych. Einrichtungen	12.720	33.226	2,6-fach
	Langzeitpflegestätten	-	8.355	
Ambulante Behandlungen pro Tag	Gesamt	217.771	326.352*	1,5-fach
	Med.-psych. Einrichtungen	7.047	14.159*	2,0-fach

* Daten aus dem Jahr 2002.

Quelle: *Ministry of Health and Welfare Yearbook* (2004), siehe auch den ersten Artikel von Kern und Nam in diesem Band.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach den Reformen sowohl die modernen als auch die unter Vorbehalt angemeldeten (traditionellen) psychiatrischen Einrichtungen im letzten Jahrzehnt stark expandierten. Da die neuen Gesetze die Reduzierung der traditionellen Einrichtungen zum Ziel hatten, stellen sich folgende Fragen: 1. Wie ist es dazu gekommen (vgl. Abschnitt 3.2)? 2. In welchem Verhältnis stehen beide Bereiche zueinander (vgl. Abschnitt 3.3)?

3.2 Ausbreitung des biomedizinischen Paradigmas

Wie bereits erwähnt, orientiert sich das im Mental Health Act von 1995 festgeschriebene CBR-Konzept an einem sozialpsychiatrischen Paradigma, das die gesell-

⁴ Erst 1983 wurde die bisherige Neuropsychiatrie in zwei Fachdisziplinen – Psychiatrie und Neurologie – unterteilt.

schaftliche Integration der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Im Unterschied dazu favorisieren die meisten südkoreanischen Psychiater das so genannte biomedizinische Paradigma, das größtenteils auf Medikamente und Krankenhausaufenthalte setzt. Da sich beide Konzepte nur begrenzt miteinander vereinbaren lassen, spielt die Ärzteschaft im *öffentlichen* sozial-psychiatrischen Bereich bis heute nur eine untergeordnete Rolle, etwa im Zulassungsverfahren für Einrichtungen.

Dennoch bekam das biomedizinische Paradigma der Psychiatrie in jüngster Zeit starken Aufwind, vor allem auf dem privaten Sektor. Der Impuls ging dabei wesentlich von der Gesundheitspolitik aus. Obgleich die Entwicklung antipsychotischer Medikamente koreanischen Ärzten schon seit langem bekannt war, verschrieben sie diese Mittel nur selten, da die Zahlungsfähigkeit der Patienten zu gering war. Mit der Erweiterung des von der Krankenversicherung abgedeckten Leistungsspektrums und der Trennung von Verschreibung und Behandlung im Rahmen der Gesundheitsreform des Jahres 2000 (siehe den anderen Artikel von Kern und Nam in diesem Band), verbesserten sich jedoch die Einkommenschancen für psychiatrische Mediziner, die bisher auf die Verschreibung teurer Medikamente für unversicherte Patienten⁵ angewiesen waren. Wie auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens wurde dadurch ein Anreiz geschaffen, den Wettbewerb um die Patienten auszudehnen und das Volumen der Behandlungen zu vergrößern.

Um eine Steigerung der Nachfrage zu erreichen, musste die im Umgang mit psychischen Leiden bisher unerfahrene Öffentlichkeit jedoch erst medizinisch „aufgeklärt“ und für die „Gefahren“ psychischer Krankheiten sensibilisiert werden. An dieser Stelle spielen die Massenmedien eine wichtige Rolle, die dem Thema zunehmendes Interesse entgegenbringen. Verbreitete Ansichten von Wahnsinn, Schwachsinn oder Asozialität wurden als altmodische und unwissenschaftliche Vorstellungen etikettiert, die der medizinischen Behandlung und Heilung psychischer Krankheiten im Weg stehen. Über den Begriff *Stress* wurde eine Brücke zwischen dem Leben in der modernen Industriegesellschaft und dem Auftreten psychischer Anomalien geschlagen. Dadurch wurden auch Hemmschwellen in der Bevölkerung gegenüber dieser bisher kaum beachteten Krankheitsform abgebaut.

Ein weiterer Faktor, der sich förderlich auf die Expansion des biomedizinischen Paradigmas der Psychiatrie auswirkte, war die Einführung internationaler Klassifizierungssysteme bei der Erhebung der Bevölkerungsstatistik, wie etwa der ICD-10 (International Classification of Diseases – 10th Revision) der WHO. Dadurch erhöhte sich der zuvor kaum beachtete Anteil psychisch Kranker am gesamten Krankenstand der Bevölkerung mit einem Mal auf knapp 31 Prozent (Ministry of Health and Welfare 2001), was zum Teil wiederum das große Medieninteresse an der Psychiatrie erklärt. Seit der psychische Krankenstand regelmäßig statistisch erfasst und an dem anderer fortgeschrittener Länder gemessen wird, ist die Bereitschaft zur psychiatrischen Beratung und Behandlung generell gestiegen.

⁵ Die Patienten waren zwar versichert, zahlreiche Leistungen der Ärzte waren durch die Krankenversicherung aber nicht abgedeckt.

Umfrageergebnissen zufolge bildeten „depressive“ Hausfrauen anfangs die am stärksten umworbene Zielgruppe für psychiatrische Aufklärung, Beratung und Behandlung. Besonders verbreitet war in diesem Zusammenhang die psychosomatische Diagnose der Krankheit *Hwa-byeong*,⁶ die in der traditionellen koreanischen Medizin bereits einen festen Platz hatte. Indem eine Verbindung zu Krankheitsformen hergestellt wurde, die im überlieferten koreanischen Weltbild verankert waren, vergrößerte sich die Akzeptanz für psychiatrische Behandlungen. Seither hat sich die Zielgruppe bis hin zu Kindern und Senioren stetig weiter ausgedehnt.⁷ Dabei verschreiben Psychiater – um die „Lebensqualität“ zu verbessern und möglichen Leiden vorzubeugen – ihre Medikamente oft *präventiv* an Patienten, die von den Leiden noch gar nicht betroffen sind.

Der Diskurs über psychiatrische Krankheitsbilder beschränkt sich heute nicht mehr nur auf das öffentliche Gesundheitswesen, sondern hat mittlerweile auch in anderen Bereichen und Institutionen Einzug gehalten: (a) Das Ministry of Labor (MOL) hat im Jahr 2000 per Gesetz erstmals die psychische Erkrankung von Angestellten etwa durch Mobbing oder Stress als arbeitsbedingte Gesundheitsschäden anerkannt und den Betroffenen ein Recht auf Entschädigung eingeräumt. (b) Einem kürzlich bekannt gewordenen Gerichtsurteil zufolge musste der Staat einen Kläger finanziell entschädigen, weil dessen psychische Erkrankung beim Militär nicht angemessen behandelt worden war (Yonhap, 3.5.2004). (c) Die mangelhafte psychiatrische Behandlung von Strafgefangenen wird in den Medien immer wieder heftig diskutiert (*OhmyNews*, 6.7.2004). (d) Bei einer Frau, die ihren Mann ermordete, wurde kürzlich das Urteil von acht auf fünf Jahre verringert, weil sie aufgrund psychosomatischer Schwäche (Posttraumatic Stress Disorder) nur als bedingt zurechnungsfähig eingestuft wurde (*Dong-A Ilbo*, 19.3.2005). Ausgehend von diesen Einzelbeispielen deutet sich in Südkorea eine „Psychiatisierung der Gesellschaft“ (Ruffer 2004) an. Damit schlägt das Land eine ähnliche Entwicklung ein wie die meisten wohlhabenden Industriestaaten.

Die genannten Beispiele zeigen anschaulich, wie sich bestimmte Problemlagen zunehmend verselbständigen. Ausgangspunkt der politischen Reformen im psychiatrischen Sektor war die deprimierende Lage der Patienten in den bestehenden Betreuungseinrichtungen, wo sie, als „Verrückte“ etikettiert, verwahrlosten und vor sich hin vegetierten. Mit der Implementierung der neuen Gesetze rückte die eigentliche Zielgruppe jedoch in den Hintergrund; stattdessen entstand eine ganz neue Klientel aus sozial und ökonomisch weitgehend integrierten Patienten, die über ausreichenden Wohlstand verfügen, um sich die teure medizinische Behandlung ihrer

⁶ *Hwa-byeong* beschreibt einen durch Frustration erzeugten „nervösen Zustand“.

⁷ Es gibt eine beinahe unbegrenzte Zahl immer neuer psychischer „Krankheiten“: Kinderautismus, Internetspielsucht, Depression in der Adoleszenz, Universitätszugangsprüfungsdepression, Depression durch Mobbing in der Schule, in der Armee und auf dem Arbeitsplatz, Selbstmordgefährdung, postnatale Depression, Hausfrauendepression, Gesellschaftsphobie von Angestellten, psychische Krankheit durch Arbeitslosigkeit, Demenz etc.

psychischen Leiden leisten zu können. Auf dieser Grundlage bildete sich im psychiatrischen Sektor eine Doppelstruktur: Während in traditionellen Einrichtungen die Patienten zumeist nicht medizinisch behandelt und nur geringe Bemühungen um ihre soziale Rehabilitation unternommen werden, steht den (wohlhabenden) Patienten in modernen Einrichtungen wie Tageshospitälern und Kliniken für Stress, Depression, Schizophrenie etc. eine breite Palette therapeutischer Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

3.3 Strukturelle Unterschiede zwischen traditionellen und modernen Einrichtungen

Zwischen traditionellen und modernen Einrichtungen herrschen deutliche Unterschiede in der räumlichen Verteilung und den Einkommen der Patienten. Die Hospitäler für psychisch Kranke konzentrieren sich auf die Ballungsräume Seoul, Busan, Gyeonggi und Gyeongnam (vgl. Tabelle 3). Dort befinden sich etwa 57 Prozent aller psychiatrischen Behandlungseinrichtungen. Im Unterschied dazu liegen 59 Prozent aller Langzeitpflegestätten, die als funktionales Äquivalent für die traditionellen Pflegeheime konzipiert wurden, außerhalb der großen Ballungsräume. Nach einem Parlamentsbericht aus dem Jahr 2004 befinden sich dort auch die meisten der bereits oben erwähnten 262 traditionellen Einrichtungen, die unter dem neuen System noch nicht gemeldet sind. Dieses geographische Muster deutet darauf hin, dass sich moderne und traditionelle Einrichtungen seit der Implementierung der Reformen entsprechend ihrer Zielgruppen auf unterschiedliche Regionen konzentrieren: Moderne psychiatrische Institutionen befinden sich – wie die Gesamtheit der Versorgungseinrichtungen des überwiegend privat organisierten Gesundheitswesens – zumeist in den Ballungsgebieten, wo die zahlungskräftige Bevölkerung lebt. Langzeitpflegestätten und traditionelle Einrichtungen sind hingegen eher auf dem Land lokalisiert, wo der Wohlstand weniger stark ausgeprägt ist.

Tabelle 3: Verteilung von Krankenhäusern und Arztpraxen nach Städten und Provinzen (2003)

	Ballungsräume*		Restliche Provinzen und Städte	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alle Krankenhäuser und Arztpraxen	27.553	60,2%	18.219	39,8%
Psychiatrische Krankenhäuser	50	56,8%	38	43,2%
Langzeitpflegestätten	28	41,2%	40	58,8%

*Seoul, Busan, Gyeonggi und Gyeongnam.

Quelle: *Yearbook of the Ministry of Health and Welfare* (2003).

Die bei der regionalen Verteilung psychiatrischer Versorgungseinrichtungen zum Vorschein gekommenen Tendenzen bestätigen sich auch bei den Einkommen der Patienten. Im Jahr 2004 war knapp die Hälfte (48,4 Prozent) der stationären Insassen

in ungemeldeten Einrichtungen Empfänger staatlicher Sozialhilfe (Korea Institute for Health and Affairs 2004). Die psychisch Kranken darunter haben in der Regel keine Chance auf eine moderne psychiatrische Behandlung oder Rehabilitation. Ohne familiäre Unterstützung oder eine alternative Unterkunft wäre zudem die Schließung ihrer Einrichtung für sie kaum zu verkraften, da sie keinen Ort haben, an dem sie so kostengünstig unterkommen können.

Manchmal kann dieser Patientenkreis in Fabriken oder landwirtschaftlichen Betrieben arbeiten und sich dadurch etwas Geld verdienen (Yonhap, 2.2.2005). Rehabilitationsstätten unternehmen in der Regel jedoch zu wenig für die soziale Integration der Betroffenen. Berufliche Integration findet zumeist nur auf dem Papier statt. 2004 lag der Anteil der in öffentlichen Unternehmen beschäftigten Behinderten bei 1,8 Prozent, was deutlich unter dem für große Betriebe vorgeschriebenen Anteil von zwei Prozent liegt. Die überwiegende Mehrheit der psychiatrischen Langzeitpatienten ist somit vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen und verfügt nur über geringe Einkommensmöglichkeiten. Im Jahr 2000 waren 50.069 psychisch Kranke zu Hause: 14,3 Prozent Hausfrauen, 72,0 Prozent Arbeitslose.

Die Zielgruppen moderner und traditioneller Einrichtungen unterscheiden sich aber nicht nur in Einkommen und regionaler Zugehörigkeit, sondern auch in der Diagnose. Im Jahr 2003 litt die überwiegende Zahl der Patienten in traditionellen Pflegeheimen an Schizophrenie (85,4 Prozent), gefolgt von Altersschwäche und Drogenabhängigkeit (6,7 Prozent), geistiger Zurückgebliebenheit (4,5 Prozent), Epilepsie (1,7 Prozent) und Depression (1,7 Prozent). Im Unterschied zu den schizophrenen Patienten wird die wachsende Zahl der als depressiv diagnostizierten Patienten jedoch nicht stationär, sondern – zumeist in modernen medizinisch-psychiatrischen Krankenhäusern und Arztpraxen – ambulant behandelt (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Ambulante und stationäre Patienten nach Diagnose

	Depression		Schizophrenie	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ambulante Patienten	309.901	96,4%	91.055	79,8%
Stationäre Patienten	11.555	3,6%	23.006	20,2%

Quelle: *NHI Statistical Yearbook* (2003).

Das heißt, die moderne Infrastruktur, die nach den Reformen im psychiatrischen Sektor entstanden ist, wird hauptsächlich von den finanziell oft besser gestellten Depressionspatienten genutzt, während die weniger wohlhabenden Schizophreniepatienten weiterhin in traditionellen Einrichtungen untergebracht sind. Hier kommen die Einkommensdifferenzen erneut zum Vorschein: Wie das Fallbeispiel des Seoul National Hospital⁸ zeigt, sind stationäre Patienten deutlich öfter auf staatliche Hilfe angewiesen als ambulante Patienten (vgl. Tabelle 5).

⁸ Das Seoul National Hospital gehört zu den bedeutendsten psychiatrischen Einrichtungen Südkoreas.

Aus den vorangegangenen Darstellungen folgt, dass traditionelle und moderne Institutionen weniger miteinander konkurrieren, sich vielmehr gegenseitig ergänzen. Die ungemeldeten beziehungsweise unter Vorbehalt gemeldeten Einrichtungen sind meist billig, klein, haben einen kommunitären Charakter (religiös, familiär etc.), sind in der Nähe des Wohnorts, unprofessionell, privat und befinden sich unter der persönlichen Aufsicht des Heimleiters. Moderne Einrichtungen sind hingegen teuer, bürokratisch und wohnortfern. Traditionelle Einrichtungen rekrutieren Einkommensschwache, Schizophrene und teilweise gefährliche Patienten, moderne Einrichtungen hingegen einkommensstarke, depressive und sich selbst gefährdende Patienten: Im ersten Fall geht der Trend in Richtung Unterbringung mit Sozialhilfe, im zweiten Fall in Richtung privater Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsangebote. Die im vergangenen Jahrzehnt durchgeführte Reform sozial-psychiatrischer Einrichtungen hat somit zu einer weitgehenden *Fragmentierung* dieses Gesundheitssektors geführt.

Tabelle 5: Ambulante und Stationäre Patienten nach der Finanzierung ihrer Behandlung

Stationäre Patienten	Krankenversicherung	71,1%
	Staatliche Unterstützung (Medical Aid Program)	27,4%
	Privat	0,5%
Ambulante Patienten	Krankenversicherung	78,6%
	Staatliche Unterstützung (Medical Aid Program)	18,4%
	Privat	2,9%

Quelle: *Clinical Statistics and Data of the Seoul National Hospital* (2002).

3.4 Vernachlässigung psychiatrischer Langzeitpatienten

Bei einem wichtigen Ziel – nämlich der Modernisierung des psychiatrischen Sektors – scheinen die Reformen somit gescheitert zu sein. Das moderne psychiatrische System kümmert sich um die neue Zielgruppe der wohlhabenden und sozial integrierten Patienten, während die bisherigen Patienten in den traditionellen Einrichtungen auf ihren Problemen sitzen bleiben; dazu gehören etwa Zusammenlegung mit anderen sozial Schwachen, Teilnahmezwang an Gottesdiensten, unkontrollierte Strafmaßnahmen durch die Heimleitung bis hin zur Einzelhaft, beliebige Verordnung antipsychotischer Medikamente, Gewalt, sexueller Missbrauch, Unterschlagung von Geld, absichtliche Fehldiagnosen etc. Das gesetzliche Aufsichtsvakuum beschränkt sich dabei nicht nur auf die ungemeldeten Einrichtungen, die gemeldeten haben oft ähnliche Probleme.

Zahlreiche staatliche und zivile Organisationen engagieren sich deshalb zunehmend für den Schutz der betroffenen Patienten. Ein in diesem Zusammenhang wichtiger Anlaufpunkt ist beispielsweise die im Jahr 2002 gegründete National Human Rights Commission (NHCR), die befugt ist, Menschenrechtsverletzungen in den Anstalten zu überwachen. Daneben kümmern sich aber auch einige NGOs um

die Belange psychiatrischer Patienten. Als etwa die Gesundheitsaufsichtsbehörde am 1. Oktober 2004 die Kriterien für die Vergabe von Einzelzimmern zuungunsten von psychisch kranken Patienten geändert hat, übte das Health Right Network in der Öffentlichkeit scharfe Kritik und verlangte eine Korrektur. Ein anderes Beispiel ist die Gemeinschaft für Menschenrechtsschutz in Wohlfahrtseinrichtungen (GMW) – ein Zusammenschluss aus 24 Bürgerinitiativen. Diese Organisation hat es sich zur Aufgabe gemacht, die spezifischen Probleme hauptsächlich (un)gemeldeter beziehungsweise unter Vorbehalt anerkannter Einrichtungen aufzudecken, bekannt zu machen und gegebenenfalls vor Gericht zu bringen.

Die Behörden stehen diesem Engagement zumeist unkooperativ bis ablehnend gegenüber. Ein typisches Beispiel ist der Fall der Paul Mission, einer ungemeldeten Wohlfahrtseinrichtung in Anyang, in der Umgebung von Seoul. Die GMW veranlasste im März 2005 gerichtliche Schritte gegen den Bürgermeister, weil er trotz mehrmaliger Meldung der Betroffenen gegen die gesetzlich vorgeschriebene Aufsichtspflicht verstoßen hatte.⁹ Die Stadtverwaltung hatte die Patienten nach einem Brand in dem Heim auf andere Unterkünfte aufgeteilt, wobei acht von 36 Patienten erneut in ungemeldeten Einrichtungen untergebracht wurden.¹⁰ Von den NGOs wurde dieses Vorgehen als Zynismus kritisiert.

Trotz zivilgesellschaftlichen Engagements verbessert sich die Situation der Langzeitpatienten somit nur schleppend. Ihre Pflegeheime sind weiterhin Ausgangspunkt von Skandalen und Gegenstand enthüllungsjournalistischer Berichte über hilflos ausgelieferte Patienten, skrupellose Heimleiter und desinteressierte Behörden.

4 Ausblick

Das Nebeneinander traditioneller und moderner Institutionen beschränkt sich nicht nur auf Südkorea. Solche Erscheinungen ergeben sich aus dem für viele Schwellenländer typischen „compressed growth“ (Giddens). Die zeitliche und räumliche Verdichtung von Transformationsprozessen in Schwellenländern führt oft zu gesellschaftlichen Strukturen, die den Eindruck vermitteln, dass sie nicht zueinander passen. Nimmt man jedoch Abstand von verbreiteten Annahmen über lineare Modernisierung oder soziale Evolution, so wird deutlich, dass bestimmte institutionelle Lösungen stets nur einen von mehreren möglichen Modernisierungspfaden realisieren (Kern und Köllner 2005).

Das Beispiel der psychiatrischen Reformen in Südkorea zeigt, dass die institutionelle Entwicklung in hohem Maße von Interessenkonstellationen geprägt ist. Die Leiter traditioneller Anstalten versuchen die neue Situation für sich zu nutzen, indem sie die Lockerung von Vorschriften und die Erhöhung von Subventionen verlangen, während die Vertreter der psychiatrischen Heilberufe versuchen, sich von

⁹ Neben dem Bürgermeister wurde auch Klage gegen den Heimleiter eingereicht. Ihm wurden Unterschlagung, sexueller Missbrauch, absichtliche Fehldiagnose etc. vorgeworfen.

¹⁰ Sarangbang Group for Human Rights, *Korea Human Rights News*, Nr.2770, 16.3.2005. <http://www.sarangbang.or.kr/eng/index.html>, Zugriff am 30.3.2005.

den alten Institutionen möglichst fern zu halten und auf dem neuen Markt erfolgreich zu etablieren. Der südkoreanische Wohlfahrtsstaat scheint bisher nicht in der Lage zu sein, die privaten mit den öffentlichen Akteuren auf eine Linie zu bringen. Dadurch ist es zu einer grundlegenden Fragmentierung des psychiatrischen Sektors gekommen. Auf der einen Seite hat sich in rasanter Geschwindigkeit eine moderne biomedizinische Psychiatrie entwickelt, die sich vor allem um die eher wohlhabenden Depressionspatienten kümmert, auf der anderen Seite stehen die traditionellen Einrichtungen, die eher auf finanziell weniger gut ausgestattete schizophrene Langzeitpatienten ausgerichtet sind. Es entsteht der Eindruck, als habe der Staat gegenüber dieser Doppelstruktur resigniert und seine Aufsichtspflicht über die traditionellen Heime auf zivilgesellschaftliche Organisationen und die Medien übertragen.

Solange sich die bisherige Interessenkonstellation im psychiatrischen Sektor aus Gesundheitspolitikern, Ärzten, Pharmakonzernen, Patienten und zivilgesellschaftlichen Organisationen nicht verändert, werden die Psychiatisierung der Gesellschaft und die Unterbringung psychisch Kranker in getrennten Segmenten weiter anhalten. Im Juli 2005 läuft die Frist für die unter Vorbehalt gemeldeten Wohlfahrtseinrichtungen aus. Es lässt sich vermuten, dass die betroffenen Patienten lediglich in andere Einrichtungen verlegt werden und es zu einem „Drehtüreffekt“ kommt. Auch die ungehemmte Anwendung biomedizinischer Behandlungsmethoden an Depressionspatienten, besonders die freizügige Verschreibung von Psychopharmaka, könnte noch zu einem Problem werden, da die Gefahren und Nebenwirkungen dieser Arzneien bisher kaum bekannt sind.

Zum Ende stellt sich die Frage, ob die beschriebenen Tendenzen nicht aufzuhalten sind. An erster Stelle sollte darauf hingewiesen werden, dass der Schlüssel zur Lösung nicht darin liegen kann, mehr moralischen Druck auf die betroffenen Akteure auszuüben. Zivilgesellschaftliche Organisationen versuchen zwar durch Kampagnen, die öffentliche Aufmerksamkeit auf den psychiatrischen Sektor zu lenken, indem sie regelmäßig auf bestimmte Probleme hinweisen, ihre Wirkung bleibt jedoch begrenzt, da es an der institutionellen Umsetzung der Reformen mangelt. Der Schlüssel liegt somit vielmehr im Machtverhältnis zwischen den relevanten Gruppen. Solange etwa die Ärzte sich hauptsächlich als profitorientierte Unternehmer definieren, lassen sich die Gesundheitsinteressen des Gemeinwesens nur begrenzt verwirklichen.

Mittelfristig besteht dennoch Hoffnung, dass die zunehmende Professionalisierung der Psychiatrie zu einer Differenzierung von Interessen innerhalb der Ärzteschaft führt. Daraus könnten sich neue Allianzen zwischen Ärzten und anderen Gruppen – etwa NGOs – ergeben. Schließlich käme es darauf an, psychiatrischen Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, sich zu organisieren und dadurch den eigenen Interessen im Reformprozess mehr Gewicht zu verleihen (Nam 2004).

Literatur

- Cho, Byong-Hee (2001), „Doctors on Strike: Conflict of Interests on Medical Policy Reform“, in: *Korea Journal* 41, 2, S.224-243
- Kern, Thomas und Patrick Köllner (Hg.) (2005), *Südkorea und Nordkorea: Einführung in Geschichte, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft*, Frankfurt/New York: Campus Verlag
- Korea Institute for Health and Affairs (2004), „Misingo siseoljiwon gwalyeon gongcheongheui jaryosil“ [Daten für das Forum zur Unterstützung der ungemeldeten Einrichtungen], <http://education.sangji.ac.kr/~jbsong/kwwi/yeongu/012.htm>, Zugriff am 30.3.2005
- Ministry of Health and Welfare (1999), *Bogeonbogji tonggye yeonbo* [Yearbook of Health and Welfare Statistics 1954-1999], Seoul: Ministry of Health and Welfare
- Ministry of Health and Welfare (2001), *Jeongsinjilhwansiltae yeoghagjosa* [The Epidemiological Study of Mental Disorder], Seoul: Ministry of Health and Welfare
- Nam, Sang-hui (2004), „A sociological approach about the production und chronisation of mental illness – focused on autobiographic narratives“, in: *The Korean Journal of Sociology* 38, 3, S.101-134
- OECD (2002), *Review of the Korean health care system*, Paris: OECD
- Rufer, Marc (2004), „Ordnungsmacht Psychiatrie“, in: *Widerspruch* 24, S.109-124

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.