

Aus dem Institut für Sportsoziologie
der Deutschen Sporthochschule Köln
Geschäftsführender Leiter: Prof. Dr. V. Rittner

**Perspektiven einer zukunftsorientierten kommunalen
Gesundheitspolitik in Süd-Korea**

von der Deutschen Sporthochschule Köln
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Sportwissenschaften
genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Ho Yoo

aus

Kiel

Köln 2006

Erster Referent: Prof. Dr. V. Rittner

Zweiter Referent: Prof. Dr. H.-G.. Predel

Vorsitzender des Promotionsausschusses: Prof. Dr. I. Hartmann-Tews

Tag der mündlichen Prüfung: 30. 10. 2006

Eidesstattliche Versicherung

Hierdurch versichere ich an Eides Statt: Ich habe diese Dissertationsarbeit selbständig und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen angefertigt; sie hat noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen. Wörtlich übernommene Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitate kenntlich gemacht.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Volker Rittner herzlich für die jahrelange geduldige und immer wieder ermunternde Betreuung meiner Arbeit an dem so umfangreichen Dissertationsthema bedanken. Er hat mir mit vielen Ratschlägen, hinsichtlich der inhaltlichen als auch der formalen Aspekte wesentlich geholfen, so dass ich in den Stoffmassen nicht untergegangen bin.

Ferner danke ich Pfarrer Petrus Park für seine starke seelsorgliche Betreuung und ich danke noch Teresa und Michael für ihr sorgfältiges Korrekturlesen.

Besonders herzlich danke ich Kim, Ji-Hyun, namentlich für ihre emotionale Unterstützung in der letzten Phase des Promotionsvorgangs. Seong, Ki-Young sei noch herzlich gedankt für seine Hilfe bei Problemen mit dem Computer. Schließlich möchte ich mich hier meiner Eltern bedanken, deren Anteilnahme an meinem Studium in Deutschland mir besonders hilfreich war.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| I. Einleitung..... | 11 |
| 1. Fragestellung und Aufbau der Arbeit..... | 16 |
| 2. Public Health - Neue Ansätze der Gesundheitswissenschaften..... | 28 |
| 2.1 Was ist Public Health?..... | 28 |
| 2.2 Das Krankheitspanorama und seine Ursache in Süd-Korea..... | 29 |
| 2.1.1 Mortalität..... | 31 |
| 2.1.2 Morbidität..... | 32 |
| 3. Neuorientierung des Gesundheitssystems: Abkehr vom traditionellen Gesundheitssystem - Aufnahme des Public Health-Konzepts..... | 35 |
| 3.1 Bevölkerungsorientierung gegenüber Orientierung am Individuum..... | 36 |
| 3.2 Kooperation zwischen den unterschiedlichen Institutionen statt Isolation..... | 37 |
| 3.2.1 Gesellschaftliche Entwicklung..... | 38 |
| 3.2.2 Politische Entwicklung..... | 39 |
| 3.2.3 Bewältigung komplexer Problemfelder..... | 41 |
| 3.3 Inter- statt monodisziplinäre Forschung..... | 41 |
| 3.4 Problem- und zielorientierte Gesundheitsberichterstattungen statt Medizinalstatistik..... | 42 |
| 3.5 Qualitätssicherungen im Gesundheitswesen..... | 44 |
| 3.6 Präventive Orientierung gegenüber kurativer Orientierung..... | 47 |
| 3.7 Fazit..... | 49 |
| 4. Gesundheitsförderung..... | 50 |
| 4.1 Ottawa-Charta von 1986 und ihr Bezug zum Sport..... | 52 |
| 4.1.1 Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik..... | 53 |

| | |
|--|----|
| 4.1.2 Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten..... | 54 |
| 4.1.3 Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten..... | 55 |
| 4.1.4 Entwicklung von persönlichen Kompetenzen..... | 55 |
| 4.1.5 Neuorientierung der Gesundheitsdienste..... | 56 |
| 4.1.6 Strukturelle Voraussetzungen für Gesundheitsförderung..... | 57 |
| 4.2 Gesundheitsförderung auf der intersektoralen Ebene..... | 58 |
| 4.3 Gesundheitsförderung auf der sozialen und organisationsbezogenen Ebene..... | 58 |
| 4.3.1 Organisationsentwicklung..... | 59 |
| 4.3.1.1 Integration von Gesundheit in die Prozesse der Organisationen / Qualifizierungsanforderungen..... | 60 |
| 4.3.1.2 Nicht nur Individuen, auch Organisationen müssen „lernen“..... | 61 |
| 4.3.1.3 Personen in Organisationen als zentrale Objekte und Subjekte der Organisationsentwicklung..... | 61 |
| 4.3.1.4 Lernen im Sinne der Organisationsentwicklung..... | 62 |
| 4.3.1.5 Ziele und Folgen von Maßnahmen zur Organisationsentwicklung..... | 62 |
| 4.4 Gesundheitsförderung auf das Modell der Salutogenese..... | 63 |
| 4.4.1 Pathogenese gegenüber Salutogenese..... | 64 |
| 4.4.2 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum..... | 66 |
| 4.4.3 Dynamische Balance von Risiko- und Schutzfaktoren..... | 67 |
| 4.4.4 Der Kohärenzsinn..... | 67 |
| 4.4.5 Das Modell der Salutogenese und sein Bezug zum Sport..... | 69 |
| 4.5 Fazit..... | 70 |

II. Empirische Untersuchung

| | |
|---|-----------|
| 5. Zielsetzungen der Untersuchung..... | 71 |
|---|-----------|

| | |
|--|-----------|
| 6. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse..... | 73 |
|--|-----------|

| | |
|---|------------|
| 6.1 Sportaktivitäten in Seoul und soziodemographische Faktoren (Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf, Einkommen, Bildung)..... | 74 |
| 6.2 Formen des Sportengagements..... | 82 |
| 6.2.1 Zum Bedeutungsverlust traditioneller Sportarten in Süd-Korea..... | 82 |
| 6.2.2 Weiche Sportaktivitäten und ihre personengruppenspezifische Relevanz..... | 85 |
| 6.3 Zur Sportmotivation..... | 92 |
| 6.3.1 Zugänge zum Sport..... | 92 |
| 6.3.2 Gesundheitsorientierung als Kern individueller Sportnachfrage..... | 96 |
| 6.3.3 Der Stellenwert traditioneller Sportmotive..... | 99 |
| 6.3.4 Personengruppenspezifische Sportmotivation und Gesundheitsorientierung... | 100 |
| 6.3.4.1 Der spezielle Gesundheitsbezug vom Geschlecht..... | 101 |
| 6.3.4.2 Gesundheitsorientierte Sporttreibende nach Alter..... | 103 |
| 6.3.4.3 Gesundheitsinteressen und Bildung..... | 107 |
| 6.3.4.4 Gesundheitsinteressen und Berufstatus..... | 109 |
| 6.4 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung..... | 112 |
| 6.4.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustand..... | 112 |
| 6.4.2 Gesundheitsveränderung..... | 115 |
| 6.4.3 Gesundheitsprobleme..... | 118 |
| 6.4.4 Psychosomatische Beschwerden..... | 121 |
| 6.4.5 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsaufmerksamkeit..... | 123 |
| 6.4.6 Achten auf Gesundheit..... | 126 |
| 6.4.7 Gesundheitsfördernde Aktivitäten..... | 127 |
| 7. Parallelen zwischen Seoul und der Referenzregion Kreis Neuss..... | 131 |
| 7.1 Allgemeine Sportengagements der Bevölkerung zwischen Seoul und Neuss..... | 132 |
| 7.2 Am häufigsten ausgeübten Sportarten..... | 134 |
| 7.3 Gesundheitsprobleme..... | 138 |
| 7.4 Maßnahmen für die zukünftige Entwicklung der Sportinfrastruktur..... | 142 |

8. Zwischenfazit..... 144

III. Perspektiven der Sportbezogenen Gesundheitsförderung in Süd-Korea

| | |
|---|------------|
| 9. Aktuelle Problemsituationen für den Aufbau einer sport- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung in Süd-Korea..... | 153 |
| 9.1 Aktuelle Problemsituationen..... | 157 |
| 9.2 Zielsetzungen des Gesundheits- und Sportsystems in Süd-Korea..... | 159 |
| 9.3 Gründe des mangelnden Interesses des Gesundheitssystems | 162 |
| 9.3.1 Dominanz der „rein medizinischen“ Sicht der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem..... | 162 |
| 9.3.2 Defizitäre Strukturen der Gesundheitsförderung..... | 165 |
| 9.3.3 Die Konkurrenz verschiedener gesundheitsfördernder Medien..... | 166 |
| 9.4 Gründe des mangelnden Interesses des Sportsystems | 169 |
| 9.4.1 Der mangelnde Nachweis der gesundheitspezifische Effektivität des Sports in Süd-Korea..... | 170 |
| 9.4.2 Das Fehlen geeigneter Konzepte und Instrumente..... | 173 |
| 9.4.3 Einseitigkeit der Medien hinsichtlich der Darstellung des Sports in der Öffentlichkeit..... | 175 |
| 10. Bausteine eines Modells „Gesundheitssport“ in Süd-Korea..... | 178 |
| 10.1 Erfordernis eines Leitbildes „Gesundheitssport“..... | 180 |
| 10.1.1 Alternative für die Orientierung am salutogenetischen Gesundheitskonzept...182 | |
| 10.1.2 Aus- und Fortbildung | 185 |
| 10.1.3 Beratung der Vereine im Hinblick auf ein weiterführendes Gesundheitskonzept..... | 186 |
| 10.2 Realisierung der intersektoralen Abstimmungsprozesse..... | 187 |
| 10.2.1 Herstellung von kommunalen Netzwerken der Gesundheitsförderung..... | 190 |
| 10.2.2 Anschlussfähigkeit von Kommunikation..... | 191 |

| | |
|---|------------|
| 10.2.3 Kooperation zwischen Sport- und Gesundheitswissenschaft..... | 193 |
| 10.3 Erarbeitung geeigneter sportbezogener Steuerungsinstrumente..... | 194 |
| 11. Übertragbarkeit der Steuerungsinstrumente einer kommunalen Gesundheitspolitik..... | 203 |
| 11.1 Aufbau einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung..... | 205 |
| 11.2 Fazit..... | 208 |
| 12. Schlussfolgerung und Empfehlung zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung..... | 209 |
| Literaturverzeichnis..... | 213 |
| Anhang..... | 229 |
| Fragebogen..... | 234 |

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Zentrale Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in Seoul

Abbildung 2-2: Psychosomatische Beschwerden der Bevölkerung in Seoul

Abbildung 3-1: Die Logik funktionaler Systeme

Abbildung 3-2: Beispiel für einen Planungszyklus

Abbildung 3-3: Public-Health-Aktionszyklus

Abbildung 4-1: Für Gesundheit gibt es kein spezielles System. Gesundheit muss in
jedes System Eingang finden

Abbildung 4-2: Die Fünf zentralen Ziele der Ottawa-Charta (WHO 1996)

Abbildung 4-3: Vereinfachte Darstellung des Salutogenese-Modells

Abbildung 6-1: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Seoul) - Sportaktive

Abbildung 6-2: Motive der Sporttreibende

Abbildung 7-1: Sportengagement der Bevölkerung zwischen Seoul und Neuss

Abbildung 7-2: Sportengagement der Seouler Bevölkerung

Abbildung 7-3: Sportengagement der Neusser Bevölkerung

Abbildung 7-4: Sportaktive in Seoul nach Alter

Abbildung 7-5: Sportaktive in Neuss nach Alter

Abbildung 7-6: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Seoul) - Sportaktive

Abbildung 7-7: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Neuss) - Sportaktive

Abbildung 7-8: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Seoul) - weibliche Sportaktive

Abbildung 7-9: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Neuss) - weibliche Sportaktive

Abbildung 7-10: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Seoul) - männliche Sportaktive

Abbildung 7-11: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Neuss) - männliche Sportaktive

Abbildung 7-12: Zentrale Gesundheitsprobleme zwischen Seoul und Neuss

Abbildung 7-13: Motive tatsächlicher Sportaktivität zwischen Seoul und Neuss

Abbildung 7-14: Praktizierter Formen des Gesundheitsverhaltens zwischen Seoul Neuss

Abbildung 7-15: Notwendige Maßnahmen für die zukünftige Entwicklung (Seoul)

Abbildung 7-16: Notwendige Maßnahmen für die zukünftige Entwicklung (Neuss)

Abbildung 10-1: Konzept einer modernen Gesundheitsplanung

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1: Grundgesamtheit und geplante und realisierte Stichprobe

Tabelle 2-1: Mortalität in Süd-Korea 2001

Tabelle 3-1: Zentrale Merkmale des Public Health-Gedankens in Gegenüberstellung
zum traditionellen Gesundheitswesen

Tabelle 6-1: Sportaktivität in Südkorea

Tabelle 6-2: Sportaktivität in Seoul

Tabelle 6-3: Sportaktivität nach Geschlecht

Tabelle 6-4: Sportaktivität nach Alter

Tabelle 6-5: Sportaktivität nach Familienstand

Tabelle 6-6: Erwerbstätigkeit und Sportaktivität

Tabelle 6-7: Berufsgruppen und Sportaktivität

Tabelle 6-8: Sportaktivität nach Einkommen (1€=1200Won (2001))

Tabelle 6-9: Sportaktivität nach Bildung

Tabelle 6-10: Gründe für Sportabstinenz nach Geschlecht

Tabelle 6-11: Gründe für Sportabstinenz nach Alter

Tabelle 6-12: Wunschsportarten (Nichtaktiver)

Tabelle 6-13: Sportarten-Rangfolge nach Geschlecht

Tabelle 6-14: Sportarten-Rangfolge (Aktive nach Alter)

Tabelle 6-15: Wunschsportarten (potentielle Sporttreibende nach Geschlecht)

Tabelle 6-16: Wunschsportarten (Nicht-Sporttreibende nach Alter)

Tabelle 6-17: Motive der Sporttreibenden (Prozentwerte differenziert und Mittelwert)

Tabelle 6-18: Motiv: Gesundheit

Tabelle 6-19: Motiv: Fitness

Tabelle 6-20: Motiv: Leistung

Tabelle 6-21: Motive der Sporttreibenden nach Geschlecht

Tabelle 6-22: Motive der Sporttreibenden nach Geschlecht

Tabelle 6-23: Motive der Sporttreibenden nach Alter

Tabelle 6-24: Sportmotiv nach Alter

Tabelle 6-25: Motiv der Sporttreibenden nach Bildung

Tabelle 6-26: Motiv der Sporttreibenden nach Berufstätigkeit

Tabelle 6-27: Motiv der nicht-Berufstätigen Sporttreibenden aufgeteilt im
Personengruppen

Tabelle 6-28: Jetziger Gesundheitszustand

Tabelle 6-29: Gesundheitszustand nach Geschlecht

Tabelle 6-30: Gesundheitszustand nach Alter

Tabelle 6-31: Gesundheitszustand nach Bildung

Tabelle 6-32: Gesundheitszustand nach Sportaktivität

Tabelle 6-33: Veränderung des Gesundheitszustands

Tabelle 6-34: Gesundheitsveränderung nach Geschlecht

Tabelle 6-35: Gesundheitsveränderung nach Alter

Tabelle 6-36: Gesundheitsveränderung nach Bildung

Tabelle 6-37: Erkrankungen nach Geschlecht

Tabelle 6-38: Erkrankungen nach Alter

Tabelle 6-39: Erkrankungen nach Bildung

Tabelle 6-40: Psychosomatische Probleme nach Geschlecht

Tabelle 6-41: Psychosomatische Probleme nach Alter

Tabelle 6-42: Psychosomatische Probleme nach Bildung

Tabelle 6-43: Interesse am Thema Gesundheit

Tabelle 6-44: Interesse am Thema Gesundheit nach Alter

Tabelle 6-45: Interesse am Thema Gesundheit nach Geschlecht

Tabelle 6-46: Interesse am Thema Gesundheit nach Bildung

Tabelle 6-47: Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes

Tabelle 6-48: Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustands nach Geschlecht

Tabelle 6-49: Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustands nach Alter

Tabelle 6-50: Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustands nach Bildung

Tabelle 6-51: Achten auf Gesundheit

Tabelle 6-52: Achten auf die eigene Gesundheit nach Geschlecht

Tabelle 6-53: Achten auf die eigene Gesundheit nach Alter

Tabelle 6-54: „Was tun Sie für Gesundheit?“

Tabelle 6-55: Gesundheitsfördernde Aktivitäten nach Geschlecht

Tabelle 6-56: Gesundheitsfördernde Aktivitäten nach Alter

Tabelle 9-1: Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt in den OECD-Ländern

Tabelle 9-2: GDP Vergleich zum Gesundheitssystemausgabe

Tabelle 9-3: Krankenhausbetten in OECD-Ländern

Tabelle 9-4: Sterberate aufgrund des Tabakkonsums in den OECD-Ländern

Tabelle 9-5: Zielsetzungen des Gesundheitssystems mit dem Sportsystem

Tabelle 10-1: Gegenstandsbereiche, Instrumente und politische Funktionen von

Gesundheitsberichterstattung

I. Einleitung

Seit mehr als 20 Jahren - und zunehmend in den letzten Jahren - befassen sich Sportwissenschaftler und Ärzte mit wissenschaftlichen Forschungen und praktischen Untersuchungen, welche die sportliche Betätigung des Menschen betreffen. Die Untersuchungen über die Situation der Menschen in der Gesellschaft sowie der sozialen und medizinischen Bedeutung des Sports belegen, dass der Sport in erheblichem Maße zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung beitragen kann (vgl. KIM 1995, 17; PAFFENBERGER et al. 1970, 1978, 1993, 1996; MORRIS et al. 1954, 1980, 1996; KOREAN EXERCISE INSTRUCTION ASSOCIATION 2001, 2). Aufgrund der positiven physischen, psychischen und sozialen Adaptationsprozesse können die Menschen kompetenter mit bewegungsbezogenen Anforderungen in alltäglichen Lebenssituationen umgehen.

In den verschiedenen Abhandlungen zur süd-koreanischen Gesundheitspolitik sind diesbezüglich häufig nur fragmentarische Aspekte beschrieben worden. Es gab also bisher noch keinen ernsthaften Versuch, die Gesundheitspolitik mit der eines entsprechenden anderen Landes zu vergleichen, um hieraus mögliche Vorschläge zur Entwicklung und Verbesserung der Situation im Gesundheitssystem zu erarbeiten.

Der hohe Stellenwert, der dem Thema „Gesundheit“ in aktuellen Diskussionen zukommt, gibt einen Hinweis auf die Brisanz der gesundheitlichen Situation in der fortgeschrittenen Industriegesellschaft, die ein zentrales sozialpolitisches Problem darstellt. Der Wandel des Krankheitspanoramas mit der Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen und die damit verbundene Kostenexplosion machen eine Umorientierung des Gesundheitswesens mit Hilfe präventiver Maßnahmen erforderlich.

Die große Bedeutung von Organisationen für Gesundheit und Krankheit ist auf der Ebene von wissenschaftlichen Erkenntnissen und im Alltagsbewusstsein der Menschen

gut verankert: weniger bewusst und theoretisch ausformuliert sind die Konsequenzen für die Realisierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Organisationen bestimmen sehr wesentlich die Bedingungen von Gesundheit, und Gesundheitsförderung verlangt daher Veränderungsprozesse von und in Organisationen. Auf diese Einsicht gründet sich der „Setting-Ansatz“, der in unterschiedlichen Gesundheitsförderungsprojekten von der WHO entwickelt wurde und als Basiskonzept für die Realisierung von Gesundheitsförderung dient. Die Entwicklung von „Settings“ für Gesundheit bedeutet, dass das Land Süd-Korea die Rahmenbedingungen von Gesundheit, die durch Organisationen geschaffen werden, aktiv gestalten muss. Diese Orientierung erfordert, dass die Initiatoren und Betreiber solcher Projekte spezifische Umsetzungsstrategien wählen müssen, die sich grundsätzlich von traditionellen, personenbezogenen Gesundheitsprogrammen unterscheiden. Die Etablierung von Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bedarf innovativer Lösungen. Es gilt, komplexe Projekte in und zwischen Organisationen zu managen, neue Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen zu gestalten und das Kriterium Gesundheit in die Entscheidungsprozesse etablierter Systeme einzuführen. Diese Entwicklung ist verbunden mit einem wachsenden Bedarf an organisationsbezogenen Qualifikationen. Es gehört zu den notwendigen Kompetenzen von Akteuren der Gesundheitsförderung, die Dynamik von sozialen Systemen besser zu verstehen und Veränderungsprozesse in Organisationen anregen zu können.

Die engen Bezüge zwischen gesellschaftlicher Entwicklung und den Leistungen bzw. Problemen des Gesundheitssystems lassen sich daran erkennen, dass ein gewandeltes Krankheitspanorama, in dem Mortalität und Morbidität zunehmend durch lebensstilbedingte Krankheiten beeinflusst werden, völlig neue Anforderungen an das Gesundheitssystem stellt. Die Gesundheitspolitik wird zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem.

Von zentraler Bedeutung ist bei näherer Betrachtung, dass eine Neuorientierung des Gesundheitssystems unter Gesichtspunkten eines veränderten Krankheitspanoramas erforderlich ist. Sehr viel stärker als bisher müssen die sogenannten Zivilisationskrankheiten (chronisch-degenerativen Krankheiten) berücksichtigt werden. Es gibt also das Augenmerk verstärkt auf den engen Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Lebensstilen und den Krankheiten zu richten, an denen die Individuen in der fortgeschrittenen Industriegesellschaft zunehmend leiden bzw. sterben. So ist es notwendig, dass sich die Gesundheitspolitik an grundlagentheoretischen Voraussetzungen eines veränderten Verhältnisses zwischen Krankheit und Gesellschaft orientieren muss.

Tatsächlich sind Morbidität und Mortalität in den modernen Industriegesellschaften in einem zunehmenden Grad durch verhaltensbedingte Krankheiten verursacht. Charakteristisch für die Ätiologie dieser Krankheiten ist die Verknüpfung psychischer, sozialer und somatischer Faktoren in den modernen Lebensstilen. Alle Reflexionen über eine Verbesserung des Gesundheitswesens müssen deshalb auch der Frage nachgehen, inwieweit die überkommenen institutionellen und organisatorischen Bedingungen des Gesundheitssystems noch angemessen sind.

Ein adäquates Gesundheitssystem muss vor diesem Hintergrund folgende Forderungen erfüllen:

- (1) Es muss der Ätiologie der neuen Krankheitsbilder, d.h. der Verknüpfung der verschiedenen Komponenten gerecht werden. Sie muss ihren Gegenstandsbereich erweitern und ein interdisziplinäres Forschungs-Konzept entwickeln.

- (2) Es muss ein präventives Profil entwickelt werden. D.h. es muss die Aufmerksamkeit auf Gesichtspunkte des Entstehens der Krankheiten gerichtet werden.
- (3) Es müssen Instrumente entwickelt werden, die eine effiziente und frühzeitige Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens bzw. -bewusstseins der Bevölkerung gewährleisten.
- (4) Es müssen die Leistungen der Institutionen und Organisationen im Hinblick auf das veränderte Krankheitspanorama überprüft werden.
- (5) Es müssen - im Sinne einer differenzierten Gesundheitsberichterstattung - epidemiologische Strukturen und Entwicklungen des Krankheitsgeschehens sorgfältig beobachtet und entsprechende Daten gewonnen werden (vgl. RITTNER et al. 1994, 7).

Wie sehr eine Neuorientierung mit Fragen der Grundlagenforschung einhergeht, wird am Beispiel des Sportengagements, des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsmotivation in der Bevölkerung deutlich. Untersuchungen in diesem Bereich haben zwar Dimensionen der Gesundheitsaufmerksamkeit und des Krankheitsverhaltens registriert, aber Aspekte einer veränderten somatischen Kultur, so wie sie sich gerade in den fortgeschrittenen Industriegesellschaften zunehmend artikuliert, sind bislang vernachlässigt worden. Die Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in den letzten Jahrzehnten stehen ganz offenkundig in enger Beziehung mit Veränderungen der Körperaufmerksamkeit und Modifikationen der Körper- und Persönlichkeits-Ideale bzw. einer Individualisierung der Körperaufmerksamkeit.

Der Anstieg der chronisch-degenerativen Krankheiten in Süd-Korea wird in erster Linie auf die heutigen Lebensverhältnisse zurückgeführt: dies sind u.a. ein hektischer

Lebenswandel, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel. Die moderne westliche Medizin hat auf der einen Seite eine Reihe von Methoden und Verfahren entwickelt, die zur Bekämpfung dieser Krankheiten beitragen. Auf der anderen Seite ist sie immer noch auf das somatische Modell konzentriert, das die Ursachen der Ätiologie dieser Krankheiten nicht hinreichend berücksichtigt.

Die skizzierten Zusammenhänge machen die Notwendigkeit, die Vielschichtigkeit und die Schwierigkeit von Maßnahmen der Re- und vor allem Neuorganisation deutlich. Allem Anschein nach müssen sie interdisziplinär sein; sie müssen einer veränderten Wirklichkeit gerecht werden; sie müssen verschiedene, bislang getrennte Politikbereiche zusammenführen, und sie müssen die Praxis des institutionellen Handelns verändern bzw. neue Arbeitsweisen etablieren.

1. Fragestellung und Aufbau der Arbeit

Süd-Korea repräsentiert ein Schwellenland, in dem sich im Gesundheitsbereich zunehmend Probleme der fortgeschrittenen Industriegesellschaften bemerkbar machen. Diese äußern sich beispielsweise als Probleme eines veränderten Krankheitspanoramas, in dem Morbidität und Mortalität zunehmend durch die lebensbedingten Zivilisationskrankheiten beeinflusst werden.

Obwohl Sport und Bewegung bemerkenswerte Präventionspotentiale bereitstellen und gleichzeitig ein gesellschaftlicher Handlungsbedarf gegenüber dem Gesundheitsproblem Bewegungsmangel besteht, stehen sowohl das Gesundheitssystem in Süd-Korea als auch die intersektoralen Public Health-Initiativen dem Sport und der Bewegung weitgehend desinteressiert gegenüber.

Daraus leiten sich sechs zentrale Fragen ab, die im Rahmen dieser Arbeit eingehend untersucht werden sollen:

1. Inwieweit können Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention, so wie sie in den entwickelten Industriegesellschaften zunehmend zur Geltung kommen und von der WHO (Ottawa-Charta) empfohlen werden, übernommen werden?
2. Inwieweit kann im Rahmen der Förderungsmaßnahmen der Gesundheitspotentiale das Medium Sport für entsprechende Zielsetzungen aufgegriffen und genutzt werden?

Zwar sind mit den veränderten Lebensstilen und neuen Gesundheits- und Sportkonzepten wichtige Voraussetzungen für den Aufbau entsprechender Strukturen gewährleistet. Die Gesundheitswissenschaften bzw. Konzepte der WHO sowie das

deutsche Beispiel der sportbezogenen Gesundheitsförderung machen allerdings deutlich, dass eine Implementierung entsprechender Strukturen nur dann erfolgversprechend ist, wenn neben der Sport- und Gesundheitseinstellung der Bevölkerung eine Reihe weiterer zusätzlicher Voraussetzungen im institutionellen bzw. organisatorischen Bereich erfüllt werden.

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Darstellung des gegenwärtigen Zustandes sowie der Entwicklungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten des Gesundheitssports in Süd-Korea. Es werden darin wichtige Probleme der aktuellen Sportentwicklung thematisiert. Die Analyse soll Entwicklungsmöglichkeiten des Gesundheitssports für den organisierten Sport in Süd-Korea darstellen. Durch die notwendige Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sportpolitik erschließen sich ganz neue Perspektiven.

Daraus leiten sich vier weitere zentrale Fragen ab:

3. Welche Ansätze existieren bereits?
4. Welche Gründe sind für den Vergleichsweise geringes Entwicklungsstadium bzw. interinstitutionellen Desinteresse verantwortlich?
5. Welche gesundheits- und sportpolitischen Konsequenzen sind mit dem mangelnden Interesse verbunden?
6. Welche Perspektiven besitzen neuere Steuerungsinstrumente im Hinblick auf einen Abbau des mangelnden Interesses des Gesundheitssystems gegenüber Sport und Bewegung?

Im Zentrum der Arbeit steht damit die Frage nach den Perspektiven einer zukunftsorientierten kommunalen Gesundheitspolitik in Süd-Korea. Von besonderem

Interesse ist dabei, ob sich das mangelnde Interesse des Gesundheitssystems zum Gesundheitspotential von Sport und Bewegung überhaupt überwinden lässt und welche Strategien hierzu geeignet sind.

Die Ergebnisse dürften daher sowohl für die Sport- und Gesundheitswissenschaft als auch für die Sport- und Gesundheitspolitik interessant sein.

Die Arbeit besteht aus zehn zentralen Kapiteln. Ausgangspunkt ist der Public-Health-Ansatz. In Kapitel 2 wird einleitend das Krankheitspanorama untersucht. Im Anschluss werden die Ursachen für Mortalität und Morbidität angerissen.

Im Kapitel 3 sollen zunächst die Standards des Public-Health-Ansatzes vorgestellt werden, bevor die speziellen Probleme des süd-koreanischen Gesundheits- und Sportsystems näher dargelegt werden.

In Kapitel 4 wird es um das Konzept der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta gehen. Verschiedene Aspekte der Gesundheitsförderung, u.a. Methoden der Verhaltens- und Verhältnisprävention werden auf der intersektoralen, sozialen und organisationsbezogenen Ebene analysiert und das Modell der Salutogenese untersucht. Der Zusammenhang zwischen Organisationsentwicklung und Gesundheitsförderung wird hier einen zentralen Stellenwert einnehmen.

Während die Kapitel 3 und 4 allgemein gehalten sind, werden in Kapitel 5 und 6 Zielsetzung der Untersuchung und Auswertung der Ergebnisse einer eigenen empirischen Untersuchung thematisiert. Ziel der empirischen Untersuchung war es, Grundlagendaten über den Stellenwert des Sports und des Gesundheitsverhaltens in Süd-Korea (in Seoul) zu erheben. Darüber hinaus sollen die erhobenen Ergebnisse einen Einblick in zukünftige Entwicklungen und Perspektiven des Gesundheitssports in Süd-Korea möglich machen. Im Rahmen dieses Vorhabens soll mit den Mittel einer empirischen Untersuchung in einem begrenzten Ausschnitt ein möglich

realitätsgerechtes Bild des Ist-Zustandes vermittelt werden. Für den Aufbau eines gesundheitsbezogenen Sportsystems bzw. für die Nutzung des Mediums Sport und Bewegung im Rahmen der Gesundheitsförderung in Süd-Korea sind insbesondere folgende Sachverhalte bzw. Informationen von grundlegender Bedeutung:

1. Inwieweit gibt es einen neuen Lebens- und Freizeitsportstil in der Bevölkerung?
(vgl. Kap. 6.1)
2. Welche Sportarten eignen sich in Süd-Korea für entsprechende Maßnahmen?
(vgl. Kap. 6.2)
3. Inwieweit gibt es eine aktive/aktivbare gesundheitsbezogene Sportmotivation in Süd-Korea? (vgl. Kap. 6.3)
4. Inwieweit wird Sport von der Bevölkerung unter Gesichtspunkten der Gesundheitssicherung wahrgenommen? (vgl. Kap. 6.4)

Nachfolgend erfolgt ein Vergleich der Sport- und Gesundheitssituation zwischen den Stadtteilen der Stadt Seoul und im Rhein-Kreis-Neuss vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Bürgerbefragung, der die Handlungskonzepte der intersektoralen Sportentwicklung zugrunde liegen (vgl. Kap. 7).

Die wichtigsten Ergebnisse der gesamten empirischen Untersuchung sollen in einem Zwischenfazit zusammengefasst werden (vgl. Kap. 8).

In Kapitel 9 werden die aktuellen Problemsituationen für den Aufbau eines sportbezogenen Gesundheitssystems in Süd-Korea herausgearbeitet. Weiterhin wird untersucht, wie sich das mangelnde Interesse des Gesundheitssystems zum Präventivpotential von Sport und Bewegung äußert und worin die zentralen Ursachen

des mangelnden Interesses liegen. Eine Beschreibung der Ursachen des mangelnden Interesses im Gesundheitssystem ist deshalb von hoher Bedeutung, da die Veränderung sozialer Systeme in besonderem Maße Wissen darüber verlangt, nach welcher Logik und nach welchen Prinzipien das zu intervenierende System beobachtet und handelt. Legt doch auch die mangelnde Effektivität der eingeschlagenen gesundheitspolitischen Strategien des organisierten Sports in Süd-Korea den Schluss nahe, dass er die Ursachen des mangelnden Interesses nicht ausreichend analysiert und reflektiert hat.

Daher werden in Kapitel 9.1 die zentralen Probleme des mangelnden Interesses des Gesundheitssystems zum Präventivpotential von Sport und Bewegung herausgearbeitet. Weiterhin wird die Zielsetzung des Gesundheits- und Sportsystems in Süd-Korea verglichen (vgl. Kap. 9.2). Sie resultieren sowohl aus Struktur- und Handlungsmerkmalen des Gesundheitssystems (vgl. Kap. 9.3) als auch des Sportsystems (vgl. Kap. 9.4). Zu nennen sind:

- Die Dominanz des rein medizinischen Sicht der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem (vgl. Kap. 9.3.1),
- Die defizitären Strukturen der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 9.3.2),
- Die Konkurrenz verschiedener gesundheitsfördernder Medien (vgl. Kap. 9.3.3),
- Der mangelnde Nachweis der gesundheitspezifische Effektivität des Sports in Süd-Korea (vgl. Kap. 9.4.1),
- Das Fehlen geeigneter Konzepte und Instrumente (vgl. Kap. 9.4.2),
- Einseitigkeit der Medien hinsichtlich der Darstellung des Sports in der Öffentlichkeit (vgl. Kap. 9.4.3).

Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse wird in Kapitel 10 der Baustein eines Modells „Gesundheitssport“ in Süd-Korea diskutiert. Dabei müssen insbesondere folgende Voraussetzungen in Süd-Korea erfüllt werden:

- Wie kann ein entsprechendes Leitbild „Gesundheitssport“ in Süd-Korea entwickelt werden und welche Zielvorstellungen und Programme müssen bereits geklärt werden (vgl. Kap. 10.1)?
- Wie kann der intersektorale Abstimmungsprozess realisiert werden (vgl. Kap. 10.2)?
- Wie können strategische Allianzen begründet werden, die für eine Implementierung unerlässlich sind (vgl. Kap. 10.3)?

In Kapitel 11 beschäftigt sich mit Fragestellungen und Problemen des Aufbaus einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung sowie entsprechenden Strategien der Gesundheitsförderung, inwieweit die Steuerungsinstrumente in die kommunale Gesundheitspolitik zu übertragen sind.

Abschließend werden die Einzelergebnisse der gesamten Arbeit in Kapitel 12 zusammengefasst. Dabei sollen die diskutierten Zusammenhänge in eine konkrete Handlungsempfehlung für eine zukunftsorientierte gesundheitspolitische Konzeption des organisierten Sports in Süd-Korea münden.

Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Arbeit wurden eigene Untersuchung bzw. Analysen konzipiert. Die Arbeit beruht auf folgendem Vorgehen:

- Durchführung einer eigenen Untersuchung (September 2002)
- Datenerhebung und statistische Analyse
- Analyse von Programmen der Gesundheitsförderung der WHO
- Analyse eines erfolgreichen Konzepts der sportbezogenen Gesundheitsförderung im Kreis Neuss
- Analyse vorhandener gesundheitsrelevanter Daten

- Durchführung einer eigenen Untersuchung

Kernstück der eigenen Untersuchung war die repräsentative Bevölkerungsbefragung der erwachsenen seouler Bevölkerung. Im Rahmen der eigenen Untersuchung wurde eine repräsentative Stichprobe in der Stadt Seoul (N=1284; über 18 Jahre) (vgl. Anhang Tabelle A1) zu ihrem Gesundheitszustand und -verhalten befragt. Die Ergebnisse sind somit nicht repräsentativ für das gesamte Land. Es ist aber zu vermuten, dass deren Ergebnisse nicht wesentlich vom Durchschnitt abweichen. Die empirische Erhebung wurde im September 2002 in Süd-Korea wie folgt durchgeführt.

Die Grundgesamtheit wurde eine nach den Merkmalen Alter und Geschlecht quotierte Stichprobe im Umfang von 1500 Personen gezogen.

Die Grundgesamtheit und die geplante sowie realisierte Stichprobe stellen sich wie folgt dar (vgl. Tabelle 1-1).

Tabelle 1-1: Grundgesamtheit und geplante und realisierte Stichprobe

| | | Grundgesamtheit | | Stichprobe | | | |
|------------|--------------|-----------------|-------|------------|-------|-------------|------|
| | | (in 1000) | | geplante | | Realisierte | |
| Gesamtzahl | | absolut | % | absolut | % | absolut | % |
| | | | | 8,035,000 | 100 | 1500 | 100 |
| Seoul | männlich | 3,986,000 | 49,6 | 750 | 50 | 636 | 49,5 |
| | weiblich | 4,049,000 | 50,4 | 750 | 50 | 647 | 50,4 |
| | keine Angabe | | | | | 1 | 0,1 |
| Alter | 18 – 25 | | 21,7 | 326 | 21,7 | 404 | 31,5 |
| | 26 – 35 | | 24,7 | 370 | 24,7 | 230 | 17,9 |
| | 36 – 50 | | 29,8 | 447 | 29,8 | 325 | 25,3 |
| | 51 – 65 | | 17,2 | 258 | 17,2 | 292 | 22,7 |
| | über 65 | | 6,6 | 99 | 6,6 | 31 | 2,4 |
| | Gesamt | | 100,0 | 1500 | 100,0 | 1282 | 99,8 |
| | keine Angabe | | | | | 2 | 0,2 |

Quelle: Korea National Statistical Office (2000)

Die Gründe für die Ausfälle liegen in der Unvollständigkeit der Beantwortung; in einigen Fragebögen wurden nur wenig Fragen beantwortet, so dass die Fragebögen in die Datenauswertung nicht einbezogen werden konnten. Ein weiterer Grund für die Ausfälle kann darin gesehen werden, dass der Fragebogen von Umfang her zu lang und umfangreich war.

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung entspricht die realisierte Quotenauswahl mit nur geringen Differenzen den Quoten der Grundgesamtheit sowie der geplanten Quotenauswahl, so dass die realisierte Stichprobe hinsichtlich des Geschlechts repräsentativ für die Grundgesamtheit ist.

- Datenerhebung und statistische Analyse

Die Datenerhebung wurde in der Form strukturierter mündlicher Befragungen meist mit geschlossenen Fragen durch Studenten der Universität Kyung-Hee in Seoul im Rahmen eines Methodenkurses im Sommersemester 2002 durchgeführt.

Die Daten aller Fragebögen wurden mit Hilfe des SPSS (Statistik-Programm-System der Sozialwissenschaften) zu SPSS-Dateien zusammengefasst.

Zur Auswertung der Daten wurden folgende statistische Verfahren angewendet:

- Häufigkeitsauszählungen und Merkmalsausprägungen einzelner Variablen
- Kreuztabellierungen zum Vergleich der Häufigkeitsverteilungen bei zwei oder mehreren Merkmalen; Chi²-Tests zur Überprüfung des statistischen Zusammenhang
- T-Tests zum Vergleich der Mittelwerte bei zwei zu vergleichende Gruppen.
- Einfaktorielle Varianzanalysen zum Vergleich der Mittelwert (ANOVA)

Bei allen aufgeführten Testverfahren wurde ein Signifikanz-Test durchgeführt.

Für die Bewertung des Testergebnisses wurde als Obergrenze für die Irrtumswahrscheinlichkeit in Bezug auf die Hypothesen ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ gewählt. Dieses Signifikanzniveau trifft Aussagen darüber, inwieweit die errechneten Ergebnisunterschiede zufällig sein könnten.

In der Ergebnisdarstellung geben die jeweiligen Symbole an, auf welchem Signifikanzniveau sich die Ergebnisse unterscheiden:

P ist kleiner/gleich 0.001 = hoch signifikant (***)

| | | | |
|----------------------|------|---|-----------------------|
| P ist kleiner/gleich | 0.01 | = | sehr signifikant (**) |
| P ist kleiner/gleich | 0.05 | = | signifikant (*) |
| P ist größer/gleich | 0.05 | = | nicht signifikant |

- Analyse von Programmen der Gesundheitsförderung der WHO

Die Arbeit basiert weiterhin auf einer systematischen Analyse des Programms der WHO zur Gesundheitsförderung. Verschiedene Aspekte der Gesundheitsförderung, u.a. Methoden der Verhaltens- und Verhältnisprävention werden auf der Makro-, Meso- und Mikroebene analysiert. Die einzelnen Punkte machen deutlich, dass Gesundheitsförderungsaktivitäten in viele Bereiche des sozialen Lebens und in viele Sektoren hineinreichen. Aus der Sicht der Organisationsberatung kann die Ottawa Charta auch als ein Organisationsentwicklungsprogramm gelesen werden. Sie skizzierte umfassende Strategie für Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung auf fünf sich wechselseitig beeinflussenden Aktionsebenen:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten
- Entwicklung von persönlichen Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste

- Analyse eines erfolgreichen Konzepts der sportbezogenen Gesundheitsförderung im Kreis Neuss

Grundlage der Anteil war weiterhin eine Untersuchung zur gesundheitlichen Versorgung im Kreis Neuss (vgl. RITNER et al. 1994), die die Grundlage für den Aufbau einer bewegungsbezogenen Public-Health-Initiative in dieser Region war. Im Kreis Neuss gibt es mittlerweile eine intersektoral operierende Sport- und Gesundheitsförderung als Ergebnis einer intensiven Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis. Im Zuge einer engen über 12-jährigen Kooperation zwischen dem Rhein-Kreis-Neuss und dem Institut für Sportsoziologie wurde mit dem „Vier-Türen-Modell“ ein Konzept der integrierten Sport- und Gesundheitsförderung etabliert. Charakteristisch ist dabei nicht nur, dass auf diese Weise die Sport- und Gesundheitsförderung auf einen bevorzugten Platz der Agenda der Kreispolitik kam. Von Bedeutung ist das Modell auch deshalb, weil es verschiedene Funktionen der Sport- und Gesundheitsförderung institutionalisierte. Mit einem Sportberatungsbüro, einer aktiven Public-Health-Politik des Gesundheitsamtes und einer kontinuierlichen Projekt- und Interventionspraxis in Schulen und Kindergärten werden gegenwärtig sowohl Aufgaben einer sozialepidemiologischen Dauerbeobachtung als auch einer kontinuierlichen Arbeit in den verschiedenen Feldern der Sozial-, Gesundheits- bzw. Jugendpolitik wahrgenommen.

Ein Vergleich der Ergebnisse ermöglicht zunächst erste Antworten auf die Frage, ob das Medium Sport/Bewegung auch in Süd-Korea ähnliche Funktionen der Gesundheitsförderung wie in Deutschland wahrnehmen kann.

- Analyse vorhandener gesundheitsrelevanter Daten

Für verschiedene Fragestellungen war die Sichtung und Auswertung gesundheitsrelevanter Daten aus anderen Quellen erforderlich. Hierzu gehörten Daten des Jahrbuchs für Gesundheit und Wohlfahrt, des Jahrbuchs des Sports in Süd-Korea.

Eingang fanden weiterhin soziale Indikationen zur Entwicklung Süd.Koreas, so wie sie seitens der Regierung und der National Health Insurance Corporation (OECD Health Data 2003) systematisch gesammelt und ausgewertet werden.

2. Public-Health - Neue Ansätze der Gesundheitswissenschaft

2.1 Was ist Public-Health?

Der Public Health-Ansatz bemüht sich darum, zur Erklärung des Zusammenhangs von Gesellschaft, Krankheit und Gesundheit nicht nur naturwissenschaftlich-somatisch orientierte Ansätze zu verfolgen, sondern auch soziopsychosomatische und verhaltensbedingte Aspekte in derartige Überlegungen einzubeziehen (vgl. BADURA 1993, 71). Public Health darf allerdings nicht von vornherein Gegenpol zum naturwissenschaftlich-somatischen Medizinsystem verstanden werden, wie dies in der Vergangenheit häufig geschah (vgl. HÄFNER 1995, 2 f.). Auch wäre es falsch, das Public Health-Modell mit der Risikofaktorenmedizin und den von ihr entwickelten präventiven und biologischen Verhaltensansätzen gleichzusetzen (vgl. FÜLGRAFF 1995, 7).

Eine kurze übersichtliche Darstellung der Vielseitigkeit der Multidisziplin Public Health bietet die Definition des US-Institute of Medicine:

„Public Health bezeichnet einen sektorenübergreifenden, interdisziplinären und multiprofessionellen Wissenschafts- und Aktionsbereich, der vier eng miteinander verbundene Aufgabengebiete umfasst: Analyse, Entwicklung, Steuerung und Evaluierung des Gesundheitssystems einschließlich der Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung“ (US-Institute of Medicine 1988).

In dieser Definition sind die wesentlichen Aspekte des Public Health-Gedankens vereint. Diese werden in Kapitel 3 bei der Erörterung der Notwendigkeit einer Neuorientierung des Gesundheitssystems aufgegriffen und den entsprechenden Ansätzen der klassischen Medizin gegenübergestellt, wobei auch Bezüge zum Sport hergestellt werden.

2.2 Das Krankheitspanorama und seine Ursachen in Süd-Korea

Mit dem sich beschleunigenden sozialen Wandel änderten sich in Süd-Korea auch die Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung. Durch die Einführung hygienischer Standards und einer verbesserten Ernährungssituation sowie Massenimpfungen konnten auf der einen Seite die Infektionskrankheiten in Süd-Korea wirksam bekämpft werden. Einhergehend mit veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen sowie -stilen etablierte sich aber auf der anderen Seite eine neue Krankheitsgruppe: die chronisch-degenerative Erkrankungen.

In modernen Industriegesellschaften treten in zunehmendem Maße chronisch-degenerative Krankheiten auf, deren Entstehung vorwiegend lebensstil- und somit verhaltensbedingt ist. Im Zusammenhang der Arbeit ist es von besonderem Interesse, dass Bewegungsmangel in Süd-Korea sehr akut ist. Der Bau des menschlichen Körpers entspricht seinem Anforderungsprofil in früheren Zeiten. Als Ackermann und Jäger waren körperliche Fähigkeiten wie Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer lebenswichtig. Heute sind die Fähigkeiten nur noch von untergeordneter Bedeutung oder treten allenfalls in übertragendem Sinn auf (vgl. BÖS/GRÖBEN 1993, 11 f.).

Die industrielle Entwicklung in Süd-Korea brachte Produkte vor, die das Leben immer bequemer machten. Dieser Prozess vollzog sich dermaßen schnell, dass Anpassungsprozesse nicht in gleichem Maße Schritt halten konnten. Der menschliche Organismus ist auf körperliche Grundbelastungen angewiesen. Der Mangel an derartigen Belastungen, also der Bewegungsmangel, kann die Entstehung einer Reihe von Krankheiten begünstigen (vgl. KIM et al. 1999, 185).

In modernen Industriegesellschaften ist der Sport mittlerweile in die Rolle hineingewachsen, die Belange der körperlichen Bewegung wahrzunehmen. Fast alles, was mit Bewegung zu tun hat, tritt in Form sportlicher Aktivitäten zutage (vgl.

KOREAN EXERCISE INSTRUCTION ASSOCIATION 2001, 9). „Sport ist gesund“. Diese Überzeugung kann man bei verschiedensten Anlässen hören: Ob beim Schwimmen, im Fitnessstudio usw. Er wird meist unkritisch in der süd-koreanischen Gesellschaft hingenommen (vgl. IM 2001, 64) und hat gewissermaßen den Charakter eines Stereotyps (vgl. ULMER 1991, 79; BÖS/GRÖBEN 1993, 8 f.; MRAZEK 1986, 86). Das Gesundheitsversprechen des Sports gehört gleichsam zum klassischen Legitimationsmuster des Sports (vgl. KÖNIG 1993, 3). Hinweise darauf, dass diese Annahmen eine gewisse Basis haben und nicht nur pauschale Unterstellungen darstellen, finden sich in epidemiologisch fundierten Studien von PAFFENBARGER und MORRIS, die präventive Wirkungen von sportlicher Aktivität zur Vermeidung kardiovaskulärer Krankheiten nachgewiesen haben (vgl. PAFENBARGER et al. 1970, 1978, 1993, 1996; MORRIS 1980, 1996; ROST 1991).

Das Gesundheitswesen steht in Süd-Korea vor großen Problemen. Trotz hoch entwickelter Medizin hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung im globalen Vergleich in den letzten Jahren nicht verbessert. Dies wirft die Frage auf, ob das südkoreanische Gesundheitssystem, das sich nach wie vor am somatischen Modell orientiert, in der Lage ist, der komplexen Ätiologie der chronisch-degenerativen Krankheiten gerecht zu werden (vgl. Kap. 4).

Vor diesem Hintergrund muss in Süd-Korea der neue Ansatz „Public-Health“ rezipiert werden, d.h. ein Konzept, das grundsätzlich andere gesundheitspolitische Strategien verfolgt. Zentrale Elemente sind eine bevölkerungsorientierte gegenüber einer individuenzentrierten Sichtweise sowie eine stärkere Favorisierung von Präventionsstrategien anstelle der kurativen Orientierung.

Hier ergibt sich auch ein Zusammenhang zum Sport. Der Sport ist ein Medium, das einerseits über ein erhebliches Präventionspotential verfügt und andererseits eine große Attraktivität in der Bevölkerung aufweist. Insofern ist es denkbar, dass Sport im Rahmen kommunaler Public Health-Strategien ein wirksames Mittel sein könnte, um

chronisch-degenerativen Krankheiten zu begegnen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie entsprechende Maßnahmen gestaltet sein müssen, um die besonders von Krankheit bedrohten Zielgruppen zu erreichen, damit diese vom Präventionspotential des Sports profitieren können.

2.2.1 Mortalität

Die Mortalitätsstatistiken werden heute in erster Linie von den chronisch-degenerativen Krankheiten geprägt. Dieser Krankheitstyp zeichnet sich dadurch aus, dass seine Entstehung lebensstil- und somit verhaltensbedingt ist.

In Süd-Korea stehen an erster Stelle bösartige Neubildungen (24.8%), es folgen Herz-Kreislaufkrankheiten (23.8%) und mit großem Abstand Erkrankungen der Atemwege (6.5%) (vgl. Social Indicators in Korea 2002, 297). Bezeichnend ist, dass ca. 50% aller Menschen in Süd-Korea an Krebs oder an Krankheiten der Herz-Kreislaufkrankheiten sterben (vgl. Tabelle 2-1).

Tabelle 2-1: Mortalität in Süd-Korea 2001 (Angaben in %)

| Todesursache | Anteil an der Gesamtsterblichkeit |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Süd-Korea |
| Bösartige Neubildung | 24.8 |
| Herz-Kreislaufkrankheiten | 23.8 |
| Erkrankungen der Atemwege | 6.5 |
| Erkrankungen der Verdauungsorgane | 5.9 |
| Infektionskrankheiten | 2.4 |
| Sonstige Krankheiten | 11.8 |

Quelle: Social Indicators in Korea 2002, 297

Durch die erhöhte Lebenserwartung¹ ergibt sich zwar die Konstellation, dass der Anteil der durch chronisch-degenerative Krankheiten verursachten Todesfälle an der Gesamtmortalität insgesamt in Süd-Korea angestiegen ist. Diese Entwicklung kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die chronisch-degenerativen Krankheiten heute in annähernd allen Alterphasen von großer Bedeutung für das Mortalitäts- und Morbiditätsbild sind.

2.2.2 Morbidität

In Süd-Korea liegen noch keine verlässlichen Morbiditätsdaten vor. Verglichen mit anderen Ländern existieren kaum institutionalisierte Instrumentarien, die es erlauben würden, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung umfassend abzuschätzen. Aus diesem Grund basieren die folgenden Ausführungen auf eigenen Erhebungen. Dabei zeigt sich folgendes Bild:

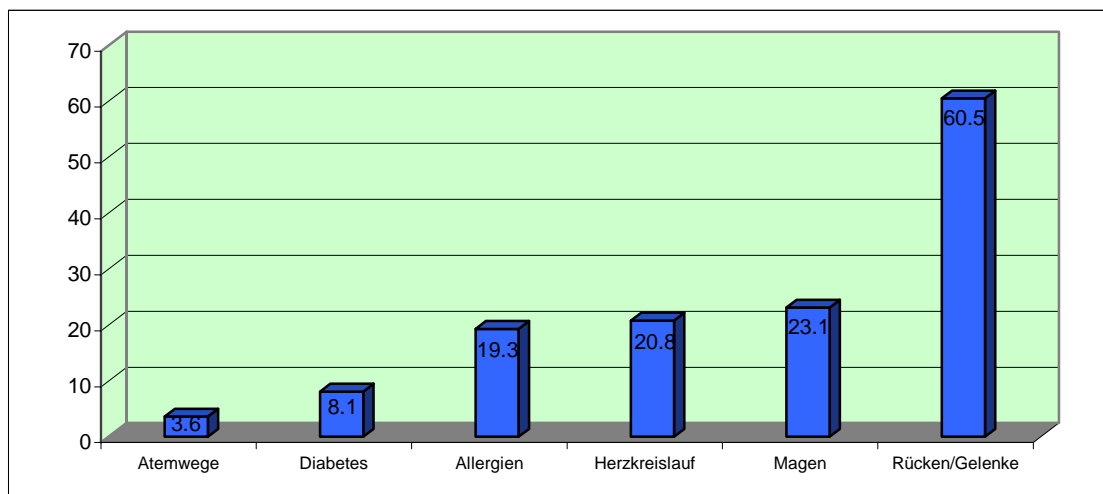
Das aktuelle Morbiditätsbild weist einen hohen Prozentsatz (60.5%) an Rücken- und Gelenkkrankheiten auf. Dann sind in hohem Maße (23.1%) Magenerkrankungen festzustellen, dicht gefolgt von Herzkreislaufproblemen (20.8%) und Allergien (19.3%). Letztlich leiden 8.1% an Diabetes und 3.6% an Atemwege (vgl. Abbildung 2-1).

¹ Lebenserwartung der Neugeborenen in Süd-Korea

| | 1960 | 1970 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| Männer | 51,5 | 59,8 | 62,7 | 64,9 | 67,7 | 69,6 | 71,0 |
| Frauen | 53,7 | 66,7 | 69,1 | 73,3 | 75,7 | 77,4 | 78,6 |

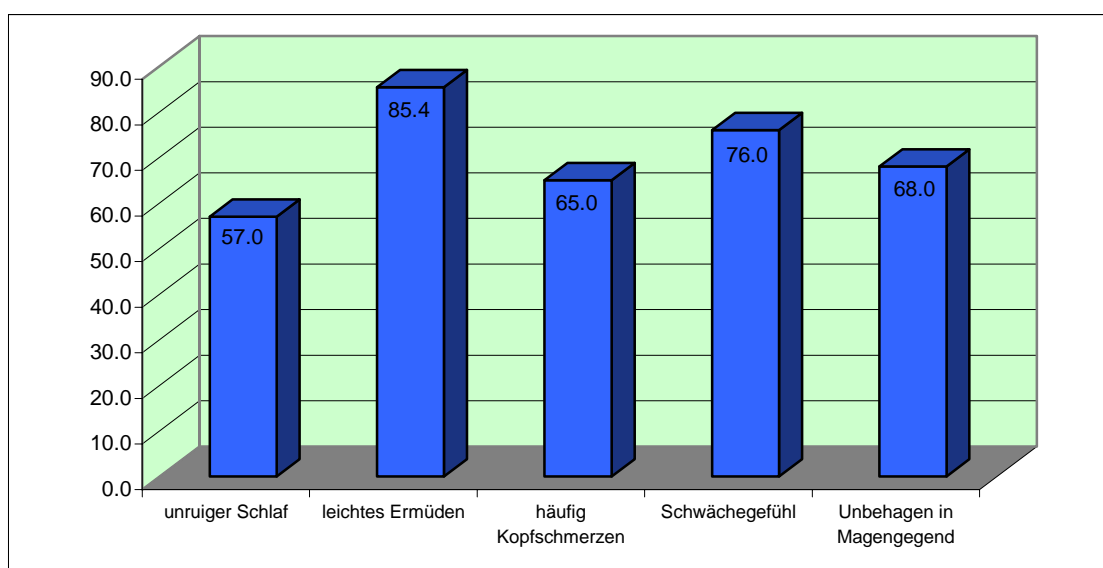
Quelle: Yearbook of Health and Welfare Statistic (46) 2000, S. 13, Hrsg.: Ministry of Health and Welfare Republic of Korea.

Abbildung 2-1: Zentrale Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in Seoul (Eigene Erhebung: Angaben in %)



Tatsächlich entspricht das Morbiditätsprofil in Seoul den Erkenntnissen zur Verbreitung der chronisch-degenerativen Krankheiten, nach denen die Rücken- und Gelenkprobleme an der Spitze der Beeinträchtigung stehen, gefolgt von Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Abbildung 2-2: Psychosomatische Beschwerden der Bevölkerung in Seoul (Eigene Erhebung: Angaben in %)



Am meisten leiden die Menschen der Bevölkerung in Seoul unter leichtem Ermüden (85.4%), dicht gefolgt von Schwächegefühl (76.0%). Danach haben 68.0% der Bevölkerung in Seoul Unbehagen in der Magengegend und 65.0% häufig Kopfschmerzen. Letztlich haben 57.0% unruhigen Schlaf (vgl. Abbildung 2-2).

Es ist zu vermuten, dass trotz wesentlich verbesserter Lebensbedingungen (z.B. medizinische Versorgung, hygienische Bedingungen, Bildungsmöglichkeiten) bei der Bevölkerung erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen auftreten.

3. Neuorientierung des Gesundheitssystems: Abkehr vom traditionellen Gesundheitssystem - Aufnahme des Public Health-Konzepts

Vor dem Hintergrund der aktuellen, kritischen Situation im Gesundheitswesen - wie sie in Kapitel 2 kurz vorgestellt wurde - scheint das Public Health-Konzept richtungsweisende Alternativen zum bisherigen Vorgehen aufzuzeigen. Im Folgenden wird die Entwicklung der Sozialmedizin, aus der sich der aktuelle Public Health-Ansatz entwickelt hat, aufgezeigt.

Auf der Basis der in Kapitel 2.1 genannten Definition unterscheidet sich der Public Health-Ansatz erheblich vom traditionellen Gesundheitswesen. Im folgenden werden diese Unterschiede gegenübergestellt und Konsequenzen für den Bereich Sport und Gesundheit gezogen (vgl. Tabelle 3-1). Die Unterschiede werden im weiteren Kapitel ausführlicher dargestellt.

Tabelle 3-1: Zentrale Merkmale des Public Health-Gedankens in Gegenüberstellung zum traditionellen Gesundheitswesen

| Public Health-Gedanken | Traditionelles Gesundheitswesen |
|---|--|
| Bevölkerungsorientierung | Orientierung am Individuum |
| Kooperation zwischen den verschiedenen Institutionen | Vernetzung findet kaum statt (Isolation) |
| interdisziplinäre Forschung | monodisziplinäre Forschung |
| problem- und zielorientierte Gesundheitsberichterstattung | Medizinalstatistik |
| ausführliche Evaluation aller Maßnahmen | Evaluation erfolgt nur am Rande |
| präventive Orientierung | kurative Orientierung |

Quelle: US-Institute of Medicine

3.1 Bevölkerungsorientierung gegenüber Orientierung am Individuum

Das traditionelle Gesundheitssystem (vgl. Tab. 3-1) propagiert eine individuenzentrierte, krankheitsorientierte Sichtweise. Moderne Public Health-Ansätze konzentrieren sich stattdessen auf ganze Populationen oder Teilpopulationen und verfolgen somit eine bevölkerungsorientierte Gesundheitspolitik. Dort, wo große Bevölkerungsgruppen von Krankheit bedroht sind, müssen entsprechende Präventionsmaßnahmen ergriffen werden (vgl. BADURA 1994, 56). Diese vulnerablen Gruppen fanden in der Vergangenheit häufig nicht die notwendige Beachtung.

Auch für den Bereich Sport und Bewegung muss der Erfolg individuenzentrierter Interventionsprogramme bezweifelt werden. Das zeigt auch die Problematik, dass trotz beachtlicher Maßnahmen zur Sportförderung und eines bemerkenswerten Gesundheits- und Fitness-Booms eine Zunahme qualitativ hochwertiger, präventiver körperlicher Aktivitäten nicht zu verzeichnen ist (vgl. KING 1994, 1405). Vor allem müssten Maßnahmen ergriffen werden, um die Personengruppen zu erreichen, die am stärksten gefährdet sind, d.h. in Folge von Risikofaktoren und Bewegungsmangel an einer chronisch-degenerativen Krankheit zu erkranken. Dies gilt auch für Personengruppen, die bereits an einer solchen Krankheit leiden und die durch eine sinnvolle Bewegungstherapie eine bessere Lebensqualität erlangen könnten. In beiden Fällen handelt es sich vorwiegend um Angehörige unterer sozialer Schichten, die traditionell im wesentlichen geringeren Maße am Sportbetrieb teilnehmen und die am häufigsten von chronisch-degenerativen Krankheiten betroffen sind (vgl. PILZ 1991, 116; KING 1994, 1405).

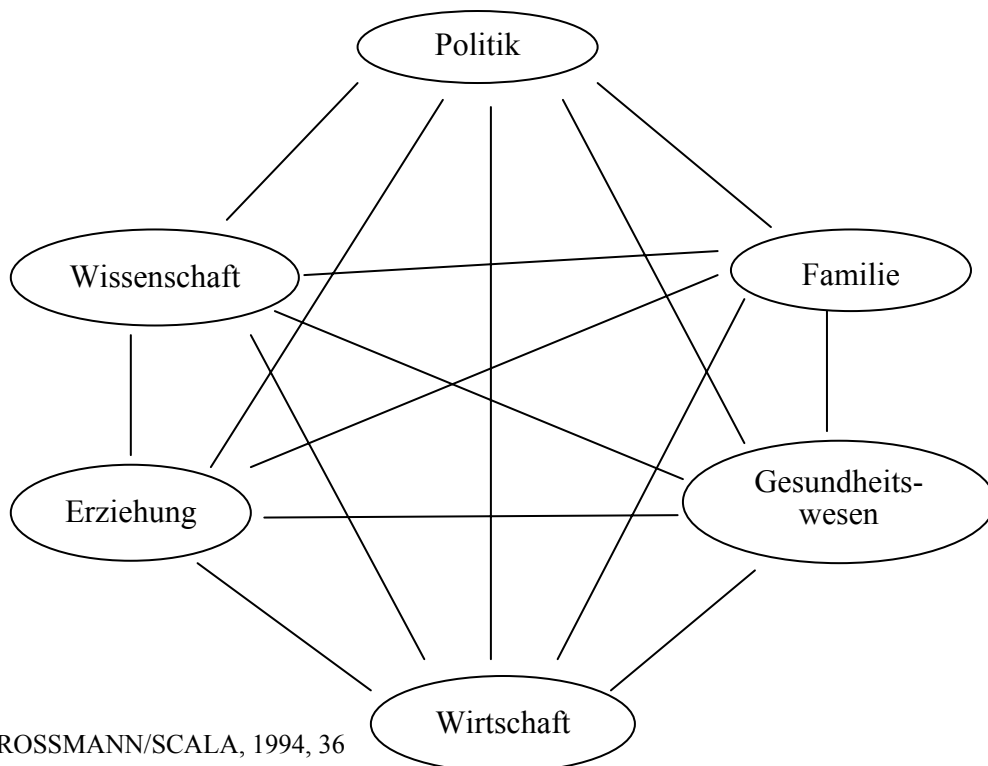
Darüber hinaus sind Frauen und Alte (vgl. RITTNER 1991, 127) nennenswerte Zielgruppen, da auch sie im Sport unterrepräsentiert sind und somit die gesundheitsförderlichen Potentiale des Sports nur unzureichend wahrnehmen.

3.2 Kooperation zwischen den unterschiedlichen Institutionen statt Isolation

Die Entwicklung der modernen Gesellschaft hängt maßgeblich von Funktionieren ihrer Systeme ab. Die Dynamik der modernen Gesellschaft lässt sich gut mit Hilfe der Differenzen zwischen unterschiedlichen sozialen Systemen beschreiben: Wirtschaft, Politik, Wissenschaft, Erziehung, Gesundheitswesen und Familie (vgl. Abbildung 3-1).

Bei der Forderung nach derartigen Kooperationsformen darf jedoch nicht übersehen werden, dass die verschiedenen Institutionen und sozialen Systeme unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen und unterschiedlichen Philosophien gehorchen, auf der anderen Seite aber auch hochgradig voneinander abhängig sind. Funktionale Systeme sind gleichzeitig autonom und hochgradig voneinander abhängig; jedes System folgt seiner Logik und ist mit allen anderen durch enge, aber sehr sensible Anschlusspunkte verknüpft.

Abbildung 3-1: Die Logik funktionaler Systeme



Quelle: GROSSMANN/SCALA, 1994, 36

GROSSMANN/SCALA (1994, 35) sind der Auffassung, dass ein soziales System jeden Input von außen nur aus der systemeigenen Perspektive wahrnimmt. Ein Wirtschaftssystem greift beispielsweise öffentliche gesundheitsrelevante Kriterien nur dann auf, sofern diese Aspekte unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten von Interesse sind. Der Anstieg von Krankenständen wird daher in einem Unternehmen sehr ernst genommen. Voraussichtlich werden Maßnahmen ergriffen, um diesem Missstand abzuwenden. Dies geschieht jedoch in der Regel nicht primär aus Sorge um die Gesundheit der Akteure. Vielmehr verfolgen die Maßnahmen zur Reduktion des Krankenstandes in erster Linie ökonomische Ziele. Eine andere Institution, z.B. das Gesundheitsamt, würde sich der gleichen Problematik aus anderer Perspektive annehmen. Hier würde die Sorge um die Gesundheit der Akteure im Vordergrund stehen. Unter dem Strich könnten u.U. beide Institutionen, trotz unterschiedlicher Problemsichtweisen, identische Problemlösungsstrategien wählen. Diesen Aspekt gilt es aufzugreifen und zur Realisierung gemeinsamer Interessen nutzbar zu machen.

Die steigende Zahl an Vernetzungen in allen Bereichen der Gesellschaft weist darauf hin, dass sich diese bei bestimmten Aufgaben oder unter bestimmten Voraussetzungen besonders gut als Organisationsform eignen. Es hat sich dadurch eine bessere (1) gesellschaftliche (vgl. Kap. 3.2.1) und (2) politische Entwicklung (vgl. Kap. 3.2.2) herausgestellt, die (3) zur Bewältigung komplexer Problemfelder (vgl. Kap. 3.2.3) imstande ist:

3.2.1 Gesellschaftliche Entwicklung

Die westlichen Industriestaaten sind durch eine fortschreitende Ausdifferenzierung der Gesellschaft gekennzeichnet. Durch die zunehmende Spezialisierung privater und öffentlicher Organisationen haben sich interdependente, funktional differenzierte und eigenständig handlungsfähige Teilsysteme herausgebildet (vgl. Abbildung 3-1), die sich

wiederum aus einer Vielzahl von funktional differenzierten Subsystemen zusammensetzen.

Aus dieser Ausdifferenzierung resultiert die Existenz einer unüberschaubaren Anzahl unterschiedlicher Organisationen, die selbst über bestimmte Ressourcen verfügen und andererseits aber auch von den speziellen Ressourcen anderer Organisationen abhängig sind.

Angesichts der mit den Globalisierungsprozessen einhergehenden wirtschaftlichen Veränderungen werden neue Anforderungen an die privaten und öffentlichen Organisationen gestellt. Die zunehmend dynamischer, unsicherer und komplexer werdende Umwelt erfordert von den Organisationen ein hohes Maß an Flexibilität, Innovations- und Anpassungsfähigkeit sowie Kosteneffizienz (vgl. SCHEER, 2001, 106 f.). Zur Bewältigung der neuen Anforderungen werden von den Organisationen zunehmend Kooperationszusammenschlüsse gebildet. Unter anderem können sich dabei folgende Vorteile aus der Kooperation ergeben: Reduzierung des Wettbewerbs, Erschließung fehlender Ressourcen, Erschließung von Synergieeffekten, Reduzierung des Risikos, Erzielung von Skalenvorteilen und Lerneffekte (vgl. MÜLLER, 1999, 16 f.).

3.2.2 Politische Entwicklung

Der strukturelle Wandel der Gesellschaft hat zu einer Veränderung des Selbstverständnisses und des Rollenverhaltens des Staates geführt. Für die Steuerung und gezielte Beeinflussung dieser zunehmend intransparenter und komplexer werdenden Strukturen der funktional spezialisierten Teilbereiche fehlen dem Staat die Mittel und Möglichkeiten (vgl. MAYNTZ 1987, 196). Aufgrund fehlender Kontrollmöglichkeiten der einzelnen Teilsysteme und deren Verfügungsgewalt über Ressourcen ist der Staat bei der Politikerstellung immer mehr auf die Kooperation mit den gesellschaftlichen Teilsystemen angewiesen. Die staatszentrierte Politikerstellung

wird zunehmend von einem kollektiven Entscheidungsprozess abgelöst, in dem eine Vielzahl von öffentlichen und privaten Organisationen eingebunden ist (vgl. MAYNTZ 1992, 20). KRUCZEWICZ (1993, 5) umschreibt diese Entwicklung als „Übergang vom hoheitlichen Interventions- und Steuerungsstaat zum kooperativen Interaktionsstaat“.

Des Weiteren wird die Dezentralisierung durch die aus dem ökonomischen, demografischen und sozialen Strukturwandel resultierende „krisenhafte Zuspitzung örtlicher Problemlagen“ vorangetrieben (vgl. KRUCZEWICZ 1993, 51), die eine Etablierung flexibler, regional und lokal angepasster Entwicklungsstrategien und -praktiken erfordert. Angesichts der anwachsenden Zahl spezifischer Problemfelder ist auf kommunaler Ebene eine steigende Ausdifferenzierung kommunaler Aufgaben- und Handlungsfelder zu verzeichnen (vgl. KRUCZEWICZ 1993, 6). Dem daraus erwachsenden erhöhten Ressourcenbedarf steht dabei vielerorts eine sinkende Ressourcenverfügbarkeit gegenüber, wodurch neue Formen der Problembewältigung bzw. Problemverarbeitung auf kommunaler Ebene erforderlich werden. Eine Chance zur Bewältigung des Strukturwandels sehen viele Kommunen in der Aufschließung endogener Potentiale mit der Koordinierung und Bündelung fragmentierter Handlungsressourcen (vgl. KRUCZEWICZ 1993, 6).

Diese Phänomene der politischen Dezentralisierung lassen sich gut auf der Ebene der Regionalpolitik erkennen. Im Rahmen von themenspezifischen Regionalkonferenzen soll durch die Beteiligung aller für das Thema relevanten Organisationen an dem politischen Entscheidungsprozess und durch den damit verbundenen zusätzlich gewonnenen Ressourcen, die Qualität der Regionalpolitik verbessert werden (vgl. VOELZKOW 1995; KRUCZEWICZ 1993). Darüber hinaus kann mit der Beteiligung privater Akteure die Akzeptanz politischer Entscheidungen in der Region erhöht werden (vgl. KEINS & SCHNEIDER 1991; MAYNTZ 1992).

3.2.3 Bewältigung komplexer Problemfelder

Die oben aufgeführten gesellschaftlichen Veränderungen mit der zunehmenden funktionalen Differenzierung bringen eine Reihe von Folgeproblemen mit sich (vgl. MAYNTZ 1987). Komplexe, multifaktoriell verursachte Problemfelder wie Umweltzerstörung, Gewalt unter Jugendlichen, Rechtsextremismus, Gesundheitsförderung etc. können nicht mehr adäquat von einzelnen Funktionsbereichen bewältigt werden, sondern erfordern eine sektorübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Organisationen und Akteure im Sinne einer multifaktoriellen Problembewältigung (vgl. RITTNER 1994).

3.3 Inter- statt monodisziplinärer Forschung

Mit der Forschung verhält es sich grundsätzlich ähnlich. In der Vergangenheit wurde zu sehr monodisziplinär geforscht (vgl. Tabelle 3-1).

Vor dem Hintergrund, dass ein fast ausschließlich naturwissenschaftlich-somatischer Ansatz nicht in der Lage ist, der Komplexität der Entstehung chronisch-degenerativer Krankheiten gerecht zu werden, bedarf es im Sinne des Public Health-Ansatzes weiterer Modelle, die auch den soziopsychosomatischen und den verhaltensbedingten Kausalpfad zur Erklärung der Ätiologie dieser Krankheit einbeziehen (vgl. BADURA 1993, 71). Die Reduzierung der Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik muss überwunden werden. Will man also nicht nur Krankheiten behandeln, sondern auch Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen, bedarf es einer komplexeren Sichtweise.

Die Tatsache, dass sich eine Vielzahl von unterschiedlichen Institutionen aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen mit dem Thema „Gesundheit“ beschäftigen,

weist darauf hin, dass es kaum möglich ist, das komplexe „Konstrukt“ Gesundheit einer gesellschaftlichen Richtung allein zuzuordnen. Die Politik beschäftigt sich beispielsweise mit gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen sowie der Entwicklung und Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die Volkswirtschaftslehre mit makroökonomischen Fragen der Steuerung von Gesundheitsleistungen und der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, die Betriebswirtschaftslehre mit Managementproblemen von Gesundheitsinstitutionen. Gesundheit ist gewissermaßen an keinem gesellschaftlichen Ort verankert. Im Gegensatz zu Krankheit werden die Voraussetzungen für Gesundheit in allen gesellschaftlichen Sektoren hergestellt.

Die traditionellen Institutionen halten jedoch zur Krankenbehandlung überwiegend am naturwissenschaftlich-somatischen Ansatz fest. Hier bedarf es eines institutionellen Lernprozesses, um eine multikausale und interdisziplinäre Sichtweise zu erarbeiten und umzusetzen.

Auch die Sportwissenschaften müssen sich um Interdisziplinarität und Ganzheitlichkeit bemühen. Die Teilnahme am Sportbetrieb ist von einer Reihe multikausaler Faktoren abhängig. Um alle diese Faktoren bei der Konzeption gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu berücksichtigen, bedarf es eines Brückenschlages unterschiedlicher sport- und gesundheitswissenschaftlicher Teildisziplinen.

3.4 Problem- und zielorientierte Gesundheitsberichterstattung statt

Medizinalstatistik

Um die Public Health-Strategie und Maßnahmen an den gesundheitlichen Problemen und Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten, müssen diese erfasst, beschrieben und bewertet werden (vgl. Tabelle 3-1). Voraussetzung dafür ist die Aufbereitung routinemäßig erfasster sowie eigens zu diesem Zweck erhobener Daten (vgl.

NOACK/ROSENBROCK 1994, 143). In der Vergangenheit gab es im Gesundheitswesen kein auf derartig fundierte Informationen basierendes Steuerungsinstrument. Epidemiologisch gesicherte Daten zum Krankheitsgeschehen lagen in nach soziodemographischen Faktoren differenzierter Form nicht vor. Stattdessen wurde und wird heute noch Medizinalstatistik betrieben, die in ihrer Aussagekraft praktisch unbrauchbar ist (vgl. FÜLGRAFF 1995, 5).

Notwendig wäre daher der Aufbau eines zuverlässigen Steuerungsinstrumentes im Sinne einer zielgerichteten, problem- und handlungsorientierten Gesundheitsberichterstattung. Daraus resultiert die Forderung nach deutlichen Umdenkungsprozessen bei dem entsprechenden Datenhaltern. Eine zukunftsweisende Gesundheitsberichterstattung sollte epidemiologisch wertvolle Daten erheben und diese handlungsorientiert aufbereiten und darstellen. Die Erkenntnisse müssen anschließend in politischen Gremien, in den Medien, bei Gesundheitskonferenzen, bei speziellen Veranstaltungen aktiv verbreitet und dementsprechende Maßnahmen eingefordert werden. Gesundheitsberichterstattung muss also auf die Handlungsebene gehen. Nur so ist eine Umsetzung der mit Gesundheitsberichterstattung gewonnenen Handlungsempfehlungen möglich (vgl. FÜLGRAFF 1995, 5). Sie gilt heute als eine der vorrangigen Public Health-Aufgaben und dürfte eine entscheidende Voraussetzung für den Aufbau eines wirksamen Systems bevölkerungsweiter Gesundheitsförderung und Prävention sowie einer problem- und bedürfnisorientierten Steuerung und Koordinierung der Krankenversorgung sein (vgl. NOACK/ROSENBROCK 1994, 144).

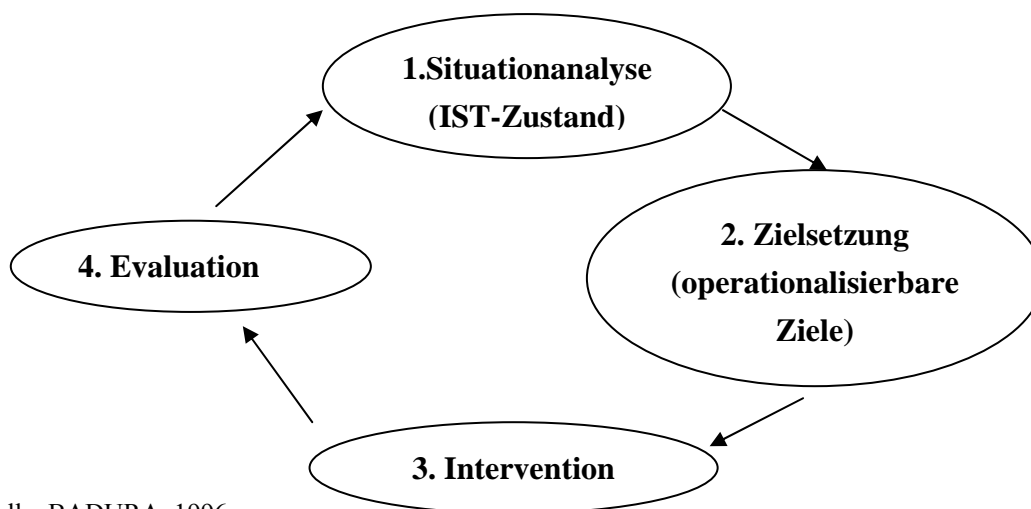
Auch für den Bereich Sport und Gesundheit ist der Aufbau einer zukunftsweisenden Gesundheitsberichterstattung unerlässlich. Im Idealfall würden bewegungsrelevante Daten oder die Struktur von gesundheitsorientierten Sportangeboten im Rahmen einer Gesamt- oder Spezialberichterstattung (z.B. Bericht über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen) dargestellt werden. Sollte es gelingen, diese Daten mit soziodemographischen Daten zu verknüpfen und sie in einer Längsschnittperspektive zu

präsentieren, erhalte man ein hervorragendes Instrument zu Steuerung gesundheitsfördernder Maßnahmen durch sportliche Aktivierung.

3.5 Qualitätssicherungen im Gesundheitswesen

Zu den Voraussetzungen für eine den obigen Kriterien entsprechende Gesundheitsberichterstattung gehört es auch, Leistungen des Gesundheitswesens bzw. assoziierter Bereiche einer detaillierten Erfolgskontrolle zu unterziehen (vgl. Tab. 3-1). Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Alle gesundheitsrelevanten Bereiche sind von Einsparungen betroffen. Oberstes Ziel ist es folglich, notwendige Einsparungen mit möglichst geringen Leistungseinbußen zu realisieren (vgl. HÄFNER 1995, 23 f.). Von größter Bedeutung ist daher die Evaluation der Maßnahmen. Nur mit Hilfe einer fundierten Prüfung der Effizienz und Effektivität gesundheitsrelevanter Maßnahmen können Aussagen über Qualität und finanzielle Verhältnismäßigkeit getroffen werden und eine langfristige Qualitätssicherung erreicht werden (vgl. Abbildung 3-2).

Abbildung 3-2: Beispiel für einen Planungszyklus

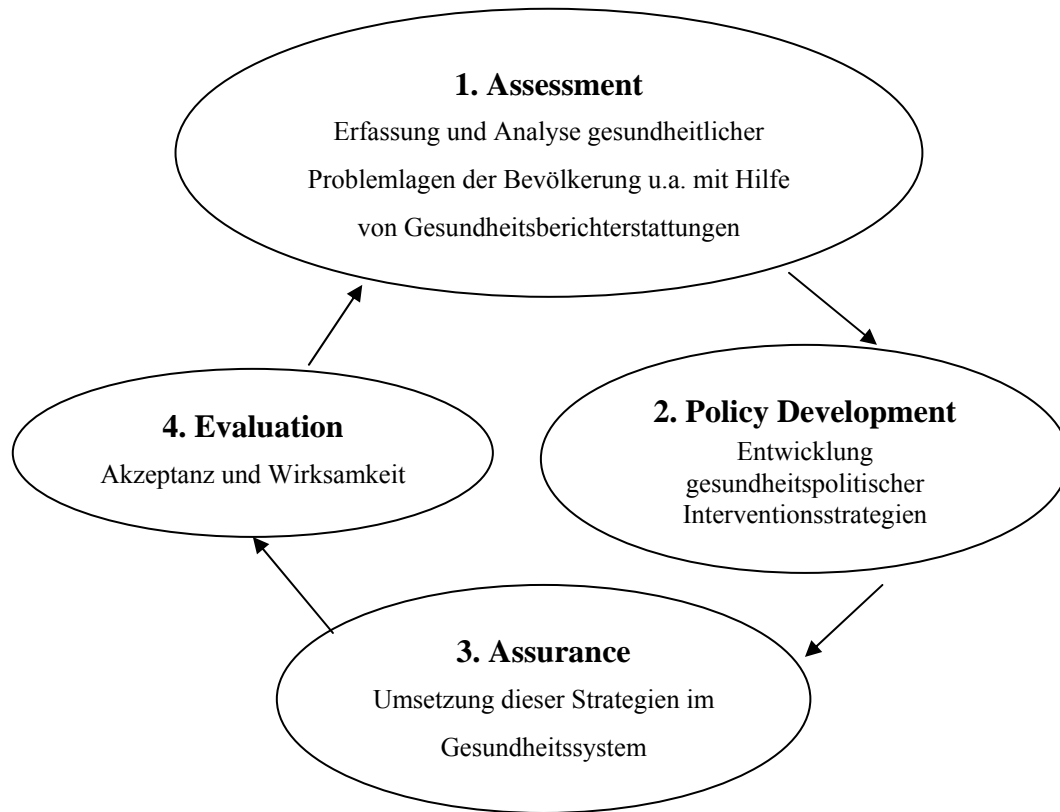


Quelle: BADURA, 1996

Verdeutlicht werden soll dies am Planungszyklus. Eine effektive und bedürfnisorientierte Gesundheitspolitik setzt an den konkreten gesundheitlichen Problemlagen in der Kommune an. Gesundheitsberichterstattungen hat zur primären Aufgabe, diese gesundheitlichen Problemlagen aufzudecken, sie zu analysieren und zu bewerten, um so Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik zu formulieren.

Theoretisch kann bei Einhaltung dieser vier Schritte jede gesundheitsfördernde Maßnahme durchgeführt werden. Allerdings sieht die Praxis häufig anders aus, da der überwiegende Teil der Maßnahmen mit der Intervention endet. Derartige Maßnahmen sind als Planungsgrundlage für zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen nahezu unbrauchbar. Es ist weder eine Aussage möglich, ob die Maßnahme effektiv war, also eine tatsächliche Verbesserung des Gesundheitszustandes einer Person/Personengruppe eingetreten ist, noch ob sie effizient war, bzw. ob die eingesetzten Mittel in einem vernünftigen Verhältnis zum daraus hervorgehenden Nutzen stehen.

Für das Gesundheitssystem muss zum gegenwärtigen Zeitpunkt konstatiert werden, dass die Evaluationsforschung bislang nicht berücksichtigt wurde. Was beispielsweise in der Betriebswirtschaft unter dem Stichwort „Controlling“ selbstverständlich geworden ist, muss sich im Gesundheitswesen noch etablieren. Es ist zu erwarten, dass sich dieser Bereich in den kommenden Jahren nicht zuletzt aufgrund eines zunehmenden Kostendrucks entwickeln wird. In den USA wird mittlerweile 1-5% des Gesamtetats im Gesundheitsbereich für Evaluation ausgegeben, was zur Etablierung einer spezifischen Branche geführt hat (vgl. WYDRA et al. 1994, 57). Der Evaluationsforschung wird ein zentraler Stellenwert beigemessen, um die von US-Institute of Medicine postulierte Krise im Public Health-System zu überwinden. Dazu steht es ein vierphasiges Aktionsmodell vor (vgl. NOACK/ROSENBROCK 1994, 143; NOACK 1996, 38), das auch als „Public Health-Aktionszyklus“ bekannt geworden ist (vgl. Abbildung 3-3).

Abbildung 3-3: Public-Health-Aktionszyklus

Quelle: LEGEWIE et al. 1995, 37

Nach dem Public-Health Aktionszyklus stellt die Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen der Bevölkerung (assessment) die Grundlage für die Entwicklung gesundheitspolitischer Maßnahmen dar, nämlich der Formulierung von Gesundheitszielen und -strategien sowie der Planung von Programmen und Maßnahmen (policy Development). Interventionskonzepte werden also in Anlehnung an konkrete Problemdefinition gestaltet.

Darauf erfolgt die Umsetzung der geplanten Interventionen sowie die Koordinierung der Aktivitäten (assurance) und der Aktionszyklus beginnt von vorne.

Ruft man sich die Aufgaben und Funktionen von Gesundheitsberichterstattung im eigentlichen Sinne in Erinnerung, so wird deutlich, wie zentral die Bedeutung von Gesundheitsberichterstattung im Rahmen von Public-Health ist. Sie übernimmt von den

vier Elementen zwei vollständig (assessment und evaluation) und trägt durch die Formulierung von Gesundheitszielen und -strategien zudem maßgeblich zur policy formulation bei. Auch daher gilt die Implementation kommunaler Gesundheitsberichterstattung auch als eine der vorrangigen Public-Health-Aufgaben. Der Public Health-Aktionszyklus spiegelt Abbildung 3-2 auf der intersektoralen Ebene² wider. Evaluation ist demnach ein Prinzip, das auf allen gesellschaftlichen Ebenen Eingang finden muss.

Für den Bereich Sport und Bewegung gilt die Forderung nach mehr Evaluation in ganz besonderem Maße. Die Sportwissenschaften haben es in der Vergangenheit weitgehend versäumt, die gesundheitlichen Auswirkungen sportlicher Aktivität in repräsentativen Längsschnittstudien nachzuweisen.

3.6 Präventive Orientierung gegenüber kurativer Orientierung

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention kamen in der Vergangenheit fast ausschließlich Ansätze der Verhaltensprävention zur Anwendung. Eine Verhaltensänderung der Individuen sollte vorwiegend über Wissensvermittlung bewirkt werden. Dieser Ansatz hat jedoch nur sehr bescheidene Erfolge erzielt. Bei speziellen Zielgruppen bleibt diese Form der Gesundheitsförderung oftmals wirkungslos und kann sogar kontraproduktive Effekte nach sich ziehen. Eine Strategie, die sich nur am Problem orientiert und den Einfluss der sozialen Umwelt auf individuelle Verhaltensweisen vernachlässigt, muss demnach in der Regel ihr Ziel verfehlen (vgl. GROSSMANN/SCALA 1994, 66).

² vgl. LOBING/PELIKAN 1996,65

Um dieser Problematik wirkungsvoll zu begegnen, sollte der verhaltensbezogene Ansatz um verhältnisorientierte Präventionsbemühungen erweitert werden. Nur in einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt können positive Verhaltenveränderungen erwartet werden. Mittlerweile hat sich bestätigt, dass gesundheitsrelevantes Wissen und gesundheitsbezogene Einstellungen sich nur dann in gesundheitsförderliches Handeln umsetzen lassen, wenn sie der persönlichen Entwicklung und Selbstbestimmung dienen. Insbesondere Jugendliche praktizieren keine gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen gegen ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen. Diese Erkenntnisse konnten durch verschiedene Evaluationsstudien differenziert nachgewiesen werden (vgl. HURRELMANN 1996, 100).

Auch hier zeigt sich abermals die Notwendigkeit der Evaluation. Sollte sie nicht erfolgen, ist die Lernschleife unterbrochen, und ohne geschlossene Lernschleife kann kein Lernprozess einsetzen - weder beim Individuum, noch bei der Institution³.

Um die Lebenswelten der Individuen gesundheitsförderlich zu gestalten, bieten sich Methoden der Organisationsentwicklung an. Menschen bewegen sich täglich in Organisationen. Die Bedingungen für und Einflüsse auf Gesundheit werden in diesen Organisationen hergestellt.

Um Organisationen gesundheitsförderlich zu gestalten, bedarf es intensiver Lernprozesse sowohl der Mitarbeiter einer Organisation als auch der Organisation selbst (vgl. SIEVERS 1993, 36). Nur wenn diese Bereitschaft gegeben ist, können wirkungsvolle Veränderungen in Organisationen stattfinden.

Interessante Ansätze zum Thema Organisationsentwicklung finden sich in der Ottawa-Charta, die 1986 bei der von der Weltgesundheitsorganisation organisierten Gesundheitsförderungskonferenz in Ottawa verabschiedet wurde (vgl. Kap. 4).

³ BADURA, B. (1996): Vortrag im Rahmen eines Geschäftsstellenleitertreffens des Projektes „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ im Februar 1996 in Düsseldorf.

3.7 Fazit

Das traditionell naturwissenschaftlich-somatisch orientierte Gesundheitssystem verfügt nur bedingt bzw. sehr eingeschränkt über geeignete Methoden zur Bekämpfung der chronisch-degenerativen Krankheiten. Vor dem Hintergrund einer kontinuierlichen Entwicklung im Gesundheitswesen, die nicht bzw. nur bedingt mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einhergeht, wird deutlich, dass die Ätiologie chronisch-degenerativer Krankheiten multikausal ist. Ansätze, die sich vorwiegend am somatischen Modell orientieren, reichen nicht aus, um dieser Komplexität gerecht zu werden.

Die gegenwärtig schwache Stellung von Public Health resultiert daran, dass bisher keine wirkungsvolle lobbyistische Arbeit getätigt wurde, obwohl die Public-Health-Strategie offenkundig der Gesundheitsförderung und Prävention nützlich ist. Künftig müssten daher entsprechende Anstrengungen intensiviert werden, um den Stellenwert der Gesundheitsförderung in der aktuellen politischen Situation anzuheben.

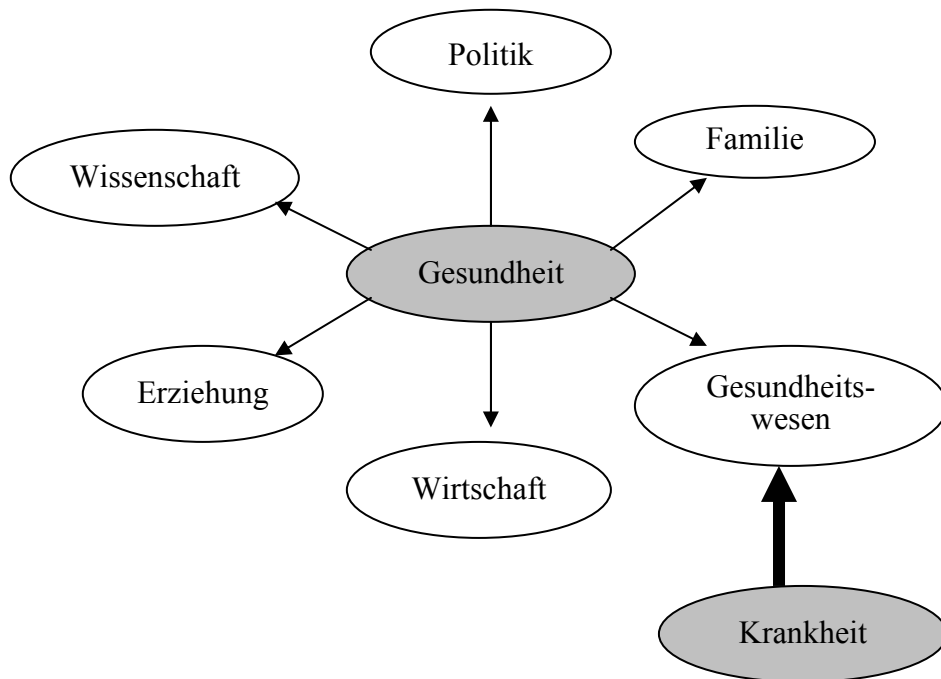
Die Möglichkeiten des Sports im Rahmen von Public Health-Strategien sind bisher nicht in vollem Maße genutzt worden. Bedenkt man, dass Sport insbesondere für Kinder und Jugendliche ein höchst attraktives Medium darstellt und ein großes Gesundheitsförderungspotential beinhaltet, ist dies zweifellos ein großer Mangel.

4. Gesundheitsförderung

Das vorangegangene Kapitel hat deutlich gemacht, dass es interdisziplinärer Konzepte bedarf, um der Komplexität und Multikausalität der Entstehung chronisch-degenerativer Krankheiten gerecht zu werden und wirksame Maßnahmen zu initiieren, die den veränderten Anforderungen Rechnung tragen. Zur Realisierung einer umfassenden Gesundheit, wie sie der Ansatz zur Gesundheitsförderung der WHO verkörpert, müssen alle gesellschaftlichen Bereiche einen Beitrag leisten (vgl. PELIKAN et al. 1993, 13). Demnach reicht es nicht aus, dem mechanistischen Menschenbild entsprechend, bei Fehlfunktionen des Körpers einen Arzt aufzusuchen, der nach Vorbild eines defekten Werkstückes die schadhafte Teile repariert. Vielmehr müssen Voraussetzungen geschaffen werden, die den Menschen in die Lage versetzen, in einer gesundheitsförderlichen Umwelt selbstbestimmt und eigenverantwortlich seine Gesundheit aufrechtzuerhalten, wiederherzustellen oder wenigstens zu verbessern. Gerade für Süd-Korea gilt, dass entsprechende Orientierungen gegenüber traditionellen Denkweisen durchgesetzt werden müssen.

Besonders problematisch erscheint vor diesem Hintergrund die Tatsache, dass Gesundheit aufgrund der Komplexität der Einflussfaktoren keinem gesellschaftlichen System zugeordnet werden kann. Krankheiten können wissenschaftlich gemessen und exakt beschreiben werden. Eine Vielzahl von Institutionen hat sich die Bekämpfung von Krankheiten zum Ziel gesetzt. Sie werden unter dem Begriff Gesundheitssystem zusammengefasst. Diese Organisationen sind damit beschäftigt, Probleme zu lösen. Krankheiten werden als Probleme wahrgenommen, Gesundheit nicht (GROSSMANN/SCALA 1994, 37). Gesundheitsförderung kann nicht klar zugeordnet werden. Sie muss in verschiedene Systeme Einzug finden, um im Sinne der Ottawa-Charta wirksam werden zu können (vgl. Abbildung 4-1).

Abbildung 4-1: Für Gesundheit gibt es kein spezielles System. Gesundheit muss in jedes System Eingang finden



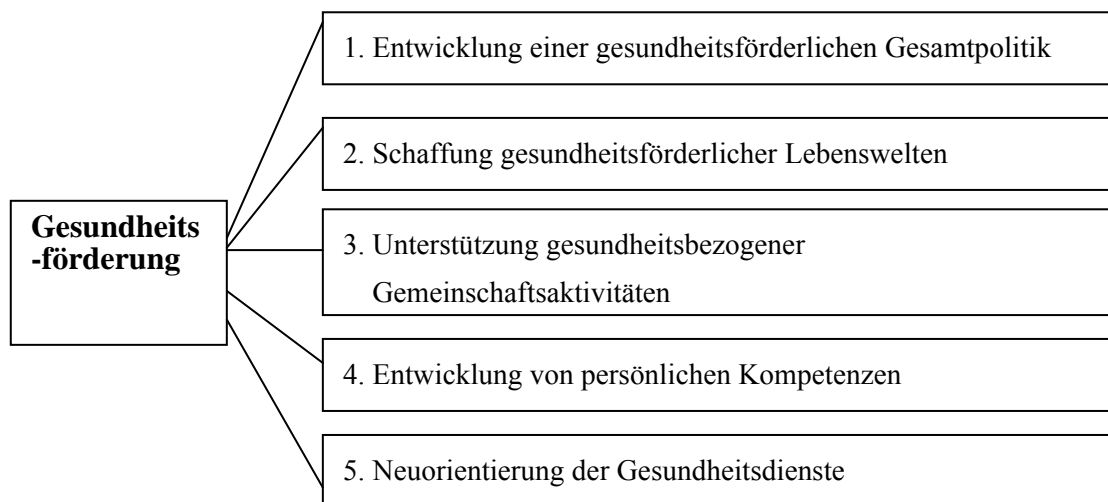
Quelle: GROSSMANN/SCALA, 1994, 36

Diese Gedanken wurden bei der ersten Gesundheitsförderungskonferenz der WHO 1986 in Ottawa aufgegriffen und in der sogenannten „Ottawa-Charta“ verabschiedet. Sie betont die Bedeutung der grundlegenden Lebensbedingungen und Ressourcen als Voraussetzung für Gesundheit. Daraus ergeben sich neue Herausforderungen für zukünftige Wege in der Gesundheitspolitik. Gesundheitsförderung findet zurück zu ihren Wurzeln im wissenschaftlichen und politischen Public-Health-Konzept. Es zeigt sich, dass diese Ansprüche nur durch weitreichende institutionelle Lernprozesse zu bewerkstelligen sind (vgl. GROSSMANN/SCALA 1994, 23 ff.).

4.1 Die Ottawa-Charta von 1986 und ihre Bezug zum Sport

Im Gegensatz zu früheren, sogenannten „top-down“ Ansätzen der Gesundheitsförderung, die vorwiegend hierarchische Strukturen aufweisen, verfolgt die Ottawa-Charta einen Ansatz, der auf breite Mitwirkung der Bevölkerung abzielt („bottom-up“) (vgl. BADURA 1994, 63).

Abbildung 4-2: Die Fünf zentralen Ziele der Ottawa-Charta



Quelle: GROSSMANN/SCALA 1994, 23 ff; NOACK/ROSENBROCK 1994, 140; KIM et al. 1999, 187

Die Charta skizziert eine umfassende Strategie für Gesundheitsförderung auf fünf sich wechselseitig beeinflussenden Aktionsebenen (vgl. Abbildung 4-2), die das ganze Spektrum des neuen Gesundheitsverständnisses abstecken.

Die einzelnen Punkte machen deutlich, dass Gesundheitsförderungsaktivitäten in viele Bereiche des sozialen Lebens und in viele Sektoren hineinreichen. Aus der Sicht der Organisationsberatung kann die Ottawa-Charta auch als ein Organisationsentwicklungsprogramm gelesen werden. Sie definiert Gesundheitsförderung als ein Programm sozialer Veränderung, das die Weiterentwicklung von Organisationen ebenso umfasst wie die Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

Die wichtigen fünf zentralen Ziele der Ottawa-Charta werden im folgenden Kapitel deutlich gemacht.

4.1.1 Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik

Gesundheitsförderung hat nur dann Aussicht auf langfristigen Erfolg, wenn sie von unterschiedlichen Zuständigkeiten gleichermaßen propagiert und umgesetzt wird. Eine konsequente Nichtraucherpolitik ist beispielsweise nicht allein vom Gesundheitsressort umsetzbar. Hier bedarf es u.a. der aktiven Unterstützung durch das Wissenschaftsressort, das Justizressort und weiteren Politikfeldern. Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit mit zusätzlichen öffentlichkeitswirksamen Institutionen, wie Handel, Medien, Verkehr anzustreben. Derartige intersektorale Kooperationsbestrebungen sind nur dann zu bewerkstelligen, wenn sie professionell koordiniert werden. Auf der anderen Seite gilt dieser Aspekt aber als Schlüssel zum Erfolg für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (vgl. KICKBUSCH 1996, 35).

Gesundheitsförderung durch Sport und Bewegung benötigt ebenfalls ein Zusammenwirken verschiedener Wissenschafts- und Politikbereiche. Zieht man großstädtische Lebenswelten als Beispiel heran, so erscheint es sinnvoll, dass die Grundlage für ein gesundheitsförderliches Umfeld bereits bei der Planung von Wohnvierteln gelegt wird. Will man ein solches Wohnviertel bewegungsfreundlich gestalten, ist es nicht damit getan, einen Spielplatz mit genormten Geräten zu bauen. Vor dem Hintergrund, dass Kinder sich von solchen Spielplätzen längerfristig nicht angesprochen fühlen und im Grunde genommen ganz andere Bewegungsbedürfnisse haben und Eltern in ständiger Angst leben müssen, wenn sich ihre Kinder zur Erreichung geeigneter Orte, an denen sie ihren Bewegungsdrang ausleben können, durch den Großstadtverkehr kämpfen, wäre es ratsam, Vertreter unterschiedlicher Professionen an einen Tisch zu bringen. Architekten, Städteplaner, Pädagogen, Ärzte,

Juristen sowie interessierte und engagierte Bürger sollten gemeinsam die Planung solcher Wohngegenden diskutieren (vgl. BRUX 1996). Auf diese Weise könnten die Bedürfnisse von Bewohnern mit denen der Auftraggeber und weiterer Beteiligter in Einklang gebracht werden. Ein solches Vorgehen müsste nicht einmal Mehrkosten verursachen und würde zudem zu einem besseren Klima zwischen Stadt, Bauträgern und Bewohnern führen.

4.1.2 Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten

Gesundheitsförderliche Lebenswelten werden in Gemeinden, Städten und Regionen sowie der physischen und sozialen Umwelt der Menschen innerhalb der Organisationen geschaffen, in denen sie sich bewegen. Man spricht in diesem Zusammenhang vom sogenannten „Settings-Ansatz“. Die Überlegungen des „Setting-Ansatzes“ (vgl. Kap. 4.2.2) gehen dahin, dass individuelle gesundheitsschädigende Verhaltensmuster nur dann in gesundheitsfördernde Verhaltensweisen umgewandelt werden können, wenn der soziale Kontext, in dem sie entstanden sind, in die Interventionsmaßnahmen einbezogen wird. Ein Jugendlicher beginnt beispielsweise nicht einfach aus Lust und Laune mit dem Rauchen. Dieses Verhalten ist in der Regel eine Bewältigungsstrategie, um mit den Anforderungen seines sozialen Umfelds zurechtzukommen (vgl. HURRELMANN 1990, 222 f.). In diesem Fall wäre es also sinnvoll, diesem Jugendlichen zu sagen, er könne vom Rauchen Krebs bekommen. Stattdessen müsste geprüft werden, ob ihm andere gesündere Bewältigungsstrategien aufgezeigt und vermittelt werden könnte, die im Einklang mit seiner Lebensumwelt stehen, also seinen Lebensverhältnissen. Man spricht in diesem Zusammenhang daher auch von Verhältnisprävention.

Die Qualität der Lebenswelt wird durch eine Vielzahl von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Hier zeigt sich ebenfalls die Notwendigkeit einer intersektoralen und

interinstitutionellen Kooperation, die eine höchst anspruchsvolle Managementaufgabe darstellt.

4.1.3 Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten

Es existieren bereits eine Reihe von Laieninitiativen, die sich aktiv für Gesundheitsbelange einsetzen. Städte und Gemeinden sollten alles dafür tun, die physischen und sozialen Lebensbedingungen zu verbessern und die Entfaltung gemeinschaftlicher Aktions- und Unterstützungsformen zu fördern. Dies dient dem Ziel, Menschen zur wechselseitigen Unterstützung in allen Lebenslagen zu befähigen und ihnen damit die maximale Entfaltung ihrer Anlagen zu ermöglichen (vgl. WOLL/BÖS 1994, 12). Zu diesem Bereich gehören auch Sportvereine, die einen wichtigen gesellschaftlichen Auftrag erfüllen können, in dem sie für viele Menschen ein Zentrum sozialer Kontakte darstellen und darüber hinaus besonders kostengünstig gesundheitsförderliche Sportaktivitäten anbieten können.

4.1.4 Entwicklung von persönlichen Kompetenzen

Gesundheitserziehung zielte bislang fast ausschließlich auf die Vermittlung von Gesundheitswissen und Bewältigungsstrategien ab. Im Sinne der Ottawa-Charta müssen die Individuen darüber hinaus lernen, mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und aus Abhängigkeitsstrukturen auszubrechen. Sie sollen ferner in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt ihre salutogenesen Potentiale zu entdecken und zu fördern (vgl. WOLL/BÖS 1994, 12).

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, müssen die Bildungsinstitutionen neue Konzepte entwickeln. Ganzheitliche Ansätze stehen im Vordergrund, um die

Vermittlung von Gesundheitswissen und sozialen Kompetenzen miteinander zu verknüpfen.

Für den Bereich Sport und Bewegung gilt es, die gesundheitsförderlichen Wirkungen des Sports in theoretischer und praktischer Form aufzuzeigen. Dabei sollte weniger mit erhobenem Zeigefinger gearbeitet als vielmehr Spaß und Freude an der Bewegung vermittelt werden. Hier kann auch der Faktor `soziale Unterstützung` große Bedeutung erlangen. Personen mit körperlichen Defiziten bzw. Einschränkungen haben häufig Angst, sich beim gemeinsamen Sportbetrieb zu blamieren und werden von anderen ausgelacht und gehänselt. Hier sollte, um ein Beispiel aus dem Schulsport zu nennen, der Sportlehrer entsprechende Initiativen ergreifen, um die ablehnende Haltung der Mitschüler in soziale Unterstützung für die Benachteiligten umzukehren. Diese Forderung ist keineswegs illusorisch. Es bedarf aber pädagogischer Fachkenntnisse, sowie einer gewissen Sensibilität des Lehrers, um Schüler zu sozialem Handeln zu bewegen. Sollte dies gelingen, könnten auch Personen, die erfahrungsgemäß nach Beendigung ihrer Schulzeit ihre sportlichen Aktivitäten beenden, zu lebenslangen Sporttreiben - was u.a. eine zentrale Aufgabe des Schulsports darstellt - motiviert werden. Schüler, die auf diese Weise an gesundheitsförderlichen Sport herangeführt werden, haben gute Chancen, den Sport im Rahmen ihres Selbstkonzeptes als persönliche Widerstandsressource zu nutzen (vgl. Kap. 4.4).

4.1.5 Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Das Krankenversorgungssystem ist in erster Linie auf Therapie spezialisiert. In Zukunft wird es erforderlich sein, interdisziplinäre Konzepte zu entwickeln, die dem Präventionsgedanken stärker Rechnung tragen. Dabei sollten die vorhandenen Potentiale des Krankenversorgungssystems genutzt und in künftige Maßnahmen integriert werden.

Es müssen aber auch neue Wege der Krankenversorgung und Rehabilitation beschritten werden, die den Bedürfnissen der Patienten stärker Rechnung tragen. Im Bereich der ambulanten koronaren Rehabilitation in Deutschland vollziehen sich gegenwärtig interessante und vielversprechende Entwicklungen. Eine gezielte Bewegungstherapie kann beispielsweise die Rückkehr von Herzinfarktpatienten in ein normales Leben beschleunigen und ihnen Selbstvertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit vermitteln. Paradoxerweise erreichen viele Herzinfarktpatienten infolge eines moderaten Ausdauertrainings eine höhere Leistungsfähigkeit als vor dem Infarkt. Dieses Beispiel zeigt, dass sportliche Aktivierung eine medizinische Therapie wirkungsvoll unterstützen kann. Daher sollten Entscheidungsträger im Gesundheitswesen die Wirkungsmöglichkeiten des Sports in den gesundheitsförderlichen, präventiven und rehabilitativen Bereichen berücksichtigen und entsprechende Maßnahmen im Rahmen einer ganzheitlichen Therapie einsetzen.

4.1.6 Strukturelle Voraussetzungen für Gesundheitsförderung

Die Ausführung zur Ottawa-Charta haben deutlich gemacht, dass Gesundheitsförderung ein hochkomplexes Konstrukt ist, will man sämtliche Einflussfaktoren und Bedingungs Ebenen berücksichtigen. Für eine bessere Strukturierung scheint es daher angebracht - hierüber herrscht in der Fachliteratur weitgehend Konsens - gesundheitsrelevante Aspekte auf unterschiedlichen Bedingungs Ebenen zu betrachten (vgl. NOACK 1996). Die nachfolgende Strukturierung in intersektoralen, sozialen und organisationsbezogenen Ebene lässt sich unter praktischen Gesichtspunkten allerdings in den seltensten Fällen aufrechterhalten. Es klingt bereits an, dass die Bedingungsfaktoren für Gesundheit dermaßen komplex sind, dass klare inhaltliche Abgrenzungen kaum möglich sind. Wird das im folgenden versucht, so dient diese Strukturierung lediglich der übersichtlicheren Darstellung.

4.2 Gesundheitsförderung auf der intersektoralen Ebene (= Makroebene)

Die intersektorale Ebene, auch Makroebene genannt (vgl. LOBING et al. 1996), umfasst übergeordnete Gesellschaftsbereiche, also die Rahmenbedingungen, in denen das tägliche Leben stattfindet. Hierzu gehören: politisches System, Wohlstand und sozialer Status, Chancengleichheit, soziale Netze, aktive Beteiligung am sozialen und kulturellen Leben, etc. auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sollte alles dafür getan werden, den Bürgern möglichst gleich gute Rahmenbedingungen zu bieten.

4.3 Gesundheitsförderung auf der sozialen und organisationsbezogenen Ebene - der „Settings-Ansatz“

Auf der sozialen und organisationsbezogenen Ebene (auch: Mesoebene) treffen wir das tägliche Lebensumfeld der Individuen an⁴. Im Idealfall finden wir dort geringe Umweltbelastungen, Kontinuität und Kohärenz gesundheitsrelevanter Werte, sinnhafte Anordnung im Leben und Beruf, soziale Unterstützung und Handlungsressourcen, wirksame Kooperation- und Kommunikationsstrukturen und gesundheitsförderliche Grundeinstellungen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, inwieweit gesundheitsrelevante Kriterien in Entscheidungen und Regelwerke von Organisationen Eingang finden (vgl. LOBING et al. 1996, 64). Vor diesem Hintergrund ist der „Settings-Ansatz“ von großer Bedeutung.

Die Formulierung dieses Ansatzes trug erheblich zur Präzisierung der Gesundheitsförderungsziele im Sinne zukunftsweisender Public Health-Strategien bei. Unter Settings versteht man Lebensbereiche, in denen Menschen leben, arbeiten, ihre Freizeit gestalten, etc., also ihr Lebensumfeld (vgl. Kap. 4.1.2). Darunter fallen der

⁴ Eine klare Abgrenzung zur Makroebene ist nicht möglich. Einige Autoren beziehen die Makroebene in die Definition von Settings mit ein (vgl. z.B. GROSSMANN/SCALA 1994, 66).

Arbeitsplatz, der Sportverein, das familiäre Umfeld, die peer-groups, etc. Der „Settings-Ansatz“ basiert auf der Annahme, dass die Rahmenbedingungen dieser Lebenswelten gesundheitsförderlich gestaltet werden müssen, um auf individueller Ebene gesundheitsrelevante Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen. Man geht davon aus, dass individuelle Handlungsweisen durch den sozialen Kontext bestimmt werden, in dem sie sich vollziehen.

Der Ansatz der Organisationsentwicklung gilt heute als Schlüsselstrategie für die Gesundheitsförderung in Settings. Es geht darum, einen neuen Wert (Gesundheit) in ein an sich geschlossenes System einzubringen (vgl. KICKBUSCH 1993, 9). Es gibt eine Reihe von Hinweisen, dass Organisationsentwicklung zum Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in Settings führen kann (NOACK 1996, 38).

Im folgenden werden daher Aspekte der Organisationsentwicklung einer näheren Betrachtung unterzogen.

4.3.1 Organisationsentwicklung

Ein wesentliches Charakteristikum moderner Gesellschaften ist ihr hoher Organisationsgrad. Die Arbeitsteilung in diesen Gesellschaften wird von Organisationen bewältigt, die sich in der Regel einen konkreten Bereich spezialisiert haben. Je fortgeschrittener einer Gesellschaft ist, desto ausgeprägter ist der Differenzierungsgrad der in ihr tätigen Organisationen. Sie orientieren sich an speziellen Arbeitsweisen und -traditionen und entwickeln eine eigene Systemlogik, die zudem regional unterschiedlich gestalten sein kann.

Auch die Bedingungen von Krankheit und Gesundheit werden im wesentlichen durch Organisationen geschaffen. Gesundheitsförderung wird daher als Intervention in

komplexe soziale Systeme verstanden und ist durch Prozesse der Organisationsentwicklung zu realisieren. Wesentliche Bedingungen von Gesundheit und Krankheit sind ohne die innere Entwicklungsdynamik von Organisationen und ihre Beeinflussbarkeit nicht erfassbar und veränderbar. Vor diesem Hintergrund wurde also der „Settings-Ansatz“ als zentrale Umsetzungsstrategie für Gesundheitsförderung entwickelt (vgl. GROSSMANN 1996, 46; NOACK 1996, 38).

4.3.1.1 Integration von Gesundheit in die Prozesse der Organisationen/ Qualifizierungsanforderungen

Die Implementation von gesundheitsrelevanten Aspekten in organisationsspezifische Prozesse und Arbeitsprogramme, in denen vorwiegend andere Ziele als Gesundheitsförderung verfolgt werden, stellt eine höchst anspruchsvolle Querschnittsaufgabe dar, die nicht einem einzigen gesellschaftlichen Subsystem zur Bearbeitung übertragen werden kann. Als Querschnittsaufgabe hat die Gesundheitsförderung insbesondere die Subsysteme der Politik und Verwaltung als Adressaten, weiterhin Erziehung, Wissenschaft, Familien und das Krankenversorgungssystem (GROSSMANN 1996, 46 f.) und nicht zuletzt Freizeitorganisationen, wie beispielsweise Sportvereine. Daraus ergeben sich anspruchsvolle Qualifizierungsprofile für Personen, die in diesem Bereich tätig werden sollen. Neben fachwissenschaftlichen und pädagogischen Kenntnissen sind eine organisationstheoretische Fundierung sowie die Fähigkeit von Nutzen, sich in Denkweisen der unterschiedlichen Systeme und Organisationskulturen hineinversetzen zu können (vgl. GROSSMANN 1996, 47).

4.3.1.2 Nicht nur Individuen, auch Organisationen müssen „lernen“

In der Vergangenheit wurden Maßnahmen der Organisationsentwicklung vorwiegend personenbezogen durchgeführt. Lernprozesse der Individuen, die bisherige Erfahrungen auf diesem Gebiet gezeigt, sind jedoch nicht grundsätzlich mit Lernprozessen von Organisationen gleichzusetzen. Personen und Organisationen entwickeln sich nach unterschiedlichen Verfahren. Personen verarbeiten Informationen mit Bewusstsein, soziale Systeme durch Kommunikation und Handlung. Veränderungen werden in Organisationen letztlich von lebenden Personen umgesetzt, deren Qualifikation zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung von Veränderung ist. Organisationsentwicklung muss daher gleichermaßen die Veränderung von Personen und Strukturen berücksichtigen (vgl. GROSSMANN 1996, 47).

4.3.1.3 Personen in Organisationen als zentrale Objekte und Subjekte der Organisationsentwicklung

Auch wenn Gesundheitsförderung einer professionellen Begleitung und Initiierung bedarf, so sind die Hauptpersonen letztlich nicht „Gesundheitsförderungs-Experten“ sondern Mitarbeiter und Entscheidungsträger der jeweiligen Organisation. Sie müssen Veränderungsprozesse langfristig im Organisationsalltag umsetzen und Gesundheitsförderung als einen künftigen Bestandteil der Organisationsphilosophie gegenüber anderen Organisationszielen vertreten. Daher kann erfolgreiche Organisationsentwicklung immer nur mit und nie gegen die Personen erfolgen, die in erster Linie von Veränderungsprozessen betroffen sind. Es macht vor diesem Hintergrund also wenig Sinn, Veränderungsprozesse „von oben“ also „top down“ zu verordnen (vgl. SIEVERS 1993, 35 f.).

Institutionen, die Organisationsentwicklung ernst nehmen, rekrutieren kreative Mitarbeiter, die zudem einen gewissen Beliebtheitsgrad im Betrieb aufweisen sollten, und geben ihnen strukturellen Freiraum (vgl. SCHNABEL 1996, 123). Darüber hinaus kann die Einbeziehung organisationsfremder Fachleute ein probates Mittel sein, Veränderungsprozesse zu initiieren. GROSSMANN/SCALA schlagen in diesem Zusammenhang die Einrichtung von Projekten vor, die sich über einen begrenzten Zeitraum in einer Institution mit entsprechenden Veränderungsprozessen beschäftigen (1994, 75 ff.). Auch hier gilt, dass dies immer nur in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern einer Organisation geschehen kann.

4.3.1.4 Lernen im Sinne der Organisationsentwicklung

Lernen im Sinne der Organisationsentwicklung bedeutet, dass die Personen, die von bestehenden Problemen und den angestrebten Veränderungen betroffen sind, nachhaltig an der Analyse, Veränderung und Auswertung ihrer Situation beteiligt werden und aktiv an diesem Prozess mitarbeiten. Der Lernprozess ergibt sich vornehmlich aus neuen praktischen Erfahrungen und deren Verarbeitung. „Betroffene zu Beteiligten machen“, „learning by doing“ - diese Schlagwörter treffen den Kern der Forderung nach Einbindung der Mitarbeiter in Prozesse der Organisationsentwicklung sehr gut (vgl. SIEVERS 1993, 36 f.).

4.3.1.5 Ziele und Folgen von Maßnahmen zur Organisationsentwicklung

Für die Organisationsleitung besteht der Erfolg von Maßnahmen zur Organisationsentwicklung in der Regel in einer erhöhten Leistungsfähigkeit und Produktivität der Organisation. Sofern die genannten Grundsätze der Organisationsentwicklung (vgl. Kap. 4.3.1.1 bis 4.3.1.4) umgesetzt werden, besteht die

Möglichkeit, dass sich in der Organisation ein verbessertes Betriebsklima und ein geringere Krankenstand einstellen. Mitarbeiter, die in ihrem Beruf ernst genommen werden, eigene Ideen in betrieblichen Prozesse einbringen können und das Gefühl haben, dass sich die Unternehmensleitung Gedanken über die Gesundheit ihrer Mitarbeiter macht und diese im Rahmen betrieblicher Maßnahmen fördert, sind voraussichtlich motivierter und identifizieren sich stärker mit ihrer Organisation. Allerdings zeigt sich in der Praxis häufig ein anderes Bild. Unternehmens- bzw. Abteilungsleiter ziehen alle wichtigen und kreativen Aufgabenbereiche an sich. Dies hat oftmals Überbelastungen zur Folge und stellt eine unzureichende Ausschöpfung der Personalressourcen einer Organisation dar. Insofern kann dieses Verhalten auch als Indiz für eine schlechte Personalpolitik bzw. mangelnde Lernfähigkeit der Organisationsleitung gewertet werden (vgl. SIEVERS 1993, 36).

Der Gewinn, den die Organisationsleitung aus einem erfolgreich durchgeführten Organisationsentwicklungsprojekt zieht, liegt also vorwiegend in der Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und somit des gesamten Unternehmens, während die Ziele der darin tätigen Personen eher mit einer Verbesserung der Arbeitsqualität und des Betriebsklimas umschrieben werden können (vgl. ebd., 38).

4.4 Gesundheitsförderung auf der Mikroebene - das Modell der Salutogenese

Auf der Mikroebene sind die individuellen Konstellationen und ihr Bezug zur persönlichen Gesundheit angesiedelt. Dazu gehören: genetisch-, biologische Voraussetzungen, körperliche Ressourcen, z.B. Immunkompetenz, psychische Ressourcen wie Kohärenzsinn, Gesundheitsbewusstsein sowie Motivation und Kompetenz zu aktivem gesundheitsrelevantem Handeln (vgl. NOACK 1996, 38). Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang der gesundheitsförderliche Ansatz der Salutogenese, eine Konzept, das von dem israelischen Medizinsoziologen

ANTONOVSKY als Antwort auf die bis dahin gültige und weiterhin anerkannte Pathogenese entwickelt wurde.

4.4.1 Pathogenese gegenüber Salutogenese

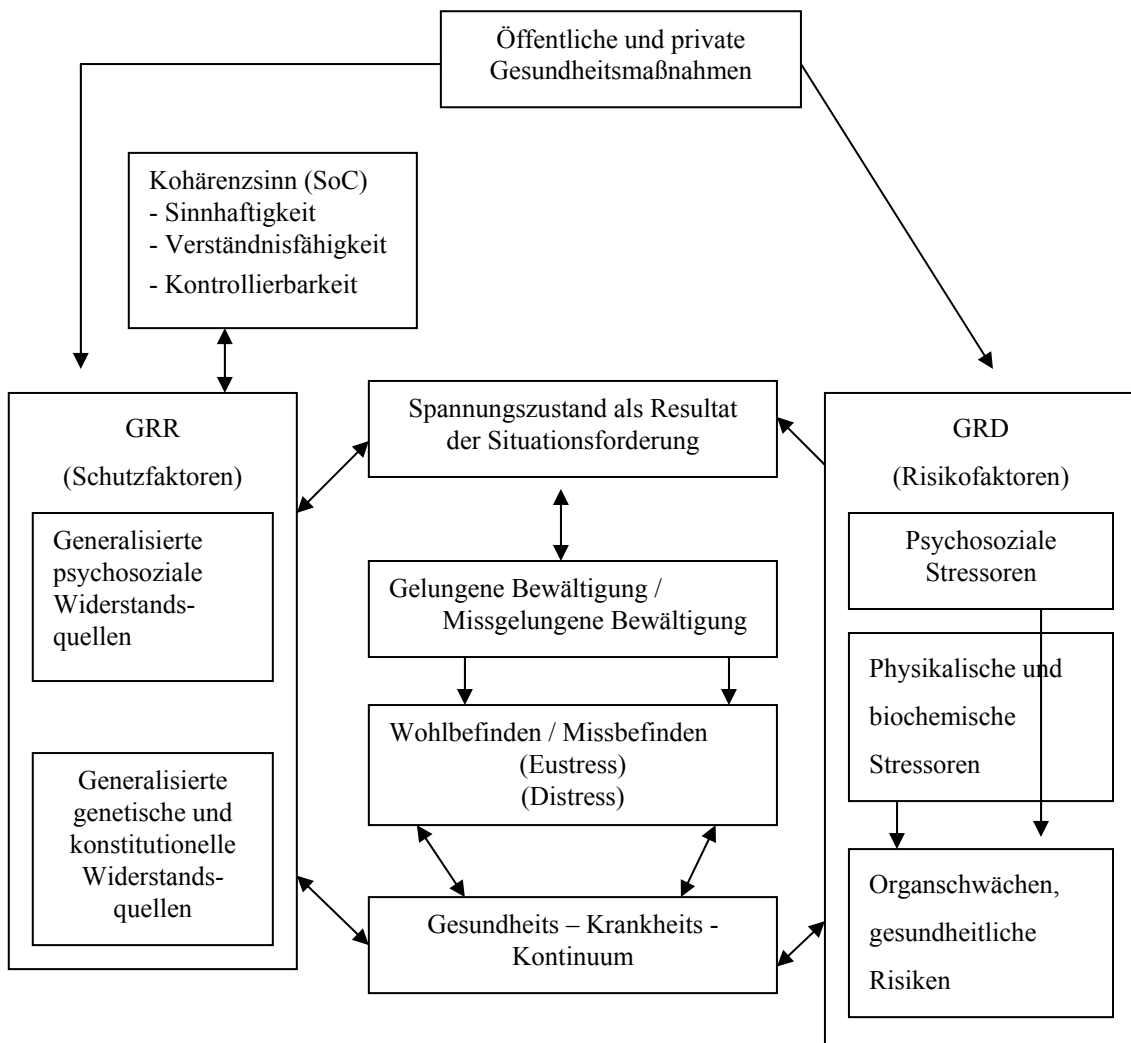
Die Pathogenese beschäftigt sich im Gegensatz zur Salutogenese mit den Ursachen von Krankheiten. Sie beleuchtet mögliche Ursachen und Faktoren (sogenannte Risikofaktoren), die zur Entstehung dieser Krankheiten geführt haben können. Dies geschieht in der Regel mit Hilfe diverser Risikofaktorenmodelle (z.B. EBERLE 1987). Risikofaktoren werden als definierbare Noxen beschrieben, die Krankheit verursachen, indem sie allein oder gemeinsam mit anderen wirken (vgl. SCHÄFER/BLOHMKE 1978, 60; MRAZEK 1986, 87). Als medizinisch anerkannte Risikofaktoren erster Ordnung zur Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen gelten Bluthochdruck, Rauchen und ein erhöhter Cholesterinwert. Alle anderen Risikofaktoren, ob beispielsweise Übergewicht oder Bewegungsmangel, werden, auch wenn ihnen oftmals ein höherer Stellenwert beigemessen wird, lediglich als Risikofaktoren zweiter Ordnung eingestuft. Die Unterscheidung zwischen Risikofaktoren erster und zweiter Ordnung ergibt sich aus ihrem epidemiologisch nachgewiesenen Stellenwert (vgl. ROST 1991, 166). Die verschiedenen Risikofaktorenmodelle geraten jedoch zunehmend im Kreuzfeuer der Kritik. Sie grenzen die psychische Gesundheit weitgehend aus und betrachten Individuen lediglich als Risikofaktorenträger und nicht als ganzheitlich handelnde Persönlichkeiten (vgl. BÖS/GRÖBEN 1993, 10).

Im Einklang mit der Gesundheitsdefinition der WHO (vgl. WOLL/BÖS 1994, 12) greift das Modell der Salutogenese den Risikofaktoren-Ansatz auf, ergänzt ihn aber u.a. um sogenannte Schutzfaktoren. Die Entwicklung dieses Ansatzes lag nahe, als man erkannte, dass Personen mit Risikofaktoren zwar erkrankten, andere, die ggf. ausgeprägtere Risikofaktoren besaßen, jedoch nicht. Es konnte also vermutet werden,

dass es nicht nur pathogene Risikofaktoren gibt, sondern auch salutogene Schutzfaktoren, die einen Gegenpol zu den Risikofaktoren bilden und diese gewissermaßen kompensieren.

Abbildung 4-3: Vereinfachter Darstellung des Salutogenese-Modells

(mod. nach Antonovsky, 1979)



GRR = general resistance resources (Schutzfaktoren)

GRD = general resistance deficits (Risikofaktoren)

(Quelle: WOLL/BÖS 1994, 14; BÖS/GRÖBEN 1993, 11)

Dabei sollte man aber nicht von der Vorstellung ausgehen, man könnte Risikofaktoren ohne weiteres durch entsprechende Schutzfaktoren ausgleichen (also tägliche Schachtel

Zigaretten beispielsweise durch autogenes Training). Die Wirkungsweise der jeweiligen Schutz- und Risikofaktoren ist zu komplex und individuell verschieden, als dass eine derartige Wechselwirkung vermutet werden könnte. Eine Übersicht über das Modell der Salutogenese zeigt Abbildung 4-3.

Das Salutogenese-Modell geht von der Annahme aus, dass für den lebenden Organismus Heterostase und der Druck hin zur wachsenden Unordnung charakteristisch sind. Gesundheit gilt demnach als voraussetzungsvoller Zustand auf einem Kontinuum zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit, der ständig neu hergestellt werden muss. Im Gegensatz dazu steht die pathogene Orientierung, die Krankheit als gestörte selbstregulatorische Prozesse betrachtet. ANTONOVSKY kritisiert, dass selbst Vertreter präventiver Gesundheitsansätze sich am traditionellen medizinischen Krankheitsbegriffen und der Dichotomisierung von Krankheit und Gesundheit orientieren (vgl. BÖS/GRÖBEN 1993, 10).

4.4.2 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

ANTONOVSKY plädiert für ein Kontinuums-Modell der Gesundheit und den Verzicht auf die alternative Unterscheidung von krank und gesund (vgl. ANTONOVSKY 1979, 38 f.).

Gesundheit und Krankheit werden als zwei Pole verstanden, zwischen denen der jeweilige „Gesundheits-Krankheits-Zustand“ eingeordnet werden kann. Die Einordnung erfolgt durch Selbsteinschätzung (z.B. Schmerzen, physische und psychische Beeinträchtigungen) und objektive medizinische Bewertung des aktuellen und künftigen Zustandes (vgl. WOLL/BÖSS 1994, 13 f.). Dabei ist Gesundheit nicht als passiver Zustand des Wohlbefindens zu verstehen, sondern als aktiver Prozess der Herstellung und Erhaltung der aktuellen Handlungskompetenz (vgl. HURRELMANN 1990, 219).

4.4.3 Dynamische Balance von Risiko- und Schutzfaktoren

Die Erhaltung der Gesundheit im Sinne einer möglichst weiten Annäherung an den „Gesundheitspol“ wird durch eine dynamische Balance von Risiko- und Schutzfaktoren bedingt.

Die Risikofaktoren werden im Modell der Salutogenese als „general resistance deficits“ = allgemeine Widerstandsdefizite bezeichnet. Sie stehen für gesundheitsrelevante Belastungen des Organismus und begünstigen eine Positionsverschiebung auf dem Kontinuum in Richtung Krankheit. Dazu werden die oben bereits erwähnten Risikofaktoren gezählt, die aber an dieser Stelle als allgemeine Risikofaktoren zu verstehen sind und nicht nur kardiovaskuläre Krankheiten zutreffen. Insofern sind sämtliche Gesundheitsbeeinträchtigungen diesem Begriff zuzuordnen (vgl. BÖS/GRÖBEN 1993, 11), beispielsweise psychosozialer Stress (MRAZEK 1986, 88).

Dieser Systematik entsprechend sind den Schutzfaktoren sämtliche Elemente zuzurechnen, die individuell als gesundheitsförderlich wahrgenommen werden. Dazu zählen physiologisch-biochemische Schutzfaktoren (z.B. ein intaktes Immunsystem) gleichermaßen wie günstig Wohn- und Arbeitsverhältnisse, intakte soziale Beziehungen und sogar positive Charaktereigenschaften, wie beispielsweise eine optimistische Lebenseinstellung (vgl. WOLL/BÖS 1994, 14 f.). Sie werden auch als allgemeine Widerstandressourcen bezeichnet. Diese allgemeinen Widerstandressourcen bewirken, dass krankmachende Belastungsfaktoren gar nicht erst auftreten oder erfolgreich bewältigt werden können (vgl. HÖFER 1995, 2).

4.4.4 Der Kohärenzsinn (Sense of Coherence)

Das zentrale Element des Salutogenese-Modells ist der Kohärenzsinn. Er ist eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Maße jemand eine

generelle, dauerhafte und dennoch dynamische Zuversicht aufbringt, dass (1) die Ereignisse seiner inneren und äußeren Umwelt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (comprehensibility), (2) die Ressourcen verfügbar sind, die benötigt werden, um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden (manageability) und (3) diese Anforderungen es wert sind, sich darüber anzustrengen und zu engagieren (meaningfulness) (vgl. ANTONOVSKY 1979, 123 sowie HÖFER 1995, 3). Anders formuliert nehmen Personen mit stark ausgeprägtem Kohärenzsinn ihre Umwelt als übersichtlich und strukturiert wahr, besitzen ausreichende Fähigkeiten, die Herausforderung des Lebens gewachsen zu sein und erachten dieses Leben gleichzeitig als sinnvoll (vgl. WOLL/BÖS 1994, 15). Die Bewältigung von stressreichen Ereignissen ist dabei umso wahrscheinlicher, je stärker die allgemeinen Widerstandressourcen ausgeprägt sind (vgl. HÖFER 1995, 2). HURRELMANN spricht in diesem Fall von Risikokonstellationen, die immer dann entstehen, wenn wegen einer spezifischen Ausprägung von internen und externen Merkmalen vorübergehend oder dauerhaft in einem oder mehreren wesentlichen Handlungsbereichen einer Person unangemessene und unzureichende individuelle und/oder soziale Ressourcen zur Verfügung stehen und deshalb die von der sozialen Umwelt erwarteten und geforderten Fähigkeiten nicht erbracht werden können. Befinden sich die individuellen Kompetenzen und die Anforderungen an das individuelle Verhalten nicht in einem Zustand der „Passung“ und fehlt darüber hinaus die notwendige soziale Unterstützung, so ist eine Konstellation gegeben, die für das Individuum als belastend klassifiziert werden muss und sich schließlich gesundheitsschädigend auswirken kann (vgl. HURRELMANN 1990, 219). Die sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Lebensbedingungen bilden dabei den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit (HURRELMANN, 1994, 1). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Kohärenzsinn darüber entscheidet, inwieweit Individuen in der Lage sind, ihre persönlichen Widerstandressourcen einzusetzen. Demnach kann die folgende These formuliert werden: Je stärker die Ausprägung des Kohärenzsinner, desto erfolgreicher ist die Stressbewältigung und

desto positiver fällt die Einordnung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus (HÖFER 1995, 3).

4.4.5 Das Modell der Salutogenese und sein Bezug zum Sport

Die Prinzipien des Modells der Salutogenese deuten darauf hin, dass Gesundheitsförderung durch Sport mehr sein kann als die von den Verfechtern der therapeutischen Möglichkeiten des Gesundheitssports postulierten physischen Auswirkungen, die in erster Linie zur Prävention kardiovaskulärer Krankheiten dienen. Ob jemand einen hochintensiven Lauf absolviert, oder einen Spaziergang an frischer Luft, - Tätigkeiten, die nicht unbedingt dem Gesundheitssport zugerechnet werden - in beiden Fällen kann es sich um individuell wirksame Strategien zum Abbau von Stress handeln. Auf der anderen Seite kann mit falschem Ehrgeiz ausgeführter Gesundheitssport, der vielleicht ungern und mit dem geringerer Motivation ausgeübt wird, den Status eines Belastungsfaktors erlangen und somit kontraproduktiv wirken. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass der Gesundheitssportbegriff weiter gefasst werden muss. Bei sämtlichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch Sport sollte überprüft werden, inwieweit die Inhalte zum Aufbau von Schutz- und Abbau von Risikofaktoren beitragen können und ob Sport eventuell ein Mittel sein kann, das andere gesundheitsförderliche Informationen transportiert. Dabei müssen individuelle Unterschiede grundsätzlich berücksichtigt werden.

4.5 Fazit

Dieses Kapitel hat die Gesundheitsförderung als zentrales Merkmal zukunftsweisender Public-Health Konzepte in ausführlicher Weise thematisiert. Im folgenden Kapitel werden Zielsetzung der Untersuchung und Auswertung der Ergebnisse einer eigenen empirische Untersuchung thematisiert. Das Ziel der empirischen Untersuchung besteht darin, die Potenziale des Mediums Sport und Bewegung für die Gesundheitsförderung systematisch zu nutzen. Darüber hinaus sollen die erhobenen Ergebnisse einen Einblick in zukünftige Sportentwicklungen und Perspektiven der Gesundheitsplanung in Südkorea möglich machen.

II. Empirische Untersuchung

5. Zielsetzungen der Untersuchung

Ausgangspunkt aller Überlegungen zum Sport als Möglichkeit einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik müssen das Ausmaß des Sportengagements, die Sportmotivation und die Gesundheitswahrnehmung der Bevölkerung sein. Sie sind Maßstab für alle Maßnahmen zur Sportversorgung und Ausgangspunkt für jegliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie -planungen. Sportbedürfnisse und Sportnachfrage wie auch der Grad der Sportaktivität sind abhängig von verschiedenen Umständen. Soziodemographische Faktoren wie Geschlecht und Alter, die konkrete Lebenssituation des Einzelnen, die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten und organisatorischen Angebote wie auch die persönliche Einstellung zum Sport bestimmen das individuelle Sportverhalten.

Zwar gibt es eine Vielzahl von Daten⁵ zum Sportverhalten, zu Sportbedürfnissen und -motiven. Aber die sich daraus ergebenden Informationen sind zu pauschal, als dass man sie zur Grundlage einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik für eine Region machen könnte. Darüber hinaus fehlen aussagekräftige Daten zu Kernproblemen der Sportentwicklung wie des Strukturwandels. Antworten auf die Frage nach den differenzierten Sportbedürfnissen der Bevölkerung werden durch einen beschleunigten Wandel der Sporteinstellungen, Sportmotive und Sportartpräferenzen immer dringlicher.

Die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Seoul wurden daher in einer eigenen Untersuchung detailliert zu ihren aktuellen Sportaktivitäten, Motiven, Interessen und Bedürfnisse befragt.

⁵ Ministerium für Kultur und Sport: Untersuchungen der Teilnahme am Freizeitsport der Bevölkerung in Süd-Korea, 1986, 1989, 1991, 1994, 1997

Für den Aufbau eines gesundheitsbezogenen Sportsystems bzw. für die Nutzung des Mediums Sport und Bewegung im Rahmen der Gesundheitsförderung in Süd-Korea sind insbesondere folgende Sachverhalte bzw. Informationen von grundlegender Bedeutung:

- Inwieweit gibt es einen neuen Lebens- und Freizeitsportstil in der Bevölkerung? (vgl. Kap. 6.1)
- Welche Sportarten eignen sich in Süd-Korea für entsprechende Maßnahmen? (vgl. Kap. 6.2)
- Inwieweit gibt es eine aktive/aktivbare gesundheitsbezogene Sportmotivation in Süd-Korea? (vgl. Kap. 6.3)
- Inwieweit wird Sport von der Bevölkerung unter Gesichtspunkten der Gesundheitssicherung wahrgenommen? (vgl. Kap. 6.4)

6. Darstellung und Einordnung der Ergebnisse

Für eine erste Einschätzung des Sportengagements der Bevölkerung in Süd-Korea sind zunächst kontinuierliche Erhebungen des Ministeriums für Sport (Kultur und Sport) instruktiv (vgl. Tabelle 6-1).

Tabelle 6-1: Sportaktivität in Süd-Korea

| Jahr | männlich (%) | weiblich (%) | Untersuchte Organisation |
|-------------|---------------------|---------------------|----------------------------------|
| 1989 | 18.8 | 6.04 | Ministerium für Sport |
| 1991 | 16.0 | 8.6 | Ministerium für Sport |
| 1994 | 16.3 | 7.2 | Ministerium für Kultur und Sport |
| 1997 | 20.5 | 13.0 | Ministerium für Kultur und Sport |

Quelle: Jahrbuch des Sports in Süd-Korea 1997, 73)

Zwischen 1989 und 1997 stieg der Anteil der Frauen und Männer, die Sport treiben (vgl. Tabelle 6-2). Wohingegen sich im Jahre 1989 lediglich 18.8% der Männer und nur 6.04% der Frauen sportlich betätigten, stieg dieser Anteil stetig, wobei die Frauenquote im Jahre 1994 einen leichten Rückfall erlebte. Schon im Jahre 1997 betrug der prozentuale Anteil der männlichen Sportler bereits 20.5% und der weiblichen 13.0% (vgl. JAHRBUCH DES SPORTS IN SÜD-KOREA 1997, 73).

Für diese zunehmenden Werte dürfen insbesondere drei Umstände verantwortlich sein: (1) Mit der Verbesserung individuellen Fitness hin zu quasi einer sozialen Norm hat sich auch das sportliche Engagement der Bevölkerung stark ausgeweitet. (2) Mit dem Bedeutungszuwachs individueller Fitness dürfte im Vergleich zu früheren Untersuchungen allerdings zugleich der Verzerrungseffekt sozialer Erwünschtheit von sportlicher Aktivität an Gewicht gewonnen haben. (3) Das Verständnis des Sports in der Bevölkerung hat sich deutlich erweitert.

6.1 Sportaktivitäten in Seoul und soziodemographischen Faktoren (Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf, Einkommen, Bildung)

Zu überprüfen war zunächst das Sportengagement verschiedener Bevölkerungsgruppen in Seoul.

In der vorliegenden Untersuchung treiben 44.3% der Befragten in ihrer Freizeit - organisiert oder unorganisiert - Sport in Seoul. (vgl. Tabelle 6-2).

Tabelle 6-2: Sportaktivität in Seoul (Angaben in %)

| Sportaktivität | Ja | Nein |
|----------------|------|------|
| | 44.3 | 55.7 |

Da es im Sinne einer umfassenden Sportentwicklungsplanung aber wichtig ist, auch neue Sportbedürfnisse der Bevölkerung zu erfassen und allen möglichen Formen sportlicher Aktivität Raum zu lassen, wurde in der eigenen Bevölkerungsbefragung explizit auf eine vorgegebene, eng umgrenzte Definition des Sports verzichtet.

Der unterschiedliche Anteil der männlichen und weiblichen Sportler macht deutlich, dass von einer gleichberechtigten Sportteilnahme der Frauen noch nicht gesprochen werden kann. Der Unterschied ist statistisch signifikant: 48.0% der Männer und nur 40.8% der Frauen in Seoul sind sportlich aktiv.

Dieser Unterschied darf allerdings nur als Tendenz interpretiert werden (vgl. Tabelle 6-3).

Tabelle 6-3: Sportaktivität nach Geschlecht

| Anteil der Sporttreibenden | | Chi ² | Sign. |
|----------------------------|--------|------------------|-------|
| Männer | Frauen | | |
| 48.0% | 40.8% | 6.648 | .011* |

Immerhin kann konstatiert werden, dass der Anteil der weiblichen Sportbegeisterten in Seoul immer mehr an Zuwachs gewinnt. Hieraus ergeben sich Konsequenzen für die Sportplanung, da Frauen andere Sportarten bevorzugen als Männer (vgl. Kap. 6.2.2) und ihrem Engagement andere Motivstrukturen zugrunde liegen (vgl. Kap. 6.3).

Die Tatsache, dass immer mehr Frauen Sport treiben, ist - bedenkt man, dass der Sport früher eine Domäne der Männer war (vgl. DIEM 1980, 101 ff.; NORDEN/SCHULZ 1988, 64 ff.; RITTNER et al. 1994, 165; WOOP 1995, 42; FUCHS 2003, 23) - in diesem Zusammenhang ein besonders markantes Zeichen einer Erweiterung gesellschaftlicher Sportkonzepte in Süd-Korea, wobei im weiteren Verlauf der Untersuchung zu überprüfen sein wird, inwieweit sich dennoch z.B. geschlechtspezifische Unterschiede in der Art und Qualität des Sporttreibens zeigen (vgl. Kap 6.2.2).

Der Zusammenhang zwischen Alter und Sportaktivität ist für die längerfristige Sportplanung von Bedeutung. Wenn die Stadt Seoul insgesamt eine relativ junge Bevölkerung hat (vgl. Tabelle 6-1), wird sich das Durchschnittsalter in den nächsten Jahrzehnten doch deutlich erhöhen. Damit werden andere Sportartenpräferenzen (vgl. Kap. 6.2), Sportmotive (vgl. Kap. 6.3) und anderes Gesundheitsbewusstsein (vgl. Kap. 6.4) stärker gefragt.

Analysiert man die Sportbeteiligung verschiedener Altersgruppen, so werden deutliche Unterschiede sichtbar. Bei einem globalen Anteil von 44.3% Sportaktiven in Seoul treiben 36.4% der 18 - 25jährigen, 46.5% der 26 - 35jährigen, 47.1% der 36 - 50jährigen und 50.0% der 51 - 65jährigen Sport. Bei den über 65jährigen Befragten liegt der Anteil der Aktiven bei 45.2%. Der Anteil an Personen, der regelmäßig sportlich aktiv ist, nimmt sehr überraschend mit steigendem Alter zu (vgl. Tabelle 6-4). Auch die Tatsache, dass sich ältere Menschen zunehmend für Sport interessieren sowie sich sportlich engagieren und somit ein weiterer neuer Personenkreis in den Sport

involviert wird, stützt in besonderem Maße die Annahme einer Ausdehnung der Sportrollen in Seoul.

Tabelle 6-4: Sportaktivität nach Alter

| Altersgruppe | Anteil der Sporttreibenden | | |
|---------------|----------------------------|------------------|--------|
| | % | Chi ² | Sign. |
| 18 – 25 Jahre | 36.4 | 15.587 | .004** |
| 26 – 35 Jahre | 46.5 | | |
| 36 – 50 Jahre | 47.1 | | |
| 51 – 65 Jahre | 50.0 | | |
| über 65 Jahre | 45.2 | | |

Besonders interessant ist das Ergebnis, dass bei der befragten Bevölkerung der Anteil derjenigen, die regelmäßig Sport treiben, in fast allen Altersgruppen (außer die Altersgruppe der über 65-jährigen) trotz zunehmendem Lebensalter steigt. Es ist zu vermuten, dass mit steigendem Alter ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein entwickelt wird, das zu höherer Freizeitaktivität führt. Insgesamt ist jedoch die Feststellung sicher, dass sich noch zu wenig Menschen regelmäßig gesundheitsförderlich bewegen.

Es zeigen sich in Abhängigkeit vom Familienstand der Befragten signifikante Unterschiede im Sportengagement: 40.5% der ledigen und 47.7% der verheirateten Befragten sind sportaktiv. Bei den getrenntlebenden Personen liegt der Anteil der Sporttreibenden bei 32.6%. Bei den verwitweten Personen liegt der Anteil der Sporttreibenden bei 50.0% (vgl. Tabelle 6-5).

Der Zusammenhang zwischen Sportaktivität und Familienstand darf aber nicht unabhängig vom Alter gesehen werden. Da Alter und Familienstand deutlich miteinander korreliert sind, dürfen ihre Einflüsse auf die Sportaktivität nicht isoliert betrachtet werden, doch ist im Rahmen der vorliegende Untersuchung nicht zu

entscheiden, ob eher Aspekte des Alters im engeren Sinn oder Aspekte der Lebensführung (Familienstand) für die Unterschiede verantwortlich sind.

Tabelle 6-5: Sportaktivität nach Familienstand

| Familienstand | Sportaktiv | | |
|-----------------|------------|------------------|-------|
| | % | Chi ² | Sign. |
| ledig | 40.5 | 9.896 | .042* |
| verheiratet | 47.7 | | |
| geschieden | 58.3 | | |
| getrennt lebend | 32.6 | | |
| verwitwet | 50.0 | | |

Die Ergebnisse weisen andererseits auf Verzahnungen zwischen Lebensphase, familiärer Situation und Freizeitverhalten. Lebenssituationsspezifische Verpflichtungen und lebensphasenbedingte Faktoren scheinen das Feld individueller Freizeitmöglichkeiten einzugrenzen und somit auch das Sportverhalten zu beeinflussen. HEUWINKEL (1985, 19 ff.) weist in diesem Zusammenhang den Einfluss der Haushaltsgröße auf die Intensität des Sportengagements nach.

Auch in Abhängigkeit von der Erwerbssituation werden Unterschiede im Sportengagement deutlich. So sind berufstätige Befragte zu 48.2% und nicht berufstätige zu 40.9% sportaktiv (vgl. Tabelle 6-6).

Tabelle 6-6: Erwerbstätigkeit und Sportaktivität

| Erwerbstätigkeit | Anteil der Sporttreibenden | | |
|------------------|----------------------------|------------------|--------|
| | % | Chi ² | Sign. |
| Ja | 48.2 | 6.948 | .009** |
| Nein | 40.9 | | |

Betrachtet man ausschließlich die Sportbeteiligung Berufstätiger (vgl. Tabelle 6-7), so zeigen sich weiterhin signifikante Unterschiede hinsichtlich der Sportbeteiligung einzelner Berufstätigengruppen.

Tabelle 6-7: Berufsgruppen und Sportaktivität

| Berufsgruppen | davon Sportaktive in % | | |
|------------------|------------------------|------------------|--------|
| | % | Chi ² | Sign. |
| Angestellte/r | 46.1 | 30.831 | .002** |
| Selbstständige/r | 50.0 | | |
| Beamter/in | 46.2 | | |
| Arbeiter/in | 15.4 | | |

Arbeiterinnen und Arbeiter sind deutlich seltener sportaktiv (15.4%) als die Angehörigen anderer Berufsgruppen - ein vermutlich durch weitere schichtspezifische Effekte überlagertes Ergebnis. Sportaktivste Berufstätigengruppen sind die Selbständigen mit 50.0% Sporttreibenden und die Beamten mit einem Anteil von 46.2% Sportaktiven.

Weiter bestätigen die Befunde, dass die finanziellen Möglichkeiten Einfluss auf das Freizeitverhalten ausüben und im Kontext weiterer Faktoren die zur Disposition stehenden Sportmöglichkeiten determinieren. In der vorliegenden Analyse zeigen sich signifikante Sportaktivitätsunterschiede in Abhängigkeit vom Einkommen. Die einkommensstärkeren Personengruppen erweisen sich in der Untersuchung als sportaktiver. So sind Befragte der Einkommensgruppe „bis 1000 Euro“ im Monat beispielsweise lediglich zu 45.7% sportaktiv, Personen mit einem Einkommen über 4000 Euro monatlich zu 62.4% (vgl. Tabelle 6-8). Von einer mit steigendem Einkommen kontinuierlich zunehmenden Sportaktivität kann allerdings nicht gesprochen werden. Dennoch ist auf der Basis der Ergebnisse grundsätzlich davon auszugehen, dass die wirtschaftlichen Verhältnisse im Gesamtkontext der Lebenssituation in Hinblick auf ihren Einfluss auf das Freizeitverhalten sowie die

Aufnahme sportlicher Aktivitäten in der Freizeit in vielfacher Hinsicht zu bedenken sind.

Tabelle 6-8: Sportaktivität nach Einkommen (1€=1200Won (2002))

| Einkommen | Sportaktivität | | |
|-----------------|----------------|------------------|---------|
| | % | Chi ² | Sign. |
| keine Einkommen | 41.9 | 29.427 | .000*** |
| bis 1000 € | 45.7 | | |
| 1000 – 2000€ | 41.6 | | |
| 2000 – 3000€ | 39.3 | | |
| 3000 – 4000€ | 44.9 | | |
| über 4000€ | 62.4 | | |

Eine weitere wichtige Einflussgröße hinsichtlich der Sportbeteiligung ist die Bildung⁶. So sind Befragte mit Grund- und Mittelschulabschluss lediglich zu 32.7% resp. 37.1% sportaktiv, wohingegen Personen mit Highschoolabschluss (Gymnasium) zu 38.3 % und Befragte mit Universitätsabschluss zu 50.8% Sport treiben (vgl. Tabelle 6-9).

Tabelle 6-9: Sportaktivität nach Bildung

| Bildungsabschluss | Anteil der Sporttreibenden | | |
|-------------------|----------------------------|------------------|---------|
| | % | Chi ² | Sign. |
| Grundschule | 32.7 | 22.815 | .000*** |
| Mittelschule | 37.1 | | |
| Gymnasium | 38.3 | | |
| Universität | 50.8 | | |

Die Signifikanz bezieht sich augenscheinlich insbesondere auf die Abgrenzung der in deutlich geringerem Maße sportaktiven Angehörigen der untersten Bildungskategorie.

⁶ Schulbildung in Süd-Korea

Grundschule: 6 Jahre, Mittelschule: 3 Jahre, Gymnasium: 3 Jahre, Universität: 4 Jahre

Stärkeres Sportengagement in höheren Bildungsschichten lässt sich zum einen durch die Tatsache erklären, dass durch eine längere Schulzeit – verbunden mit ein intensiveres Heranführen an den Sport, Zugang zu zahlreichen Sportarten und mehr freie Zeit - stabileres Sportverhalten entwickelt werden kann (vgl. AGRICOLA 1987, 3 ff.; NORDEN et al. 1988, 59 ff.). Hinzu kommt die häufig vom Schulabschluss abhängige berufliche und finanzielle Situation sowie ein bildungsabhängig variierender Körperbezug.

So kann davon ausgegangen werden, dass durch ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren wie Alter, Bildung, Beruf, Einkommen und frei verfügbarer Zeit ein mehrdimensionales Bedingungsgefüge und damit individuelle Sportperspektiven und -dispositionen existieren.

Zu berücksichtigen sind Gesamtzusammenhänge, die im Zuge der Entwicklung in Süd-Korea wie anderer moderner Industriestaaten Änderungen erfuhren. So hat der allgemeine wirtschaftliche Aufschwung einen allgemeinen Anstieg des Lebensstandards, einen Wandel der Lebensverhältnisse, eine Variation gesellschaftlicher Ziele und Werthaltungen und somit auch individueller Überzeugungen und Bedürfnisse zur Folge. Hierdurch entsteht beispielsweise in Süd-Korea ein freier Zugang zu Freizeit- und Sportmöglichkeiten.

Es kann jedoch aufgrund der skizzierten personengruppenübergreifenden Sportnachfrage zumindest davon ausgegangen werden, dass sich das Sportkonzept dahingehend verändert hat, dass heute ein grundsätzliches Sportinteresse für weite Bevölkerungskreise in Seoul gegeben zu sein scheint.

- Sportabstinenten und potentielle Sportaktiven in Seoul

55.7% der Befragten in Seoul sind gegenwärtig in keiner Weise sportlich aktiv (vgl. Tabelle 6-1). Nicht sportaktive Personen führen ihre Sportabstinenz in erster Linie auf mangelnde Zeit zurück. Zeitliche Beanspruchung durch Beruf schränkt die frei verfügbare Zeit ein. Danach folgen das mangelnde Sportinteresse und nachlassende Sportleistungen (vgl. Tabelle 6-10).

Tabelle 6-10: Gründe für Sportabstinenz nach Geschlecht (Angaben in %)

| Grund für Sportabstinenz | Nicht-Aktive | | | | |
|--|--------------|------|------|------------------|--------|
| | gl. | m | w | Chi ² | Sign. |
| Meine Arbeit erfordert zuviel Zeit | 81.5 | 81.8 | 81,2 | 2.589 | .629 |
| Ich habe wechselnde/ungünstige Arbeitszeiten | 58.6 | 63.9 | 54.0 | 9.001 | .061 |
| Sport interessiert mich nicht | 53.0 | 47.2 | 57.8 | 14.719 | .005** |
| Meine Sportleistungen haben nachgelassen | 47.0 | 40.8 | 52.3 | 15.688 | .003** |

Männer geben tendenziell häufiger als Frauen ungünstige Arbeitszeiten an. Mangelndes Interesse wird als Grund für Sportabstinenz angegeben, deutlich häufiger von Frauen als von Männern.

Die Begründung „kein geeignetes Sportangebot in der Nähe“ und „keine geeignete Sportstätte in der Nähe“ wird von 44.8% resp. 51.4% der Nicht-Sportaktiven in Seoul genannt (vgl. Anhang Tabelle A2). Insgesamt bemängeln Frauen häufiger als Männer das Fehlen geeigneter Sportangebote, was auf einen Mangel an zielgruppenspezifischen Angeboten hindeuten könnte. Abschließend sollte erwähnt werden, dass immerhin 53.0% der Nicht-Aktiven einfach kein Interesse an sportlichen Aktivitäten haben.

Der Gesundheitszustand wird erwartungsgemäß am häufigsten von den älteren Befragten als Begründung für ihre Sportabstinenz angeführt (vgl. Tabelle 6-11), oft in

Verbindung mit der Einstellung, zu alt zu sein. Ein in dieser Altersgruppe stärker verankertes Bild vom Sport und die vermutete starke Leistungsbezogenheit des Sports erschweren den Zugang zum Sport offenbar erheblich (vgl. Anhang Tabelle A2-1).

Tabelle 6-11: Gründe für Sportabstinenz nach Alter (Angaben in %)

| Grund für Sportabstinenz | Alter | | | | | Chi ² | Sign. |
|--|-------|------|------|------|------|------------------|---------|
| | I | II | III | IV | V | | |
| Ich bin zu alt | 9.0 | 26.2 | 39.1 | 72.1 | 82.4 | 317.742 | .000*** |
| Mein Gesundheitszustand erlaubt es nicht | 22.0 | 25.4 | 32.9 | 59.0 | 68.8 | 68.200 | .000*** |

Altersgruppen: I = 18-25 Jahre, II = 26-35 Jahre, III = 36-50 Jahre, IV = 51-65 Jahre, V = über 65 Jahre

6.2 Formen des Sportengagements

6.2.1 Zum Bedeutungsverlust traditioneller Sportarten⁷ in Süd-Korea

Eine differenzierte Betrachtung der ausgeübten Sportarten bzw. -aktivitäten selbst zeigt ein eindeutig freizeitsportorientiertes Verhalten in Süd-Korea (vgl. Abbildung 6-1). An der Spitze der Sportartenskala stehen Spazieren/Wandern und Jogging.

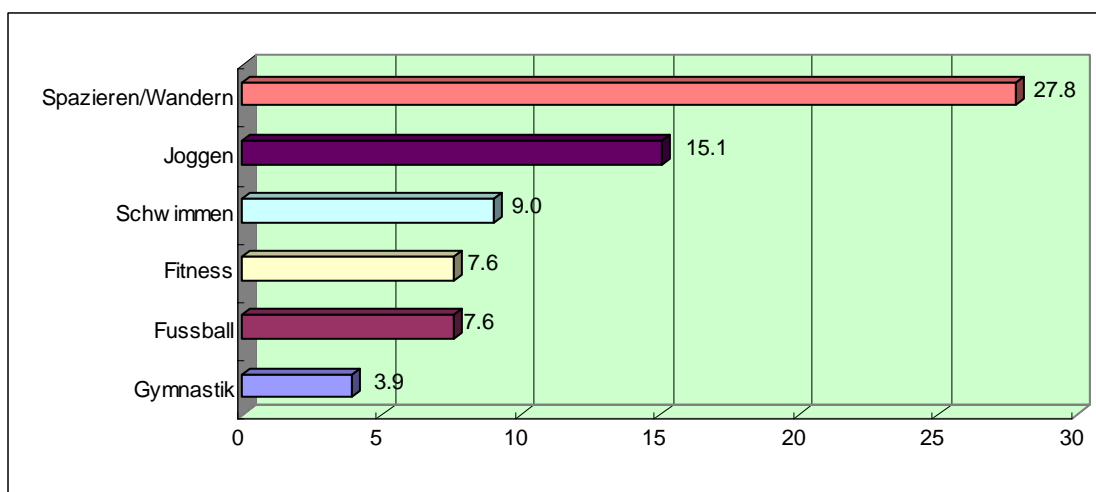
In Seoul geben 27.8% aller Sporttreibenden die Sportart Spazieren/Wandern an. Die Aktivität Joggen/Laufen, eine weitere typische Freizeitsportaktivität, wird von 15.1% aller Aktiven angegeben und steht somit an der zweiten Stelle der Sportartenskala. Eine

⁷ **Ssirum**: Eine traditionelle koreanische Form des Ringkampfes, ist ein volkstümlicher Wettbewerb, bei dem zwei Kämpfer, die sich einem satpa, (einem um Bein und Hüfte geschlungenen Stoff-Gürtel) gepackt halten, durch ihre Kraft und verschiedene Techniken versuchen, einander niederzuringen.

Tae-Kwon-Do: Koreanische Abart des Karate; Tae = Fuß, Kwon = Hand(technik), Do = hervorragender Weg

weitere beliebte Sportart ist Schwimmen mit 9.0% (vgl. Abbildung 6-1 und Anhang Tabelle A3).

Abbildung 6-1: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Seoul) - Sportaktive
(Angaben in %)



Das Spazieren/Wandern und Jogging, mit dem man umweltverträglich und besonders frei vom Alltagsumfeld die Freizeit verbringen kann, rangiert in der Untersuchung als erste und zweite Lieblingssportart. Das Spazieren/Wandern dürfte mit dem Anwachsen der Anzahl der alten Menschen, auch der alten Frauen, zusammenhängen, die sich gern noch dem Wandern - besonders in der Form der Bergwanderung - widmen.

Eine weitere beliebte Sportart ist Schwimmen. Dies hängt einerseits mit dem Anwachsen der Anzahl von dazu geeigneten Sportanlagen zusammen, die im öffentlichen Rahmen zur Verbesserung der Infrastruktur oder von privaten Sportzentren eingerichtet worden sind, andererseits kann es auch mit der Zunahme der Anzahl sportaktiver Frauen erklärt werden. Man kann auch damit rechnen, dass sich die Verbesserung der Infrastruktur, die vermehrte Einrichtung von öffentlichen

Sportanlagen⁸ und von privaten Sportzentren⁹ proportional in der Zunahme der Teilnehmer am Sport spiegelt.

Gemeinsames Merkmal der genannten Sportaktivitäten ist, dass sie ohne Wettkampf- und Leistungsdruck und auch ohne feste Organisation betrieben werden können und somit ein neuartiges freieres, individuell einsetzbares „Sport-Aktivsein“ ermöglichen.

An vierter Stelle findet sich die Sportart Fitness (7.6%). Auch Fußball ist eine vergleichsweise verbreitete Sportaktivität. Die Sportart Gymnastik dagegen steht mit 3.9% erst an 6. Stelle der Sportartenskala.

Tabelle 6-12: Wunschsportarten (Nichtaktiver)

| Wunschsportarten | % |
|-------------------|------|
| Schwimmen | 16.3 |
| Spazieren/Wandern | 11.5 |
| Badminton | 10.2 |
| Squash | 10.1 |
| Fitness | 9.2 |

Ebenso wird im Bereich der potentiellen Sportnachfrage eine verstärkte Freizeitsportorientierung deutlich. Schwimmen nimmt mit 16.3% den ersten Rang der Wunschsportarten ein; Wandern folgt mit 11.5%. Für potentielle Sporttreibende ist die

⁸ Zu den öffentlichen Sportanlagen zählen Stadien und Sporthallen, in denen die Veranstaltungen von sportlichen Wettkämpfen stattfinden, Sportplätze als sportartspezifische Anlagen und Parkanlagen als Sportanlagen in der Umgebung der Wohngebiete.

Zunahme der Anzahl der öffentlichen Sportanlage in Süd-Korea

| Jahr | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Anzahl | 2,500 | 2,769 | 3,167 | 3,553 | 3,969 | 4,384 | 5,042 |

Social Indicators in Korea 2002, S. 485

Quelle: Ministry of Cultur & Tourism

⁹ Kommerzielle Sportanlagen sind Anlagen der auf Profit ausgerichteten Sportzentren, die sich bei den großstädtischen und regionalen Sportämtern anmelden müssen. (1995: 41.783, 1998: 48.115)

Aktivität Kampfsportarten hingegen wenig attraktiv (vgl. Tabelle 6-12 und Anhang Tabelle A4).

Näheren Aufschluss über die offensichtlich erweiterten Konturen und Ausprägungen des Sports gibt die Beobachtung, dass weiche Sportaktivitäten in beeindruckender Weise das Spektrum der Sportarten dominieren. Dieser herausragenden Beliebtheit von Sportaktivitäten eher freizeitsportlichen Charakters wie Spazieren/Wandern und Jogging lassen sich einige grundsätzliche Aspekte entnehmen: Die betreffenden Sportaktivitäten sind in der Regel leicht zugänglich. Die Ausübung ist weder an aufwendige organisatorische Voraussetzungen noch an weitere besondere Bedingungen gebunden. Von daher ist eine relativ problemlose Sportteilnahme möglich. Darüber hinaus ist im besonderen Zusammenhang eines offensichtlichen Sportinteresses auch sportabstinenter Personengruppen instruktiv, dass die Sportteilnahme - die Ausübung der präferierten Freizeitsportaktivitäten betreffend - nicht an spezifische individuelle Voraussetzungen gebunden und auch von daher leicht realisierbar ist.

So entsteht angesichts der skizzierten Zusammenhänge der Eindruck, dass mit den zunehmenden Sportaktivitäten zugleich eine Entkonturierung des Sportbegriffs einhergeht.

6.2.2 Weiche Sportaktivitäten und ihre personengruppenspezifische Relevanz

Der geschlechtsspezifische Vergleich (vgl. Tabelle 6-13) zeigt, dass die Sportaktivität Spazieren/Wandern insbesondere von Frauen bevorzugt wird: 31.4% der sporttreibenden Frauen nennen die Sportart Spazieren/Wandern. Der entsprechende Anteil der sportaktiven Männer liegt bei 24.6%.

Bei denjenigen Sportarten, die viel Kraftaufwand verlangen, ist erwartungsgemäß der Anteil der Männer größer als derjenigen der Frauen. Letztere zeigen demgegenüber

stärkerer Interessen an Sportarten, die für Gesundheit sowie für die Erhaltung einer „guten“ Figur nützlich sind, z.B. Spazieren/Wandern, Joggen. Die Raten der Beteiligung an Fußball und Basketball sind besonders bei den jüngeren Personen hoch. Je älter man ist, umso mehr ist man beim Sporttreiben an Sportarten interessiert, die man leicht betreiben kann, wie Spazieren/Wandern und Ausdauersportarten (z.B.: Joggen, Schwimmen).

Tabelle 6-13: Sportarten-Rangfolge nach Geschlecht

| Männer | % | Frauen | % |
|-------------------|----------|-------------------|----------|
| Spazieren/Wandern | 24.6 | Spazieren/Wandern | 31.4 |
| Fußball | 13.8 | Joggen/Laufen | 17.0 |
| Joggen/Laufen | 13.4 | Schwimmen | 14.0 |
| Fitness | 7.5 | Fitness | 7.6 |
| Basketball | 5.6 | Gymnastik | 4.2 |

Betrachtet man die Sportartpräferenzen in Abhängigkeit vom Alter der Befragten (vgl. Tabelle 6-14), so zeigt sich eine besondere Beliebtheit der Aktivität Spazieren/Wandern bei den 36 - 50jährigen (30.1%) und den über 65 jährigen (64.3%) deutlich. Für die jüngsten Befragten, die 18 – 25jährigen (11.6%), ist, im Vergleich zu den älteren Aktiven, diese Sportart weniger relevant.

Die Bedeutung der sportlichen Betätigung Spazieren/Wandern, in der Regel unorganisiert ausgeübt, steigt kontinuierlich mit zunehmendem Alter: 11.6% der 18-25jährigen, 12.1% der 26-35jährigen, 30.1% der 36-50jährigen, 49.3% der 51-65jährigen und 64.3% der über 65jährigen geben Spazieren/Wandern als Sportaktivität an. Die für diese Sportart laut Altersgruppenvergleich ausgewiesene relativ geringere Bedeutung für die jüngeren Sporttreibenden sollte unter Berücksichtigung einer in Abhängigkeit vom Alter möglicherweise unterschiedlichen Wahrnehmung verschiedener Aktivitäten als Sport interpretiert werden.

In Bezug auf die Aktivität Jogging/Laufen zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: 17.0% der sportlich aktiven Frauen und 13.4% der sporttreibenden Männer nennen diese Aktivität.

Der Sportart Fitness sprechen Männer und Frauen etwa gleichermaßen zu. Die befragten Sporttreibenden gehören mehrheitlich der Altersgruppe der unter 50jährigen an.

Die Sportart Fußball, die an zweiter Stelle der Sportartenskala steht, zeigt sich als eine ausgesprochene Männersportart: Bei einem globalen Anteil von 7.6% spielen 13.8% der männlichen Sporttreibenden und lediglich 0.4% der sportaktiven Frauen Fußball (vgl. Anhang Tabelle A3).

Die männlichen Sporttreibenden weisen somit ein relativ breit gefächertes Sportarten - Spektrum auf. Die Sportarten Spazieren/Wandern (24.6%) stehen an der Spitze, gefolgt von Fußball, der insbesondere von den jüngeren Befragten genannt wird. Auch Joggen/Laufen (13.4%) und Fitness (7.5%) werden relativ häufig von männlichen Sportaktiven angeführt.

Die Frauen zeigen eine weitgehende Konzentration auf wenige Hauptsportarten. So hebt sich neben einer großen Beliebtheit der Sportart Spazieren/Wandern (31.4%) die Sportart Joggen/Laufen (17.0%) heraus. Dritte zentrale sportliche Aktivität der Frauen ist das Schwimmen (14.0%). Mit größerem Abstand folgen Fitness (7.6%) und Gymnastik (4.2%) (vgl. Tabelle 6-13).

Auch der Vergleich der Altersgruppen zeigt personengruppenspezifische Sportartpräferenzen.

Zum einen wird deutlich, dass die Sportinteressen der 18 - 25jährigen ein spezifisches Profil aufweisen. Die Aktivitäten der jüngeren Aktiven sind vielfältiger und verteilen sich auf unterschiedliche Sportarten. Fußball (17.0%), Joggen/Laufen (17.0%),

Spazieren/Wandern (11.6%), Basketball (8.8%) und Badminton (4.8%) werden am häufigsten genannt (vgl. Tabelle 6-14).

Demgegenüber weist das Sportengagement der 26 – 35jährige bereits deutlich andere Konturen auf. In dieser Altersgruppe ist die Freizeitaktivität Joggen - 19.6% Ausübende - die mit Abstand beliebteste Sportart. Relevant sind außerdem Fitness (12.1%), Spazieren/Wandern (12.1%) und Fußball (8.4%).

Tabelle 6-14: Sportarten-Rangfolge (Aktive nach Alter) (Angaben in %)

| 18 – 25 Jahre | | 26 – 35 Jahre | | 36 – 50 Jahre | |
|----------------------|------|----------------------|------|----------------------|------|
| Fußball | 17.0 | Joggen/Laufen | 19.6 | Spazieren/Wandern | 30.1 |
| Joggen/Laufen | 17.0 | Fitness | 12.1 | Joggen | 15.0 |
| Spazieren/Wandern | 11.6 | Spazieren/Wandern | 12.1 | Schwimmen | 10.5 |
| Basketball | 8.8 | Schwimmen | 12.1 | Fitness | 8.5 |
| Badminton | 4.8 | Fußball | 8.4 | Gymnastik | 5.2 |
| 51 – 65 Jahre | | über 65 Jahre | | | |
| Spazieren/Wandern | 49.3 | Spazieren/Wandern | 64.3 | | |
| Joggen | 11.0 | Joggen | 7.1 | | |
| Schwimmen | 9.6 | Schwimmen | 7.1 | | |
| Gymnastik | 6.2 | Fitness | 7.1 | | |
| Fitness | 4.1 | Badminton | 7.1 | | |

Betrachtet man die Sportartpräferenzen der 36 - 50jährigen, so finden sich zwei freizeitsportorientierte Aktivitäten an der Spitze. In dieser Altersgruppe werden Spazieren/Wandern (30.1%) und Jogging (15.0%) ausgeübt. Weiterhin werden Schwimmen (10.5%), Fitness (8.5%) und Gymnastik (5.2%) genannt.

Betrachtet man dagegen die Sportinteressen der über 50jährigen, so fällt eine noch deutlichere Orientierung an eher weichen Sportaktivitäten und eine entsprechende Abweichung von den Sportinteressen jüngerer Aktiver auf. Spazieren/Wandern (49.3%) und Joggen (11.0%) sind die zentralen Bereiche sportlicher Aktivitäten dieser

Altersgruppe. Schwimmen (9.6%), Gymnastik (6.2%) und Fitness (4.1%) sind weitere bei der älteren Generation beliebte Sportaktivitäten.

Die Ergebnisse sprechen für die Existenz personengruppenspezifischer Sportinteressen. So ist das Sportengagement der älteren Aktiven durch eine explizite Nutzung freizeitsportlich geprägter und relativ problemlos realisierbarer Aktivitäten gekennzeichnet. Ganz grundsätzlich kann eine mit zunehmendem Alter ansteigende Bedeutung von Freizeitsportarten bestätigt werden.

Betrachtet man die Ergebnisse im Gesamtzusammenhang, dann spricht vieles dafür, dass trotz aller Verallgemeinerungen im Sportbereich, sehr unterschiedliche Sportinteressen bestehen. Insbesondere instruktiv sind die folgenden Gesichtspunkte:

Die Dominanz einiger weniger Sportaktivitäten im Bereich des Frauensports zeigt an, dass sich Frauen zur Zeit augenscheinlich noch in einem vergleichsweise eingeschränkten „Sportraum“ bewegen. Männer dagegen nutzen ein wesentlich vielseitigeres Sportartenspektrum. Darüber hinaus ist die Existenz typischer Frauensportarten ein Indiz für eine personengruppenspezifische Sportnachfrage. Grundsätzliches Sportinteresse ist zwar auch bei Frauen zunehmend vorhanden - dies wird durch ihre Sportteilnahme deutlich -, weist jedoch in vielen Fällen eine qualitativ andere Note auf.

Weiterhin deuten die Befunde auf einen engen Zusammenhang zwischen höherem Alter und einer weicheren Sportbegriffsdefinition. Insbesondere die bei den älteren Jahrgängen feststellbare außerordentliche Beliebtheit der Aktivität Spazieren/Wandern (64.3%) bzw. die Wahrnehmung dieser Aktivität als Sport spricht für eine mit zunehmendem Alter nachlassende Präzision des Sportbegriffs.

Die Tatsache, dass Frauen ein anderes Sportverständnis haben und in einem anderen Sportraum handeln als Männer, wird durch die Ergebnisse zu dem Bereich potentieller Sportinteressen bestätigt. Allerdings wird darüber hinaus deutlich, dass potentielle

Aktive insgesamt personengruppenübergreifender an „weichen“ Sportaktivität interessiert sind. So weisen beispielsweise die geschlechtsspezifischen Sportartpräferenzen (vgl. Tabelle 6-15) der potentiellen Sporttreibenden zwar ebenso auf die Existenz typischer Frauensportarten. Dies zeigt sich besonders deutlich bei den zentralen Wunschsportaktivitäten Schwimmen (17.3%) (vgl. Anhang Tabelle A4).

Aerobic ist für 9.8% der Frauen und nur für 2.3% der männlichen Sportinteressierten interessant (vgl. Tabelle 6-15 und Anhang Tabelle A4). Fußball (8.4% der männlichen und 0.5% der weiblichen Sportinteressenten) und Spazieren/Wandern (12.1% der Männer und 8.5% der Frauen) dagegen werden von den Männern häufiger genannt.

Tabelle 6-15: Wunschsportarten (potentielle Sporttreibende nach Geschlecht)
(Angabe in %)

| Wunschsportarten | Geschlecht | | |
|-------------------|------------|-----------------|------|
| | m | | w |
| Schwimmen | 14.2 | Schwimmen | 17.3 |
| Spazieren/Wandern | 12.1 | Badminton | 11.9 |
| Squash | 9.5 | Rückengymnastik | 11.1 |
| Badminton | 8.7 | Squash | 10.1 |
| Fitness | 8.2 | Aerobic | 9.8 |

Somit bestätigt sich zwar die schon im Zusammenhang der Sportartpräferenzen der Aktiven erörterte Erscheinung, dass sich das Sportinteresse von Frauen verstärkt auf einige wenige Sportaktivitäten richtet (vgl. Anhang Tabelle A4). Die Befunde weisen allerdings trotz feststellbarer geschlechtsspezifischer Sportpräferenzen auf ein zunehmendes Interesse von Männern auch an Freizeitsportaktivitäten. Dies zeigt sich sehr deutlich an der Sportart Schwimmen.

Auch eine Analyse der Sportpräferenzen verschiedener Altersgruppen zeigt für den Bereich der potentiellen Sportnachfrage, dass dort weichere Sportaktivitäten als bei den Aktiven gefragt sind. Dies zeigt sich durch den zentralen Stellenwert der Sportaktivität

Schwimmen, die bei der Altersgruppe der 18 bis 50-Jährigen der potentiellen Sporttreibenden an der Spitze steht (vgl. Tabelle 6-16). Insbesondere einheitlich zeigen sich die diesbezüglichen Sportpräferenzen der über 18 jährigen: 18.4% der 18-25jährigen, 17.4% der 26-35jährigen, 16.6% der 36-50jährigen Sportinteressierten nennen Schwimmen als Wunschsportarten.

Tabelle 6-16: Wunschsportarten (Nicht-Sporttreibende nach Alter)

| 18 – 25 Jahre | % | 26 – 35 Jahre | % | 36 – 50 Jahre | % |
|----------------------|----------|----------------------|----------|----------------------|----------|
| Schwimmen | 17.9 | Schwimmen | 17.4 | Schwimmen | 16.6 |
| Squash | 17.9 | Squash | 14.7 | Spazieren/Wandern | 13.0 |
| Badminton | 10.3 | Badminton | 8.9 | Badminton | 10.1 |
| Fitness | 9.1 | Fitness | 7.6 | Rückengymnastik | 9.1 |
| Tanzen | 6.5 | Aerobic | 7.1 | Fitness | 8.1 |
| 51 – 65 Jahre | % | über 65 Jahre | % | | |
| Wandern | 21.2 | Rückengymnastik | 41.4 | | |
| Rückengymnastik | 14.6 | Yoga | 17.2 | | |
| Badminton | 12.0 | Spazieren/Wandern | 10.3 | | |
| Schwimmen | 11.7 | Badminton | 6.9 | | |
| Aerobic | 7.3 | Fitness | 6.9 | | |

So lässt sich aufgrund der Beobachtungen zu den Sportartpräferenzen der Nicht-Sporttreibenden folgendes festhalten: Das altersgruppenübergreifende besondere Interesse an Aktivitäten, die auch von sportlich ungeübten Personen ausgeübt werden könnten, signalisiert sehr deutlich ein Sportverständnis im Sinne eines an die Bedürfnisse der Individuen anpassbaren Sports. Vorausgesetzt, die betreffenden Wunschsportarten dienen tatsächlich der Eingliederung der zur Zeit Nichtaktiven in den Sport, kann in diesem Sinne von einer personengruppenspezifischen Relevanz eher weicher Sportaktivitäten gesprochen werden.

6.3 Zur Sportmotivation

Die aktuellen Veränderungen im Sport sind zu einem wesentlichen Teil auf Veränderungen in den Motiven zurückzuführen. Deutlich ist die Tendenz ausgeprägt, dass Gesundheit, Fitness und Spaß an Bedeutung gewinnen und die reine Wettkampf- und Leistungsorientierung zurückgehen. Allerdings sind diese Motive in verschiedenen Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich verteilt. Für die Sportplanung und Gesundheitsförderung ist es außerordentlich wichtig, diese Motiv- und Werteverchiebung zu berücksichtigen. Diese betrifft sowohl Fragen des Angebots, der Betreuung der Aktiven und der Qualifikation der Betreuer wie auch Fragen des Sportstättenbaus und der Ausstattung der Sportstätten.

6.3.1 Zugänge zum Sport

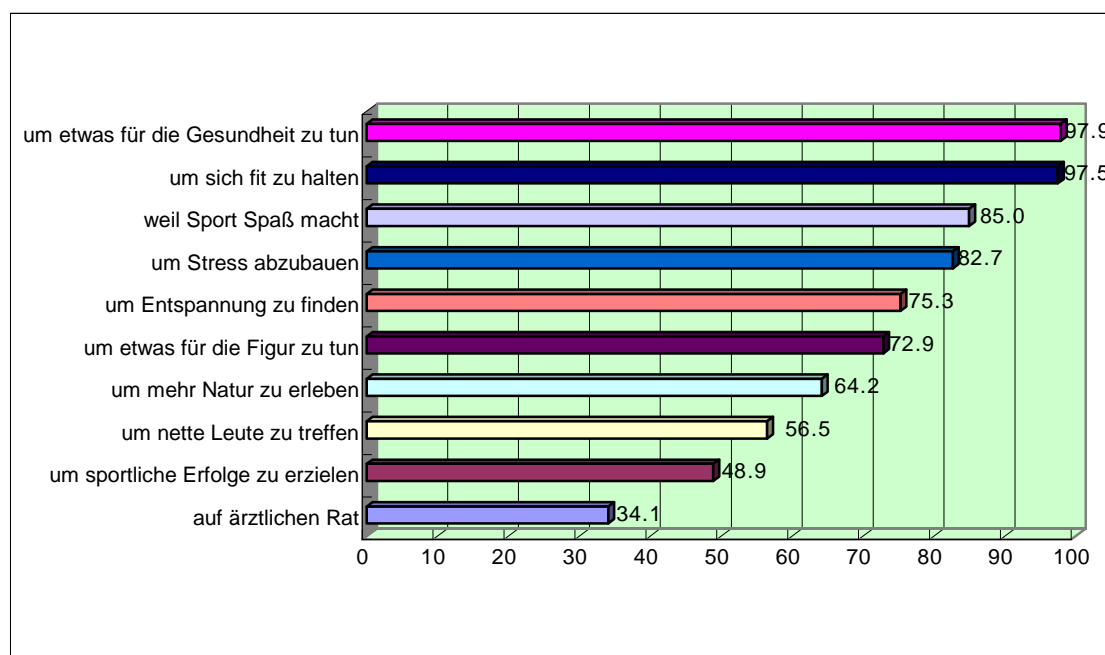
Betrachtet man die Motive der Sporttreibenden, so fallen zunächst eine breitgefächerte Motivpalette und eine herausragende Dominanz gesundheits- und fitnessbezogener Begründungen für Sport auf. Die beiden Begründungen „Sport treiben, um etwas für Gesundheit zu tun“ und „Sport treiben, um sich fit zu halten“ werden von nahezu allen Aktiven genannt¹⁰. Sportmotive der Leistungs- und Erfolgsorientierung hingegen treffen vergleichsweise selten zu.

¹⁰ Zur differenzierten Analyse des Sportmotivbereichs wurden die Sporttreibenden um eine Einschätzung der Bedeutung verschiedener Sportmotive gebeten. Vorgegebene Motive waren anhand „sehr wichtig“ „wichtig“ und „nicht so wichtig“ zu beurteilen. Entscheidend war, welchen Stellenwert die Befragten den einzelnen Begründungen im Zusammenhang ihrer persönlichen Sportaktivität bzw. ihres Sportinteresses einräumten.

Zur Motivanalyse bietet sich zunächst an, auf die grundsätzliche Zustimmung bzw. das Nicht-Zutreffen der einzelnen Motive einzugehen. Hierzu werden die (zustimmenden) Antwortmöglichkeiten „sehr wichtig“ und „wichtig“ zu einer Kategorie zusammengefasst, so dass zwei Antwortkategorien verbleiben. Somit kann auf der Grundlage der durch Unterscheidung zwischen zustimmender und eher ablehnender Einschätzung sich ergebenden Prozentwerte eine Rangfolge der Sportmotive erstellt werden (vgl. Tabelle 9-16).

So sehen 97.9% der befragten Sporttreibenden ihre Sportaktivität unter anderem auch als Möglichkeit, „etwas für die Gesundheit zu tun“. Auch das Fitnessmotiv wird von nahezu allen Befragten in Hinblick auf ihr eigenes Sportinteresse als bedeutend eingeschätzt. 97.5% der Sporttreibenden nennen die Begründung „Sport treiben, um sich fit zu halten“ (vgl. Abbildung 6-2).

Abbildung 6-2: Motive der Sporttreibende (Angaben in %)



Eine weitere zentrale Begründung der Sporttreibenden ist das Spaßmotiv: 52.0% der befragten Aktiven schätzen die Begründung „Sport treiben, weil Sport Spaß macht“ als für sie persönlich „sehr wichtig“ ein (vgl. Tabelle 6-17). Für weitere 33.0% ist das Spaßmotiv eine immerhin wichtige Begründung. Für insgesamt 85.0% der sportaktiven Befragten also spielt das Spaßmotiv eine die Sportausübung begründende Rolle (vgl. Tabelle 6-17). Eine mittlere Bewertung¹¹ von 1.62 fällt zwar im Vergleich zu den beiden gesundheits- und fitnessbezogenen Begründungen geringer aus (Gesundheit: 1.19; Fitness: 1.20), spricht aber dennoch - insbesondere in Verbindung mit der

¹¹ Ergänzend und zur differenzierten Analyse bietet sich ein zusätzliches Eingehen auf die mittlere Bewertung der Motiv an - eine Betrachtungsweise, die auch den Grad der Zustimmung einbezieht.

Tatsache, dass über 80.0% der Sporttreibenden das Motiv nennen - dafür, dass das Sporttreiben insgesamt stark spaßorientiert ist.

Der Stressabbau durch Sport ist ein weiteres wichtiges Motiv. „Sport treiben, um Stress abzubauen“ ist ein Argument, das im oberen Bereich der Motivskala angesiedelt ist, wenngleich 17.0% der Sporttreibenden dieser Begründung keine Bedeutung beimessen, d.h. ihre Sportaktivität nicht Ausdruck eines Bedürfnisses nach Abbau des Stress ist. Für zumindest wichtig dagegen halten 28.9% der Sporttreibenden die Wirkung sportlicher Aktivitäten. 54.1% bezeichnen den Stressabbau als für sie persönlich sehr wichtige Begründung ihrer Sportaktivität (vgl. Tabelle 6-17). So ergibt sich ein Gesamtanteil von 83.0% sporttreibenden Personen, die mit ihrer Sportaktivität die Absicht verfolgen, Stressabbau zu realisieren und somit gezielt etwas zur Förderung der Gesundheit zu tun. Der entsprechende Mittelwert liegt bei 1.63 (vgl. Abbildung 6-2 und Tabelle 6-17).

Tabelle 6-17 ist darüber hinaus zu entnehmen, dass der Anteil derjenigen, die den Stressabbau für sehr wichtig halten, sogar knapp über dem Anteil der Personen liegt, für die der Spaß am Sport sehr bedeutend ist; das Stressabbau liegt, betrachtet man ausschließlich die Antwortmöglichkeit „sehr wichtig“, an der dritten Stelle, ein in Hinblick auf den bewussten Einsatz sportlicher Aktivitäten.

Betrachtet man den Stellenwert des körperbezogenen Sportmotivs „Sport treiben, um etwas für die Figur zu tun“, so zeigt sich - da insgesamt 72.9% der Aktiven das Argument nennen - ein weiterer bedeutender Einsatzbereich sportlicher Aktivitäten. Für 44.8% der Sporttreibenden ist die Möglichkeit der Figurformung durch Sport sogar sehr wichtig. Auf lediglich etwa ein Viertel der Befragten (27.2%) trifft diese Begründung nicht zu. Instruktiv in diesem Zusammenhang ist dabei, dass Sporttreibende zum einen seltener Gesundheitsprobleme haben und sich darüber hinaus insgesamt gesünder fühlen (vgl. Kap. 6.4.1).

Tabelle 6-17: Motive der Sporttreibenden (Prozentwerte differenziert und Mittelwert)

| Motive der Sporttreibenden | Sporttreibende in % | | | Mittelwert |
|------------------------------------|---------------------|---------|------------------|------------|
| | sehr wichtig | wichtig | nicht so wichtig | |
| um etwas für die Gesundheit zu tun | 82.6 | 15.3 | 2.1 | 1.19 |
| um sich fit zu halten | 81.6 | 15.9 | 2.5 | 1.20 |
| weil Sport Spaß macht | 52.0 | 33.0 | 14.9 | 1.62 |
| um Stress abzubauen | 54.1 | 28.9 | 17.0 | 1.63 |
| um Entspannung zu finden | 40.6 | 34.7 | 24.7 | 1.82 |
| um etwas für die Figur zu tun | 44.8 | 28.1 | 27.2 | 1.84 |
| um mehr Natur zu erleben | 34.3 | 29.9 | 35.8 | 2.01 |
| um nette Leute zu treffen | 22.9 | 33.6 | 43.5 | 2.20 |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 23.2 | 25.7 | 51.2 | 2.27 |
| auf ärztlichen Rat | 18.3 | 15.8 | 65.9 | 2.47 |

Eine nicht unwesentliche Begründung für die Sporttreibenden ist das Motiv „Sport treiben, um mehr Natur zu erleben“. Insgesamt 64.2% der Aktiven nennen das Motiv. Bedenkt man, dass dem Aufenthalt in der Natur in der Regel ein hoher Erholungswert zugesprochen wird, so kann die Sportnachfrage auch in diesem Zusammenhang als gesundheitsorientiert bezeichnet werden. Ein weiterer Motivbereich betrifft die Ebene sozialer Kontakte. 56.5% der Sporttreibenden nennen das Argument „Sport treiben, um nette Leute zu treffen“ (vgl. Abbildung 6-2 und Tabelle 6-17).

Eine offensichtlich geringe Bedeutung kommt den leistungsbezogenen Sportmotiven zu. Die Begründung „Sport treiben, um sportliche Erfolg zu erzielen“ wird lediglich von insgesamt 48.8% der Sporttreibenden genannt und nimmt somit die vorletzte Stelle der Motivskala ein. Das Motiv wird von nur 23.2% der Aktiven als sehr wichtig eingestuft (vgl. Abbildung 6-2 und Tabelle 6-17).

Der Befund eines herausragenden Stellenwerts gesundheitsbezogener Motive ist ein weiteres wichtiges Ergebnis. Die Gesundheitsorientierung ist offenbar ein wesentliches Element und grundsätzliches Merkmal der Sinnrichtungen des Sportaktivseins.

Die Tatsache, dass der Sport offensichtlich vielfach als ein Medium der Gesundheitssicherung genutzt wird, passt zu den dargestellten Modifikationen der Sportrealität und insbesondere zu dem Aktivsein weitere Bevölkerungskreise.

6.3.2 Gesundheitsorientierung als Kern individueller Sportnachfrage

Angesichts der offensichtlich zentralen Bedeutung der Gesundheitsorientierung im Sport bedarf es einer differenzierten Analyse der individuellen Einschätzung der gesundheits- und fitnessbezogenen Motive.

82.6% der befragten Sporttreibenden halten das Argument „Sport treiben, um etwas für die Gesundheit zu tun“ für sehr wichtig, 15.3% für wichtig und nur 2.1% für unwichtig (vgl. Tabelle 6-18).

Tabelle 6-18: Motiv: Gesundheit (Angaben in %)

| Motiv: Sport treiben, um etwas für die Gesundheit zu tun | | |
|---|---------|------------------|
| sehr wichtig | wichtig | nicht so wichtig |
| 82.6 | 15.3 | 2.1 |

Folglich sind insgesamt 97.9% der befragten Sporttreibenden aktiv, um etwas für ihre Gesundheit zu tun. Der Mittelwert liegt bei 1.19 (vgl. Tabelle 6-17) und kommt in dieser positiven Ausprägung dadurch zustande, dass, wie oben angesprochen, 82.6% aller Aktiven das Gesundheitsmotiv als für sie persönlich „sehr wichtig“ einschätzen. Fast alle Sporttreibenden sehen die Möglichkeit der aktiven Gesundheitssicherung durch Sport und setzen (auch) in diesem Sinne Sportaktivitäten ein.

Die Bewertung spricht für einen herausragenden Stellenwert des Gesundheitsmotivs und veranschaulicht die Bedeutsamkeit des Wunsches, Gesundheit - als zu fördernden und zu erhaltenden Zustand - mit Hilfe des konkret einsetzbaren Mediums Sport zu sichern. Zunächst findet sich hiermit eines der Standardergebnisse der empirischen

Sozialforschung. RITTNER (1987, 40) spricht im Zusammenhang eines stereotypen Heranziehens gesundheitsbezogener Begründungen im Sport allerdings von einem eher erklärungsbedürftigen als erklärenden „sportbezogenen allgemeinen Gesundheitsoptimismus“.

Auch die Begründung „Sport treiben, um sich fit zu halten“ ist als eines der zentralen Sportmotive anzusehen (vgl. Abbildung 6-2 und Tabelle 6-19).

Tabelle 6-19: Motiv: Fitness (Angaben in %)

| Motiv: Sport treiben, um sich fit zu halten | | |
|--|---------|------------------|
| sehr wichtig | wichtig | nicht so wichtig |
| 81.6 | 15.9 | 2.5 |

Das Begriffspaar Fitness und Sport ist für die meisten der Aktiven nicht zu trennen, was durch 97.5% der Befragten, die (auch) der Fitness wegen sportaktiv sind, nachgewiesen wird. Für nur 2.5% der Aktiven ist diese Begründung nicht wichtig. 15.9% der Sporttreibenden schätzen die Begründung als wichtig, 81.6% sogar als sehr wichtig ein; die mittlere Bewertung liegt hier bei 1.20 (vgl. Tabelle 6-17). Somit wird zudem ein verbreitetes Bewusstsein, das „moderne Attribut“ Fitness - ein „Lebensideal unserer Zeit“ (OPASCHOWSKI 1987, 26) und nach RÖTHIG (1983, 134-135) „...allgemein die Lebenstauglichkeit des Menschen sowie dessen aktuelle Eignung für beabsichtigte Handlung ...“ bezeichnend - durch Sport erwerben und halten zu können, deutlich.

Dieser Befund korrespondiert mit bundesweiten Studien sowie spezifischen¹² regionalen Untersuchungsergebnissen in Deutschland: So stellen BÖS/WOLL (1989, 9 ff.) „deutliche Beziehungen zwischen Sport und Gesundheit, sowohl auf der Ebene der subjektiven Einschätzungen (Sportler fühlen sich gesünder) als auch auf der Ebene manifester Risikofaktoren (Sportler sind weniger übergewichtig und haben seltener

¹² vgl. hierzu auch RITTNER/MRAZEK 1986a, 41 ff.

Bluthochdruck)“ fest sowie die Tatsache, dass „Sport als Mittel der Prävention von einem Gros der Bevölkerung akzeptiert“ und genutzt wird.

Folglich spricht vieles für eine im Kern gesundheits- und fitnessorientierte Sportnachfrage. Ein Indiz ist zum einen die bemerkenswerte Übereinstimmung hinsichtlich der positiven Bewertung beider Motive. Denkbar sind Zusammenhänge zwischen einem veränderten aktiveren Gesundheitsverhalten und gesteigerten sowie gewandelten Sportinteressen. Hierfür spricht insbesondere auch der vergleichsweise hohe Anteil der Befragten, die die Gesundheits- und Fitnessorientierung im Kontext ihres Sportinteresses als sehr wichtig ansehen (vgl. Tabelle 6-17). Betrachtet man demgegenüber das nächstbedeutende Motiv, das Spaßmotiv, so ist hier der Anteil der Befragten, die diese Begründung als sehr wichtig einschätzen, deutlich geringer.

Aufgrund der Tatsache, dass die Gesundheits- und Fitnessorientierung derart überzeugend im Vordergrund sportlicher Aktivitäten in Seoul steht, erscheinen die skizzierten Merkmale einer Veränderung der Sportnachfrage unter einem besonderen Vorzeichen. Es entsteht – bedenkt man die Vielzahl der aus gesundheitlichen Gründen Sportaktiven sowie unterschiedlichen persönlichen Voraussetzungen – der Eindruck der Generalisierungsfähigkeit gesundheitsbezogener Begründungskonzepte. Ein weiteres Indiz hierfür lässt sich den dargestellten verschiedenartigen Formen sportlichen Aktivseins, die zum überwiegenden Teil offensichtlich aus gesundheitsbezogenen Motiven heraus ausgeübt werden, entnehmen.

Zumindest weist die nahezu grundsätzliche Nennung gesundheitsorientierter Begründungen im Sportkontext sowie die Tatsache, dass gesundheitsbezogene Motive in der Regel als auch in Süd-Korea besonders bedeutend eingeschätzt werden, mit Nachdruck auf neue Dimensionen des Sports.

6.3.3 Der Stellenwert traditioneller Sportmotive

Aufschlussreich in Hinblick auf die Bedeutung der Erfolgsorientierung im Kontext modernen Sportaktivseins ist eine differenzierte Betrachtung der Bewertung der Sportmotive „Sport treiben, um sportliche Erfolg zu erzielen“ (vgl. Abbildung 6-2, Tabelle 6-17). Es ist die Begründung, die leistungsbezogene Sportkonzepte widerspiegelt.

Lediglich 23.2% der Sporttreibenden halten es für sehr wichtig, durch Sportaktivität die eigene Leistungsfähigkeit unter Beweis stellen zu können, für 25.7% ist dies wichtig (vgl. Tabelle 6-20). 51.2% schätzen das Motiv „Sport treiben, um sportliche Erfolge zu erzielen“ als für persönlich unwichtig ein. Der Mittelwert, der bei 2.27 liegt (vgl. Tabelle 6-17), bestätigt eine lediglich geringe Bedeutung der Erfolgsorientierung im Sport und belegt die scheinbar häufig genutzte Möglichkeit, ohne einen Leistungsbezug sportaktiv sein zu können.

Tabelle 6-20: Motiv: Leistung (Angaben in %)

| Motiv: Sport treiben, um sportliche Erfolge zu erzielen | | |
|--|---------|------------------|
| sehr wichtig | wichtig | nicht so wichtig |
| 23.2 | 25.7 | 51.2 |

Die Befunde verdeutlichen im einzelnen, wie vergleichsweise gering der Stellenwert der leistungs- und wettkampforientierten Sportmotive im Kontext des modernen Sportaktivseins ist. Instrukтив ist der geringe Anteil der Befragten mit explizitem Leistungsbezug, d.h. derjenigen, für die Leistung und Erfolg im Sport sehr wichtig sind. Diese reduzierte Bedeutung leistungsbezogener Begründungszusammenhänge im Sport tritt insbesondere im Vergleich zur Relevanz gesundheitsorientierter Sportmotive klar hervor. Bedenkt man im Zusammenhang einer Abnahme der Relevanz traditioneller Sportmotive die Befunde zu den Sportaktivitäten, die einen herausragenden Stellenwert freizeitorientierter Sportarten sowie eine zunehmende Orientierung an Sportaktivitäten

ohne Wettkampf- oder Leistungsdruck dokumentieren, so verdichtet sich der Eindruck eines um den Gesundheitskontext erweiterten Sportkonzepts.

Die hinsichtlich der Sportaktivitäten festgestellten charakteristischen quantitativen wie qualitativen Merkmale und Modifikationen finden somit offensichtlich ihre Entsprechung auch in den Motivstrukturen. Betrachtet man die Befunde näher, so lassen sich den Ergebnissen Hinweise darauf entnehmen, dass das Verblässen der traditionellen Sportzugangsmechanismen sowie der gleichzeitig herausragende Stellenwert gesundheitsbezogener Begründungen wesentliche Grundlagen der Bedeutungszunahme des Sports darstellen. Eine offensichtlich breitgefächerte Verwendbarkeit des Sports, die in dem Motivspektrum deutlich wird, und darüber hinaus insbesondere seine Einsetzbarkeit in Hinblick auf individuelle Bedürfnislagen, so z.B. für Belange der Gesundheitssicherung, scheinen in diesem Zusammenhang wesentliche Aspekte zu sein. Da die Gesundheitsmotivation im Sport offenbar in zahlreichen Variationen vielseitig und übergreifend Anwendung findet, ist davon auszugehen, dass sie - sozusagen als übertragbares Begründungskonzept - einer veränderten Struktur der Sportnachfrage Ausdruck und Dynamik gibt.

6.3.4 Personengruppenspezifische Sportmotivation und Gesundheitsorientierung

Die zum Sportverhalten dargestellten Befunde (vgl. Kap. 6.1 und 6.2) dokumentieren deutlich die Existenz einer personengruppenspezifischen Sportnachfrage. An dieser Stelle soll überprüft werden, ob und inwieweit sich auch personengruppenspezifische Unterschiede in der Sportmotivation feststellen lassen. Trotz der im vorhergehenden Abschnitt (vgl. Kap. 6.3) festgestellten nahezu übergreifenden Bedeutsamkeit gesundheitsbezogener Motiv soll auch der Grad der Gesundheitsorientierung bestimmter Personengruppen differenziert betrachtet werden.

6.3.4.1 Der spezielle Gesundheitsbezug vom Geschlecht

In Abhängigkeit vom Geschlecht lassen sich auf der Grundlage der Daten in verschiedenen Bereichen sehr spezifische Sportmotivationen nachweisen (vgl. Tabelle 6-21).

Deutlich Unterschiede zeigen sich bei vier Motiven. Für Männer sind die Erfolgsmotivation, die Spaßmotivation und die sozialen Kontakte wichtiger als für die Frauen. Weiterhin ist Ärztlicher Rat für 13.9% der Männer, und für 23.4% der Frauen eine Grundlage ihrer Sportaktivität (vgl. Tabelle 6-21). Die Mittelwerte liegen bei 2.55 (Männer) bzw. 2.37 (Frauen) (vgl. Tabelle 6-22). Diese Unterscheidung weist daraufhin, dass im Bereich des Frauensports eine spezifische Gesundheitsorientierung vergleichsweise häufiger vorliegt. Ein weiteres sehr spezifisches körperbezogenes Motiv, die Zielsetzung, durch Sportaktivität etwas für die Figur zu tun, also der Wunsch nach Körperformung und Figurverbesserung, ist – erwartungsgemäß – bei Frauen deutlich häufiger vorhanden als bei Männer: 36.5% der männlichen Aktiven (Mittelwert: 1.98) und 54.2% der weiblichen Sporttreibenden (Mittelwert: 1.64) gehen ihrem Sport nach, um etwas für die Figur zu tun (vgl. Tabelle 6-21, 6-22).

Tabelle 6-21: Motive der Sporttreibenden nach Geschlecht

| Sport treiben, | Sporttreibende in % | | | Chi ² | Sign. |
|------------------------------------|---------------------|--------|--------|------------------|---------|
| | Global | Männer | Frauen | | |
| um etwas für die Gesundheit zu tun | 82.6 | 80.6 | 84.8 | 1.787 | .409 |
| um sich fit zu halten | 81.6 | 81.8 | 81.4 | .076 | .963 |
| um Stress abzubauen | 54.1 | 56.0 | 51.9 | 1.651 | .438 |
| weil Sport Spaß macht | 52.0 | 62.7 | 39.6 | 31.741 | .000*** |
| um etwas für die Figur zu tun | 44.8 | 36.5 | 54.2 | 23.953 | .000*** |
| um Entspannung zu finden | 40.6 | 43.5 | 37.2 | 2.867 | .239 |
| um mehr Natur zu erleben | 34.3 | 35.0 | 33.6 | .146 | .930 |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 23.2 | 28.9 | 16.5 | 20.800 | .000*** |
| um nette Leute zu treffen | 22.9 | 27.5 | 17.6 | 13.716 | .001*** |
| auf ärztlichen Rat | 18.6 | 13.9 | 23.4 | 8.485 | .014* |

Bei einer geschlechtsspezifischen Differenzierung der Einschätzung leistungsbezogener Sportmotive zeigt sich, dass das leistungs- und erfolgsorientierte Sporttreiben eindeutig eher männlichem Sport-Aktivsein zuzuordnen ist. So üben 16.5% der Frauen, aber 28.9% der Männer ihren Sport erfolgsorientiert aus (vgl. Tabelle 6-21).

Der auffallende Gesundheitsbezug der Frauen und ihre vergleichsweise geringer ausgeprägte Leistungsorientierung im Sport stimmen im weiteren mit den geschlechtsspezifischen Präferenzen hinsichtlich der Art der Sportausübung überein (vgl. Kap. 6.2). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch der Stellenwert, den die meist zielgruppenspezifischen Sport- und Bewegungsangebote des kommerziellen Sportcenters im Bereich des Frauensports einnehmen.

Der Unterschied „Sport treiben, um etwas für Gesundheit zu tun“ darf also nur als Tendenz interpretiert werden. So zeigt die geschlechtsspezifische Analyse (vgl. Tabelle 6-21), dass die weiblichen Sportteilnehmer insgesamt einen größeren Wert auf Gesundheit legen als die männlichen.

Auf dem ersten Blick zeigt sich das Ergebnis, dass 84.8% der Frauen und auch 80.6% der Männer ihren Sport ausüben, um etwas für ihre Gesundheit zu tun (vgl. Tabelle 6-21). Ein Vergleich der Mittelwerte, die den Grad der Zustimmung miteinbeziehen, skizziert trotz der relativen Übereinstimmung im Hinblick auf die grundsätzliche Nennung des Motivs ein etwas stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein sporttreibender Frauen: Die mittlere Bewertung für das Motiv „Sport treiben, um etwas für die Gesundheit zu tun“ liegt bei den sportaktiven Männer bei 1.21, bei den weiblichen Sporttreibenden dagegen bei 1.17 (vgl. Tabelle 6-22). Der Unterschied ist aber nicht statistisch signifikant.

Tabelle 6-22: Motive der Sporttreibenden nach Geschlecht (Anova)

| Sport treiben, | Bewertung der Sporttreibenden | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|--------|--------|---------|
| | Geschlecht | | | |
| | Männer | Frauen | F-wert | Sign. |
| um etwas für die Gesundheit zu tun | 1.21 | 1.17 | 5.486 | .215 |
| um sich fit zu halten | 1.20 | 1.21 | .190 | .832 |
| weil Sport Spaß macht | 1.47 | 1.81 | 2.944 | .000*** |
| um Stress abzubauen | 1.59 | 1.67 | 1.464 | .217 |
| um etwas für die Figur zu tun | 1.98 | 1.64 | .495 | .000*** |
| um Entspannung zu finden | 1.81 | 1.87 | 2.445 | .320 |
| um mehr Natur zu erleben | 2.00 | 2.02 | .034 | .817 |
| um nette Leute zu treffen | 2.09 | 2.33 | .170 | .000*** |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 2.13 | 2.44 | 3.281 | .000*** |
| auf ärztlichen Rat | 2.55 | 2.37 | 21.890 | .006** |

6.3.4.2 Gesundheitsorientierte Sporttreibende nach Alter

Hinsichtlich der Einschätzung des Motivs „Sport treiben, um etwas für die Gesundheit zu tun“ wird - so die Mittelwerte - eine besonders starke Gesundheitsorientierung älterer Sporttreibender deutlich (vgl. Tabelle 6-23). Bei einem globalen mittleren Wert von 1.19 errechnet sich für die 18-25jährigen ein Mittelwert von 1.25, für die 26-35jährigen ein Mittelwert von 1.25 und für die 36-50jährigen ein Mittelwert von 1.17. Für die 51-65 Jahre alten Aktiven liegt der entsprechende Wert bei 1.12, für die über 65jährigen bei 1.07.

Das Ergebnis zeigt eine mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigende Bedeutung des Gesundheitsmotivs und weist somit ältere Sporttreibende als stärker gesundheitsorientierte Aktive aus. Dieser Befund korrespondiert mit den Untersuchungsergebnissen von BREHM/KURZ (1988), die im Rahmen ihrer Studie „Sport ab 50“ das Sportverhalten von älteren Menschen analysieren. Die Autoren stellen

fest, dass der Bereich der fitness- und gesundheitsbezogener Motive in den untersuchten SeniorInnen-Gruppen als wichtigste Begründungskategorie eine Sonderstellung einnimmt. Hierdurch werden zugleich spezielle Sportbedürfnisse und -ansprüche älterer Menschen signalisiert.

Tabelle 6-23: Motive der Sporttreibenden nach Alter (Anova)

| Sport treiben, | Wertung der Aktiven | | | | | | F-Wert | Sign. |
|------------------------------------|---------------------|---------------|------|------|------|------|--------|---------|
| | gl. | Altersgruppen | | | | | | |
| | | I | II | III | IV | V | | |
| um etwas für die Gesundheit z. tun | 1.19 | 1.25 | 1.25 | 1.17 | 1.12 | 1.07 | 2.505 | .041* |
| um sich fit zu halten | 1.20 | 1.23 | 1.24 | 1.14 | 1.21 | 1.28 | 1.062 | .374 |
| weil Sport Spaß macht | 1.63 | 1.42 | 1.46 | 1.78 | 1.75 | 2.23 | 9.538 | .000*** |
| um Stress abzubauen | 1.63 | 1.55 | 1.50 | 1.68 | 1.68 | 2.23 | 3.623 | .006** |
| um etwas für die Figur zu tun | 1.82 | 1.65 | 1.58 | 1.83 | 2.09 | 2.61 | 11.044 | .000*** |
| um Entspannung zu finden | 1.84 | 1.89 | 1.72 | 1.85 | 1.84 | 2.07 | .997 | .408 |
| um mehr Natur zu erleben | 2.01 | 2.31 | 2.18 | 1.88 | 1.74 | 1.84 | 11.460 | .000*** |
| um nette Leute zu treffen | 2.20 | 2.14 | 2.14 | 2.30 | 2.22 | 2.23 | 1.037 | .387 |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 2.28 | 2.12 | 2.33 | 2.24 | 2.40 | 2.69 | 3.311 | .011* |
| auf ärztlichen Rat | 2.47 | 2.76 | 2.65 | 2.38 | 2.22 | 1.61 | 15.916 | .000*** |

Altersgruppen: I=18-25 Jahre, II=26-35 Jahre, III=36-50 Jahre, IV=51-65 Jahre, V= über 65 Jahre

Zieht man im Zusammenhang der Sportmotivation der älteren Befragten die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands hinzu, so findet sich hier ein weiterer Anhaltspunkt im Kontext offensichtlich spezifischer Sportinteressen: Ältere Personen zeigen sich mit ihrer gesundheitlichen Verfassung wesentlich unzufriedener als junge Befragte, so dass sich auch von daher ihre verstärkt gesundheitsbezogene Sportnachfrage erklären lässt (vgl. Tabelle 6-30). Über 50jährige Befragte bewerten ihren Gesundheitszustand durchschnittlich mit 2.92, die 18-25jährigen im Mittel 2.67; die mittleren Jahrgänge liegen dazwischen.

In der Altersgruppe der 36-50jährigen ist ein besonders großes Fitnessinteresse festzustellen.

Das zudem gerade bei dieser Altersgruppe stark ausgeprägte Bemühen, die Sportaktivität speziell einzusetzen, um etwas für die Figur zu tun, verdichtet den Eindruck einer neu zum Sport gekommenen Personengruppe mit spezifischen körperbezogenen Sportinteressen: 55.7% der 26-35jährigen Aktiven schätzen dieses Motiv als ihre Sportaktivität mitbegründend ein. Für die älteren Befragten ist dieses Motiv weniger entscheidend: Der Anteil der 50-65jährigen liegt bei 29.2%, der über 65jährigen macht 7.7% aus (vgl. Tabelle 6-24).

Tabelle 6-24: Sportmotiv nach Alter

| Sport treiben, | Wertung der Aktiven in % | | | | | | Chi ² | Sign. |
|------------------------------------|--------------------------|---------------|------|------|------|------|------------------|---------|
| | gl. | Altersgruppen | | | | | | |
| | | I | II | III | IV | V | | |
| um etwas für die Gesundheit z. tun | 82.5 | 78.2 | 78.3 | 83.7 | 87.7 | 92.9 | 11.605 | .170 |
| um sich fit zu halten | 81.6 | 80.3 | 80.2 | 86.8 | 79.5 | 71.4 | 9.282 | .319 |
| um Stress abzubauen | 53.9 | 60.5 | 57.5 | 49.0 | 51.7 | 30.8 | 23.835 | .002** |
| weil Sport Spaß macht | 51.9 | 65.3 | 63.2 | 43.0 | 41.7 | 23.1 | 40.817 | .000*** |
| um etwas für die Figur zu tun | 44.7 | 55.5 | 55.7 | 44.7 | 29.2 | 7.7 | 44.392 | .000*** |
| um Entspannung zu finden | 40.5 | 41.5 | 42.5 | 38.3 | 41.4 | 30.8 | 12.321 | .137 |
| um mehr Natur zu erleben | 34.1 | 22.1 | 25.5 | 37.8 | 47.6 | 46.2 | 47.511 | .000*** |
| um nette Leute zu treffen | 22.8 | 26.5 | 23.6 | 19.3 | 22.1 | 23.1 | 5.552 | .697 |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 23.1 | 32.0 | 19.8 | 24.3 | 16.6 | 7.7 | 14.968 | .060 |
| auf ärztlichen Rat | 18.4 | 6.8 | 9.4 | 21.3 | 29.7 | 61.5 | 60.279 | .000*** |

Altersgruppen: I=18-25 Jahre, II=26-35 Jahre, III=36-50 Jahre, IV=51-65 Jahre, V= über 65 Jahre

Betrachtet man darüber hinaus die Einstellung älterer Sporttreibender zu leistungs- und erfolgsorientierter Sportaktivität, so werden Ansätze einer speziellen Personengruppen-Sportnachfrage klar erkennbar: Wie erwartet zeigen sich deutliche Unterschiede im Hinblick auf leistungsorientierte Sportmotive. Mit zunehmendem Alter der Sporttreibenden verringert sich kontinuierlich der Anteil derjenigen, die ihrem Sport nachgehen, um sportliche Erfolge zu erzielen. Bei einem durchschnittlichen Anteil von 23.1 % der Sporttreibenden, die ihren Sport des sportlichen Erfolges wegen ausüben, ist

die Gruppe der 18-25-Jährigen mit 32.0% deutlich überpräsentiert und der über 65-Jährigen mit 7.7% dagegen relativ schwach vertreten. Der Wunsch, Sportlerfolge zu erringen, wird parallel zu einer altersbedingten Abnahme der Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter merklich geringer.

Neben dem leistungsorientierten Sportmotiv ist auch Spaß am Sport in ganz besonderem Maße bei jungen Sportlern ausgeprägt. Hinsichtlich des Spaßmotivs, das insgesamt von 51.9% der Sporttreibenden als bedeutend eingestuft wird, zeigen sich, abhängig vom Alter der Befragten, deutliche Unterschiede: 65.3% der 18-25-jährigen Befragten – das Spaßmotiv steht somit an der Spitze der Sportmotivation der jüngsten Befragten – bezeichnen den Spaß am Sport als für sie persönlich sehr wichtiges Argument. Der Mittelwert liegt für diese Gruppe bei 1.42, deutlich abgehoben von den Werten der anderen Altersgruppen (vgl. Tabelle 6-23). Die 26-35-jährigen schätzen zu 63.2% Spaß am Sport als bedeutend ein, der Anteil der 36-50-jährigen liegt bei 43.0%, die über 65-jährigen dagegen sprechen sich „nur“ zu 23.1% für das Spaßmotiv aus. Betrachtet man ausschließlich die Mittelwerte (vgl. Tabelle 6-24), so nimmt das Spaßmotiv bei den über 65-jährigen lediglich den sechsten Rang ein. So entsteht der Eindruck, dass ältere Personen ihren Sport gewissermaßen zweckbezogener betreiben.

Gesundheit und Fitness stehen bei allen Altersgruppen unter den erstgenannten Motiven, wobei sich teilweise aber altersabhängige Verschiebungen ergeben. So spielt für das Sporttreiben der jüngeren Altersgruppen das Leistungsmotiv eine deutlich größere Rolle als bei den älteren. Auch die Spaßorientierung ist bei ihnen stärker ausgeprägt. Mit wachsendem Alter steigt das Interesse an Gesundheit und Natur deutlich an.

So kann festgehalten werden, dass dem Lebensalter – und damit einhergehend den jeweiligen (physiologischen und sozialen) lebensphasenbedingten Umständen - ein erheblicher Einfluss auf die Sportmotivstruktur zuzuschreiben ist.

Der Befund eines ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins älterer Sporttreibender bestätigt die Ergebnisse zahlreicher weiterer Studien. So stellen beispielsweise auch BERGMANN/HEUWINKEL (1988, 61 ff.; 1989, 53 ff.) sowie HEUWINKEL/SCHOTTE/WYNS (1990, 74 ff.) in ihren regionalen Studien zum Sportverhalten und den Einstellungen zum Sport einen besonderen Gesundheitsbezug der älteren Generation fest. Dieser Sachverhalt lässt sich auf der Basis der Befunde der vorliegenden Arbeit insbesondere durch die Motivrangfolge bei den einzelnen Altersgruppen der Aktiven nachvollziehen: Bei den 18-50jährigen ist offensichtlich das Fitnessinteresse besonders stark ausgeprägt; für Sportaktive, die älter als 50 Jahre sind, steht dagegen die Gesundheit an erste Stelle. Dies scheint in engem Zusammenhang mit der oftmals schlechteren gesundheitlichen Verfassung älterer Menschen zu stehen. Zudem sind ältere Personen offenbar auch häufiger auf Anraten des Arztes hin aktiv. Hierzu passen der nur sehr geringe Stellenwert der leistungsbezogener Motive in Bezug auf diese Personengruppe sowie die von Älteren präferierten Sportaktivitäten.

6.3.4.3 Gesundheitsinteressen und Bildung

Das Motiv „Sport treiben auf ärztlichen Rat“ wird von Sporttreibenden der niedrigsten Bildungskategorie vergleichsweise besonders häufig als bedeutend angesehen. 52.9 % der Personen mit Hauptschulabschluss, 15.8% derjenigen mit mittlerem Bildungsabschluss und nur 15.1% der Sporttreibenden mit Universitätsabschluss betreiben ihren Sport auf ärztlichen Rat hin (vgl. Tabelle 6-25). Zwar könnte man annehmen, dass mit zunehmender Bildung im Allgemeinen auch Sichtweisen, Perspektiven und Zugangsmöglichkeiten hinsichtlich des Sports entstehen und erweitert werden, jedoch weichen die Anteile der jeweiligen Bildungsgruppen nicht so stark voneinander ab, wenn es um den Sport geht, der zur Gesundheitsförderung betrieben wird (vgl. Tabelle 6-25): 88.2% resp. 71.8% der Aktiven mit Hauptschulabschluss (Grundschule und Mittelschule), 85.5% der Befragten mit mittlerem Bildungsabschluss

(Highschool) und 81.5% der Aktiven der höchsten Bildungsschicht betreiben ihren Sport, um etwas für die Gesundheit zu tun. Der Mittelwertvergleich allerdings zeigt an, dass Sporttreibende der untersten Bildungsschicht - ebenso wie sich dies bei den Motivmustern der älteren Menschen und der Frauen gezeigt hat - das allgemeine Gesundheitsmotiv tendenziell häufiger als sehr wichtig einschätzen (Mittelwerte¹³: Hauptschulabschluss: 1.11, mittlerem Bildungsabschluss: 1.16, Studium: 1.20) (vgl. Anhang Tabelle A5) – ein angesichts des eher mittleren und oberen Bildungsschichten unterstellten besonderen Gesundheitsbewusstseins überraschendes Ergebnis. Erklärungsansätze hierfür sind möglicherweise in dem bei Befragungen häufig feststellbaren angepassteren Antwortverhalten unterer Bildungsschichten zu finden.

Tabelle 6-25: Motiv der Sporttreibenden nach Bildung (Angaben in %)

| Sport treiben, | Bildungsgruppe | | | | Chi ² | Sign. |
|------------------------------------|----------------|------|------|------|------------------|---------|
| | I | II | III | IV | | |
| um etwas für die Gesundheit zu tun | 88.2 | 71.8 | 85.5 | 81.5 | 5.594 | .470 |
| um sich fit zu halten | 76.5 | 76.9 | 77.8 | 84.3 | 6.943 | .326 |
| weil Sport Spaß macht | 35.3 | 38.5 | 48.6 | 57.7 | 15.259 | .018* |
| um Stress abzubauen | 52.9 | 51.3 | 54.9 | 54.2 | 12.796 | .046 |
| um etwas für die Figur zu tun | 11.8 | 28.2 | 41.8 | 50.5 | 22.854 | .001*** |
| um Entspannung zu finden | 35.3 | 28.2 | 38.8 | 43.4 | 6.052 | .417 |
| um mehr Natur zu erleben | 35.3 | 30.8 | 36.1 | 34.4 | 2.107 | .910 |
| um nette Leute zu treffen | 23.5 | 12.8 | 23.9 | 23.8 | 5.629 | .466 |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 23.5 | 15.4 | 25.3 | 22.8 | 3.907 | .689 |
| auf ärztlichen Rat | 52.9 | 41.0 | 15.8 | 15.1 | 37.831 | .000*** |

Schulabschluss: I = Grundschule, II = Mittelschule, III = Gymnasium, IV = Universität

So lässt sich auf der Basis der Befunde letztlich eine im Allgemeinen stärkere Gesundheitsbezogenheit besser Gebildeter nicht bestätigen. Es fällt auch auf, dass in den unteren Bildungsschichten eine bemerkenswerte Gesundheitsorientierung im Sport

¹³ Mittelwerte: 1=sehr wichtig, 2=wichtig, 3=nicht so wichtig

vorzufinden ist. Eine andere Annahme wäre nur dadurch zu begründen, dass das Gesundheitsverhalten der Befragten nicht das der Bevölkerung widerspiegelt.

Da sich teils Parallelen zwischen den Motivmustern älterer Befragter - und diese gehören überproportional häufig unteren Bildungsschichten an - und Personen niedrigeren Bildungsniveau zeigen - so zeigt sich z.B. sowohl bei älteren Befragten als auch bei Personen unterer Bildungsschichten ein besonders deutlicher allgemeiner Gesundheitsbezug-, ist von einer Überlagerung durch weitere Effekte auszugehen.

6.3.4.4 Gesundheitsinteressen und Berufstatus

Bei einem über alle bewerteten Motive durchgeführten Vergleich der beiden Personengruppen „berufstätige Aktive“ und „nicht-berufstätige Aktive“ zeigen sich signifikante Einschätzungsunterschiede lediglich hinsichtlich des Motivs „Sport treiben, um mehr Natur zu erleben“.

Tabelle 6-26: Motiv der Sporttreibenden nach Berufstätigkeit (Angaben in %)

| Sport treiben, | Berufstätig | | | Chi ² | Sign. |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------------|------------------|--------|
| | gl. | Berufstätig | nicht Berufstätig | | |
| um etwas für die Gesundheit zu tun | 82.7 | 83.9 | 81.5 | .733 | .693 |
| um sich fit zu halten | 81.6 | 83.5 | 79.7 | 3.100 | .212 |
| weil Sport Spaß macht | 52.0 | 52.5 | 51.4 | .128 | .938 |
| um Stress abzubauen | 54.2 | 51.4 | 57.0 | 4.860 | .088 |
| um etwas für die Figur zu tun | 44.8 | 41.5 | 48.2 | 3.185 | .203 |
| um Entspannung zu finden | 40.5 | 42.4 | 38.5 | 3.918 | .141 |
| um mehr Natur zu erleben | 34.2 | 39.0 | 29.3 | 12.907 | .002** |
| um nette Leute zu treffen | 23.0 | 20.8 | 25.1 | 2.670 | .263 |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 23.2 | 22.7 | 23.7 | 1.128 | .569 |
| auf ärztlichen Rat | 18.3 | 18.7 | 17.9 | 3.117 | .210 |

Wie erwartet wird diese Begründung wesentlich häufiger von berufstätigen Sporttreibenden als für sie persönlich bedeutend angegeben. 39.0% der erwerbstätigen, jedoch 29.3% der nicht berufstätigen Sportaktiven (vgl. Tabelle 6-26), nennen diese Begründung.

Im Folgenden werden die nichtberufstätigen Sporttreibende wiederum in drei Personengruppen aufgeteilt. Die erste Personengruppe stellt Studenten, die zweite Hausfrauen und die dritte Rentner dar (vgl. Tabelle 6-27).

Tabelle 6-27: Motiv der nicht berufstätigen Sporttreibenden aufgeteilt in Personengruppen (Angaben in %)

| Sport treiben, | Nicht- Berufstätigen | | | Chi ² | Sign. |
|--------------------------------------|----------------------|------|------|------------------|---------|
| | I | II | III | | |
| um etwas für die Gesundheit zu tun | 96.1 | 99.1 | 100 | 54.341 | .137 |
| um sich fit zu halten | 96.8 | 96.7 | 85.7 | 55.488 | .008** |
| weil Sport Spaß macht | 92.0 | 75.8 | 71.5 | 78.206 | .001*** |
| um Stress abzubauen | 84.8 | 79.4 | 57.2 | 75.000 | .002** |
| um etwas für die Figur zu tun | 80.0 | 73.6 | 28.6 | 66.876 | .015* |
| um Entspannung zu finden (Ausgleich) | 69.6 | 75.3 | 50.0 | 47.141 | .345 |
| um mehr Natur zu erleben | 45.7 | 70.0 | 71.4 | 72.009 | .005** |
| um nette Leute zu treffen | 59.2 | 51.3 | 57.2 | 43.989 | .472 |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 57.0 | 36.7 | 28.6 | 73.332 | .004** |
| auf ärztlichen Rat | 15.8 | 48.8 | 57.2 | 88.827 | .000*** |

Personengruppe: I = Studentinnen, II = Hausfrau, III = Rentnerinnen

Es sind dies in der Regel Unterschiede, die offensichtlich sehr stark durch den Alterseffekte bzw. familiäre Situation überlagert sind.

Hinsichtlich des Motivs „Sport treiben, um etwas für die Gesundheit zu tun“ zeigen sich zunächst keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf den Anteil der Nennungen.

Der Vergleich der Mittelwerte bei der Einschätzung der Wichtigkeit allerdings deutet an, dass Studentinnen und Hausfrauen ein verstärktes Fitnessinteresse aufweisen.

Rentnerinnen schätzen das Gesundheitsmotiv seltener als „sehr wichtig“ ein (vgl. Anhang Tabelle A6).

Der ärztliche Rat als Begründung in Hinblick auf sportliches Aktivsein trifft in erste Linie auf Rentnerinnen zu: 57.2% von ihnen nennen die Begründung. Die Hausfrauen nennen dieses Motiv zu 48.8%; die Studentinnen zu 15.8% (vgl. Tabelle 6-27).

80.0% der Studentinnen und 73.6% der Hausfrauen nennen das Motiv „Sport treiben, um etwas für die Figur zu tun“, Rentnerinnen dagegen nur zu 28.6%. Dieser signifikante Einschätzungsunterschied ist augenscheinlich eine ebenso vom Alter der Befragten abhängige Wertung (vgl. Tabelle 6-27 und Anhang Tabelle A6).

Naturverbundenheit zeigen insbesondere Rentnerinnen (71.4%) nennen die Begründung und Hausfrauen (70.0% nennen das Motiv). Studentinnen (45.7%) nennen diese Begründung deutlich seltener (vgl. Tabelle 6-27). Auch in diesem Zusammenhang werden Alterseffekte, die sich in besonderer Naturbezogenheit in Verbindung mit dem Sport und der Sportartenwahl äußern, deutlich.

Ebenso werden leistungsbezogene Sportmotive wie erwartet in erster Linie von Studentinnen genannt. Sporttreiben des sportlichen Erfolgs wegen ist eine Domäne der jüngeren Befragten: Studentinnen (57.0% nennen das Motiv) unterscheiden sich signifikant in ihrer diesbezüglichen Bewertung von Rentnerinnen (28.6%) und der Gruppe der Hausfrauen (36.7%) (vgl. Tabelle 6-27).

Im Gesamtkontext sind - zusammenfassend - insbesondere die folgenden Gesichtspunkte bezeichnend:

Auf der Basis einer allgemein feststellbaren Gesundheitsorientierung im Sport, die augenscheinlich in engem Zusammenhang mit einer Öffnung des Sports für weite Personengruppen steht, sprechen die Befunde deutlich für dennoch bestehende Unterschiede in den Motivmustern und der Ausprägung des Gesundheitsbezugs.

Die besondere Gesundheitsorientierung älterer Menschen bestätigt eine personengruppenspezifische gesundheitsbezogenen Sportnachfrage: Die Bedeutung des ärztlichen Rates für ältere Befragte, deren ausdrückliche Naturbezogenheit sowie ihre andererseits geringe Leistungsorientierung korrespondieren mit den in Abschnitt 9.2.2 erörterten Befunden einer personengruppenspezifischen Relevanz weicher Sportaktivitäten.

6.4 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung

Informationen über den Gesundheitszustand und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Bevölkerung einer Region sind eine wichtige Basis gesundheitspolitischer Planung.

Hinzu kommt, dass die Erfassung von Gesundheit neben objektiven Faktoren unbedingt auch die subjektive Ebene einbeziehen muss, insbesondere dann, wenn es um die Konzeption effizienter Maßnahmen der Gesundheitsförderung geht. In diesem Zusammenhang sind Informationen über die subjektive Gesundheitsbefindlichkeit und wahrgenommene gesundheitliche Beeinträchtigungen der Bevölkerung in Seoul von besonderer Bedeutung. Wesentlich sind zudem - bedenkt man die Prinzipien und Strategien der kommunalen Gesundheitsförderung und das Ziel, die aktive Beteiligung der Betroffenen zu entwickeln und zu stützen - Informationen über Gesundheitsbewusstsein und -verhaltensweisen unter gruppenspezifischen Aspekten.

6.4.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

5.6% der befragten Bürgerinnen und Bürger schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut ein, 33.4% als gut, 45.4% als befriedigend. Eine weniger gute Gesundheit bescheinigen sich 13.8%, eine schlechte 1.8% der Befragten (vgl. Tabelle 6-28).

Tabelle 6-28: Jetziger Gesundheitszustand

| Gesundheitszustand | % | Mittelwert |
|--------------------|------|------------|
| 1 = sehr gut | 5.6 | 2.73 |
| 2 = gut | 33.4 | |
| 3 = befriedigend | 45.4 | |
| 4 = schlecht | 13.8 | |
| 5 = sehr schlecht | 1.8 | |

Die meisten der Befragten schätzen ihre gesundheitliche Verfassung als befriedigend ein, was sich in einer auf die Stadt Seoul bezogenen durchschnittlichen Bewertung 2.73 zeigt (vgl. Tabelle 6-28). 15.6% bezeichnen dagegen ihren Gesundheitszustand als „schlecht bzw. sehr schlecht“.

Männer bewerten ihre Gesundheit positiver als Frauen. Die mittlere Bewertung der männlichen Befragten liegt bei 2.61, die der weiblichen Befragten bei 2.84. Der Unterschied ist statistisch hochsignifikant (vgl. Tabelle 6-29).

Tabelle 6-29: Gesundheitszustand nach Geschlecht

| Geschlecht | Mittelwert | T-Wert | Sign. |
|------------|------------|--------|---------|
| m | 2.61 | -5.054 | .000*** |
| w | 2.84 | | |

(Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht)

Mit zunehmendem Alter zeigt sich eine schlechtere Einschätzung der Gesundheit. Die mittlere Bewertung der 18-25jährigen liegt bei 2.67, die 26-35jährigen bewerten mit 2.56, die 36-50jährigen mit 2.68. Sehr deutlich unterscheiden sich hiervon die über 50jährigen Befragten, die ihre Gesundheit im Durchschnitt höchstens als befriedigend bezeichnen. Die mittlere Bewertung der 51-65jährigen Befragten liegt bei 2.92, die der über 65jährigen bei 3.40 (vgl. Tabelle 6-30). Ältere Personen sind in der Regel mit ihrer gesundheitlichen Verfassung wesentlich unzufriedener als die jungen.

Tabelle 6-30: Gesundheitszustand nach Alter

| Alter | Mittelwert | F-Wert | Sign. |
|---------|------------|--------|---------|
| 18-25 | 2.67 | 12.176 | .000*** |
| 26-35 | 2.56 | | |
| 36-50 | 2.68 | | |
| 51-65 | 2.92 | | |
| über 65 | 3.40 | | |

(Skala 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht)

Die Bildungsgruppen unterscheiden sich deutlich in der Einschätzung des Gesundheitszustand: Je höher die Schulbildung, desto besser der Gesundheitszustand. Während Personen mit Grundschul- und Mittelschulabschluss ihren Gesundheitszustand mit 3.40 resp. 3.02 bewerten (Skala 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht), liegen die Personen mit mittlerem Bildungsabschluss in ihrer Bewertung deutlich besser (2.76). Die Befragten mit Universitätsabschluss schätzen ihren Gesundheitszustand nochmals besser ein (2.60) (vgl. Tabelle 6-31).

Tabelle 6-31: Gesundheitszustand nach Bildung

| Bildung | Mittelwert | F-Wert | Sign. |
|--------------|------------|--------|---------|
| Grundschule | 3.40 | 21.453 | .000*** |
| Mittelschule | 3.02 | | |
| Gymnasium | 2.76 | | |
| Universität | 2.60 | | |

(Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht)

Sportler bewerten ihre gesundheitliche Verfassung im Durchschnitt signifikant positiver als Nicht- Aktive (vgl. Tabelle 6-32).

Tabelle 6-32: Gesundheitszustand nach Sportaktivität

| Bewertung des Gesundheitszustand | Sporttreibende | Nicht-Aktive | T-Wert | Sign. |
|----------------------------------|----------------|--------------|--------|---------|
| | 2.56 | 2.86 | -6.688 | .000*** |

(Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht)

Bei den Werten zum Gesundheitszustand muss berücksichtigt werden, dass sie nur sehr bedingt Information über den objektiven Gesundheitsstatus der Bürger liefern können. Bei der vorliegenden Werteinschätzung wird wohl davon auszugehen sein, dass der Gesundheitsstatus eines Bürgers als „gut“ wahrgenommen wird, wenn man nicht als „objektiv“ krank eingestuft wurde.

Wichtiger und vor allem informativer als die Höhe der Mittelwerte sind die Relationen der Werte zueinander. Die bei älteren Personen schlechteren Werte liefern Hinweise auf die regulative Kraft des Sporttreibens im psychophysischen Bereich. Dass sich Sporttreibende gesünder fühlen als Nichtsportler, ist ein durchgängiger Befund. Ungeklärt bleibt allerdings die grundlegende Frage, ob sich der Befund durch einen Selektions- oder Sozialisationseffekt erklärt.

6.4.2 Gesundheitsveränderung

78.5% der Befragten geben an, ihr Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren verändert. Von diesen sehen 63.5% eine Verschlechterung: In 10.0% der Fälle hat sich die Gesundheit deutlich, in 53.5% etwas verschlechtert. Eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands hat sich in 2.3% der Fälle gegeben, von einer zumindest etwas verbesserten Gesundheit sprechen 12.7% der betreffenden Befragten (vgl. Tabelle 6-33).

Tabelle 6-33: Veränderung des Gesundheitszustands

| Veränderung des Gesundheitszustands | % |
|--|----------|
| deutlich verschlechtert | 10.0 |
| etwas verschlechtert | 53.5 |
| etwas verbessert | 12.7 |
| deutlich verbessert | 2.3 |
| nicht verändert | 21.5 |

Hinsichtlich der Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Diese Unterschied darf nur als Tendenz interpretiert werden: 78.8% der Frauen und 78.2% der Männer geben eine Veränderung ihres Gesundheitszustands in den letzten Jahren an (vgl. Tabelle 6-34).

Tabelle 6-34: Gesundheitsveränderung nach Geschlecht (Angaben in %)

| | m | w | Chi² | Sign. |
|--|-------------|-------------|------------------------|--------------|
| Gesundheitsveränderung insgesamt: | 78.2 | 78.8 | 5.262 | .262 |
| deutlich verschlechtert | 8.8 | 11.3 | | |
| etwas verschlechtert | 54.1 | 52.9 | | |
| etwas verbessert | 12.3 | 13.1 | | |
| deutlich verbessert | 3.0 | 1.5 | | |
| keine Veränderung insgesamt: | 21.8 | 21.2 | | |

Danach nehmen Frauen negative Veränderungen des Körpers häufiger wahr als Männer, d.h. der Befund spricht vor allem für eine größere Körperaufmerksamkeit der Frauen und nicht für einen global schlechteren Gesundheitszustand.

75.0% der 18-25jährigen geben an, ihr Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren verändert. Bei den 26-35jährigen meinen diese 80.0%, bei den 36-50jährigen 77.8%. Angehoben hiervon ist die Einschätzung der über 50jährigen: 81.5% der 51-65jährigen und sogar 90.3% der über 65jährigen sprechen von einer Änderung ihres Gesundheitszustands in den letzten Jahren (vgl. Tabelle 6-35).

Die älteren Befragten, die eine Änderung ihres Gesundheitszustands nennen, verzeichnen in erster Linie Zustandsverschlechterungen. So geben durchschnittlich 80.6 % der betreffenden über 65jährigen an, ihr Zustand habe sich deutlich oder etwas verschlechtert, wobei der Anteil derjenigen mit deutlicher Verschlechterung bei den

älteren Befragten etwa dreimal so hoch liegt wie der entsprechende Anteil der jungen Befragten (vgl. Tabelle 6-35).

Tabelle 6-35: Gesundheitsveränderung nach Alter (Angaben in %)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Chi ² | Sign. |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|-------|
| Gesundheitsveränderung insgesamt: | 75.0 | 80.0 | 77.8 | 81.5 | 90.3 | 23.524 | .100 |
| deutlich verschlechtert | 10.1 | 7.4 | 9.2 | 11.0 | 29.0 | | |
| etwas verschlechtert | 51.2 | 56.1 | 53.2 | 55.5 | 51.6 | | |
| etwas verbessert | 11.9 | 13.9 | 13.5 | 12.0 | 6.5 | | |
| deutlich verbessert | 1.7 | 2.6 | 1.8 | 3.1 | 3.2 | | |
| keine Veränderung insgesamt | 25.0 | 20.0 | 22.2 | 18.5 | 9.7 | | |

Alter : 1 = 18-25, 2 = 26-35, 3 = 36-50, 4 = 51-65, 5 = über 65

Die differenzierten Angaben belegen, dass die Angehörigen der niedrigsten Bildungsgruppe besonders häufig über eine deutliche Verschlechterung der Gesundheit klagen (vgl. Tabelle 6-36).

Tabelle 6-36: Gesundheitsveränderung nach Bildung (Angaben in %)

| Gesundheitsveränderung | 1 | 2 | 3 | 4 | Chi ² | Sign. |
|-------------------------------|------|------|------|------|------------------|--------|
| deutlich verschlechtert | 21.2 | 10.5 | 11.1 | 8.1 | 31.609 | .002** |
| etwas verschlechtert | 61.5 | 61.9 | 52.7 | 51.9 | | |
| etwas verbessert | 7.7 | 7.6 | 11.7 | 14.7 | | |
| deutlich verbessert | 1.9 | 1.9 | 3.5 | 3.4 | | |
| nicht verändert | 7.7 | 18.1 | 23.7 | 21.9 | | |

1 = Grundschule, 2 = Mittelschule, 3 = Gymnasium, 4 = Universität

Dies stimmt mit dem sozialepidemiologisch gesicherten Befund einer stärkeren gesundheitlichen Belastung der unteren sozialen Lagen überein. Bei der Interpretation dieser Befunde darf jedoch der bestehende Alterseffekt nicht unberücksichtigt bleiben: Die Entwicklung des Bildungssystems führte zu einer deutlichen Zunahme höherer

Schulabschlüsse bei den jüngeren Jahrgängen (vgl. Tabelle 6-36). Von daher findet sich in der untersten Bildungsgruppe ein überproportional hoher Anteil älterer Menschen. Dieser Tatbestand erklärt zumindest zu einem Teil die auftretenden Unterschiede.

6.4.3 Gesundheitsprobleme

37.6% resp. 23.7% aller befragten BürgerInnen haben Probleme mit dem Rücken oder den Gelenken. 21.2% der Befragten nennen Probleme aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im einzelnen werden genannt: Hypertonie (13.7%), Herzprobleme (7.5%). 23.4% der Befragten Personen haben häufiger Magenprobleme (vgl. Tabelle 6-37).

Der Geschlechtsvergleich weist auf eine insgesamt schlechtere Gesundheitsbefindlichkeit der Frauen hin. Eine Reihe konkreter Gesundheitsprobleme wird von weiblichen Befragten signifikant häufiger genannt. So nennen Frauen besonders häufig Rücken- und Gelenkprobleme: 46.6% der weiblichen, aber nur 28.5% der männlichen Befragten haben hier Beschwerden (vgl. Tabelle 6-37).

Tabelle 6-37: Erkrankungen nach Geschlecht (Angaben in %)

| Erkrankungen | gl. | m | w | Chi ² | Sign. |
|-----------------------------|------|------|------|------------------|---------|
| Rücken/Gelenk | 37.6 | 28.5 | 46.6 | 44.632 | .000*** |
| Arthritis | 23.7 | 18.3 | 29.0 | 19.839 | .000*** |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 7.5 | 7.2 | 7.7 | .145 | .748 |
| Hypertonie | 13.7 | 15.6 | 11.8 | 3.887 | .050* |
| Atemwegserkrankungen | 3.6 | 3.2 | 4.1 | .707 | .454 |
| Allergien | 19.6 | 15.8 | 23.3 | 11.386 | .001*** |
| Leberproblem | 7.2 | 10.4 | 4.1 | 18.819 | .000*** |
| Diabetes | 8.2 | 8.8 | 7.7 | .488 | .539 |
| Magenproblem | 23.4 | 19.6 | 27.2 | 10.218 | .001*** |

Auch die Befunde zu den Magenproblemen belegen geschlechtsspezifische Unterschiede: 19.6% der befragten Männer, jedoch 27.2% der Frauen nennen Magenprobleme, ein statistisch hochsignifikanter Unterschied (vgl. Tabelle 6-37).

Bei den Atemwegserkrankungen zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, wohl aber bei den Allergien. So klagen 23.3% der Frauen aber nur 15.8% der Männer über allergische Erkrankungen (vgl. Tabelle 6-37).

Altersunterschiede zeigen sich in nahezu allen erhobenen Krankheitsbereichen (vgl. Tabelle 6-38). Ältere Menschen haben deutlich häufiger als jüngere Probleme mit Rücken und Gelenken, wenngleich auch schon 29.1% resp. 8.8% der 18-25jährigen. 28.8% resp. 10.4% der 26-35jährigen, 37.1% resp. 25.4% der 36-50jährigen, dann jedoch 55.7% resp. 50.2% der über 50jährigen Beschwerden in diesem Bereich aufweisen.

Bezogen auf die Herz-Kreislaufkrankungen zeigen sich weitere typische Altersunterschiede: 2.5% der 18-25jährigen, 6.6% der 26-35jährigen, 8.2% der 36-50jährigen, 12.0% der 51-65jährigen und 30.0% der über 65jährigen nennen Probleme mit dem Herz-Kreislaufsystem (vgl. Tabelle 6-38).

Tabelle 6-38: Erkrankungen nach Alter (Angaben in %)

| Erkrankungen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Chi² | Sign. |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------|--------------|
| Rücken | 29,1 | 28,8 | 37,1 | 55,7 | 48,4 | 61.855 | .000*** |
| Arthritis | 8,8 | 10,4 | 25,4 | 50,2 | 53,3 | 197.775 | .000*** |
| Herzproblem | 2,5 | 6,6 | 8,2 | 12,0 | 30,0 | 45.024 | .000*** |
| Hypertonie | 1,5 | 5,7 | 16,3 | 30,5 | 50,0 | 164.840 | .000*** |
| Atemwege | 2,3 | 3,9 | 3,2 | 4,6 | 16,7 | 17.638 | .001*** |
| Allergien | 24,7 | 17,9 | 18,2 | 15,4 | 16,7 | 10.731 | .030* |
| Leberproblem | 2,7 | 4,8 | 8,2 | 13,0 | 20,0 | 35.935 | .000*** |
| Diabetes | 1,3 | 3,5 | 7,9 | 19,6 | 33,3 | 106.770 | .000*** |
| Magenproblem | 16,5 | 24,5 | 24,2 | 29,8 | 36,7 | 20.407 | .000*** |

Alter : 1 = 18-25, 2 = 26-35, 3 = 36-50, 4 = 51-65, 5= über 66

Mit zunehmendem Alter treten insbesondere Hypertonieerkrankungen häufiger auf. 1.5% der befragten 18-25 jährigen nennen Bluthochdruck als Gesundheitsproblem, 5.7% der 26-35jährigen, 16.3% der 36-50jährigen, 30.5% der 51-65jährigen und 50.0% der Personen über 65 Jahre (vgl. Tabelle 6-38).

Auch in Abhängigkeit von der Bildung der Befragten zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Krankheiten (vgl. Tabelle 6-39), wengleich in diesem Zusammenhang auch der intervenierende Einfluss des Alters zu berücksichtigen ist (ältere Personen sind überproportional häufig in der niedrigsten Bildungsgruppe vertreten).

Tabelle 6-39: Erkrankungen nach Bildung (Angaben in %)

| Erkrankungen | 1 | 2 | 3 | 4 | Chi ² | Sign. |
|--------------|------|------|------|------|------------------|---------|
| Rücken | 61.5 | 61.2 | 41.4 | 29.5 | 56.918 | .000*** |
| Arthritis | 63.5 | 60.2 | 23.2 | 14.9 | 147.193 | .000*** |
| Herzproblem | 10.0 | 14.6 | 7.3 | 6.1 | 9.711 | .021* |
| Hypertonie | 43.1 | 32.7 | 12.7 | 9.0 | 80.312 | .000*** |
| Atemwege | 11.5 | 6.9 | 2.9 | 3.1 | 13.202 | .004** |
| Allergien | 13.5 | 18.6 | 20.0 | 20.2 | 1.458 | .692 |
| Leberproblem | 15.4 | 10.7 | 7.3 | 6.1 | 8.113 | .044* |
| Diabetes | 31.4 | 18.6 | 6.9 | 5.7 | 56.591 | .000*** |
| Magenproblem | 42.3 | 30.4 | 22.1 | 22.2 | 13.985 | .003** |

1 = Grundschule, 2 = Mittelschule, 3 = Gymnasium, 4 = Universität

So treten, je geringer die Bildung ist, desto häufiger Rücken- und Gelenkprobleme, Herz-Kreislaufsystem (Hypertonie) sowie Diabetes auf.

6.4.4 Psychosomatische Beschwerden

Weit verbreitet sind psychosomatische Beschwerden, denen auch ein Teil der oben aufgeführten Krankheiten zugerechnet werden kann. Bei differenzierter Erfassung spezifischer Symptome klagen 85.4% aller Befragten über leichtes Ermüden, 76.0% fühlen sich oft am ganzen Körper schwach, 68.4% spüren oft ein Unbehagen in der Magengegend, 65.0% haben häufig Kopfschmerzen, 57.0% schlafen unruhig und werden häufig wach (vgl. Tabelle 6-40).

Tabelle 6-40: Psychosomatische Probleme nach Geschlecht (Angaben in %)

| Psychosomatische Probleme | gl. | m | w | Chi² | Sign. |
|----------------------------------|------------|----------|----------|------------------------|--------------|
| unruhiger Schlaf | 57.1 | 50.2 | 63.8 | 23.780 | .000*** |
| leichtes Ermüden | 85.4 | 82.1 | 88.5 | 10.634 | .001*** |
| häufig Kopfschmerzen | 65.0 | 55.9 | 74.0 | 46.284 | .000*** |
| Schwächegefühl | 76.0 | 71.9 | 80.0 | 11.645 | .001*** |
| Unbehagen in Magengegend | 68.4 | 62.9 | 73.8 | 17.480 | .000*** |

Zudem spiegeln die Daten die höhere Prävalenz psychosomatischer Beschwerden bei Frauen wider. Alle erhobenen Beschwerden treten bei Frauen häufiger auf: 63.8% der Frauen und 50.2% der Männer schlafen unruhig; über leichtes Ermüden klagen 88.5% der Frauen und 82.1% der Männer; häufige Kopfschmerzen haben 74.0% der Frauen und 55.9% der Männer; Unbehagen in der Magengegend berichten 73.8% der Frauen und 62.9% der Männer. 80.0% der Frauen und 71.9% der Männer fühlen sich oft am ganzen Körper schwach. Alle genannten Unterschiede sind statistisch hochsignifikant (vgl. Tabelle 6-40).

Für den Bereich der psychosomatischen Beschwerden lassen sich deutliche Alterseffekte nachweisen. Ältere Menschen leiden besonders häufig an leichtem Ermüden – 90.3% der über 65jährigen sind betroffen – Schwächegefühl, unruhigem Schlaf, Unbehagen in der Magengegend, häufige Kopfschmerzen. Auffällig ist, dass unter „häufige Kopfschmerzen“, „leichtes Ermüden“, „Schwächegefühl“ und

„Unbehagen in der Magengegend“ die 18-25jährigen häufiger als die 26-35jährigen leiden (vgl. Tabelle 6-41).

Tabelle 6-41: Psychosomatische Probleme nach Alter (Angaben in %)

| Psychosomatische Probleme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Chi² | Sign. |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------|--------------|
| unruhiger Schlaf | 45.2 | 54.1 | 61.4 | 69.6 | 74.2 | 48.641 | .000*** |
| leichtes Ermüden | 86.6 | 83.4 | 85.1 | 85.2 | 90.3 | 1.832 | .767 |
| häufig Kopfschmerzen | 64.1 | 61.1 | 63.4 | 70.4 | 76.7 | 7.580 | .108 |
| Schwächegefühl | 72.0 | 70.7 | 76.8 | 84.2 | 83.9 | 18.858 | .001*** |
| Unbehagen in Magengegend | 66.3 | 68.6 | 68.0 | 71.8 | 66.7 | 2.439 | .656 |

Alter : 1 = 18-25, 2 = 26-35, 3 = 36-50, 4 = 51-65, 5 = über 66

Angehörige der untersten Bildungsgruppe geben deutlich häufiger als Befragte aus mittleren und höheren Bildungsgruppen das Auftreten psychosomatischer Probleme an: Darunter fallen unruhiger Schlaf, häufige Kopfschmerzen und Schwächegefühl (vgl. Tabelle 6-42). Es ist durchgängig eine mit zunehmendem Bildungsgrad kontinuierlich abnehmende Beschwerdehäufigkeit zu verzeichnen.

Tabelle 6-42: Psychosomatische Probleme nach Bildung (Angaben in %)

| Psychosomatische Probleme | 1 | 2 | 3 | 4 | Chi² | Sign. |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|------------------------|--------------|
| unruhiger Schlaf | 73.1 | 74.5 | 59.2 | 50.7 | 29.073 | .000*** |
| leicht Ermüden | 90.4 | 86.5 | 88.0 | 82.7 | 7.380 | .061 |
| häufig Kopfschmerzen | 78.4 | 78.8 | 69.6 | 57.9 | 31.030 | .000*** |
| Schwächegefühl | 92.3 | 83.7 | 75.7 | 73.6 | 12.867 | .005** |
| Unbehagen in Magengegend | 80.4 | 74.0 | 69.4 | 65.4 | 7.627 | .054 |

1 = Grundschule, 2 = Mittelschule, 3 = Gymnasium, 4 = Universität

Wie bereits bei der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustands erwähnt, lassen schichtspezifische Untersuchungen zu Gesundheit und Krankheit konsistent höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei zahlreichen Gesundheitsproblemen erkennen. Schulbildung, die in der vorliegenden Untersuchung als Gruppierungsvariable

verwendet wurde, ist ein zentraler Indikator für Schichtzugehörigkeit. Die systematischen Bildungsunterschiede, die sich nachweisen lassen, sind somit Ausdruck unterschiedlicher Arbeitsverhältnisse und sozialer Milieus, die, je niedriger die Bildung ist, umso mehr Gesundheitsrisiken und umso weniger Gesundheitsförderung - im Sinne der Salutogenese (vgl. ANTONOWSKY 1980) – umfassen.

6.4.5 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsaufmerksamkeit

An grundsätzlichen Informationen zum Thema Gesundheit ist ein Großteil der Bevölkerung interessiert: 12.8% haben sehr starkes Interesse, 37.7% sind stark und 42.7% etwas interessiert.

Tabelle 6-43: Interesse am Thema Gesundheit

| Interesse am Thema Gesundheit | % |
|--------------------------------------|----------|
| sehr stark | 12.8 |
| stark | 37.7 |
| etwas | 42.7 |
| wenig | 5.9 |
| gar nicht | 0.9 |

Nur 5.9% haben wenig und 0.9% gar kein Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen (vgl. Tabelle 6-43).

Es zeigen sich gruppenspezifische Effekte in Seoul. Der Vergleich der Altersgruppen verdeutlicht ein besonders starkes Interesse der über 50jährigen, die 18-25jährigen sind dagegen vergleichsweise weniger interessiert. Das Interesse der 36-50jährigen liegt dazwischen (vgl. Tabelle 6-44).

Tabelle 6-44: Interesse am Thema Gesundheit nach Alter

| Interesse am | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | F-wert | Sign. |
|------------------|------|------|------|------|------|--------|---------|
| Thema Gesundheit | 2.69 | 2.48 | 2.37 | 2.18 | 2.19 | 18.983 | .000*** |

Alter : 1 = 18-25, 2 = 26-35, 3 = 36-50, 4 = 51-65, 5 = 66, Skala 1 = sehr stark – 5 = gar nicht

Es lässt sich kein divergierendes Interesse am Thema Gesundheit zwischen den weiblichen und männlichen Befragten feststellen. Wobei bei Männern das Interesse an Gesundheit mit einem Mittelwert von 2.42 bemessen wird, bekunden die Frauen ein Interesse mit einem Mittelwert von 2.47 (vgl. Tabelle 6-45). Ebenso sind die Interessen am Thema Gesundheit nach Bildung annähernd gleich ausgeprägt (vgl. Tabelle 6-46).

Tabelle 6-45: Interesse am Thema Gesundheit nach Geschlecht

| Interesse am Thema Gesundheit | Mittelwert | T-Wert | Sign. |
|-------------------------------|------------|--------|-------|
| m | 2.42 | -1.177 | .239 |
| w | 2.47 | | |

Skala: 1 = sehr stark – 5 = gar nicht

Tabelle 6-46: Interesse am Thema Gesundheit nach Bildung

| Interesse am | 1 | 2 | 3 | 4 | F-Wert | Sign. |
|------------------|------|------|------|------|--------|-------|
| Thema Gesundheit | 2.25 | 2.33 | 2.50 | 2.44 | 2.487 | .059 |

Seoul : 1 = Grundschule, 2 = Mittelschule, 3 = Gymnasium, 4 = Universität

Skala 1 = sehr stark – 5 = gar nicht

Neben Information zur subjektiven Gesundheitsbefindlichkeit und dem allgemeinen Gesundheitsinteresse sind die individuelle Gesundheitsaufmerksamkeit sowie Gesundheitsverhaltensweisen der Bevölkerung unter personengruppenspezifischen Aspekten wesentliche Faktoren im Kontext gesundheitsfördernder Maßnahmen.

17.7% der Befragten sind der Ansicht, dass man den eigenen Gesundheitszustand sehr stark beeinflussen kann; 57.8% sind der Meinung, auf die eigene Gesundheit stark einwirken zu können, 22.1% denken, die Gesundheit zumindest etwas beeinflussen zu

können. Lediglich ein geringer Teil der Befragten ist der Meinung, die Gesundheit sei wenig (2.1%) oder gar nicht (0.2%) zu beeinflussen (vgl. Tabelle 6-47).

Tabelle 6-47: Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes

| Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes | % |
|--|------|
| sehr stark | 17.7 |
| stark | 57.9 |
| etwas | 22.1 |
| wenig | 2.1 |
| gar nicht | 0.2 |

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich nicht nachweisen (vgl. Tabelle 6-48).

Tabelle 6-48: Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustands nach Geschlecht

| Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustand | Mittelwert | T-wert | Sign. |
|--|------------|--------|-------|
| m | 2.07 | -.992 | .321 |
| w | 2.11 | | |

Skala: 1=sehr stark – 5=gar nicht stark

Der Vergleich der Altersgruppen zeigt, dass mit zunehmendem Alter der Glaube an die Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit deutlich zurückgeht (vgl. Tabelle 6-49). Die unter 50jährigen halten den Gesundheitszustand in wesentlich stärkerem Maße für beeinflussbar als die 51-65 jährigen. Noch deutlich weniger hiervon überzeugt sind die über 65jährigen.

Tabelle 6-49: Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustands nach Alter

| Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustand | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | F-wert | Sign. |
|--|------|------|------|------|------|--------|-------|
| | 2.06 | 2.10 | 2.02 | 2.18 | 2.32 | 3.032 | .017* |

Alter: 1 = 18-25, 2 = 26-35, 3 = 36-50, 4 = 51-65, 5 = über 66

Personen mit höherer und mittlerer Bildung halten ihren Gesundheitszustand für stärker beeinflussbar als Personen mit geringer Schulbildung (vgl. Tabelle 6-50).

Tabelle 9-50: Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustands nach Bildung

| Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustand | 1 | 2 | 3 | 4 | F-wert | Sign. |
|--|------|------|------|------|--------|---------|
| | 2.27 | 2.31 | 2.17 | 1.98 | 11.773 | .000*** |

1 = Grundschule, 2 = Mittelschule, 3 = Gymnasium, 4 = Universität

6.4.6 Achten auf Gesundheit

40.6% der befragten Personen geben an, sehr stark oder stark auf ihre Gesundheit zu achten, und nur 10.8%, tun dies wenig oder gar nicht (vgl. Tabelle 6-51).

Tabelle 6-51: Achten auf Gesundheit

| Achten auf Gesundheit | % |
|-----------------------|------|
| sehr stark | 5.7 |
| stark | 34.9 |
| etwas | 48.6 |
| wenig | 9.8 |
| gar nicht | 1.0 |

Interessant ist, dass die männlichen Befragten tendenziell stärker auf die Gesundheit achten als die Frauen. (vgl. Tabelle 6-52).

Tabelle 6-52: Achten auf die eigene Gesundheit nach Geschlecht

| Achten auf die eigene Gesundheit | Mittelwert | T-Wert | Sign. |
|----------------------------------|------------|--------|-------|
| m | 2.60 | -2.445 | .015* |
| w | 2.71 | | |

(Skala 1 = sehr stark – 5 = gar nicht)

Ältere Menschen achten - so der Vergleich der Mittelwert - in stärkerem Maße auf ihre Gesundheit als jüngere (vgl. Tabelle 6-53). Der Unterschied ist statistisch signifikant.

Tabelle 6-53: Achten auf die eigene Gesundheit nach Alter

| Achten auf die eigene Gesundheit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | F-wert | Sign. |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|--------|---------|
| | 2,91 | 2,73 | 2,57 | 2,36 | 2,53 | 25.289 | .000*** |

Alter : 1 = 18-25, 2 = 26-35, 3 = 36-50, 4 = 51-65, 5 = 66-

6.4.7 Gesundheitsfördernde Aktivitäten

Auf die Frage „Was tun Sie für ihre Gesundheit?“ nennen 80.7% aller Befragten Sport- und Bewegungsaktivität (z.B. Sport treiben, für ausreichend Bewegung sorgen, körperliche Betätigungen), gefolgt von Angaben zum Bereich „weniger bzw. nicht zu rauchen“ (79.8% der Befragten). An dritter Stelle steht die gesunde Ernährung (z.B. mäßig essen, ausgewogen ernähren, kalorienbewusst ernähren) (vgl. Tabelle 6-54). 74.7% geben an, für die Gesundheit weniger bzw. keinen Alkohol zu trinken, wobei 71.4% dafür ihr Gewicht achten. Lediglich 42.4% gehen der Gesundheit willen zum Arzt und nur 42.0% lassen sich dafür den Blutdruck kontrollieren (vgl. Tabelle 6-54).

Tabelle 6-54: „Was tun Sie für Gesundheit?“

| Was tun Sie für Gesundheit? | % |
|-----------------------------|------|
| Sport/Bewegung | 80.7 |
| w/n Rauchen | 79.8 |
| Ernährung | 78.0 |
| w/k Alkohol | 74.4 |
| Zum Arzt (med. Verbrauch) | 42.4 |
| Gewicht | 71.4 |
| Blutdruckkontrolle | 42.0 |

Die Befunde enthalten zwei wesentliche Aspekte. Zum einen wird ein breites Spektrum an Gesundheitsaktivitäten deutlich, ein Ergebnis, das Hinweise auf das Gesundheitsbewusstsein enthält, auch wenn man kritisch ein unter Umständen im Sinne der sozialen Erwünschtheit geprägtes Antwortverhalten einkalkuliert. Man hat offenbar die Möglichkeit erkannt, selbst aktiv etwas zur Erhaltung und Sicherung der eigenen Gesundheit zu tun, und zwar in Form von Änderungen des eigenen Verhaltens, der Lebensgewohnheiten, z.B. wenig/nicht Rauchen, kein/wenig Alkohol trinken, etwas gegen Bewegungsmangel, falsche Ernährung tun. Inwieweit eine sinnvolle Umsetzung dann auch tatsächlich realisiert wird, ist dann eine weitere Frage.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Bedeutung des Sports als gesundheitsfördernde Aktivität. Die Befunde zeigen, dass sportliche Aktivitäten / Bewegungsaktivitäten in der Wahrnehmung der Bevölkerung von zentraler Bedeutung im Gesundheitszusammenhang sind und ein allgemein akzeptiertes und genutztes Medium der Gesundheitssicherung darstellen.

Sport- und Bewegungsaktivitäten werden häufiger von Männern im Kontext ihrer gesundheitsfördernden Bemühungen genannt. 84.6% männlichen und 76.7% der weiblichen Befragten geben entsprechende Aktivitäten an (vgl. Tabelle 6-55).

Tabelle 6-55: Gesundheitsfördernde Aktivitäten nach Geschlecht (Angaben in %)

| Gesundheitsfördernde Aktivitäten | m | w | Chi² | Sign. |
|---|----------|----------|------------------------|--------------|
| Sport | 84.6 | 76.7 | 12.988 | .000*** |
| Ernährung | 80.3 | 75.9 | 3.538 | .068 |
| w/k Alkohol | 70.3 | 78.4 | 10.941 | .001*** |
| w/n Rauchen | 73.7 | 86.0 | 29.926 | .000*** |
| Zum Arzt gehen | 42.1 | 42.8 | .056 | .821 |
| Blutdruck kontrollieren | 42.5 | 41.7 | .082 | .777 |
| Gewicht | 69.0 | 73.8 | 3.549 | .062 |

Die zum tatsächlichen Sportverhalten eigens erhobenen Befunde wurden an der Stelle differenziert dargestellt (vgl. Kap. 6.1).

Ein statistisch signifikanter Unterschied in Abhängigkeit vom Geschlecht der Befragten betrifft das Rauchverhalten: 73.7% der Männer und 86.0% der Frauen geben an, der Gesundheit wegen weniger bzw. nicht zu rauchen. „Regelmäßig Blutdruck kontrollieren“ als Strategie der Gesundheitsförderung wird von 41.7% der Frauen, jedoch von 42.4% der Männer genannt (vgl. Tabelle 6-55).

Der statistisch bedeutendste Alterseffekt betrifft die Ebene des medizinischen Verbrauchs (z.B. regelmäßige Arztbesuche). 67.7% der über 65jährigen Personen geben Antworten aus dem Bereich der medizinischen Verbrauchs und unterscheiden sich somit sehr deutlich von den anderen Altersgruppen (36-50jährigen: 56.7%, 26-35jährigen: 37.5%, 18-25jährigen: 12.4%) (vgl. Tabelle 6-56).

Einen mit zunehmendem Alter geringeren Stellenwert im Zusammenhang individueller Gesundheitssicherung haben Sport- und Bewegungsaktivitäten. Bei allen Altersgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede. (vgl. Tabelle 6-56).

Tabelle 6-56: Gesundheitsfördernde Aktivitäten nach Alter (Angaben in %)

| Gesundheitsfördernde Aktivitäten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Chi ² | Sign. |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------------------|---------|
| Sport | 71.1 | 82.6 | 84.8 | 88.7 | 71.0 | 41.478 | .000*** |
| Ernährung | 65.9 | 77.0 | 83.8 | 88.0 | 87.1 | 58.907 | .000*** |
| w/k Alkohol | 71.8 | 69.9 | 74.5 | 80.8 | 77.4 | 10.163 | .038* |
| w/n Rauchen | 84.2 | 75.5 | 75.3 | 82.8 | 74.2 | 13.470 | .009** |
| Zum Arzt gehen | 12.4 | 37.1 | 56.7 | 69.4 | 67.7 | 272.385 | .000*** |
| Blutdruck kontrollieren | 14.7 | 32.3 | 53.9 | 70.7 | 80.6 | 267.466 | .000*** |
| Gewicht | 59.7 | 73.4 | 78.2 | 78.4 | 71.0 | 41.179 | .000*** |

Alter : 1 = 18-25, 2 = 26-35, 3 = 36-50, 4 = 51-65, 5 = 66-

Die Ausführung in den Kapiteln 6.1, 6.2, 6.3 und 6.4 belegen in eindrucksvoller und durchgehender Weise die vielfältigen und teilweise sehr engen Zusammenhänge von Sport und Gesundheit in der Wahrnehmung der Bevölkerung. Im Unterschied zum

traditionellen Sportverständnis werden Sportangebote immer mehr und deutlich zielgerichteter als Gesundheitsangebote wahrgenommen. Auch aus vielen anderen Untersuchungen zum Sportverhalten geht die Bedeutung des Gesundheitsmotivs hervor (vgl. RITTNER 1985).

Ganz offensichtlich wachsen die Bereiche Sport und Gesundheit unter dem Druck des veränderten Krankheitspanoramas zusammen. Alle Daten weisen auf die Bedeutung der Gesundheitsmotivation in der Sportmotivation bzw. -wahrnehmung hin. Auch wenn man die verhaltenswirksame Kraft dieser Einstellungen nicht überschätzen darf, so bieten sich doch viele Möglichkeiten für eine aktive Gesundheitspolitik in Süd-Korea. Über das Medium Sport und Bewegung kann man die Perspektiven der Menschen erreichen und Zugang zu den pluralisierten Lebensstilen finden. Instruktiv ist, dass auch Nichtaktive vom Gesundheitswert des Sports überzeugt werden können.

Schwierigkeiten in der Feinabstimmung dürfen allerdings nicht übersehen werden. Vorstellungen des klassischen, mit Leistung assoziierten Sports scheinen ältere Menschen (auch Personen mittleren Alters) vom Sporttreiben abzuschrecken. Damit kommt gerade jene Bevölkerungsgruppe nicht oder erschwert zum Zuge bzw. findet keine Angebote, bei der die größte Gesundheitsbesorgtheit herrscht.

Erstaunlich ist, dass die mit dem Medium Sport verbundenen gesundheits- wie gesellschaftspolitischen Gestaltungsmöglichkeiten sozialpolitisch bislang wenig berücksichtigt wurden. Das Medium Sport wird, so jedenfalls der vorherrschende Eindruck, zu wenig für Zwecke einer Kooperation zwischen Sportsystem und Gesundheitssystem genutzt.

7. Parallelen zwischen Seoul und der Referenzregion Kreis Neuss

Dem Vergleich liegen - wie bereits in der Einleitung skizziert - folgende Überlegungen zugrunde:

Der Kreis Neuss repräsentiert ein erfolgreiches Modell der sportbezogenen Gesundheitsförderung, in dem das Medium Sport/Bewegung systematisch für Zwecke der kommunalen Gesundheitsförderung eingesetzt wurde.

Mit einer gewissen Berechtigung kann man davon ausgehen, dass mit dem Kreis Neuss Modell wichtige Erfolgsvoraussetzungen sport- und bewegungsbezogener Gesundheitsstrategien in Erscheinung treten, d.h. Faktoren und Zusammenhänge, die auch für die Übertragung auf Süd-Korea eine Rolle spielen dürften. Dies betrifft insbesondere die Sport- und Gesundheitseinstellungen.

Ein Vergleich wird aber auch unter dem Gesichtspunkt der verwendeten Bevölkerungsinstrumente nahegelegt. Die in Seoul realisierte Erhebung passte die Items der Neuss Untersuchung an, wo immer dies erforderlich und möglich war.

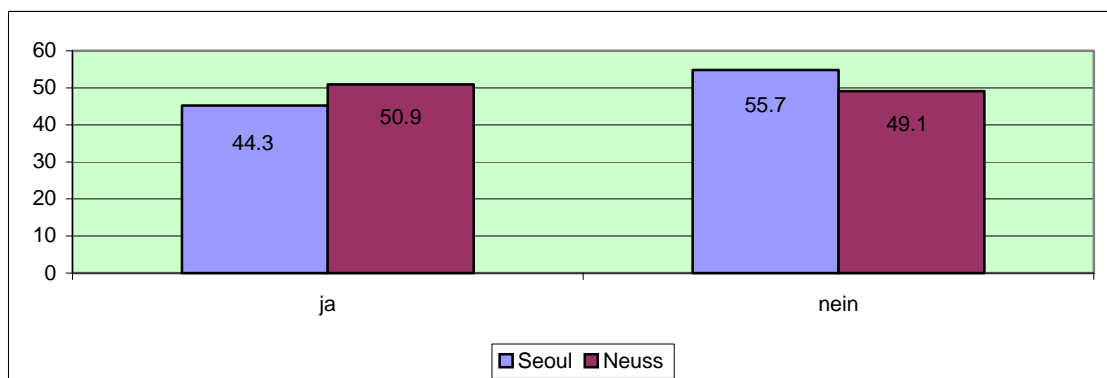
Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der beiden frühen Kommunalstudien, der Studie zur Sportinfrastruktur und zum Sportverhalten der Bevölkerung im Kreis Neuss (RITNNER et al. 1989) sowie der sozialepidemiologischen Gesundheitsstudie (RITTNER et al. 1994), die (a) eine in der Bevölkerung vorhandene, äußerst positive Bewertung des Mediums Sport als Gesundheitstechnik aufgedeckt und zugleich (b) die weite Verbreitung von chronisch-degenerativen Erkrankungen im Kreis Neuss bestätigten, lag es nahe, das Medium Sport stärker im Rahmen der kommunalen Gesundheitspolitik und -förderung zu nutzen. Vor dem Hintergrund einer Neustrukturierung eines Teils der kommunalen Gesundheitsplanung nach intersektoralen Konzepten existierte hierfür auch eine günstige Ausgangsposition.

Selbstverständlich kann man bei dem Vergleich nicht von einem Punkt zu Punkt-Entsprechung ausgehen, selbst wenn die Items identisch gehalten wurden. Gleichwohl wird man sich Anhaltspunkte für eine generelle Übertragbarkeit erhoffen können. Entsprechend vorsichtig wird die Einordnung der Ergebnisse des Vergleichs erfolgen.

7.1 Allgemeine Sportengagements der Bevölkerung zwischen Seoul und Neuss

Bei den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragungen fällt zunächst auf, dass das Sportengagement der Bevölkerung zwischen Seoul und in Neuss nach Selbstaussage mit 44.3% resp. 50.9% in beiden Fällen ziemlich hoch ist (vgl. Abbildung 7-1).

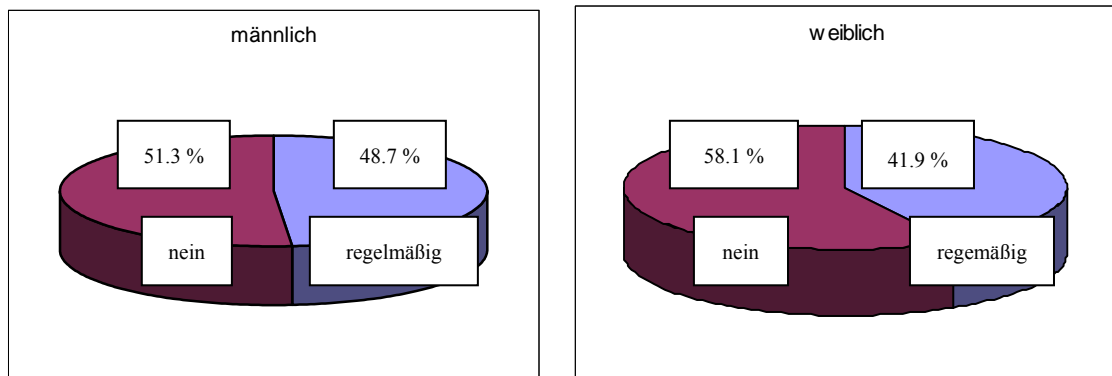
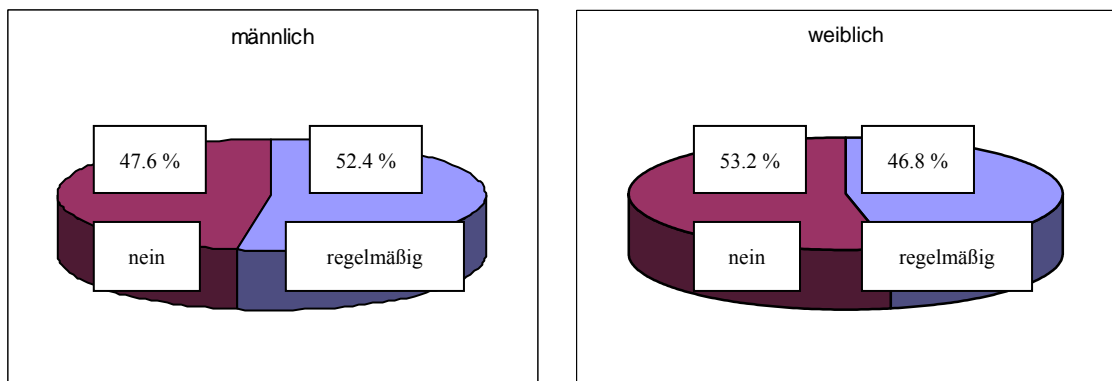
Abbildung 7-1: Sportengagement der Bevölkerung zwischen Seoul und Neuss



51.3% der männlichen und 58.1% der weiblichen Bevölkerung in Seoul engagieren sich nicht für den Sport. Währenddessen engagieren sich 48.7% der männlichen und nur 41.9% der weiblichen Bevölkerung regelmäßig für den Sport (vgl. Abbildung 7-2).

Bei der Neusser Bevölkerung engagieren sich 47.6% der Männer und 53.2% der Frauen nicht für den Sport. Regelmäßig engagieren sich 52.4% der männlichen und 46.8% der weiblichen Bevölkerung für den Sport (vgl. Abbildung 7-3).

Differenziert nach Geschlecht zeigen sich keine gravierenden Unterschiede im Hinblick auf das allgemeine Sportengagement.

Abbildung 7-2: Sportengagement der Seouler Bevölkerung**Abbildung 7-3: Sportengagement der Neusser Bevölkerung**

Betrachtet man das sportliche Engagement der unterschiedlichen Altersgruppen, so fällt folgendes auf: Es ist zu erkennen, dass mit steigendem Alter die Sportaktivität der Bevölkerung in Seoul steigt, aber dann bei den über 65-jährigen einen Rückfall erleidet. 36.4% der 18-25jährigen, 46.5% der 26-35jährigen, 47.1% der 36-50jährigen und 50.0% der 51-65jährigen der Seouler Bevölkerung sind sportaktiv. Bei den über 65jährigen sind es dagegen nur noch 45.2% (vgl. Abbildung 7-4).

Bei der Neusser Bevölkerung verhält es sich dagegen so, dass die Sportaktivität bei der jüngeren Bevölkerung stark ist, diese jedoch mit zunehmendem Alter stetig abnimmt. 68.5% der 18-25jährigen, 62.0% der 26-35jährigen, 49.1% der 36-50jährigen, 45.5% der 51-65jährigen und nur noch 32.0% der über 65jährigen der Neusser Bevölkerung sind sportaktiv (vgl. Abbildung 7-5). Es ist zu vermuten, dass die Jugendlichen in Seoul

aufgrund mangelnder Zeit weder gesundheitsorientiert noch gesundheitsbewusst leben können.

Abbildung 7-4: Sportaktive in Seoul (differenziert nach Alter)

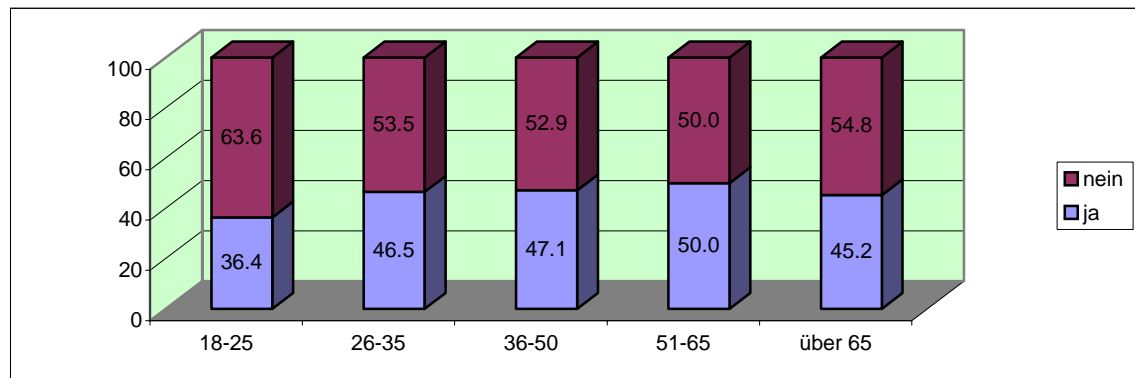
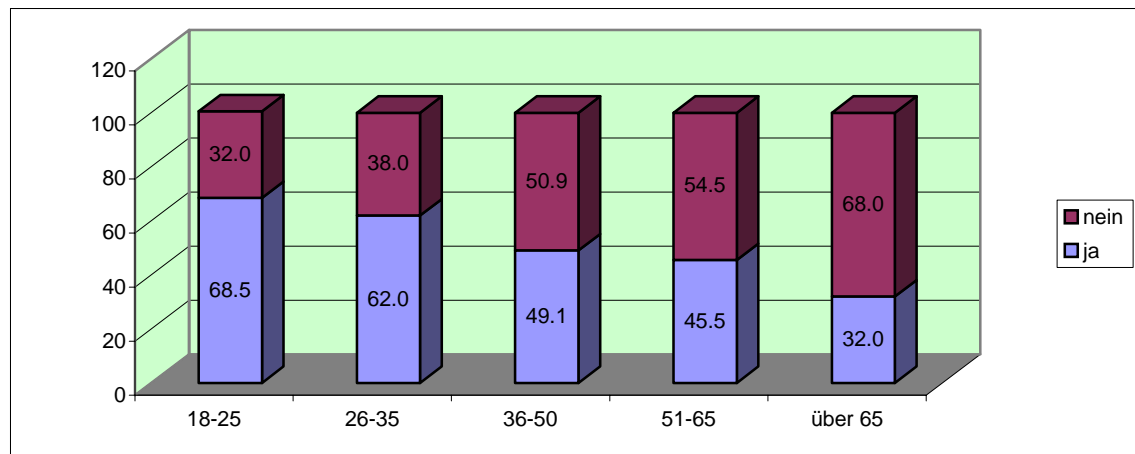


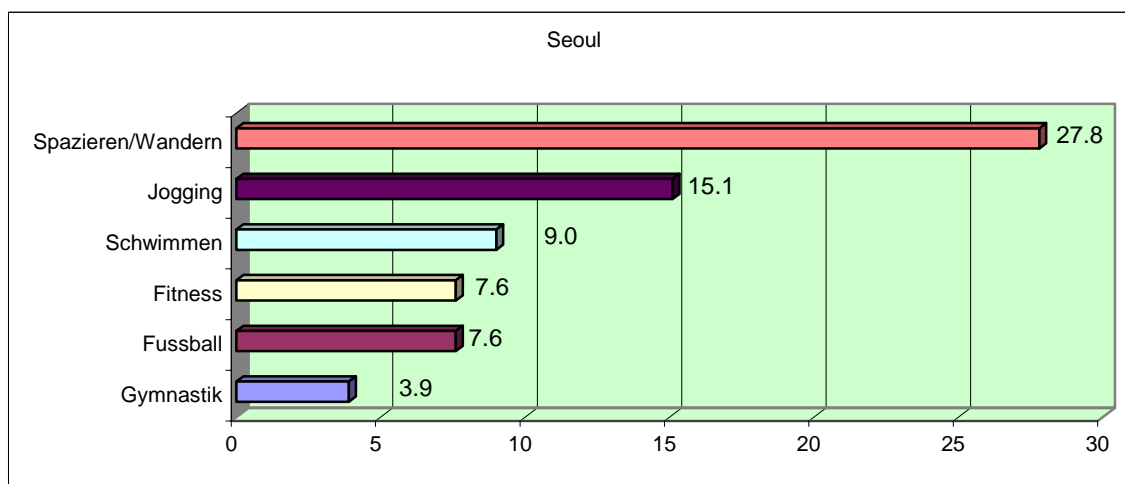
Abbildung 7-5: Sportaktive in Neuss (differenziert nach Alter)



7.2 Am häufigsten ausgeübten Sportarten

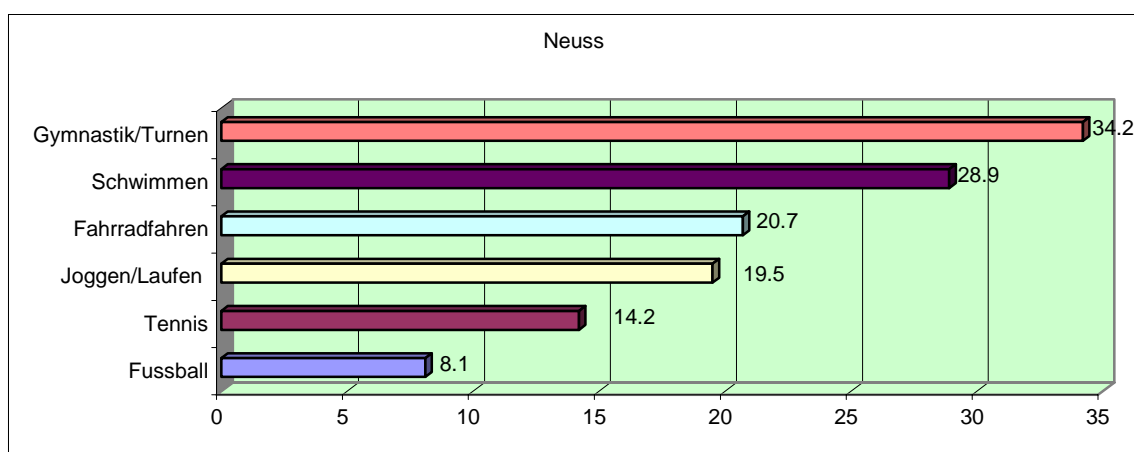
Bei den am häufigsten ausgeübten Sportarten stehen in Seoul derzeit Ausdauer- und Fitnesssportarten auf dem vorderen Plätzen (vgl. Abbildung. 7-6). Allen ist gemein, dass sie relativ leicht selbständig organisiert werden können und, in Maßen betrieben, besonders gesundheitsförderlich sind.

Abbildung 7-6: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Seoul) - Sportaktive



Spazieren bzw. Wandern ist die von den Sportaktiven der Seouler Bevölkerung mit 27.8% am häufigsten ausgeübte Sportart. Es folgt Joggen mit 15.1%, danach Schwimmen mit 9.0%, Fitness und Fußball mit jeweils 7.6% und letztlich Gymnastik mit 3.9% (vgl. Abbildung 7-6).

Abbildung 7-7: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Neuss) - Sportaktive

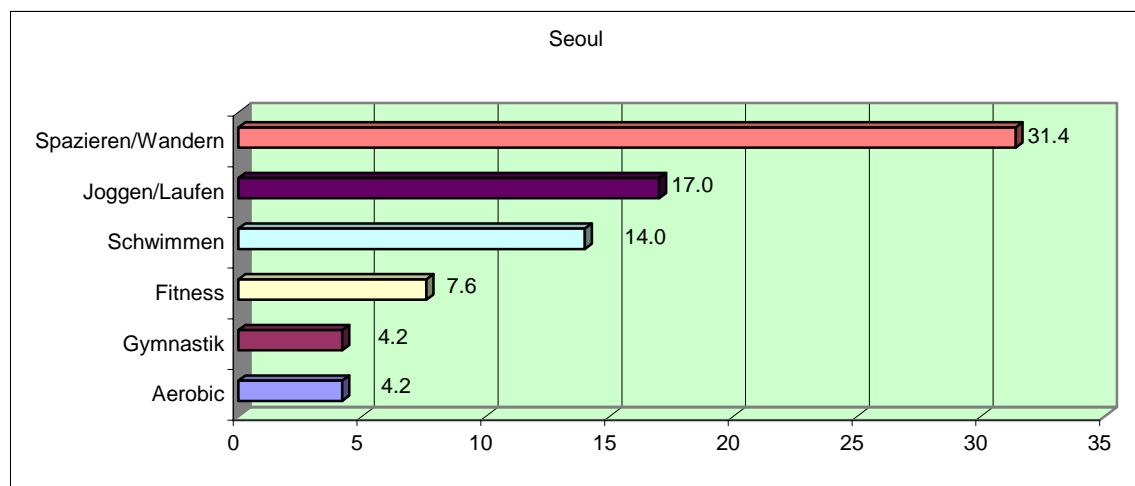


Von der Neusser Bevölkerung wird Gymnastik bzw. Turnen am häufigsten ausgeübt, 34.2%. An zweiter Stelle kommt Schwimmen mit 28.9%, dann Fahrradfahren mit

20.7%, gefolgt von Joggen bzw. Laufen 19.5%, Tennis 14.2% und schließlich Fussball mit 8.1% (vgl. Abbildung 7-7).

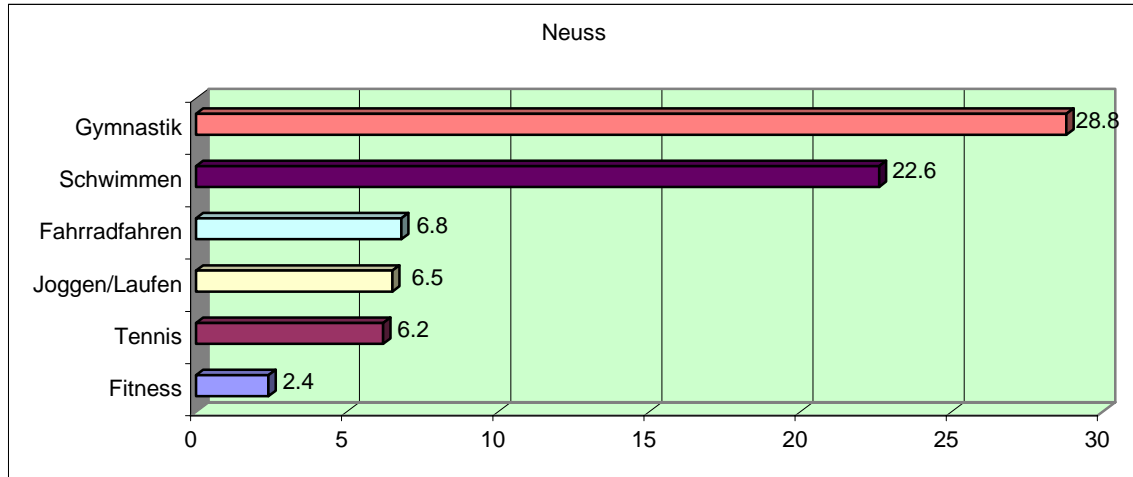
Betrachtet man in diesem Kontext die geschlechtspezifische Sportartenwahl, so fällt auf: Die in Seoul von der weiblichen Bevölkerung am häufigsten ausgeübten Sportarten sind allen voran Spazieren/Wandern, 31.4%, dann Joggen/Laufen, 17.0%, danach Schwimmen, 14.0%, Fitness 7.6% und schließlich Gymnastik und Aerobic mit jeweils 4.2% (vgl. Abbildung 7-8).

Abbildung 7-8: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Seoul) - weibliche Sportaktive



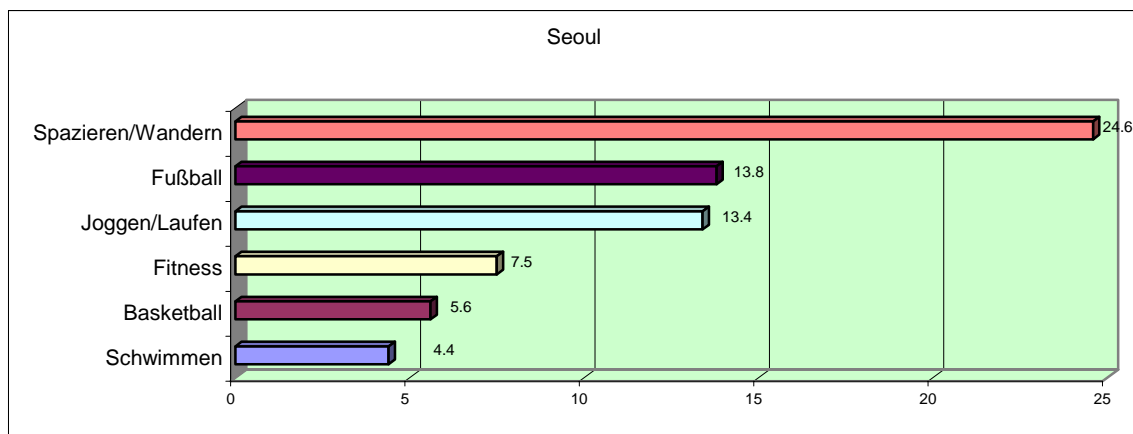
Dagegen üben die weiblichen Sportaktiven in Neuss am häufigsten Gymnastik aus, 28.8%, dann Schwimmen, 22.6%, danach Fahrradfahren 6.8%, Joggen/Laufen, 6.5%, Tennis, 6.2% und letztlich Fitness 2.4%(vgl. Abbildung 7-9).

Abbildung 7-9: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Neuss) - weibliche Sportaktive



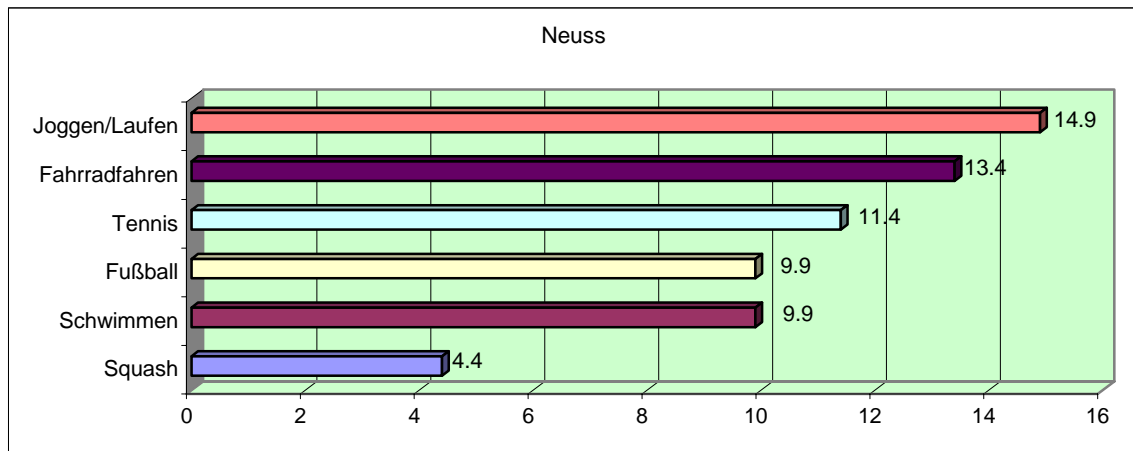
Die männliche Bevölkerung in Seoul übt am häufigsten Spazieren/Wandern aus, 24.6%, dann Fußball, 13.8%, Joggen/Laufen, 13.4%, danach Fitness 7.5%, Basketball 5.6% und Schwimmen 4.4% (vgl. Abbildung 7-10).

Abbildung 7-10: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Seoul) - männliche Sportaktive



In Neuss steht bei den männlichen Sportaktiven an erster Stelle Joggen/Laufen mit 14.9%, dann Fahrradfahren, 13.4%, Tennis, 11.4%, Fußball und Schwimmen mit jeweils 9.9% und schließlich Squash mit 4.4% (vgl. Abbildung 7-11).

Abbildung 7-11: Am häufigsten ausgeübte Sportarten (Neuss) - männliche Sportaktive



7.3 Gesundheitsprobleme

Die Ergebnisse können nur summarisch wiedergegeben werden. In beiden Regionen zeigten sich die Verbreitung der unorganisierten Sportaktivitäten, die Individualisierung des Sportverständnisses sowie die große Bedeutung der Gesundheitsmotivation.

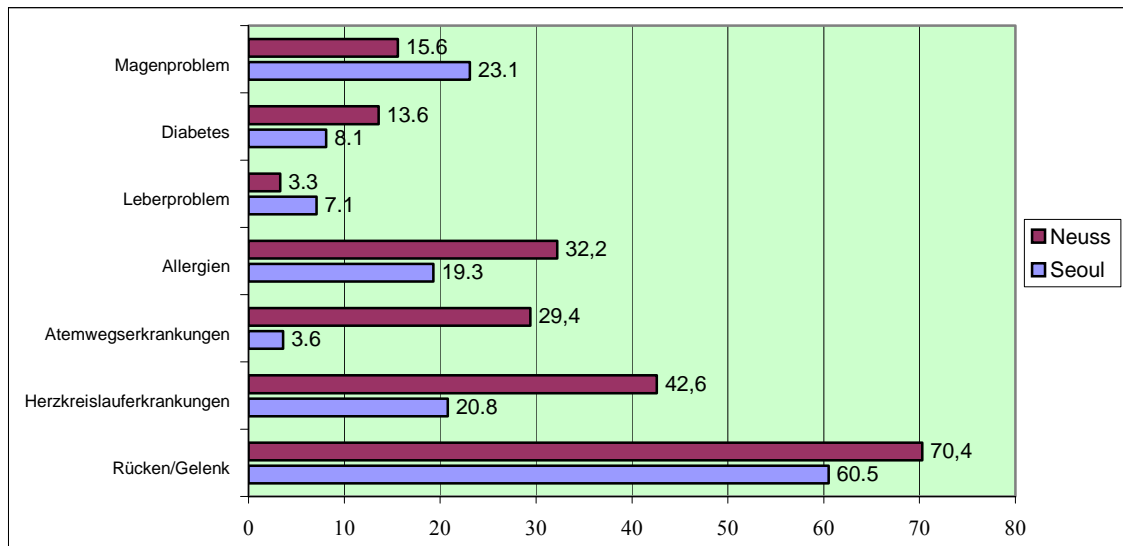
Zu den bemerkenswerten Ergebnissen der sozialegpidemiologischen Untersuchung zählte der Befund, wie sehr das Sport- und Bewegungsverhalten angesichts des veränderten Krankheitspanoramas (chronisch-degenerative Krankheiten und ein verändertes Gesundheitsbewusstsein) zu einer kollektiven Technik der Gesundheitssicherung und Problembewältigung geworden ist. Die Gesundheitsprobleme variieren allerdings in Neuss und in Seoul erheblich (vgl. Abbildung 7-12). Die größten Divergenzen ergeben sich bei Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen. In Seoul leiden lediglich 3.6% an Atemwegserkrankungen, während es in Neuss 29.4% sind. 42.6% der Neusser Bevölkerung leidet an Herz-Kreislaufkrankungen. In Seoul sind es lediglich 20.8%.

Das am stärksten verbreitete Gesundheitsproblem sind eindeutig die Rücken- und Gelenkbeschwerden. In Neuss leiden 70.4% und in Seoul 60.5% darunter.

Am wenigsten treten Leberprobleme auf. Nur 3.3% der Neusser Bevölkerung und 7.1% der Seouler Bevölkerung leiden unter Leberproblemen.

Tatsächlich entspricht das Morbiditätsprofil in beiden Städten im Großen und Ganzen den allgemeinen Erkenntnissen zur Verbreitung der chronisch-degenerativen Krankheiten, nach denen die Rücken- und Gelenkprobleme an der Spitze der Beeinträchtigung stehen.

Abbildung 7-12: Zentrale Gesundheitsprobleme zwischen Seoul und Neuss
(Angaben in %)

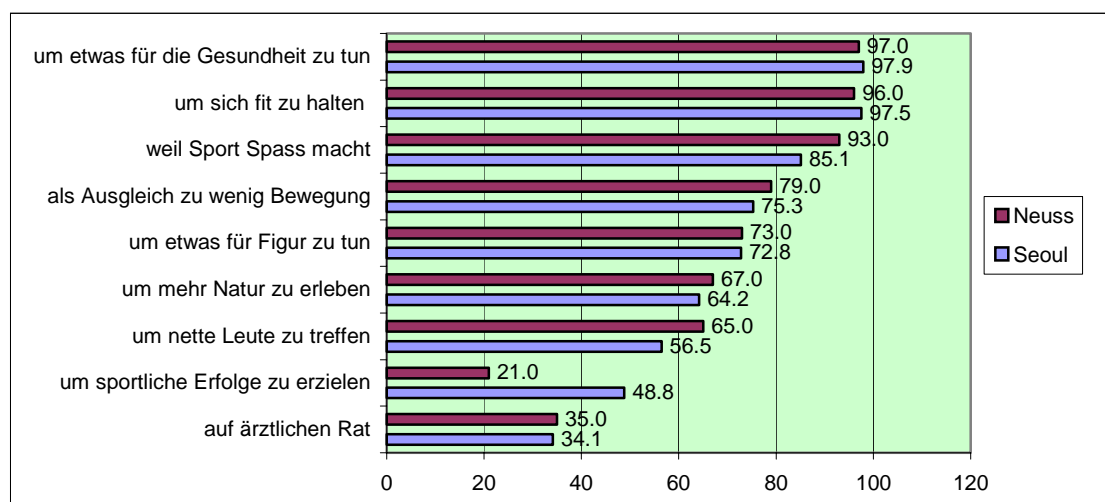


Rücken-, Gelenkprobleme stehen wiederum in einem engen Zusammenhang mit Bewegungsmangel (vgl. RITTNER/BREUER 1999). Daher verwundert es auch nicht, dass Sport und Bewegung attraktive Formen der individuellen Gesundheitssicherung darstellen. So zeigen die Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsumfragen die Dominanz der Sportmotiv Gesundheit, Fitness und Spaß.

Die Motive der Sportaktivität sind in Neuss und in Seoul in etwa gleich stark ausgeprägt. An erster Stelle steht das Motiv, um etwas für die Gesundheit zu tun, dicht gefolgt von dem Motiv, um sich fit zu halten. Danach kommt der Spaßfaktor und anschließend das Motiv mehr Ausgleich für zu wenig Bewegung. Letztlich wollen die Sportmotivierten

durch Sport mehr Natur erleben und nette Leute treffen. Das Motiv, sportliche Erfolge erzielen zu wollen, ist in Seoul doppelt so stark ausgeprägt wie in Neuss. Schließlich betreiben die Sportmotivierten den Sport auf ärztlichen Rat (vgl. Abbildung 7-13).

Abbildung 7-13: Motive tatsächlicher Sportaktivität zwischen Seoul und Neuss

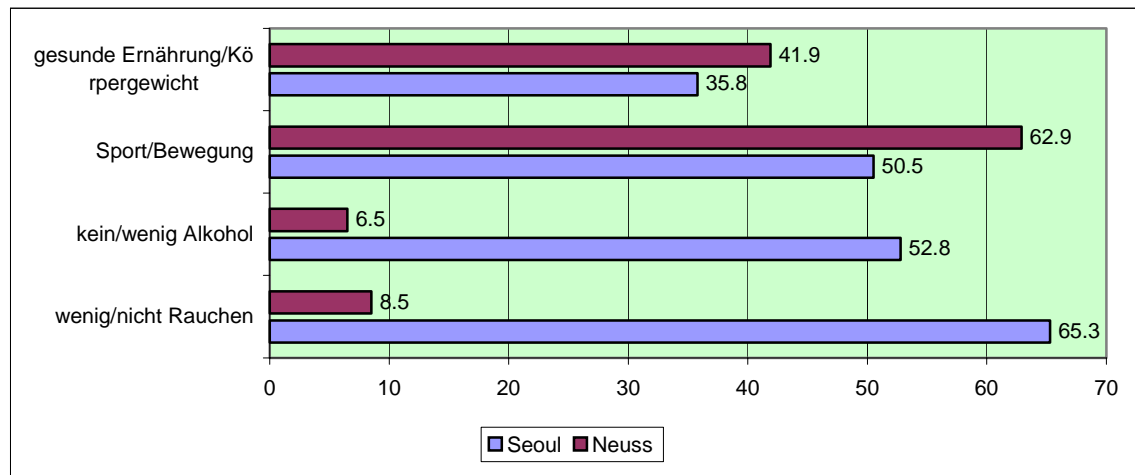


Wie sehr der Sport zu einer Art individueller Gesundheitstechnik geworden ist, zeigt sich an den Ergebnissen zweier Fragekomplexe zum Gesundheitsverhalten. Danach stellen Sport und Bewegung die weitaus verbreitetste Komponente des Gesundheitsverhaltens dar. Andere Medien und Verhaltensweisen, die im Rahmen von Public-Health-Strategien wesentlich stärker aufgegriffen werden, wie gesunde Ernährung oder die Reduktion des Genuss-/Suchtmittelkonsums finden offenbar eine deutlich geringere Akzeptanz in der Bevölkerung.

Damit ist sowohl in der kommunalen Sport- wie in der kommunalen Gesundheitspolitik eine einschlägige Neuinterpretation des Mediums Sport und Bewegung möglich (vgl. Abbildung 7-14).

In Seoul und Neuss wird das Gesundheitsverhalten verschiedenartig praktiziert. 41.9% der Neusser Bevölkerung achtet auf gesunde Ernährung und Körpergewicht, während es in Seoul 35.8% der Bevölkerung tut. In Neuss betreiben Sport und bewegen sich 62.9%, um gesund zu bleiben. In Seoul sind es nur 50.5%.

Abbildung 7-14: Praktizierte Formen des Gesundheitsverhalten zwischen Seoul und Neuss



Gefragt danach, was man für die Gesundheitserhaltung tun könne, antwortete 6.5% der Neusser Bevölkerung „keinen bzw. wenig Alkohol trinken“, während in Seoul 52.8% auf den Alkohol verzichten bzw. den Konsum einschränken.

8.5% in Neuss und 65.3% in Seoul rauchen nicht oder wenig, um gesund zu bleiben (vgl. Abbildung 7-14).

Der hohen Stellenwert des Mediums Sport in der Wahrnehmung der Bevölkerung darf jedoch nicht dahingehend interpretiert werden, dass Sport und Bewegung bereits so fest in den individuellen Lebensstilen verankert sind, dass verstärkte Maßnahmen der gesundheitsorientierten Bewegungsförderung nicht mehr notwendig seien. Das Antwortverhalten ist sehr offensichtlich durch Faktoren sozialer Erwünschtheit beeinflusst. Tatsächlich dürfte das Ausmaß der real praktizierten Sportaktivitäten sehr viel niedriger sein. Gleiches gilt im Übrigen auch für die weiteren Angaben zum Gesundheitsverhalten.

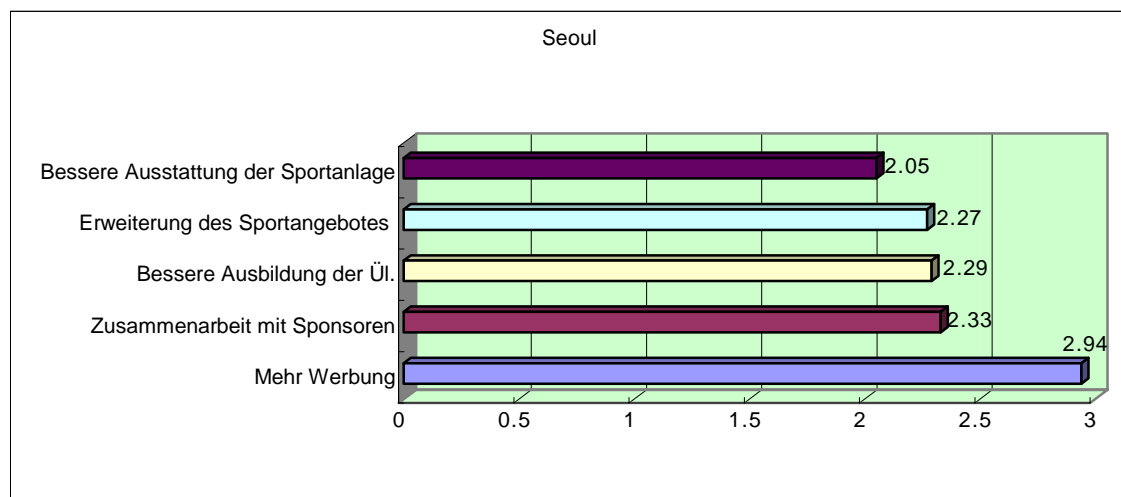
Insgesamt zeigt sich also, dass Sport und Bewegung in der Wahrnehmung der Bevölkerung von zentraler Bedeutung im Gesundheitszusammenhang sind und ein allgemein akzeptiertes Medium der individuellen Gesundheitssicherung wie in Stadt Neuss darstellen.

7.4 Maßnahmen für die zukünftige Entwicklung der Sportinfrastruktur

In Seoul gibt es, bezogen auf die Bevölkerungsbefragung, viele Voraussetzungen für die Implementation einer entsprechenden Politik. Die Probleme, mit denen sich die Befragten konfrontiert sehen, legen Maßnahmen aktiven Handelns nahe. Die seouler Bevölkerung wurde danach befragt, welche Bedeutung sie verschiedenen Formen der Problemlösung für die Zukunft zuweist. Die daraus resultierenden Informationen liefern nicht nur eine Ergänzung zu den bereits erfassten Problemen, sondern sie lassen auch potentielle Strategien der Problemlösung bzw. eine entsprechende Bereitschaft erkennen.

Als notwendige Maßnahmen für die zukünftige Entwicklung der Sportinfrastruktur in Seoul wird nach der Wichtigkeit an erster Stelle die Verbesserung der Ausstattung der Sportanlagen genannt. Dann kommt die Erweiterung des Sportangebotes, gefolgt von der besseren Ausbildung der Übungsleiterinnen und Übungsleiter, schließlich die Zusammenarbeit mit Sponsoren und letztlich die vermehrte Werbung (vgl. Abbildung 7-15).

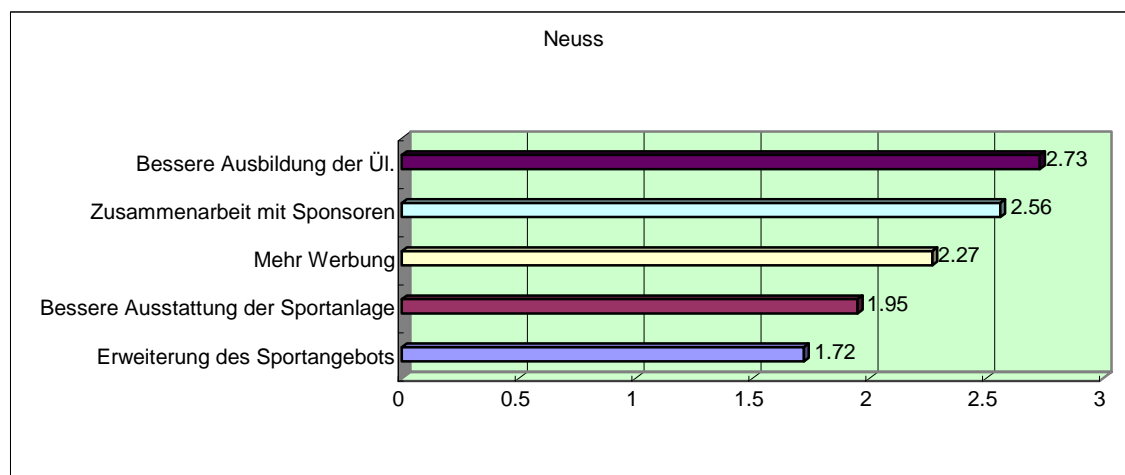
Abbildung 7-15: Notwendige Maßnahmen für die zukünftige Entwicklung (Seoul)



1 = sehr wichtig; 2 = wichtig; 3 = teils teils; 4 = nicht wichtig; 5 = gar nicht wichtig

In Neuss wird die bessere Ausbildung der Übungsleiterinnen und Übungsleiter als sehr wichtig erachtet. Danach folgt die Zusammenarbeit mit Sponsoren und darauf die Wichtigkeit vermehrter Werbung. Schließlich ist auch die bessere Ausstattung der Sportanlagen wichtig und letztlich die Erweiterung des Sportangebotes (vgl. Abbildung 7-16).

Abbildung 7-16: Notwendige Maßnahmen für die zukünftige Entwicklung (Neuss)



3 = sehr wichtig; 2 = wichtig; 1 = nicht wichtig

8. Zwischenfazit

Das Ziel der Präventionspolitik in Süd-Korea sollte darin bestehen, die Potenziale des Mediums Sport für die Gesundheitsförderung systematisch zu nutzen. Sind erst einmal zentrale Grundvoraussetzungen (Sportengagement, Sportmotivation, Gesundheitswahrnehmung) gegeben, so sind auch Maßnahmen zur Sportversorgung sowie weitere Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie -planungen denkbar. Dabei ist zu bedenken, dass Sportbedürfnisse und Sportnachfrage wie auch der Grad der Sportaktivität von verschiedenen Umständen abhängig sind. Soziodemographische Faktoren wie Geschlecht und Alter, die konkrete Lebenssituation des Einzelnen, wie auch die persönliche Einstellung zum Sport bestimmen das individuelle Sportverhalten.

Die Ergebnisse der Repräsentativbefragung der erwachsenen Bevölkerung (über 18 Jahre) in Seoul enthalten eine umfangreiche Menge an Informationen, wie sie nur wenige andere Untersuchungen in Süd-Korea bieten. An dieser Stelle erfolgt nunmehr eine Zusammenfassung des gesamten Untersuchungsergebnisses:

Wie die Daten aus Seoul zeigen, ist der Sport heute für weitere Bevölkerungskreise interessant (vgl. Kap. 6.1). Die Tatsache, dass 44.3% der befragten Personen sportlich aktiv sind, bestätigt die enorme Bedeutung des Sports als Freizeitaktivität für weite Personengruppen. 55.7% der Befragten sind zwar zur Zeit sportlich nicht aktiv, haben jedoch teilweise bereits differenzierte Vorstellungen hinsichtlich künftiger Sportaktivität. So ist demnach letztlich nur ein geringer Bevölkerungsanteil als sportlich nicht interessiert einzustufen. Auch wenn man skeptisch sein muss, was den Umgang mit dem Sportbegriff, so z.B. die Bezeichnung von Aktivitäten als Sportaktivitäten, betrifft, machen die Zahlen dennoch ein ausgeprägtes Sportinteresse in der Bevölkerung deutlich.

Der erstaunlich hohe Anteil von Sporttreibenden bei den über 50jährigen (50.0%) belegt, dass Sportaktivität heute auch für die älteren Jahrgänge nicht mehr der Ausnahmefall ist. Allerdings zeigt sich in der mit dem zunehmenden Alter der Befragten verbundenen kontinuierlichen Zunahme des Anteils Sporttreibender, dass von einer gleichberechtigten Sportteilnahme der Altersgruppen bei weitem nicht gesprochen werden kann (vgl. Tabelle 6-3). Dennoch enthalten die Ergebnisse Hinweise darauf, dass Merkmale der klassischen Sportrolle - der Sport galt z.B. lange Zeit als ein Privileg jüngerer Menschen - im Kontext des modernen Sportverständnisses an Verbindlichkeit verlieren, wenngleich sich Unterschiede in der Art des Sportengagements nachweisen lassen.

Weiterhin wichtig ist das Ergebnis, dass der Sport offenbar zu einem selbstverständlichen Betätigungsfeld von Frauen geworden ist. Der geschlechtspezifische Vergleich zeigt, dass Frauen häufiger als früher sportlich aktiv geworden sind (vgl. Kap. 6.1). 48.0% der Männer und schon 40.8% der Frauen treiben Sport. Dieses Ergebnis zeigt, dass der Sport, so wie er heute verstanden wird, mit der heutigen Frauenrolle kompatibel ist. Allerdings gibt es Hinweise auf eine geschlechtspezifische Sportnutzung.

Ein wesentliches Ergebnis in diesem Kontext ist die ausgesprochen hohe Freizeitsportorientierung. Dieser Aspekt wird deutlich bei einer Betrachtung der Sportpräferenzen (vgl. Kap. 6.2): Die Freizeitsportaktivitäten Wandern/Spazieren (27.8% aller Sporttreibenden) und Jogging (15.1%) erweisen sich als die mit Abstand beliebtesten Sportaktivitäten (vgl. Abbildung 6-1). Diesem herausragenden Stellenwert bewegungsorientierter Freizeitaktivitäten, der in besonderem Maße auch bei den potentiellen Sporttreibenden deutlich wird, steht eine vergleichsweise geringe Bedeutung traditioneller Wettkampfsportarten gegenüber. Dabei bleibt letztlich ungeklärt, welche Rolle ein sehr weit gefasster Sportbegriff im Zusammenhang des scheinbaren Wandels der Inhalte des Sports spielt, d.h. inwieweit die Verlagerung bzw.

Anreicherung im Bereich der Sportarten auf ein verändertes Sportverständnis zurückzuführen ist.

Der Sachverhalt, dass sich gerade solche Aktivitäten sehr deutlich in den Vordergrund schieben, die eine relativ problemlose Sportnutzung ermöglichen, betrifft offensichtlich einen grundsätzlichen Aspekt der Entwicklung der Sportbedürfnisse und scheint letztlich auch in engem Zusammenhang mit der hohen Sportbeteiligungsquote zu stehen. Es handelt sich hierbei um Aktivitäten, die weder an besondere individuelle Voraussetzungen gebunden sind, noch spezielle organisatorische Rahmenbedingungen erfordern, d.h. vergleichsweise problemlos auszuüben sind. Z.B. gehen 31.4% der sporttreibenden Frauen der Aktivität Wandern/Spazieren nach (vgl. Tabelle 6-12). Folglich wird der herausragende Stellenwert der Sportaktivität Wandern/Spazieren offensichtlich insbesondere durch die spezifische Sportnachfrage der Frauen getragen. Dies zeigt, welche Bedeutung die Freizeitsportarten den neuen Sportinteressentengruppen zukommt. Dieses Prinzip einer personengruppenspezifischen Relevanz eher weicher Sportarten (vgl. Tabelle 6-13) bestätigt sich auch in dem ausgeprägten Interesse der älteren Befragten an der Aktivität Jogging und Schwimmen. So zeigt die Untersuchung, dass ein Sportprofil eher weichen Charakters verstärkt bei älteren Aktiven vorzufinden ist.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass die dargestellten spezifischen Merkmale des Sports ihre Entsprechung im Bereich der Sportmotivation gefunden haben. Auf der Basis der Befunde wird zunächst eine Vielfalt von Motiven deutlich (vgl. Kap. 6.3.1). Dieses Ergebnis korrespondiert mit den in der Literatur beschriebenen Ausdifferenzierungserscheinungen der Sinnrichtungen, der diskutierten Entwicklung und Etablierung neuer Sportmodelle, die mit einer Öffnung des Sports für weite Personenkreise einhergeht (vgl. hierzu z.B. RITTNER 1985). Instrukтив in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass im Rahmen der gefächerten Motivpalette den

traditionellen leistungsbezogenen Begründungsmustern eine vergleichsweise geringe Bedeutung zukommt.

So stellt sich im Gesamtzusammenhang der Sport als ein „Sport für alle“, d.h. als ein Betätigungsfeld für alle dar. Die Heterogenität der Bezugsgruppe des Sports, die Vielseitigkeit der Formen und Inhalte sportlichen Aktivseins und die verschiedenartigen Begründungsmuster im Sport scheinen in wesentlicher Abhängigkeit zueinander zu stehen.

97.9% der Sporttreibenden gehen ihren Sport nach, um etwas für die Gesundheit zu tun; 97.5% der Aktiven treiben Sport, um sich fit zu halten (vgl. Abbildung 6-2). Somit bestätigen die Daten die Relevanz gesundheitsbezogener Begründungszusammenhänge im Sport. Dagegen treiben nur 48.9% der Aktiven Sport, um sportliche Erfolge zu erzielen. Es hat sich also eine starke Gesundheitsmotivation herauskristallisiert (vgl. Kap. 6.3.2); zumindest deuten die Befunde stark auf einen im Bewusstsein der Bevölkerung verankerten Gesundheitsbezug des Sports hin. Dennoch sollte der Befund, dass der Sport offenbar generell im Zusammenhang individueller Möglichkeiten der Gesundheitsförderung gesehen wird, nicht lediglich als populäres Deutungsmuster abgetan werden. Angesichts der übereinstimmenden Nennung gesundheitsbezogener Begründungen sowie in Anbetracht des geänderten Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung erscheint die Vermutung eines im Kern gesundheitsorientiert betriebenen Sports nicht unberechtigt. Belege für diese These finden sich auch in dem Befund, dass Sport häufig zur Stressbewältigung betrieben wird. Dieses Motiv spielt im Kontext der Nachfrage nach Sport eine wesentliche Rolle (vgl. Abbildung 6-2).

Die allem Anschein nach dominierenden gesundheitsbezogenen Begründungen, d.h. der immer deutlicher werdende enge Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit, weisen auf eine spezifische Entwicklung der Sportbedürfnisse, auch wenn die Befunde zur Sportmotivation Aussagen hinsichtlich des tatsächlichen Gesundheitswerts der jeweils ausgeübten Aktivitäten nicht erlauben. Der Sport erscheint in zunehmendem

Maße im Hinblick auf persönliche Belange überall einsetzbar, und zwar insbesondere im Sinne der Gesundheitssicherung. So deuten sich hiermit neue Dimensionen des Sports an.

Gleichwohl muss man individuelle Interpretationsspielräume hinsichtlich der Begriffe „Sport“ und „Gesundheit“ kritisch betrachten. Zu bedenken ist auch, dass heute der Begriff der „Gesundheit“ unter Umständen weiter zu fassen ist als dies früher der Fall war. Beispielweise werden wohl Aspekte des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit und der Lebensqualität einbezogen werden müssen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass sich trotz der übereinstimmend wirkenden Nennung gesundheitsorientierter Motive deutliche personengruppenspezifische Unterschiede in der Gewichtung der betreffenden Begründungen zeigen (vgl. Kap 6.3.4.1): Mittelwertvergleiche weisen zum einen auf einen speziellen Gesundheitsbezug von Frauen hin: Tendenziell bewerten die Frauen den gesundheitsbezogenen Motiv höher als Männer. Besonders körperbezogene Motive werden von Frauen überproportional häufig als „sehr wichtig“ bezeichnet. Hierdurch bestätigt sich eine allgemein stärkere Körperaufmerksamkeit und Gesundheitsorientierung der Frauen. Demgegenüber gehen die Frauen ihren Sport vergleichsweise seltener leistungs- und erfolgsbezogen nach.

Der Vergleich der Altersgruppen zeigt, dass ältere Befragte den Sport in besonderem Maße im Sinne der Förderung von Gesundheit einsetzen (vgl. Kap.6.3.4.2). Die Gesundheitsbezogenheit im Sport steigt kontinuierlich mit zunehmendem Alter (vgl. Tabelle 6-22). Z.B. ist ein vergleichsweise hoher Anteil älterer Sporttreibende auf ärztliches Anraten aktiv (vgl. Tabelle 6-22). Der Befund einer ausgesprochenen hohen Gesundheitsorientierung im Zusammenhang der Sportaktivität Älterer korrespondiert mit den Ergebnissen anderer Studien (vgl. BERGMANN/HEUWINKEL 1988, 1990 und RITTNER 1989). Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass ältere Menschen eher gesundheitliche Probleme haben als jüngere (vgl. Kap. 6.4.1 und 6.4.2) - dies

zeigen auch die Ergebnisse zur subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustands und der Gesundheitsveränderung. Somit besitzt die Thematik der Gesundheits-sicherung für die Bevölkerungsgruppe einen zentralen Stellenwert.

Eine grundsätzlich stärkere Gesundheitsorientierung besser Gebildeter lässt sich nicht bestätigen (vgl. Kap. 6.3.4.3). Dies deutet zunächst einmal mehr auf eine zunehmend übergreifende Gesundheitsorientierung im Sport.

Wie die erhobenen Befunde demonstrieren, sind individuelle Belange und Orientierung eng mit dem Sportbereich verflochten. Von daher liegt die Vermutung nahe, dass es die zunehmende Orientierung an Gegebenheiten außerhalb des Sportbereichs ist, die zu Veränderungen im Sport führt. Denkt man in diesem Kontext an die spezifischen Formen sportlichen Engagements im Alter, so wird nachvollziehbar, dass das Sportengagement vornehmlich personengruppenspezifisch und bedürfnisorientiert ausgerichtet ist. Dies zeigt sich z.B. auch im Befund, dass berufstätige Sporttreibende in besonderem Maße die Möglichkeit schätzen, durch ihren Sport einen Ausgleich zur Arbeit schaffen zu können (vgl. Kap. 6.3.4.4).

Sieht man die Ergebnisse zur personengruppenspezifischen Sportmotivation im Zusammenhang der skizzierten Formen der Sportausübung, so wird letztlich eine bemerkenswerte „Elastizität“ des Sportbegriffs sichtbar, aufgrund derer sich neue Dimensionen der Sportnutzung eröffnen.

Die Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden: Das Sport- und Bewegungsverhalten in Süd-Korea (Seoul) hat eine Reihe von Veränderungen durchlaufen, die es erlauben, von einem veränderten Verhältnis zwischen Sport und Gesundheit bzw. von einer grundsätzlich modifizierten somatischen Kultur komplexer Gesellschaften zu sprechen. Für die Zielsetzungen einer aktiven Gesundheitsförderung,

die an der Verbreitung und Effizienz ihre Maßnahmen interessiert sein muss, sind insbesondere folgende Voraussetzungen wichtig:

- Sportaktivitäten sind für Frauen und ältere Menschen attraktiver geworden: traditionelle geschlechts- und altersspezifische Barrieren haben offensichtlich an Bedeutung verloren. In diesem Zusammenhang ist die Öffnung und Erweiterung der Sportrollen von großer Bedeutung.
- Das Sportverständnis der Bevölkerung hat sich deutlich erweitert. So werden von Teilen der Bevölkerung heute Freizeitaktivitäten als Sport eingestuft, die in Süd-Korea noch vor 10 Jahren nicht als solche gewertet wurden (z.B. intensives Spazieren). Hierbei ist charakteristisch, dass die Gesundheitsmotivation die Sportmotivation teilweise überlagert; aber auch das Sporterlebnis geschieht zunehmend unter Gesichtspunkten von Kategorien der individuellen Entspannung und psycho-physischen Ausgleichs. Teilweise ist das Sport- und Bewegungsverhalten zu einer expliziten Gesundheitstechnik geworden.
- Mit dem Aufstieg der individuellen Fitness hat sich das sportliche Engagement der Bevölkerung stark ausgeweitet. D.h. die allgemeine Verbreitung von Sport- und Bewegungsaktivitäten, die selbstverständlicher Bestandteil der Alltagskultur geworden sind.

Von größtem Interesse an diesen Veränderungen ist, dass sie sich offenkundig in Beziehung zu den veränderten Bedingungen der individuellen Gesundheitssicherung eingeschrieben haben. Deutlich wird damit zunächst, dass die objektiven Belastungen eines veränderten Krankheitspanoramas ganz offensichtlich ihre Korrespondenz im Alltagsbewusstsein gefunden haben und teilweise auch verhaltensrelevant geworden sind. Höchst instruktiv sind auch die Daten zu den Techniken der individuellen Gesundheitssicherung, d.h. der erstaunlich hohe Stellenwert, der den Sport- und

Bewegungsaktivitäten für die Gesunderhaltung zugewiesen wird, im weiteren den Maßnahmen der Reduktion des Genuss-/Suchtmittelkonsums (Alkohol und Zigaretten) bzw. der richtigen Ernährung (vgl. Kap. 6.4.7). Sie sind wichtige Indizien für ein verändertes Gesundheitsmotiv, wonach die Individuen sehr wohl wissen, dass sie für ihre Gesundheit selbst verantwortlich sind, und sie zeigen zugleich Möglichkeiten einer adäquaten Problemlösung auf. Mit diesen Befunden korrespondiert die verbreitete Einschätzung, dass man selbst Einfluss auf den Gesundheitszustand nehmen kann.

Soziale Faktoren spielen sowohl für die Erklärung von Gesundheit als auch für die Erklärung von Sportaktivität eine bedeutende Rolle. Die Angehörigen der sozialen Mittel- und Oberschicht erreichen hinsichtlich der untersuchten Teilaspekte von Gesundheit eine deutlich bessere Beurteilung als die Angehörigen der Unterschicht. Dabei hat sich gezeigt, dass die Bevölkerung der Unterschicht nicht nur hinsichtlich Erkrankungen und Beschwerden, sondern auch in Bezug auf eine als „positiv“ empfundene Gesundheit benachteiligt ist.

Auch hinsichtlich des Sportverhaltens kann bilanziert werden, dass eher Personen der sozialen Mittel- und Oberschicht als der Unterschicht aktiv Sport treiben. Die geringere Sportteilnahme von Angehörigen der unteren Schicht ist jedoch nicht nur auf den Einfluss der sozialen Indikatoren zurückzuführen, sondern kann auch durch den schlechteren Gesundheitszustand erklärt werden. So entsteht ein Dilemma, da die Angehörigen der Unterschicht aufgrund ihrer Gesundheit gerade jene Maßnahmen nicht ausüben können, die geeignet wären, ihren Gesundheitszustand zu fördern.

Bei einer gleichzeitigen Betrachtung von Gesundheit und sportlicher Aktivität in Abhängigkeit von der sozialen Schichtzugehörigkeit zeigt sich die Benachteiligung der unteren Schicht noch deutlicher. So klaffen z.B. die Gesundheitswerte der inaktiven Unterschichtangehörigen und die Werte der aktiven Personen der Oberschicht weit auseinander. Dieser Unterschied wird mit zunehmendem Alter extremer; d.h. in dem Maße in dem der „Schutzfaktor Jugend“ abnimmt, verstärkt sich die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten sowie zwischen Sportlern und Nichtsportlern.

Um eine „Gesundheit für alle“ zu erreichen bzw. um die gesundheitlichen Ungleichheiten zu reduzieren, müssten bei zukünftigen Konzepten zur Gesundheitsförderung - und speziell auch bei Konzepten zur „Gesundheitsförderung durch Sport“ – soziale Indikatoren eine wesentlich stärkere Beachtung finden als bisher. Langfristige Erfolge einer „Gesundheitsförderung für alle“ sind nur dann zu erwarten, wenn im Sinne der WHO strukturelle Veränderungen bestehender Verhältnisse erfolgen und zwar in der alltäglichen Umwelt der Menschen.

Weiterhin wird untersucht, wie sich das mangelnde Interesse des Gesundheitssystems zum Präventivpotential von Sport und Bewegung äußert und worin die zentralen Ursachen des mangelnden Interesses liegen. Eine Beschreibung der Ursachen des mangelnden Interesses im Gesundheitssystem ist deshalb von hoher Bedeutung, da die Veränderung sozialer Systeme in besonderem Maße Wissen darüber verlangt, nach welcher Logik und nach welchen Prinzipien das zu intervenierende System beobachtet und handelt.

III. Perspektiven der Sportbezogenen Gesundheitsförderung in Süd-Korea

9. Aktuelle Problemsituationen für den Aufbau eines sport- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung in Süd-Korea

In diesem Kapitel werden die aktuellen Problemsituationen für den Aufbau eines sportbezogenen Gesundheitssystems in Süd-Korea herausgearbeitet, um einen Einblick in zukünftige Entwicklungen und Perspektiven der Gesundheitspolitik in Süd-Korea zu gewähren.

Die OECD Health-Date-Datenbank mit gesundheitsrelevanten Daten für alle „OECD-Länder“¹⁴, zu denen inzwischen neben den etablierten „Industrieländern“ auch Süd-Korea und Mexiko sowie mehrere Länder Mittel- und Osteuropas zählen, zeigt deutlich, dass das Gesundheitssystem in Süd-Korea noch an unterentwickelten Kapazitäten zur Wahrnehmung und Beschreibung seines Zustandes und zur Reflexion und Planung seiner Aktivitäten leidet.

Wenn man die Ergebnisse von „OECD-Health-Daten 2003“ verfolgt, so sind durchaus die schwachen Hauptfunktionen des Gesundheitssystems in Süd-Korea erkennbar.

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei den OECD-Ländern, bei denen es sich um fortgeschrittene Industrieländer handelt, beläuft sich gegenwärtig (Jahr 2000) auf 78 Jahre (vgl. Tabelle. 9-1).

¹⁴ Die Gründungsmitglieder der OECD sind: Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien, Türkei, Vereinigtes Königreich und Vereinigten Staaten. Folgenden Staaten wurden zu den nachstehend genannten Daten Mitglieder der OECD: Japan (28. April 1964), Finnland (28. Januar 1969), Australien (7. Juni 1971), Neuseeland (29. Mai. 1973), Mexiko (18. Mai 1994), die Tschechische Republik (21. Dezember 1995), Ungarn (7. Mai 1996), Polen (22. November 1996), Süd-Korea (12. Dezember 1996) und die Slowakische Republik (14. Dezember 2000).

Tabelle 9-1: Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt in den OECD-Ländern (2000)

| Süd-Korea | Deutschland | Niederlande | Schweden | England |
|-----------|-------------|-------------|----------|---------|
| 73.0 | 77.7 | 78.1 | 79.5 | 77.5 |

Quelle: National Health Insurance Corporation 29.07.2003

Die niedrige Lebenserwartung in Süd-Korea ist auf die schlechte Gesundheitspflege und den schlechten Bedingungen, unter denen ärztliche Behandlungen vorgenommen werden, zurückzuführen. Ein weiterer Grund für die niedrige Lebenserwartung besteht darin, dass in Süd-Korea im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern am wenigsten in die Finanzierung des Krankenversicherungssystems investiert wird.

Der Gesamtbetrag, der sich aus allen Ausgaben für ärztliche Behandlungen zusammensetzt, ist in den USA am höchsten. Prozentual zum GDP beträgt er dort 13.1%. Die Länder, die am wenigsten für ärztliche Behandlungen ausgeben, sind Luxemburg und Süd-Korea mit einem Prozentsatz von unter 6.0%. Der Durchschnittsbetrag der OECD-Länder beläuft sich dagegen auf 8.1% (vgl. Tabelle 9-2).

Tabelle 9-2: GDP Vergleich zum Gesundheitssystemausgabe (Angaben in %)

| Süd-Korea | Deutschland | Japan | Luxemburg | USA | Frankreich | England |
|-----------|-------------|-------|-----------|------|------------|---------|
| 5.9 | 10.6 | 7.6 | 5.6 | 13.1 | 9.3 | 7.3 |

Quelle: National Health Insurance Corporation 29.07.2003

Die schwache Stellung der Sozialversicherung ergibt sich daraus, dass präventive Gesundheitspflege und gesundheitsfördernde Programme traditionell keine wichtige Rolle gespielt haben.

Aufgrund der starken Stellung der privaten Krankenversicherungen, mit denen eine ärztliche Behandlung reibungslos verläuft, wird der öffentlichen Gesundheitspflege die Grundlage entzogen, so dass sich diese immer mehr vermindert.

Im Jahre 1997 entfielen auf 1000 Menschen der süd-koreanischen Bevölkerung 4.8 Betten. Süd-Korea belegte somit im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern den 18. Rang (vgl. Tabelle 9-3).

Tabelle 9-3: Krankenhausbetten in OECD-Ländern

| Süd-Korea | Deutschland | Japan | Norwegen | Niederlande | Türkei | Irland | Mexiko |
|-----------|-------------|-------|----------|-------------|--------|--------|--------|
| 4.8 | 9.4 | 16.4 | 14.7 | 11.5 | 2.5 | 3.7 | 1.1 |

Quelle: National Health Insurance Corporation 29.07.2003

In Japan entfielen 16.4, in Norwegen 14.7, in den Niederlanden 11.5 und in Deutschland 9.4 Betten auf 1000 Menschen der jeweiligen Bevölkerung. Dagegen entfielen in Mexiko lediglich 1.1, in der Türkei 2.5 und in den Niederlanden nur 3.7 Betten auf 1000 Menschen der jeweiligen Bevölkerung (vgl. Tabelle 9-3).

Die kardiovaskulären und bronchopulmonalen Risiken sind hinreichend bekannt. Von daher kommt im Kontext der Thematik gesundheitsrelevanter Lebensweisen dem Rauchverhalten der Bevölkerung eine besondere Bedeutung zu. Rauchen ist eine wichtige „vermeidbare Einzelursache von Krankheit und vorzeitigem Sterben“ (vgl. OLLENSCHLÄGER 1991, 101, ROST 1991, 187).

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien zur Verbreitung und Entwicklung des Rauchverhaltens der Bevölkerung liefern Grundinformationen, zeigen Trends auf, die die Basis zahlreicher Kampagne gegen Tabakmissbrauch bilden (vgl. LOPEZ/FUCHS 1990).

Obwohl sich der Tabakkonsum im Vergleich zu den vergangenen Jahren stark reduziert hat, bleibt dieser die Hauptursache für Frühsterblichkeit. Der Grund dafür ist, dass Rauchen speziell zu Veränderungen an den Herzkranzgefäßen und Beinarterien, weniger an den Hirnschlagadern führt. Rauchen begünstigt darüber hinaus die Entstehung des Bronchialkarzinoms sowie anderer krebsartiger Erkrankungen im

Bereich des Mundes, der Zunge, des Kehlkopfs, des Magens und der Harnblase. Es ist weiterhin an der Entstehung von Magenschleimhautentzündungen und Magengeschwüren beteiligt (vgl. ROST 2005, 150).

Die Sterberate aufgrund dieser Ursache beträgt in den USA und in Schweden unter 20.0%. In Griechenland ist die Sterberate aufgrund des Tabakkonsums mit 35.0% am höchsten (Süd-Korea: 30.4%, Japan: 32.9%) (vgl. Tabelle 9-4).

Tabelle 9-4: Sterberate aufgrund des Tabakkonsums in den OECD-Ländern (2000)

| Süd-Korea | Deutschland | USA | Japan | Niederlande | Griechenland | Schweden |
|-----------|-------------|------|-------|-------------|--------------|----------|
| 30.4 | 29.0 | 18.8 | 32.9 | 32.5 | 35.0 | 19.0 |

Quelle: National Health Insurance Corporation 29.07.2003

Zwar stellt das Problem der Übergewichtigkeit ein ernstzunehmendes Problem dar, doch Alarm ist definitiv für chronisch degenerative Krankheiten zu schlagen, die eine Folge von Übergewicht sind und gravierende Gesundheitsprobleme aufgrund von Bewegungsmangel verursachen. In den USA leiden 30.9% der Bevölkerung an Übergewicht. In keinem anderen Land der Welt leiden mehr Menschen an Übergewicht. In Süd-Korea und in Japan beträgt der Anteil der Übergewichtigen lediglich 3.2% (vgl. National Health Insurance Corporation 29.07.2003). Doch selbst hier warnen die Mediziner verstärkt davor, dass auch in diesen Ländern die „Zivilisationskrankheiten“ zunehmen wie etwa Kreislaufstörungen und Herzbeschwerden in Folge von Bewegungsarmut und weisen auf die Notwendigkeit einer sportlichen Aktivierung der Bevölkerung hin.

9.1 Aktuelle Problemsituationen

Wenn im Gesundheitssystem verstärkt auf präventive und nicht-medizinische Gesundheitsförderungen zurückgegriffen werden soll, liegt die Nutzung des Mediums Sport und Bewegung in Süd-Korea nahe. Schließlich kann der Sport wichtige Gesundheitsleistungen bereitstellen, mit deren Hilfe das Gesundheitssystem seine gesellschaftlichen Leistungen insgesamt besser erbringen könnte.

In der Praxis zeigt sich in Süd-Korea aber ein anderes Bild: Betrachtet man die Public-Health-Realität in Süd-Korea aus einer sportwissenschaftlichen Perspektive, so fällt auf, dass Aspekte der Bewegungsförderung in den Ansätzen bevölkerungsorientierter Gesundheitspolitik, wenn überhaupt, nur marginal berücksichtigt werden. Trotz des wachsenden Handlungsbedarfs in Süd-Korea steht das Gesundheitssystem Bewegungsbelangen offensichtlich desinteressiert gegenüber. Sport und Bewegung spielen in Gesundheitspolitik und öffentlicher Gesundheitsförderung in Süd-Korea allenfalls eine sehr bescheidene Rolle.

Charakteristisch ist, dass in Süd-Korea Sport und Bewegung kaum Eingang in gesundheitspolitische Strategien finden. Eines der erfolglosen Projekte wurde vom MINISTRY OF HEALTH & WELFARE (2000) in Gang gesetzt. Dieses Projekt hatte das Ziel, die Lebensqualität und den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung zu verbessern (KOREAN EXERCISE INSTRUCTION ASSOCIATION 2001, 4). Das Projekt bestand aus folgenden Zielsetzungen:

- Erweiterung der Möglichkeiten und Räume für die Gesundheit,
- Entwicklung und Verbreitung von Programmen für die Gesundheit,
- Ausbildung und Bereitstellung von Experten für die Gesundheit,

- Administrative und finanzielle Unterstützung einschlägiger Maßnahmen.

Ein Zusammenhang zwischen Bewegungsförderung und Gesundheitsförderung als eine der Public-Health-Strategien in Süd-Korea, der sich am MINISTRY OF HEALTH & WELFARE Modellprojekt „Gesundheitsförderung und sozialen Versorgung“ orientiert, wurde nicht gesehen. Während der dreijährigen Anlaufphase (2000-2003) wurde nicht einmal das gewonnene Ergebnis mit der Agenda der staatlichen Gesundheitspolitik abgeglichen(vgl. SUNG 2003, 4).

Die These einer Unterrepräsentanz von Sport und Bewegung in Public-Health-Strukturen in Süd-Korea wird durch weitere Indizien erhärtet. So ist der Sport als eigenständiger Fachbereich in der Gesundheitskonferenz, (1) dem wichtigsten Steuerungsgremium öffentlicher Gesundheitspolitik auf staatlicher Ebene, in der eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Akteure zusammenkommen, nicht vertreten.

In den (2) Konzepten des Gesundheitsministeriums zur Zusammensetzung der staatlichen Gesundheitskonferenzen spielen die Akteure des Sports ebenfalls keine Rolle.

Daneben lassen sich Kennzeichen des mangelnden Interesses auch (3) bei medizinsoziologischen und Public-Health-Kongressen in Süd-Korea finden. Dort spielen Aspekte der Bewegungs- bzw. Sportförderung keine oder eine nur stark nachgeordnete Rolle. Gleiches (4) gilt für die einschlägigen Public-Health-Bücher (z.B. KIM 1997; PARK et al. 1997). Dem Thema „Bewegung und Sport“ wird dort keine Beachtung geschenkt.

9.2 Zielsetzungen des Gesundheits- und Sportsystems in Süd-Korea

Um die Entwicklungsprobleme des Gesundheitssystems zum präventiven Potenzial von Sport und Bewegung in Süd-Korea zu begreifen, ist es notwendig, die relevanten Struktur- und Handlungsmerkmale des Gesundheits- und Sportsystems in Süd-Korea in einer vergleichenden Perspektive näher zu betrachten.

Tabelle 9-5: Zielsetzungen des Gesundheitssystems und des Sportsystems

| Organisator | Förderungsgesetze für die nationale Gesundheit | Förderungsgesetze für den nationalen Sport |
|-------------|--|---|
| | Ministry of Health & Welfare | Ministry of Culture & Tourism |
| Ziele | Verbreitung richtigen Gesundheitswissens und Förderung von Bedingungen zur Ausübung eines gesundheitsbewussten Lebens zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens in der Bevölkerung | Durch die Förderung des nationalen Sports werden die Entwicklung der Gesellschaft, die Bildung des gesunden Geistes, die Weckung der Lebensfreude in der Bevölkerung und schließlich die nationale Repräsentation auf der internationalen Sportbühne erzielt. |
| Aufgaben | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untersuchung und Vorsorge (Präventivmaßnahmen) zur frühzeitigen Erkennung von chronisch-degenerativen Erkrankungen 2. Gesundheitserziehung und -beratung zur gesunden Lebensführung (z.B. Hygiene, Reduktion des Genuss- und Suchtmittelkonsums) 3. Forschungsprojekte zu Gesundheitsproblemen in den Regionen 4. Gründung von Gesundheitszentren und Unternehmen zur Gesundheitsförderung etc. 5. Ernährung 6. Zahnprophylaxe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufstellung und Regulierung eines kurz- und langfristigen Plans zur Förderung des Nationalen Sports 2. Förderung des Schul- und Freizeitsports 3. Erweiterung von Sportanlagen in den Provinzen 4. Talentsuche und -förderung 5. Vorbereitung sowohl auf die Asiatischen Spiele als auch auf die Olympischen Spiele 6. Förderung der Sportwissenschaft 7. Förderung des internationalen Sportaustausches 8. Verwaltungsorganisationen |
| Probleme | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dominanz der „rein medizinischen“ Sicht der Gesundheitsförderung 2. Die defizitären Strukturen der Gesundheitsförderung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Der mangelnde Nachweis der gesundheitspezifische Effektivität des Sports 2. Das Fehlen geeigneter Konzepte und Instrumente |

Quelle: KOREAN EXERCISE INSTRUCTION ASSOCIATION 2001, 10

Zunächst werden die Aufgaben und Ziele des Gesundheits- und daraufhin diejenigen des Sportsystems dargestellt. Daran ist zu erkennen, dass sport- und bewegungsbezogene Gesundheitsförderung im Gesundheits- und Sportsystem zwar leider sehr marginal behandelt werden, jedoch präventivmedizinische Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchaus vorhanden sind (vgl. Tabelle 9-5).

Die Förderungsgesetze für die nationale Sicherheit des Ministeriums für Gesundheit und Wohlfahrt (Ministry of Health and Welfare) sind eher daraufhin ausgerichtet, dass richtiges Gesundheitswissen vermittelt und diese Vermittlung auch gefördert wird. Es sollen Bedingungen geschaffen werden, um ein gesundheitsbewusstes Leben zu führen. Dies soll stets in dem Bewusstsein geschehen, das allgemeine Wohlbefinden zu steigern. Dafür hat sich das Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt folgende Aufgaben gesetzt: Zunächst sollen (1) Präventivmaßnahmen getroffen werden, um chronisch-degenerative Erkrankungen frühzeitig zu erkennen (z.B. medizinische Untersuchung). Anschließend sollen (2) umfangreiche und groß angelegte aber auch individuelle Gesundheitsberatungen durchgeführt werden (z.B. klassische Krankheitsbilder), die insbesondere über Hygiene und Genuss- bzw. Suchtmittelkonsum aufklären sollen. Desweiteren sollen (3) Forschungsuntersuchungen vorgenommen werden, um Gesundheitsprobleme in den Regionen aufzudecken. Auch ist die (4) Etablierung von Gesundheitszentren und Gründung von Unternehmen geplant, die ausschließlich mit der Gesundheitsförderung betraut werden sollen. Letztlich sollen (5) Orientierungshilfen für gesunde Ernährung und Zahnprophylaxe gestellt werden. Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind an der präventivmedizinischen Entwicklung ausgerichtet. Auch hier ist es wieder so, dass die Entwicklung und die Begründung zur Nutzung des präventiven Potenzials von Sport und Bewegung fehlen.

Dagegen verfolgen die Förderungsgesetze für den nationalen Sport des Ministeriums für Kultur und Tourismus (Ministry of Culture and Tourism) folgendes Ziel: Durch Förderung des nationalen Sports soll erreicht werden, dass sowohl das allgemeine

Körper- als auch Gesundheitsbewusstsein gesteigert wird (z.B. Freizeitsport), sowie eine Verbesserung der allgemeinen Lebensfreude in der Bevölkerung und nicht zuletzt der Repräsentanz auf der internationalen Sportbühne bewirkt werden.

Im Sportsystem stehen verständlicherweise zunächst sportbezogene Fragestellungen im engeren Sinne im Vordergrund.

Es soll zunächst ein (1) kurz- und langfristiger Plan zur Förderung und Regulierung des nationalen Sports aufgestellt werden. Dann sollen sowohl (2) der Schul- und Freizeitsport als auch die Sportwissenschaft sowie der internationale Sportaustausch gefördert werden. Weitere Aufgaben bestehen darin, (3) die Zahl der Sportanlagen in den Provinzen zu erweitern, Talente zu suchen und zu fördern und schließlich die Verwaltungsorganisation zu leiten.

Der Vergleich beider Systeme macht insbesondere folgende Punkte deutlich:

Beide sozialen Systeme sind zunächst an ihrer zentralen Aufgabenbestimmung orientiert; das Gesundheitssystem setzt seine Priorität verständlicherweise auf Krankheit und Gesundheit; im Sportsystem geht es selbstverständlich um den Sport bzw. die Verbesserung der Infrastrukturen des Sports. Die Zielsetzungen des Gesundheitsministeriums sind zumindest in der Programmatik durch eine größere Offenheit gegenüber weiteren Public-Health-Strategien gekennzeichnet. Allerdings fehlt jeglicher Bezug zum Thema Sport/Bewegung (vgl. Kap. 9.3)

Das Sportsystem wiederum zeigt eine stärkere Bindung an den Wettkampfsport; in den programmatischen Festlegungen finden sich kaum Anschlussmöglichkeiten für eine Nutzung des Sports für Public-Health-Konzepte (vgl. Kap. 9.4).

9.3 Gründe des mangelnden Interesses des Gesundheitssystems

In Anbetracht des Präventivpotentials von Sport und Bewegung sowie der vielfältigen öffentlichen Bekundungen zum Gesundheitswert des Sports in Süd-Korea stellt sich die Frage, wo die Gründe für Vernachlässigung von Sport und Bewegung bzw. das entsprechende Desinteresse liegen. Antworten auf diese Frage sind für Fragen zur Kooperation zwischen dem Sport- und Gesundheitssystem von zentraler Bedeutung: Entsprechende Kooperationsstrategien haben nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie die Ursachen dieses mangelnden Interesses in den Lösungsansätzen berücksichtigen.

Auf seiten des Gesundheitssystems in Süd-Korea fallen drei zentrale Struktur- und Handlungsmerkmale auf, die zum mangelnden Interesse gegenüber dem Präventivpotential von Sport und Gesundheit führen. Zu nennen ist insbesondere (1) die Dominanz der „rein medizinischen“ Sicht der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem (vgl. Kap. 9.3.1). Hinzu kommen (2) die defizitären Strukturen der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 9.3.2) sowie (3) die Konkurrenz verschiedener gesundheitsfördernder Medien (vgl. Kap. 9.3.3).

9.3.1 Dominanz der „rein medizinischen“ Sicht der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem

Der wesentliche Unterschied zwischen dem Gesundheits- und Sportsystem ist, dass sich das Gesundheitssystem „das allgemeine Wohlbefinden in der Bevölkerung“ zum Leitbegriff gesetzt hat (vgl. Tabelle 9-5). Diesen Begriff, der rein aus der medizinischen Sicht und nicht aus dem Aspekt der sport- und bewegungsbezogener Gesundheitsförderung zu betrachten ist, gilt es demnach zu verbreiten. Hingegen liegt der Schwerpunkt des Sportsystems sowohl im Wettkampfsport als auch in der Betreuung der Sportler eher im traditionellen Sportbegriff (vgl. Tabelle 9-5). Daher

werden nun zunächst die zentralen Struktur- und Handlungsmerkmale des Gesundheitssystems und des Sportsystems in Süd-Korea aufgezeigt, die für das mangelnde Interesse mitverantwortlich sind.

Wenn man die Genese des Gesundheitssystems in Süd-Korea verfolgt, so fällt auf, dass sich das Gesundheitssystem zwar immer weiter ausdifferenziert hat und so verschiedenste Subsysteme aufweisen kann, die teilweise hochspezialisierte Aufgaben erfüllen, es jedoch über keinerlei Teilsysteme verfügt, die zum systematischen Wahrnehmen und Aufgreifen der gesundheitsförderlichen und präventiven Potentiale von Sport und Bewegung in der Lage wären. Es fehlt dem Gesundheitssystem offensichtlich ein Programm, welches die gesundheitsförderlichen Potentiale von Sport und Bewegung systemisch bearbeitbar macht.

Eine zentrale Ursache für das Fehlen eines adäquaten Bewegungsprogramms liegt allem Anschein nach in der noch immer vorhandenen Dominanz der „rein medizinischen“ Sicht der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem in Süd-Korea.

So gibt es z.B. in Deutschland mittlerweile eine sehr breite wissenschaftliche Befundlage über die Zusammenhänge zwischen sportliche Aktivität und der Ausprägung verschiedener physischer und psychischer Gesundheitsmerkmale, die in einer ganzen Reihe von Veröffentlichungen zusammengefasst sind. So finden sich wissenschaftliche Befunde dafür, dass Sport und Bewegung in Bezug auf koronare Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ II, Osteoporose, Osteoarthritis, Adipositas, Kolonkrebs, Rückenleiden und möglicherweise auch auf Lungenkrebs, Brustkrebs, Schlaganfall und Depression eine präventive Funktion haben (vgl. HOLLMANN et al. 1983, ROST 1990, 1991, 2005). Abgesehen von der präventiven Wirkung körperlicher Aktivität wirkt sich diese auch lindernd auf Krankheitsbeschwerden aus. Weniger eindeutig als bei physischer Gesundheit fallen insgesamt die Befunde über die Auswirkungen körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit aus. Schlicht zufolge können aber auch hier Meta-Analysen belegen, dass

für spezifische Dimensionen, vor allem emotionale, und für ausgewählte Altersgruppen, vor allem für das mittlere bis hohes Lebensalter, positive Effekte durch körperliche Aktivität erzielt werden können (vgl. SCHLICHT 2003, 17).

Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands bilanziert SCHLICHT, dass die weit verbreitete Inaktivität der Bevölkerung das gesundheitliche Risiko substantiell erhöht, körperlich-sportliche Betätigung infolge dessen eine signifikante Möglichkeit darstellt, ernsten Erkrankungen vorzubeugen und das psychische und körperliche Wohlbefinden zu steigern. Nach wie vor strittig sei dabei die genaue Dosis-Wirkungs-Beziehung und der zeitliche Mindestumfang einer gesundheitswirksamen körperlich-sportlichen Belastung (vgl. ebd. 17).

Die Dominanz der „rein medizinischen“ Sicht der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem ist für die Frage der Berücksichtigung von Sport und Bewegung in den Gesundheitsstrategien in Süd-Korea deswegen bedeutsam, weil sich durch sportliche Aktivität Krankheiten vermeiden und Gesundheitsgewinne erzielen lassen (vgl. Kap. 6.1.3).

Betrachtet man die Aufgabenstellungen des Ministeriums für Gesundheit und Wohlfahrt in Süd-Korea, kann man erkennen, dass die Dominanz der „rein medizinischen“ Sicht der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem aber auch an der Public-Health-Realität in Süd-Korea deutlich wird. Obwohl die Notwendigkeit eines gesundheitsförderlichen Public-Health-Konzepts immer wieder unterstrichen wird, zeigt sich in der Praxis eine starke Nähe zum „rein medizinischen“ Public-Health-Konzept. So dominieren in Süd-Korea eher naturwissenschaftliche Maßnahmenvorschläge gegenüber den rein medizinischen Hygienestrategien, sowie der Impfung und Zahnprophylaxe (vgl. Tabelle 9-5).

9.3.2 Defizitäre Strukturen der Gesundheitsförderung

Ein weiterer wichtiger Aspekt zum Verständnis der Ursachen des mangelnden Interesses der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem zum Präventivpotential von Sport und Bewegung liegt darin, dass das süd-koreanische Gesundheitssystem bislang nur unzureichende oder marginale und isolierte Ansätze entwickelt hat.

Diese Aussage gilt auch trotz der Berücksichtigung des Sachverhalts, dass im Gesundheitssystem teilweise auf neue Probleme reagiert wurde. So wurden aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Zivilisationskrankheiten vielerorts Zivilisationskrankheit-Beratungsstellen und Einrichtungen zur Zivilisationskrankheit-Prävention unter dem Dach einer speziellen Vereinigung, der KOREAN ASSOCIATION OF CHRONIC DISEASE PREVENT, eingerichtet. Allerdings lässt sich schnell feststellen, dass diese nicht auf den Aufbau leistungsfähiger und effizienter Strukturen der bevölkerungsorientierten Gesundheitsförderung ausgerichtet sind.

Schaut man sich die Arbeit von KOREAN ASSOCIATION OF CHRONIC DISEASE PREVENT in der Praxis an, so erkennt man, dass das Gros des Personals mit medizinischen Aufgaben beschäftigt ist. Um ihre Stellen zu erhalten, sind diese Personen angewiesen, ihr soziales Einflusspotential strukturerhaltend einzusetzen (vgl. SUNG 2001). Würden medizinische Aufgaben durch nicht-medizinische ersetzt, so wäre die Orientierung an einem anderen Konzept der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem erfolgsversprechend.

Neben der Dominanz der rein medizinischen Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem in Süd-Korea spielen demnach auch die mangelnden Erkenntnisse hinsichtlich des Aufbaus leistungsfähiger und effizienter Strukturen der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem eine bedeutende Rolle im Hinblick auf die Perspektiven des Sports und Bewegung im Gesundheitssystem.

9.3.3 Die Konkurrenz verschiedener gesundheitsfördernder Medien

Ein dritter Aspekt, der bei den Ursachen des mangelnden Interesses der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem zum Präventivpotential von Sport und Bewegung beachtet werden sollte, betrifft die Konkurrenz verschiedener Medien. Bei Todesursachen aufgrund chronischer Krankheit lassen sich meist „konkurrierende Risiken“ (vgl. DINKEL 1985) im Vorfeld diagnostizieren. Die Feststellung der Konkurrenz dient der geeigneten Aufstellung von Strategien zur Gesundheitsförderung. So stellen in Süd-Korea Sport und Bewegung nicht das einzige Medium dar, mit dem sich die Eintrittswahrscheinlichkeit chronisch-degenerativer Erkrankungen reduzieren ließe und sich darüber hinaus auch noch salutogenetische Erfolge (vgl. Kap. 4.4) erzielen ließen. Die Risikofaktoren Übergewicht und Bluthochdruck können beispielsweise auch mittels gesunder Ernährung reduziert werden. Rückenschmerzen ließen sich auch durch Wärmebehandlung, Akupunktur und Massage lindern, unter anderem auch durch Einnahme von Medikamenten. Selbst bei der Behandlung von Stress sind Sportaktivitäten nicht zwangsläufig die einzig effektive Behandlungsmethode, sondern auf Stress kann auch durch psychologische Trainingsformen wie dem Autogenen Training (z.B. Yoga) eingegangen werden (vgl. KIM et al., 1999, 12).

Mit der Ausweitung des Gesundheitsbegriffs gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation¹⁵, die auch als eine Folge der Wachstumslogik und Anspruchsinflation des Gesundheitssystems interpretiert werden kann, sieht sich der gesundheitsorientierte Teil des Sportsystems in Süd-Korea somit einer verstärkten Konkurrenzsituation ausgesetzt. Je offener das Gesundheitsverständnis ist, desto mehr soziale Systeme können mit den sie verwaltenden Medien auch als Gesundheitsdienstleister in Anspruch genommen werden (vgl. BREUER 1999, 71).

¹⁵ „Gesundheit als vollkommenes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“

Dies führt zu einem erheblichen Konkurrenzdruck im Hinblick auf die Integration eines Mediums in Strategien der öffentlichen Gesundheitsförderung bzw. zu teilweise vehementen Zielinkompatibilitäten hinsichtlich der Ausrichtung derartiger Gesundheitsstrategien (vgl. KIM et al. 1999, 7). „Ist Bewegungsförderung als Gesundheitsförderungsmaßnahme für Kinder und Jugendliche wichtiger als ein Programm zur Zahnprophylaxe?“ oder „Ist nicht die Umstellung der individuellen Ernährungsweise auf eine ausgewogene, vitaminreiche Kost effektiver im Hinblick auf die Reduktion des Herzinfarkttrisiko als Ausdauertraining?“, sind typische Konfliktproblematiken, die im Rahmen solcher Konkurrenzsituationen auftreten können.

Dies erklärt jedoch noch nicht, weshalb sich der organisierte Sport in Süd-Korea in den gesundheitspolitischen Akteurkonstellationen nicht stärker durchsetzen kann. Dies gilt umso mehr, als vor dem Hintergrund der finanziellen Probleme im Gesundheitswesen immer wieder eine rationale Gesundheitspolitik eingefordert wird. Denn im Rahmen einer rationalen Gesundheitspolitik wären insbesondere jene Gesundheitsmedien aufzugreifen und einzusetzen, welche effektiv und effizient zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beitragen können. Daher kommt auch hier wieder den sozialen Einflusspotentialen der einzelnen Akteure und ihrer Fähigkeit des strategischen Handelns eine besondere Bedeutung zu.

Zutreffend ist allerdings, dass in Süd-Korea nun häufiger Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelkonsums, zur Ernährungsberatung oder präventiven Medikamentisierung zum Einsatz kommen (vgl. THE KOREAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION 1998, 34-52). Es muss in Betracht gezogen werden, dass die Akteure des Sportsystems über kein ausreichendes soziales Einflusspotential verfügen oder dieses nicht in ausreichendem Maße systematisch und strategisch nutzen, um das Sportsystem mit seinen geeigneten Anteilen nachhaltig mit dem Gesundheitssystem zu verknüpfen (vgl. KIM et al. 1999, 31). Dafür spricht auch, dass Sport und Bewegung nur in jenen Bereichen des Medizinsystems systematisch aufgegriffen werden, in denen sie zur Erreichung eines

existentiell wichtigen Ziels beitragen, das nicht anders erreicht werden kann (z.B. Krankengymnastik zur Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit). Dort, wo Konkurrenzsituationen mit Anbietern äquivalenter Medien vorliegen, z.B. in der Psychotherapie mit der Pharmaindustrie, erfolgt die Inanspruchnahme von Sport und Bewegung nur unsystematisch. So weist CHOI (1996) darauf hin, dass die Möglichkeiten der Bewegungstherapie in einigen Rehabilitationsfeldern in Süd-Korea nicht ausreichend ausgeschöpft werden. Beispielweise dominieren in vielen psychiatrischen Institutionen pharmakologische Therapien, obwohl die Wirksamkeit bewegungstherapeutischer Maßnahmen in vielen Fällen bewiesen ist und sich die psychiatrische Bewegungstherapie darüber hinaus durch eine hohe Akzeptanz bei den Patienten auszeichnet.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Sport und Bewegung in Süd-Korea für Gesundheitsstrategien mehr berücksichtigt werden müssen, d.h. mehr ins Gesichtsfeld rücken müssen. Zwar besitzt das Medium Sport und Bewegung ein vor dem Hintergrund des gewandelten Krankheitspanoramas interessantes Präventivpotential (vgl. Kap. 6), doch in einzelnen Bereichen, in denen andere Medien etwa vergleichbare Leistungen erbringen können, wäre es substituierbar. Das Kriterium der Un austauschbarkeit des Mediums Sport für Zwecke der Gesundheitsförderung gilt somit nicht uneingeschränkt. Vermutlich beschränkt sich dies alleine auf seine Leistungen im Bereich der physischen Gesundheit.

Zudem ist zu vermuten, dass jene Institutionen, welche diese Äquivalenzmedien verwalten, nicht nur oftmals ein höheres soziale Einflusspotential besitzen als die Akteure des Sportsystems, sondern offensichtlich agieren sie auch strategisch vielfach systematischer als der organisierte Sport.

9.4 Gründe des mangelnden Interesses des Sportsystems

Das Interesse des Gesundheitssystems gegenüber dem Präventivpotential von Sport und Bewegung ist nur peripher vorhanden. Für eine vollständige Ursachenanalyse der lediglich marginalen Berücksichtigung des Präventivpotentials von Sport und Bewegung im Gesundheitssystem ist es jedoch notwendig, auch relevante Strukturmerkmale des Sportsystems herauszuarbeiten. Zwar können soziale Systeme nicht einer fremden Leitunterscheidung folgen, sie können diese aber durchaus nachvollziehen. Vor dem Hintergrund ihres Wachstumsdrangs ist sogar davon auszugehen, dass sie die Ziele und Programme anderer Systeme mehr oder weniger systematisch auf Anschlussmöglichkeiten hin überprüfen. Somit stellen die Struktur- und Handlungsmerkmale des Sportsystems in Süd-Korea ebenfalls eine wichtige Kooperationsvoraussetzung dar. Vor dem Hintergrund der marginalen Berücksichtigung von Sport und Bewegung im kooperationsfähigen Teil des Gesundheitssystems muss vermutet werden, dass einige Struktur- und Handlungsmerkmale des Sportsystems die Kooperation zusätzlich erschweren.

Für eine Analyse des mangelnden Interesses sind jedoch weitere Struktur- und Handlungsmerkmale des Sportsystems zu diskutieren. Ins Blickfeld geraten dabei insbesondere:

- Der mangelnde Nachweis der gesundheitsspezifische Effektivität des Sports (Kap. 9.4.1),
- Das Fehlen geeigneter Konzepte und Instrumente (Kap. 9.4.2),
- Die Einseitigkeit der Medien hinsichtlich der Darstellung des Sports in der Öffentlichkeit (vgl. Kap. 9.4.3).

9.4.1 Der mangelnde Nachweis der gesundheitsspezifische Effektivität des Sports in Süd-Korea

Eine systematische Nutzung des Präventivpotentials von Sport und Bewegung in Strategien der Gesundheitsförderung wird weiterhin dadurch erschwert, dass Sport nicht an sich bzw. unter allen Umständen gesundheitsförderlich ist, sondern gegebenenfalls sogar gesundheitsgefährdend sein kann - speziell als Leistungssport. Verschiedene Indizien deuten sogar auf eine potentielle partielle Gesundheitsbeeinträchtigung durch Sport und Bewegung hin (vgl. SON et al. 1996, 79-82; SONG 2003, 96). Gesundheitsbeeinträchtigungen durch sportliche Aktivität erfolgen beispielsweise durch Sportunfälle und Überlastungen, Stress und Disäquilibrations-Effekt und problematische ökologische Bedingungen.

Ein weiterer Mangel, der den Sport als weniger attraktive Alternative für Public Health-Strategien in Süd-Korea aussehen lässt, besteht darin, dass der Sport immer noch beschränkt als Teilproblem des Leistungs- bzw. Wettkampfsports wahrgenommen wird. Diese Individuenzentrierung steht jedoch auf dem ersten Blick diametral zum bevölkerungsorientierten Public Health-Gedanken (vgl. Kap. 3.1). Ebenso wie das Medizinsystem aufgrund seiner Individuenzentriertheit den Public Health-Ansätzen gegenübersteht, können die Public Health-Akteure aufgrund ihrer Bevölkerungszentriertheit die individuenzentrierten Sportformen nicht hinreichend wahrnehmen. Somit stehen die Public Health-Akteure auch bei einem „gesundheitsneutralen“ Hochleistungssport weiten Teilen des Sportsystems mit mangelndem Interesse gegenüber.

Auf dem zweiten Blick könnte der Sport aber gerade wegen seiner Distinktionsmöglichkeiten, die dem Sport eine Vielzahl an Lebensstilen öffnen, zu einem interessanten Public Health-Medium werden. Den Public Health-Akteuren ist allerdings von vornherein die Möglichkeiten, dies zu erkennen, nicht gegeben, da ihnen ein sportspezifisches Beobachtungsprogramm fehlt.

Zudem wirkt sich die gesteigerte Orientierung am Wettkampf im Hochleistungssport fördernd auf den Einzug gesundheitsschädigender Praktiken in Teilbereichen des Sportsystems. Gerade mit dem Einzug dieser Praktiken wird jedoch der traditionelle Gesundheitsbezug des Sportsystems entwertet. Sport kann nicht mehr allgemein als gesundheitsförderlich eingestuft werden. Kommerzialisierungsprozesse, die aus weiten Bereichen des Hochleistungssports zunehmend einen Showsport (z.B. Baseball, Basketball) machen, also dem Unterhaltungswert große Priorität zugestehen, steigern diesen Entwicklungsverlauf nochmals. Auch die Sportwahrnehmung im politischen System in Süd-Korea, das als einziges Teilsystem eine wirksame strukturmodifizierende Kontextsteuerung des Gesundheitssystems vornehmen kann, bleibt davon nicht unbeeinträchtigt.

Ein zentrales Charakteristikum des organisierten Sports innerhalb des Sportsystems, das sein Verhältnis zum Gesundheitssystem und damit zu den Public-Health-Strategien nachhaltig beeinflusst, ist seine Wettkampforientierung. Trotz veränderter Sport- und Bewegungsbedürfnisse, die zu neuen Sportformen geführt haben und so das klassische Pyramidenmodell durch verschiedene, sich ergänzende und teilweise autonome Sportmodelle abgelöst haben (vgl. SONG 1995, 126), nimmt der Wettkampfsport in der Orientierung und Handlungslogik des organisierten Sports in Süd-Korea noch immer eine dominierende Stellung ein.

Das Sportsystem orientiert sich also primär am Wettkampfsport. Zwar muss leistungs- und wettkampforientierter Sport an sich keineswegs gesundheitshinderlich sein, wenn er nicht auf dem höchsten Leistungsniveau ausgeführt wird, doch steht eben nicht der Gesundheitsbezug, sondern der Wettkampfbezug im Mittelpunkt. In der öffentlichen Wahrnehmung und damit implizit auch in der Wahrnehmung des Gesundheitssystems wird auf diese Weise - entgegen allen öffentlichen Bekundungen zum Gesundheitswert des Sports - aber ein Bild des Sportsystems gezeichnet, das auf den ersten Blick mit Gesundheit nicht viel zu tun hat (vgl. Tabelle 9-4). Dies ist ein durchaus reales Abbild

der Wirklichkeit in Süd-Korea. So sind die Sportorganisationen ja auch vielmehr an Wettkampf- und Inklusionserfolgen als an Gesundheitserfolgen interessiert und ausgerichtet.

Auch wenn eine stärkere Kooperation mit dem Gesundheitssystem zu einem programmatischen Ziel des organisierten Sports erklärt worden ist, so stehen in der Wahrnehmung der zentralen Akteure des Sportsystems doch offensichtlich andere Zukunftsaufgaben im Vordergrund. Dies gilt sowohl für die konzeptionelle Ebene als auch für die Basisarbeit im organisierten Sport in Süd-Korea.

Auffallend ist auch, dass der organisierte Sport in Süd-Korea die Möglichkeiten, die sich ihm durch die enge Verzahnung von Sport und Gesundheit in der Wahrnehmung der Individuen eröffnen, offensichtlich nur unzureichend nutzt. Gesundheitsaktivitäten, die über den motorischen Vollzug von Bewegungspraktiken und das gesellige Beisammensein hinaus reichen, werden oftmals eher von außen an den Sport herangetragen als dass vom Sport selbst die Initiative kommt.

Wenn der organisierte Sport in Süd-Korea in seiner gesundheitspolitischen Konzeption jedoch eine stärkere Kooperation mit dem Gesundheitssystem als Lösung ausgibt, so scheint diese zumindest beachtenswert zu sein.

Jedoch stellt sich der Weg zu einer solchen Kooperation als schwierig dar. Denn gesundheitsbezogene Zielsetzungen des Sports sind noch immer primär Angelegenheiten der Wissenschaftler und nur einiger weniger Funktionsträger des Sports.

Nicht nur das Gesundheitssystem schenkt dem Präventivpotential von Sport und Bewegung in weiten Teilen wenig Beachtung, auch das Sportsystem nimmt überwiegend diese Haltung ein, während eine schwächere Kooperation mit dem Gesundheitssystem zu verzeichnen ist. Zudem haben die Verantwortlichen in den

Sportverbänden offensichtlich selbst keine Klarheit über den Stellenwert einer gesundheitspolitischen Zielsetzung des Sports.

Die diffusen, sich teilweise sogar widersprechenden Leitlinien und Steuerungsziele sowie ihre Folgen, die vielleicht unbedarft, jedoch bewusst in Kauf genommen wurden, müssen unter anderem auch auf das Fehlen eines systematischen Orientierungs- und Steuerungsinstrumentes zurückgeführt werden. Dieser Fehlbestand eines systematischen Orientierungs- und Steuerungsinstrumentes führt zusehends zu einer weiteren Problemkette, da das Sportsystem mit dem beschleunigten sozialen Wandel mit Problemen einer sich ändernden und an Komplexität rasch zunehmenden Umwelt konfrontiert wird. Um trotz dieser Komplexität handlungsfähig zu bleiben, werden z.B. in Deutschland in vielen anderen Systemen und Politikbereichen Berichterstattungssysteme genutzt, die eine Informations-, Orientierungs- und Steuerungsfunktion erfüllen. So existiert mittlerweile in vielen Kommunen in Deutschland eine Sozialberichterstattung, eine Gesundheitsberichterstattung und neuerdings auch eine Jugendberichterstattung. Damit erfassen sie immer systematischer sämtliche Daten auf den jeweiligen Stand, die zur adäquaten Steuerung und Planung notwendig sind. (vgl. BREUER 1999, 86). Aber der organisierte Sport in Süd-Korea hat jedoch bislang den Aspekt und die Möglichkeiten der Berichterstattung weder in den neueren Public-Health-Strategien noch im Gesundheitssystem berücksichtigt.

9.4.2 Das Fehlen geeigneter Konzepte und Instrumente

Obwohl sich die Zahl der Sportvereine und -verbände unter dem Gesichtspunkt Mitgliederrekrutierung¹⁶ nach der Olympiade 1988 in Seoul gesteigert hat, ist ihr

¹⁶ Koreanische Sportvereine weisen viele Unterschiede zu den deutschen Sportvereinen auf: Die Errechnung der Durchschnittmitgliederzahl aller Sportvereine für das Jahr 1999 anhand der angegebenen Gesamtzahlen von Sportvereinen und Sportvereinsmitglieder in Südkorea ergab den Mittelwert von 35,8 Mitgliedern pro Sportvereine. In Deutschland ergibt sich für das gleiche Jahr eine Durchschnittzahl von

politisches Gewicht in vielen relevanten Politikbereichen doch marginal geblieben. Verantwortlich dafür ist in erster Linie der organisierte Sport selbst. Auch hier ist ein Vergleich mit der deutschen Situation aufschlussreich.

Exemplarisch lässt sich das Fehlen von geeigneten Konzepten und Instrumente an neueren Trends im Public-Health-Bereich belegen. Ein neuerer Ansatz der Public-Health-Bewegung stellt in fortgeschrittenen Industriegesellschaften (z.B. Deutschland) die Verknüpfung der Aspekte der Gesundheitsförderung mit Zielsetzungen der lokalen und regionalen Agenda-21¹⁷-Initiativen dar. Akteure der „Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung“ versuchen das politische Forcieren einer nachhaltigen Entwicklung auch für ihre Zwecke zu nutzen. Dazu greifen diese Akteure die Logik nachhaltiger Entwicklung auf und kommunizieren Gesundheit und Gesundheitsförderung in dieser Logik. Dadurch gelingt es ihnen, Strategien der Gesundheitsförderung für Initiativen der Agenda 21 anschlussfähig zu machen, was wiederum mit einer Erhöhung der gesellschaftlichen Bedeutsamkeit und Durchsetzungsfähigkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung einhergeht. Durch

267.2 Mitgliedern, also ist der Durchschnitt um mehr als ein siebenfaches größer. Auch hinsichtlich der formalen Struktur ergibt sich ein Sachverhalt, dass die koreanischen Sportvereine eher den Charakter von Mannschaften in einer Sportart haben.

Anzahl der Sportvereine und Vereinesmitglieder in Süd-Korea

| Jahr | Anzahl der Sportvereine | Anzahl der Mitglieder |
|-------------|--------------------------------|------------------------------|
| 1993 | 16.518 | 661.576 |
| 1994 | 22.285 | 916.544 |
| 1995 | 30.129 | 1.272.957 |
| 1996 | 33.533 | 1.369.504 |
| 1997 | 34.612 | 1.399.216 |
| 1999 | 35.800 | 1.282.937 |
| 2002 | 49.621 | 1.713.940 |

Quelle: THE NATIONAL COUNCIL SPORT FOR ALL 2002

¹⁷ Agenda 21 war die Erkenntnis zunehmender globaler Missstände, die sich stetig verschlechtern und die beseitigt werden müssen, um allen Menschen ein würdiges Leben in einer gesunden Umwelt zu ermöglichen. Die 179 unterzeichnenden Staaten waren sich einig, dass auf globaler und lokaler Ebene Handlungsbedarf besteht. Ein Umdenken und Suchen nach Lösungswegen war die obligatorisch logische Konsequenz. Die Inhalte der Agenda 21 sind keine spontanen Ergebnisse der Rio-Konferenz im Jahre 1992, sondern gehen zurück auf eine ganze Reihe von Konferenzen und Dokumenten aus den zurückliegenden 20 Jahren.

eine systematische Umweltbeobachtung und gleichzeitiges strategisches Handeln gelingt es den Akteuren der Gesundheitsplanung und -förderung, für neuere gesellschaftliche Entwicklungen anschlussfähig zu werden und neue Kopplungen aufzubauen.

Es bestätigt sich das bisher gewonnene Bild, - so auch die Ergebnisse der eigenen empirischen Untersuchung (vgl. Kap. 6) - dass die koreanische Sportpolitik ihr soziales Einflusspotential in wichtigen Zukunftsfeldern nicht systematisch nutzt. So ist der organisierte Sport in Süd-Korea nicht in intersektorale Netzwerke der Gesundheitsförderung integriert, was in der Folge dazu führt, dass die Belange des Sports bei entsprechenden Entscheidungsfindungen kaum berücksichtigt werden. Der organisierte Sport in Süd-Korea entzieht sich somit Steuerungsmöglichkeiten selbst in Bereichen, die für die Sportentwicklung und die Systemexistenz des Sportsystems wichtig sind.

9.4.3 Einseitigkeit der Medien hinsichtlich der Darstellung des Sports in der Öffentlichkeit

Auch die Sportmedien in Süd-Korea haben einen (problematischen) Anteil am fehlenden Interesse des Gesundheitssystems gegenüber dem Präventivpotential von Sport und Bewegung. So ist offenkundig, dass die Wettkampforientierung den Bereich Mediensport und Sportmedien viel intensiver geprägt hat als die sportbezogene Gesundheitsförderung. Gesundheitsaspekte werden in der Regel nur dann thematisiert, wenn sich bekannte Sportler Verletzungen zugezogen haben, sich bei ihnen Nebenwirkungen von Dopingmissbrauch zeigen oder wenn Freizeitsportler spektakulär verunglückt sind. Daran dürfte sich jedoch die Gesundheitsfunktion des Sports nicht orientieren.

Das Dilemma für den Gesundheitssport besteht nun darin, dass in hochkomplexen Gesellschaften, in denen immer mehr Informationen aus zweiter Hand gewonnen werden, die Gesellschaft als Realität akzeptiert, was Presse und Fernsehen vermitteln. Die Massenmedien erzeugen also die Realität in den modernen, überkomplexen Gesellschaften (vgl. BAUCH 1997).

Folglich zeichnet die journalistische Sportberichterstattung in Süd-Korea auch maßgeblich ein einseitiges Bild des Sports in der öffentlichen Wahrnehmung. Verstärkt die Sportberichterstattung in den Medien die Wettkampforientierung des engeren Sportsystems, so verstärkt sie somit auch die These eines „gesundheitsfremden“ Sports. Teilweise suggeriert sie durch Formen eines spektakulären Journalismus sogar Vorstellungen einer einseitigen Gesundheitsgefährdung durch Sport. In der öffentlichen Wahrnehmung und damit auch in der Wahrnehmung der Akteure des Gesundheitssystems in Süd-Korea bleiben dadurch die stereotypischen Sportbilder erhalten, denen zufolge der Sport sehr wenig mit Gesundheit zu tun hat. Denn ebenso wie Risiken in der Wahrnehmung nur dann Risiken darstellen, wenn über sie als solche kommuniziert wird, werden auch Gesundheitspotentiale nur dann als Gesundheitspotentiale eingestuft, wenn über sie in dieser Funktion kommuniziert wird. Da die Gesundheitspotentiale von Sport und Bewegung im Rahmen der Medienberichterstattung in den Tageszeitungen aber nicht bzw. nur am Rande oder in einer gesundheits-desinteressierten Richtung geführt werden, wird so zwangsläufig das mangelnde Interesse des Gesundheitssystems gegenüber dem Präventivpotential von Sport und Bewegung gefestigt. Denn ohne eine Veränderung der Sportwahrnehmung im Gesundheitssystem kann eine nachhaltige strukturelle Kooperation zwischen dem Gesundheitssystem und den gesundheitsförderlichen Teilen des Sportssystems nicht erfolgen.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass sich allerdings in der Presse mittlerweile eine ganze Reihe von Lifestyle-Zeitschriften etabliert haben (vgl. LEE et al. 2003, 537), die explizit auch Gesundheitswirkungen sportlicher Aktivität thematisieren. Aus

zweierlei Gründen können sie jedoch kaum dazu beitragen, das mangelnde Interesse des Gesundheitssystems am Präventivpotential von Sport und Bewegung abzubauen (vgl. KIM et al. 1999, 365-368):

1. Zunächst vermitteln diese Lifestyle-Zeitschriften Sport, Fitness und Gesundheit und Lebensqualität als Aufgaben der Individuen. Damit stellen Fitness- und Gesundheitssport (Freizeitsport) eine Art Freizeitvergnügen dar, aber keinesfalls eine Systemaufgabe des Gesundheitssystems.
2. Außerdem ist stark davon ausgehen, dass diese Zeitschriften fast ausschließlich von jenen Personen rezipiert werden, die den Gesundheitsfunktionen von Sport und Bewegung ohnehin schon interessiert gegenüber stehen. Zudem muss man konstatieren, dass sie vergleichsweise niedrige Auflagen haben, also einen relativ kleinen Rezipientenkreis haben.

Somit wäre für eine Modifikation der Sportwahrnehmung im Gesundheitssystem eine differenzierte Medienberichterstattung äußerst hilfreich. Realistisch gesehen, wird eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit des organisierten Sports in Süd-Korea auch bei einer Erweiterung bzw. Ergänzung seiner Wettkampforientierung kaum zu erreichen sein. Denn schließlich sind die Massenmedien Organisationen des Wirtschaftssystems und zielen auf Befriedigung spezifischer Bedürfnisse ab. Solange im Hinblick auf die Medienberichterstattung über den Sport primär Unterhaltungsbedürfnisse Priorität haben (weshalb sich der Mediensport überhaupt erst ausdifferenzieren konnte) und eben nicht das Informationsbedürfnis, wird die Sportberichterstattung in den Medien zwangsläufig die Rolle einer Verstärkerfunktion der Wettkampforientierung einnehmen.

10. Bausteine eines Modells „Gesundheitssport“ in Süd-Korea

In den folgenden Kapiteln sollen vor dem Hintergrund der empirischen Befunde der eigenen Untersuchung (vgl. Kap. 6) und der aktuellen Problemsituationen (vgl. Kap. 9) nunmehr zwei zentrale Perspektiven zur Nutzung des präventiven Potenzials von Sport und Bewegung in Süd-Korea entwickelt und begründet werden. Die erste Perspektive bezieht sich auf den Status Quo der sport- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung; die zweite Perspektive befasst sich mit der Möglichkeit des Aufbaus eines entsprechenden Systems der sport- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung in Süd-Korea.

Zu entwickeln sind demnach folgende Gesichtspunkte:

1. Das süd-koreanische Gesundheitssystem weist eine Reihe von Strukturproblemen auf, die ein Überdenken der vorhandenen Konzepte/Modelle sowie Strukturen der Gesundheitsversorgung sowie -förderung erforderlich machen. Es sind insbesondere jene Probleme, auf die die Programme der WHO reagieren. Das süd-koreanische Gesundheits- und Sportsystem nutzt die präventiven Potenziale von Sport und Bewegung bislang nur sehr unzureichend oder nur marginal und, wenn überhaupt, in isolierten Ansätzen. Verantwortlich für diese Nichtnutzung bzw. Nichtausschöpfung der Potentiale von Sport und Bewegung ist ein Bündel von Faktoren, insbesondere der Umstand, dass die für eine erfolgreiche Public-Health-Strategie erforderlichen institutionellen Voraussetzungen und Konzepte bzw. Instrumente, die eine Umsetzung in der Realität erst ermöglichen, fehlen oder bislang nur unzureichend entwickelt sind. Charakteristisch sind die eingeschränkte oder/und einseitige Wahrnehmung des Sports bzw. eine Tradition des Sports als Wettkampfsport sowie insbesondere unzureichende Konzeptualisierungen des Strukturwandels des modernen Sports bzw. eine mangelnde Durchbringung der gesundheitsförderlichen Potentiale des

Sports. Die Probleme erscheinen sowohl als Erkenntnis- und Wissenslücken als auch als Strukturprobleme.

2. Eine explizit sport- und bewegungsbezogene Gesundheitsförderung ist offenkundig jedoch auch und gerade in Süd-Korea möglich - so der wichtige Befund der empirischen Ergebnisse der eigenen Untersuchung (vgl. Kap. 6). Sie ist im Übrigen aufgrund des Problemdrucks des veränderten Krankheitspanoramas nicht nur wünschenswert, sondern auch erforderlich und zwingend. Süd-Korea wird sich, auch das wird deutlich, angesichts der Globalisierung und des damit verbundenen Kommunikations- und Handlungsstandards der Aufgabe der Reflexion überholter und des Aufbaus leistungsfähiger und effizienter Strukturen der Gesundheitsförderung sowie der Entwicklung geeigneter Medien nicht entziehen können. Dies gilt allemal angesichts der empirischen Ergebnisse zu den sport- und bewegungsbezogenen Einstellungen in der Bevölkerung (vgl. Kap. 6.3), wie sie oben systematisch dargestellt wurden. Allerdings hat eine entsprechende Nutzung der präventiven Potentiale von Sport und Bewegung ihre spezifischen Voraussetzungen. Nur durch programmatische Aussagen oder Bekundungen ist sie nicht zu erreichen. Insbesondere sind, in Orientierung an die Ottawa-Charta der WHO und an die Erfahrungen in Modellregionen (z.B. Rhein-Kreis-Neuss), zuallererst folgende Voraussetzungen zu erfüllen: (1) Die explizite Formulierung und Durchsetzung eines entsprechenden Programms mit geeigneten Leitbildern (vgl. Kap. 10.1). (2) Weiterhin sind strategische Allianzen zu bilden unter Einschluss interinstitutioneller Kooperationsformen und Formen organisatorischen Lernens (vgl. Kap. 10.2). (3) Schließlich bedarf es der Entwicklung und Erarbeitung geeigneter Steuerungsinstrumente (vgl. Kap. 10.3).

10.1 Erfordernis eines Leitbildes „Gesundheitssport“

Die bisherigen Ausführungen haben verdeutlicht, dass eine Nutzung des Mediums Sport und Bewegung in vielen Bereichen erst noch die Voraussetzungen einer systemischen und nachhaltigen sportbezogenen Gesundheitsförderung schaffen muss.

Erforderlich ist zuallererst ein klares Leitbild, das die Möglichkeiten und Leistungen des Mediums und das zugleich die Notwendigkeit entsprechender Strategien verdeutlicht. Weiterhin ist es erforderlich, dass leistungsfähige Strukturen bzw. Organisationen entwickelt werden. Dabei ist zu prüfen, inwiefern die Entwicklungsmöglichkeiten entsprechender Ansätze aus den vorhandenen Strukturen - etwa nach dem Setting Ansatz der WHO - bestehen, auch wenn sie gegenwärtig von einer entsprechenden Nutzung bzw. Nutzbarkeit noch weit entfernt sind. Für solche Maßnahmen spricht, dass es ungleich schwerer wäre, gänzlich neue Strukturen aus dem Stand in Süd-Korea zu entwickeln. Entsprechende Steuerungs- und Planungselemente sind ebenso unumgängliche Aufgabenstellungen.

Leitbilder sollen begründen, motivieren und Orientierung geben. Dass derartige Funktionen für die augenblickliche Situation Süd-Koreas erforderlich sind, ist aus den skizzierten Überlegungen (vgl. Kap. 9) deutlich geworden.

Die Elemente eines Leitbildes „Gesundheitssport (vgl. DSB 1993, 1996a, 1998; DTB 1996a; RITTNER et al. 1994; FUCHS 2003; BREHM/BÖS 2004;) in Süd-Korea“ können aus den skizzierten Überlegungen bezogen werden. Insbesondere zwei Argumentationslinien können nunmehr geltend gemacht werden: (1) die gesundheitspolitische Situation in Süd-Korea bzw. ein verändertes Krankheitspanorama (vgl. Kap. 6); sowie (2) die veränderten Sporeinstellungen und -motive, die einer Public-Health-Strategie (vgl. Kap. 6) in überraschend deutlicher Weise entgegenkommen.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung legen, auch unter Berücksichtigung der skizzierten methodischen Beschränkungen, insbesondere zwei zentrale Einsichten nahe: (1) Auf der Ebene der wahrgenommenen Gesundheitsprobleme sowie der gesundheits- als auch sport- und bewegungsbezogenen Einstellungen (vgl. Kap. 6) und Praktiken der süd-koreanischen Bevölkerung werden sehr deutlich die Notwendigkeit bzw. Dringlichkeit der Einführung und Etablierung neuer Konzepte der Gesundheitsförderung angesichts der Morbiditätsdaten indiziert; (2) es findet sich darüber hinaus - angesichts der sehr positiven und einschlägigen Verankerung von Sport und Bewegung in den Gesundheitskonzepten der Bevölkerung - zugleich, und zwar in erstaunlicher Prägnanz, die Möglichkeit einer systematischen Nutzung des präventiven Potentials von Sport und Bewegung.

Tatsächlich weisen die Ergebnisse eine teilweise höchst erstaunliche Parallelität zu den Daten der skizzierten Untersuchung im Kreis Neuss auf (vgl. Kap. 7), d.h. zu jener Region in Deutschland, in der ein erfolgreiches Modell der sportbezogenen Gesundheitsförderung implementiert wurde, und das unter verschiedenen Gesichtspunkten als Referenz-Modell für die Übertragbarkeit von sport- und bewegungsbezogenen Public-Health-Konzepten diene. Verantwortlich für diese erstaunliche Parallelität mögen insbesondere zwei Ursachenkomplexe sein, (1) zum einen eine zunehmende Konvergenz der Lebensbedingungen und Lebensform in den hoch entwickelten Industriegesellschaften bzw. Schwellenländern; (2) zum anderen die Auswirkungen der Globalisierung, die ihrerseits für eine Angleichung der Lebensstile und Problemlösungen sorgt.

Seitens des süd-koreanischen Gesundheits- und Sportsystems muss im Rahmen einer gesundheitsförderlichen Konzeptentwicklung die Entwicklung des Leitbildes „Gesundheitssport“ als wichtige Kategorie eingestuft werden. Die Entwicklung des Leitbildes „Gesundheitssport“ sollte im Rahmen der gesundheitsförderlichen Konzeptentwicklung in Süd-Korea zwei Funktionen erfüllen: Zunächst soll sie zur

Inklusion bislang sportabstinenter Personengruppen in das Sportsystem beitragen und zum anderen soll ebenfalls eine günstige Modifikation des gesundheitssystemischen Konzepts in Richtung sportbezogener Gesundheitsförderung erzielt werden. So stellen sich die eingeforderten Komponenten der gesundheitsförderlichen Konzeptentwicklung als durchaus vielfältig dar. Zu nennen sind: (1) Eine am salutogenetischen Gesundheitskonzept orientierte, lebensstilbezogene ganzheitliche Zielsetzung von Angeboten mit zielgruppengerechten Inhalten in geeigneten Räumlichkeiten, (2) die Entwicklung von verbindlichen Standards und die Unterstützung von Modellmaßnahmen, (3) die Aus- und Fortbildung, (4) die Beratung von Vereinen und kommerziellen Anbietern im Hinblick auf neuere Gesundheitskonzepte.

10.1.1 Alternative für die Orientierung am salutogenetischen Gesundheitskonzept

Eine präventivmedizinische Orientierung würde bedeuten, die vielfach belegte Rolle des Sports als bevorzugtes Mittel gegenüber Pharmaka bei unterschiedlichen Krankheitsbildern stärker hervorzuheben. Insbesondere in Seoul zeigt sich die große Bedeutung der sogenannten Zivilisationskrankheiten - wie die Ergebnisse der eigenen empirischen Untersuchung zeigen (vgl. Kap. 6) -, d.h. die Dominanz der verhaltensbedingten bzw. umweltbezogenen Krankheiten hinsichtlich Morbidität und Mortalität (vgl. Kap. 2 und 6).

Anhand der eigenen empirischen Untersuchung in Kap. 6 wurde deutlich, dass eine differenzierte Nutzung der Potentiale des Sports vielversprechend ist und Sport und Bewegung in Süd-Korea ein hohes Präventivpotential besitzen. Allerdings sind das Gesundheits- und Sportsystem in Süd-Korea aus verschiedenen Gründen unzureichend entwickelt (vgl. Kap. 9). Entsprechend muss eine enge Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Sportsystem in Süd-Korea realisiert werden.

Es sollte in Süd-Korea deutlicher herausgestellt werden, dass sich viele Herz-Kreislaufprobleme nicht nur durch blutdrucksenkende Medikamente, sondern auch mittels (ausdauerorientiertem) Sport reduzieren lassen und dies bei weitaus geringeren Nebenwirkungen. Gleiches gilt für Kopfschmerzen, Müdigkeit und Depressionen. Auch diese Symptome werden primär durch die Verschreibung und Einnahme von Medikamenten zu beseitigen versucht, obwohl eine entsprechende Wirkung sportlicher Aktivität gleichermaßen erwiesen ist.

Vor diesem Hintergrund drängt sich eine Orientierung am Modell der Salutogenese auf. Das hätte insbesondere folgende Vorteile:

1. Es arbeitet als „positiver Ansatz“
2. Es ermöglicht direkte Verknüpfungen von Sport, Lebensstil und Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung
3. Es ermöglicht insbesondere auch die Nutzung von gesundheitsförderlichen Strukturen auf Meso-Ebene (Verbände und Vereine)

Dass eine entsprechende Salutogenese-Orientierung nicht nur möglich ist, sondern sich geradezu aufdrängt, ist eines der wichtigsten Ergebnisse der eigenen empirischen Untersuchung in Seoul (vgl. Kap. 6).

Diese und ähnliche Erkenntnisse müsste jedoch das süd-koreanische Sportsystem in entsprechende Gesundheitssportangebote umsetzen. So existieren in Deutschland vielerorts Angebote des Koronarsports sowie Angebote des Sports in der Krebsnachsorge und des Sports bei Diabetes. Auch die Bemühungen des Deutschen Turner Bundes (DTB), seine Gesundheitssportangebote nach Präventionsstufen auszudifferenzieren, sind in diesem Zusammenhang von Interesse.

Derartige Angebote scheinen wichtig, um Probleme, die aus dem mangelnden Interesse gegenüber den gesundheitlichen Potentialen von Sport und Bewegung resultieren, entscheidend zu kompensieren.

In diesem Zusammenhang scheint es auch nötig, dass der süd-koreanische Sport Bund seine Ziellinie überdenkt. Denn nach der Charta des Sports in Süd-Korea vertritt der Sport Bund nur Leistungs-, Wettkampf-, Schul-, Freizeit-, und Breitensport (vgl. Tabelle 9-5), nicht aber Sport und Bewegungsformen, die explizit als sportbezogene Gesundheitsförderung erachtet werden.

Das süd-koreanische Sport- und Gesundheitssystem muss nachhaltige Versuche unternehmen, ein den modernen und neueren gesundheitswissenschaftlichen Paradigmen gerecht werdendes Konzept zu entwickeln. Für eine adäquate Konzeptentwicklung stellen Zielsetzungen, die sich am salutogenetischen Gesundheitskonzept orientieren, lebensstilbezogen und ganzheitlich sind sowie zielgruppengerechte Inhalte in geeigneten Räumlichkeiten zum Gegenstand haben, wichtige Merkmale einer Qualitätssicherung dar. Ebenso wichtig ist die Entwicklung von verbindlichen Standards und die Unterstützung von Modellmaßnahmen.

Angesichts der offenkundigen Dominanz des Wirtschaftssystems wird es zudem immer wichtiger, auch ökonomische Aspekte zu beobachten.

So ist davon auszugehen, dass Kooperationseffekte rascher und nachhaltiger hervorgerufen werden können, wenn der süd-koreanische Sport Bund sein Gesundheitspotential unter ökonomischen Gesichtspunkten systematisch kommuniziert. Da das Gesundheitssystem mit dem Wirtschaftssystem strukturell gekoppelt ist und somit in Teilen einer ökonomischen Logik folgt, könnte der Sport auf diese Weise auch im Gesundheitssystem besser anschlussfähig werden. Hinzu kommt, dass Ergebnisse ökonomischer Analytik ein nicht zu vernachlässigendes soziales Einflusspotential darstellen, mit Hilfe dessen die Akteure des Sportsystems ihre Ausgangsbasis in den Akteurkonstellationen verbessern könnten.

So könnten sie das Handeln anderer Akteure besser in die gewünschte Richtung lenken. Das süd-koreanische Sportsystem würde dadurch an Einflussmöglichkeiten gewinnen und sich Konkurrenzvorteile gegenüber anderen Medien, mit denen es um die Berücksichtigung in Strategien der Gesundheitsförderung konkurriert, verschaffen.

10.1.2 Aus- und Fortbildung

Ein weiterer wichtiger Baustein der gesundheitssportbezogenen Programmentwicklung in Süd-Korea stellen die Aus- und Fortbildungen von Übungsleiterinnen und Übungsleitern im Gesundheitskonzept dar.

Die kontinuierliche Weiterqualifizierung der Übungsleiterinnen und Übungsleiter stellt einen sehr wichtigen Punkt der Qualitätssicherung sicher und ist damit unerlässlich.

Es ist wichtig, bei der Ausbildungskonzeption stärker auch auf die Ausbildungslogik im Gesundheitssystem zu achten und bei der Qualifizierung der Übungsleiterinnen und Übungsleiter Elemente in die Ausbildung einzubauen, die aus Sicht des Gesundheitssystems anschlussfähig sind. Dies setzt jedoch die Kenntnis anschlussfähiger Ausbildungsinhalte voraus. Dazu ist es zielführend, sich von Akteuren des Medizinsystems beraten lassen. Insbesondere auch der süd-koreanische Verband für Freizeitsport und Verband für Breitensport müsste sich in diesem Bereich sehr aktiv engagieren, indem er Fort- und Weiterbildungen anbietet, durch die Sportwissenschaftler und Sportlehrer vor allem im Gesundheitssystem Anknüpfungs- und Zusammenschlussstellen finden. Auf diese Weise könnte der Sport besseren Zugang zum Gesundheitssystem gewinnen, und somit würden sich größere Kooperationseffekte erzielen lassen. Auch könnte das süd-koreanische Sportsystem dadurch Tendenzen einer sozialen Schließung im Gesundheitssystem entgegen wirken.

Dies hängt alleine von den Akteuren und Strukturen des Gesundheitssystems ab. Zur Abstimmung und Festlegung potentiell kompatibler Elemente ist daher eine Kooperation und Absprache mit den Institutionen des Gesundheitssystems unerlässlich. Ferner würde der Aufbau solcher Kooperationsbeziehungen selbst wiederum zu positiven Nebenwirkungen führen, indem man durch Kooperation und Austausch dem weitgehend mangelnden Interesse des Gesundheitssystems gegenüber dem Präventivpotential von Sport und Bewegung entgegentritt und neu anfacht.

Wie stark sich in Deutschland die Leitgedanken des Gesundheitssports mittlerweile durchgesetzt haben, erkennt man an den vorliegenden Rahmenrichtlinien, Materialien zum Sport sowie politischen Konzeption etc. (vgl. DSB 1996b, 1997, 1998, 2000; GROSSMANN/SKALA 1994; KULTURMINISTERIUM NORDRHEIN-WESTFALEN 1992; RITTNER et al. 1994; RITTNER/BREUER 2000a; RITTNER/BREUER/SCHÜLERT 1999; DTB 1996a, 1996b; PFEIFER et al. 2004).

10.1.3 Beratung der Vereine im Hinblick auf ein weiterführendes Gesundheitskonzept

Die Beratung von Vereinen und kommerziellen Sportanbietern im Bereich weiterführender Gesundheitskonzepte stellt ebenfalls eine sinnvolle und darüber hinaus notwendige Maßnahme im Hinblick auf die Schaffung günstiger Kooperationsvoraussetzungen im süd-koreanischen Sportsystem dar. Auf diese Weise kann die Installation, Ausweitung und kontinuierliche Verbesserung eines flächendeckenden Netzes an qualitativ hochwertigen Gesundheitssportangeboten unterstützt und gefördert werden. Funktional für Strategien einer Intervention wäre es, da es wesentlich dazu beiträgt, einen Teil des institutionellen Präventivpotentials des organisierten Sports, sein flächendeckendes Netz an gesundheitsorientierten Konzepten auszubauen. Dieses Versorgungsnetz könnte sich wiederum als ein wichtiger Vorteil

des Mediums Sport und Bewegung in der Konkurrenzsituation mit anderen Medien der Gesundheitsförderung in Süd-Korea erweisen.

Zudem kann eine nachhaltige Beratung von Vereinen und kommerziellen Sportanbietern in Bezug auf Gesundheitskonzepte zusätzlich die Reflexion sowie Erweiterung als auch Ergänzung der Wettkampforientierung im engeren Sportsystem fördern.

Eine systemische relativierende Reflexion könnte sich nur vorteilhaft für den Sport hinsichtlich seiner Attraktivität für das Gesundheitssystem auswirken. Auch hier liefert das deutsche Modell zahlreiche Anregungen (vgl. RITTNER et al. 1994; RITTNER/BREUER 2000a; KULTURMINISTERIUM NRW 1992; DSB 2000; BREHM et al. 2002).

10.2 Realisierung der intersektoralen Abstimmungsprozesse

In der augenblicklichen Situation, die von Interessenmangel seitens des Gesundheitssystems (vgl. Kap. 9.1) und einer Leerstelle entsprechender Programminhalte im Sportsystem (vgl. Kap. 9.2) gekennzeichnet ist, scheint gegenwärtig nur eine einzige Lösung erfolgsversprechend zu sein. Nur der Staat bzw. die einschlägigen Ministerien (Ministerium für Kultur und Tourismus und Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt) besitzen genügend Mittel und Einfluss, um gegenwärtig eine solche Initiative in Gang zu setzen. Dies wäre nicht ungewöhnlich, bedenkt man, dass gerade bevölkerungswissenschaftliche Zielsetzungen, d.h. Gemeinwohlfunktionen, durch staatliche Anregungen und Interventionen initiiert werden müssen (vgl. RITTNER et al. 1994; RITTNER/BREUER 2000a; FUCHS 2003; RÜTTEN/ABU-OMAR 2004; WOLL/ILLMER 2004; SCHRÖDER/RÜTTEN 2004, RITTNER/BREUER 2000b).

Als charakteristisches Beispiel kann in diesem Zusammenhang angeführt werden, dass auch das deutsche Public-Health-System erst durch das Forschungsministerium der Bundesregierung etabliert wurde.

Auf einer gleichen Linie liegt, dass auch die Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland erst durch Maßnahmen und eine Förderungspolitik des Gesundheitsministeriums auf den Weg gebracht wurden. Instruktiv ist die Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in NRW, die letztlich auch zur Etablierung des Neusser Modells der Gesundheitsförderung geführt hat. In dem Projekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung der Bevölkerung“ wurde mit erheblichen Aufwand in 28 Kreisen und Städten eine entsprechende Modernisierung durch das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) eingeleitet (vgl. RITTNER et al. 1994).

Im Konzept des Projektes „Ortsnahe Koordinierung“ war vorgesehen, eine intensive Kooperation der Akteure des Gesundheitswesens und assoziierter Institutionen anzustreben. Diese Aufgabe, so die Projektvorgaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, wurde zunächst vom „Runden Tisch“ im Kreis Neuss wahrgenommen, der dann wiederum zu spezifischen - in der jeweiligen Kommune als Problembereiche identifizierten - Themengebieten Arbeitskreise einsetzte, die intensiv an Maßnahmen zur Verbesserung dieser Problembereiche arbeiteten. Die Ergebnisse der Untersuchung „Gesundheit im Kreis Neuss“, die auf diese Weise gewonnen wurden, bildeten eine vorragende Wissensgrundlage, auf der gezielte gesundheitspolitische Maßnahmen initiiert werden konnten (vgl. RITTNER et al. 1994).

Für eine nachhaltigere und systematischere Integrationsmöglichkeit stellt die Herstellung von intersektoralen Netzwerken der Gesundheitsförderung eine zentrale Aufgabenstellung dar, die innerhalb neueren Ansätzen der Gesundheitsförderung wie New Public Health-Strategien zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. Kap. 3).(vgl.

GROSSMANN/SKALA 1994; RITTNER/BREUER 2000a; BREUER 2003; RITTNER et al.1994; RITTNER 2000).

Mit solchen Netzwerken sollen verschiedene systemische Konzepte zu einem integrativen Konzept zusammengeschlossen werden. Um in einer funktional differenzierten Gesellschaft eine integrative Gesamtlogik von Gesundheit zu erschließen, bedarf es einer interinstitutionellen Kooperation, die über die verschiedenen spezifischen Gesundheitsansichten hinweg eine Konsensbildung über einen allgemeingültigen Gesundheitsbegriff ermöglicht und unterstützt (vgl. MAYNTZ 1992). Sie ermöglicht die Zusammenarbeit von Akteuren des Gesundheitswesens, von politischen Entscheidungsträgern verschiedenster Bereiche und anderen gesundheitsrelevanten Akteuren.

Für das süd-koreanische Sportsystem ist die Mitarbeit an Netzwerken der Gesundheitsförderung gerade vor diesem Hintergrund wichtig. Durch die Integration der Sportakteure in Netzwerke der Gesundheitsförderung kann das süd-koreanische Sportsystem auch deren Steuerungsbemühungen mit beeinflussen. Somit kann mit der Herstellung einer Verbindung der Akteuren des Sports an diese Netzwerken auch die Wahrscheinlichkeit einer Berücksichtigung von Sport und Bewegung in möglichen Steuerungsversuchen dieser Netzwerke wachsen.

Tatsächlich kann dem süd-koreanischen Sportsystem eine Etablierung als formal gleichberechtigter und damit potentiell steuerungsfähiger Akteur in kommunalen Netzwerken der Gesundheitsförderung nur dann gelingen, wenn der süd-koreanische Sport Bund (1) kommunale Netzwerke der Gesundheitsförderung herstellt (vgl. Kap. 10.2.1) und (2) für eine Anschlussfähigkeit von Kommunikationen argumentiert (vgl. Kap. 10.2.2). Hierzu scheint (3) eine engere Kooperation mit der Sportwissenschaft bzw. den Gesundheitswissenschaften erforderlich zu sein.

10.2.1 Herstellung von kommunalen Netzwerken der Gesundheitsförderung

Während überregionale Netzwerke nur ein geringes Steuerungspotential im Hinblick auf Strategien des süd-koreanischen Gesundheitssystems besitzen, könnte von kommunalen Netzwerken der Gesundheitsförderung in der Regel ein wesentlich intensiverer Einfluss ausgehen.

Da Kommunen aufgrund ihrer Problemnähe sowie ihrer Kenntnis der situativen Kontexte und spezifischen Bedürfniskonstellation von Bevölkerungsgruppen über eine höhere Kompetenz zur Identifizierung und Lösung gesundheitlicher Probleme verfügen als zentralstaatliche Instanzen (vgl. RITTNER et al. 1994; BEUELS/WOHLFAHRT 1991; NOACK 1990; SCHRÄDER et al. 1986), haben kommunale Lösungsansätze zunehmende Beachtung gefunden. So sind in Deutschland (z.B. Neusser Modell) bspw. die Städte und Gemeinden als diejenigen Orte akzeptiert worden, an denen Gesundheit mehr als anderswo gefährdet und häufig zerstört, zugleich aber auch erhalten, gefördert und wiederhergestellt werden kann. Vor diesem Hintergrund muss auch eine Akzeptanz durch Städte und Gemeinde erfolgen.

Da aber zwischen den Kommunen große Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Lage und Versorgung bestehen, gibt es zum kommunalen Planungsansatz keine Alternative (vgl. BRANDENBURG/SCHÄFER 1990). So bestehen regionale Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustands der jeweiligen Bewohner, der Schwerpunkte von Gefährdungen und Belastungen, des Standes der Gesundheitsförderung, des Systems der Gesundheitsversorgung, der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Ausgaben für Gesundheit. Die Kontextnähe zu den Problemzusammenhängen, die präzise Orientierung am Verursachungszusammenhang und die zügige Reaktionsfähigkeit auf Bedürfnisse lokaler Gruppen sind zudem Garanten einer effektiveren Gesundheitsintervention.

Um die Steigerung an Komplexität in der Gesundheitsförderung bearbeitbar zu machen, sektorales Denken zu überwinden, problemnah zu intervenieren und gleichzeitig den New Public Health-Gedanken (vgl. Tab. 3-1) breit in den Kommunen zu verankern, ist daher ein gleichzeitig kommunaler wie kooperativer Planungsansatz notwendig. So wäre es in Süd-Korea erforderlich, in vielen Kommunen verschiedene *policy networks* zur Gesundheitsplanung und -förderung zu etablieren. Diese kommunalen Netzwerke wären als Kommunikationsprojekte mit dem Kommunikationsparadigma „Gesundheitsförderung in der Kommune“ zu begreifen. Damit würde auch im kommunalen Raum erstmals die Möglichkeit zu einer integrativen Gesamtlogik entstehen, die eine umfassende Bearbeitung von Gesundheit im Sinne der Gesundheitswissenschaften zulässt. Infolgedessen stellt die Herstellung geeigneter Kooperationsbeziehungen zwischen den gesundheitspolitisch relevanten Akteuren in der Kommune eine der vorrangigen Public Health-Aufgaben dar.

Für das süd-koreanische Sportsystem und seine institutionellen Kerne auf der kommunalen Ebene (z.B. Sportvereine) muss es daher zunehmend funktional werden, dass ein neues Netzwerk aufgebaut wird, das Präventivpotential des Sports darlegt und in der Lage ist, so am Prozess der kommunalen Gesundheitsplanung aktiv teilzunehmen.

10.2.2 Anschlussfähigkeit von Kommunikationen

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Integration der Konzeption des Gesundheitssports in das allgemeine Gesundheitswissen stellt die Anschlussfähigkeit von Kommunikationen dar. Das heißt, die Argumentationen der Sportakteure, die auf einen Anschluss im Gesundheitssystem abzielen, müssen nach der gleichen Logik ablaufen wie die Argumentationen im Gesundheitssystem.

Notwendig erscheint daher einerseits eine Beobachtung zweiter Ordnung (vgl. Kap. 4.4.1), mit der auch die eigenen Argumentationsformen mit den Kommunikationsstrukturen und -inhalten im Gesundheitssystem verglichen werden können. Auf diese Weise lässt sich das soziale Einflusspotential „Wissen“ der sportsystemischen Akteure erhöhen. Sie erhalten so Informationen, wie sie ihre Kooperationsziele besser erreichen können. Anhand einer solchen Beobachtung zweiter Ordnung wird erkennbar, dass das Gesundheitssystem in Süd-Korea immer noch Zielstellungen der Krankheitslogik folgt und nicht Gesichtspunkten der Gesundheitslogik. Es wird aber auch sichtbar, dass sich gleichfalls (insbesondere im Zuge der New Public Health-Ansätze) solche Kommunikationsstrukturen und -inhalte deutlicher akzentuieren. Schlüsselbegriffe dieser Diskussionen sind unter anderem die Termini „Verhältnisprävention“, „Settings-Ansatz“ und „gesundheitsförderliche Netzwerkbildung“.

Für das süd-koreanische Sportsystem wird es daher zunehmend funktional, nicht pauschal auf sein Präventivpotential hinzuweisen oder generell seine unzureichende Berücksichtigung in bevölkerungsorientierten Gesundheitsstrategien zu beklagen. Dies stellt angesichts des relativ geringen Angebots- und Drohpentials des südkoreanischen Sportsystems weder für das Gesundheits- noch für das die Rahmenbedingungen aufstellende Politiksystem eine anschlussfähige Form von Kommunikation dar. Vielmehr scheint es sinnvoll, die im Zuge der Verbreitung von Public-Health-Strategien sich abzeichnenden neuen Kommunikationsinhalte aufzugreifen und anhand derer das Präventivpotential von Sport und Bewegung differenziert herauszustellen.

10.2.3 Kooperation zwischen Sport- und Gesundheitswissenschaft

Erschwerend kommt allerdings hinzu, dass es nicht ausreicht, dieses differenzierte Potential auf sportorganisationsinternen Kongressen und Veranstaltungen aufzuzeigen. Denn auch das Gesundheitssystem mit seinen Public-Health-Anteilen kann jene Kommunikationen im Sportsystem zunächst nicht wahrnehmen, da sie in der Umwelt des Systems stattfinden. Wichtig ist daher prinzipiell die Darlegung dieser Potentiale im Gesundheitssystem selbst. Das süd-koreanische Sportsystem muss im Rahmen von Symposien und Kongressen des Gesundheitssystems aufzeigen, inwiefern das Gesundheitswesen durch eine stärkere Berücksichtigung des Mediums Sport und Bewegung selbst profitieren könnte.

Somit ist die Herstellung von kommunalen intersektoralen Netzwerken der sportbezogenen Gesundheitsförderung ein wichtiger Ansatz einer gesundheitspolitischen Strategie des süd-koreanischen Sportsystems. Auf diese Weise können relativ trivial gesundheitsorientierte Sportkommunikationen in sportorientierte Gesundheitskommunikationen transformiert werden.

Eine besondere Rolle bei der Darlegung der Sportpotentiale im Gesundheitssystem bzw. in der ihm zugeordneten Wissenschaftsdisziplin kommt der Sportwissenschaft zu, die mit ihrer Aufgabe der Sportforschung mit dem Sportsystem strukturell kooperiert.

Zudem verfügt die Sportwissenschaft über Wissenssysteme und Untersuchungsergebnisse, um zwischen dem Sport- und dem Gesundheitssystem eine Brücke zu schlagen. Denn während es für das Sportsystem in Süd-Korea relativ schwer sein dürfte, sein Potential auf Veranstaltungen des Gesundheitssystems darzustellen, da diese Veranstaltungen ebenso wie die Veranstaltungen des Sportsystems in der Regel Systemveranstaltungen ohne Beteiligungen Externer sind, stellt sich die Situation für die Sportwissenschaft anders dar. Die Sportwissenschaft dürfte es ungleich leichter fallen, die von ihr erforschten Potentiale des Sports auf Veranstaltungen (z.B. Kongressen und Symposien) der Gesundheitswissenschaft vorzustellen.

Somit kann auch eine systematische und kontinuierliche Dokumentation einschlägiger sportwissenschaftlicher Erkenntnisse dazu beitragen - wie die Ergebnisse der eigenen empirischen Untersuchung zeigen (vgl. Kap. 6) -, dass Bewegungsaspekte als gesundheitsrelevant anerkannt werden. Gelingt dies und betreiben die Teildisziplinen der Gesundheitswissenschaften bzw. deren Akteure keine Politik sozialer Schließung, so ist die Möglichkeit gegeben, dass die Akteure der Gesundheitswissenschaften in Südkorea nach einer weiteren Reflexionsstufe in ihren Beratungen der Gesundheitspolitik sowie der Institutionen des Gesundheitssystems auf die Bedeutung von Bewegungsmangel bzw. von Sport und Bewegung hinweisen. Darüber hinaus wird durch eine Kontaktaufnahme bzw. engere Zusammenarbeit zwischen Sport- und Gesundheitswissenschaft auch die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Gesundheitswissenschaft ihre Aufgabenstellungen überdenkt und modifiziert.

10.3 Erarbeitung geeigneter sportbezogener Steuerungsinstrumente

Das süd-koreanische Gesundheitssystem leidet an unterentwickelten Kapazitäten zur Wahrnehmung und Beschreibung seines Zustandes und zur Reflexion und Planung seiner Aktivitäten (vgl. Kap. 7 und Kap. 9).

Damit die gesundheitsfördernden und präventiven Potentiale medizinfremder Bereiche stärker in Public-Health-Konzepten sowie im Gesundheitssystem insgesamt berücksichtigt werden können, muss daher auch die im Gesundheitssystem vorliegende Überkomplexität auf eine Weise reduziert werden, die gleichzeitig eine ganzheitliche Wahrnehmung der Problematik chronisch-degenerativer Erkrankungen zulässt. Dadurch müssen sich gleichsam auch günstige Anschlussoptionen für Sport und Bewegung ergeben. D.h. die Kooperationsaussichten des Sport- und Gesundheitssystems in Südkorea würden dann wesentlich verbessert werden, wenn im System der Gesundheitsplanung ein Subsystem institutionalisiert werden würde, welches die Reflexionskapazität des Gesamtsystems erhöht. Dieses muss das Gesundheitssystem

selbst als Umwelt anderer Systeme thematisieren und so mittels einer systemübergreifenden Gesamtlogik dessen Beobachtungsschemata erweitern. Auf diese Weise könnte es gelingen, das systemisch mangelnde Interesse für bislang systemfremde, jedoch gesundheitsrelevante Sachfragen zu verringern und eventuell ganz aufzuheben.

Wenn man die Entwicklung in den fortgeschrittenen Industriegesellschaften (z.B. Deutschland) verfolgt, so sind durchaus interessante Anknüpfungspunkte erkennbar. So wird in der Gesundheitspolitik und -förderung zunehmend auf den Ansatz der Gesundheitsberichterstattung gesetzt. Gesundheitsberichterstattung stellt eine Methode zur Qualitätssicherung der Gesundheitspolitik und -förderung dar, die sowohl auf der kommunalen als auch regionalen sowie auf der nationalen Ebene zunehmend an Bedeutung gewinnen kann.

Die Gründe für den Bedeutungszuwachs von einschlägigen, insbesondere kommunalen Gesundheitsinformationen sind vielfältig. So können verschiedene Faktoren in das neue Konzept der Gesundheitsplanung im süd-koreanischen Sportsystem eingeführt werden.

1. Grundlegend ist auch hier die Veränderung des Krankheitspanoramas von den Infektions- zu den chronischen-degenerativen Krankheiten. Da die Ursachen chronisch-degenerativer Erkrankungen aber wesentlich komplexer sind als jene der Infektionskrankheiten und die herkömmlichen Strategien der Gesundheitsplanung dieser Komplexität nicht angemessen sind, müssen neue Wege in der Gesundheitsplanung eingeschlagen werden.
2. Zudem schränken finanzielle Probleme den Handlungsspielraum der Gesundheitspolitik entscheidend ein. Je weniger Ressourcen aber zur Verfügung stehen, desto effizienter muss Gesundheit geplant werden. Allerdings ist relativ wenig bekannt über die gesundheitliche Lage verschiedener Bevölkerungsgruppen. Insbesondere auf der kommunalen Ebene mangelt es an

Informationsgrundlagen hinsichtlich prioritärer Gesundheitsprobleme und geeigneter Gegenstrategien. In der Folge werden Interventionskonzepte, wenn überhaupt, nur mehr oder weniger willkürlich geplant und umgesetzt. Somit entsteht ein Allokationsproblem, welches mit den vorliegenden, meist rein monetären Steuerungsinstrumenten allein nicht angemessen lösbar erscheint. So mögen die bisher angewandten Strategien in Süd-Korea zwar dazu taugen, die finanziellen Probleme des Gesundheitssystems kurzfristig zu reduzieren, aber sie liefern keinen Beitrag zu einer nachhaltigen Lösung der strukturellen Probleme des Gesundheitssystems angesichts des veränderten Krankheitspanoramas.

Die vorliegenden, monetären Steuerungsansätze eignen sich kaum zur wirklichen Lösung der Allokationsproblematik. Daher müssen sämtlich Versuche, das Gesundheitswesen über rein fiskalische Instrumente zu steuern, bereits als gescheitert angesehen werden. Sie können die gesundheitliche Lage der Bevölkerung nicht verbessern und taugen darüber hinaus auch nicht, um die finanziellen Probleme im Gesundheitssystem entscheidend und auf Dauer zu lösen. Zur Lösung der Allokationsproblematik ist somit die Anwendung anderer Strategiekonzepte angezeigt, die jedoch differenzierter Gesundheitsinformationen bedürfen.

3. Gleichzeitig muss es insbesondere im Sinne der Ottawa-Charta der WHO zu einer Renaissance des bevölkerungsmedizinischen Gedankens kommen. Da Städte und Gemeinden als diejenigen Orte erkannt werden, in denen Gesundheit mehr als anderswo gefährdet und häufig zerstört, zugleich aber auch erhalten, gefördert und wiederhergestellt wird, sollten damit besonders kommunale Lösungsansätze an Bedeutung gewinnen (vgl. Kap. 3).
4. Irritationen von außen, durch strukturelle kooperierte Systeme, insbesondere durch das Politiksystem, müssen zur Reflexion dieser Aspekte im

Gesundheitswesen führen. Mit Hilfe der kommunalen Gesundheitsberichterstattung sollen nun neue Wege in der Gesundheitsplanung bestritten werden.

5. Hinzu kommt, dass aufgrund des sich beschleunigenden sozialen Wandels mit seinen epochalen Umbrüchen auch die Handlungsunsicherheiten bei Entscheidungsträgern stark zugenommen haben und somit ein generell gestiegener Beratungsbedarf in der Gesellschaft zu verzeichnen ist. Mit der Implementation einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung können die Akteure des Gesundheitssystems aber nicht nur ihre Handlungsunsicherheiten reduzieren, sondern zugleich auch ihre Innovationsfähigkeit gegenüber anderen Akteuren belegen.

Die Probleme des Gesundheitssektors müssen analysiert, wissenschaftlich beobachtete relevante Daten den fachlich interessierten Bezugsgruppen verfügbar gemacht werden; im weiteren sind dann Konzeptionen der Bürgerbeteiligung zu entwickeln und durchzusetzen sowie Kooperations- und Kommunikationsstrategien zu konzipieren.

Allgemein meint Gesundheitsberichterstattung die systematische Darstellung, kontinuierliche Verlaufsbeobachtung und Analyse des Gesundheitszustandes, der Gesundheitsgefährdungen und der Gesundheitsversorgung einer Organisationspopulation oder einer Organisationssubpopulation. Sie fungiert damit als Planungs- und Steuerungsinstrument für eine effektive und an den konkreten Bedürfnissen der Bevölkerung orientierte Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung und Gesundheitssystemgestaltung (vgl. Tabelle 10-1).

Kommunale Gesundheitsberichterstattung kann folgendermaßen definiert werden: Kommunale Gesundheitsberichterstattung ist darum bemüht, gesundheitsbezogene Problemfragen mit Strukturfragen zu verknüpfen und konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der Situation in der Kommune zu erarbeiten. Damit die Effektivität von

Gesundheitsberichterstattung erhöht wird, sollen die erarbeiteten Erkenntnisse zudem direkt in den politischen Planungsprozess eingebracht werden. Ein zentrales Charakteristikum moderner Gesundheitsberichterstattung ist ihr kooperativer Ansatz.

Tabelle 10-1: Gegenstandsbereiche, Instrumente und politische Funktionen von Gesundheitsberichterstattung (nach HURRELMANN/MURZA 1996, 13)

Gegenstandsbereiche von Gesundheitsberichterstattung

- Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Gesundheitsgefährdung
- Gesundheitsversorgung

Instrumente der Gesundheitsberichterstattung

- Gesundheitsstatistiken
- Epidemiologische Datenbanken
- Empirische Erhebungen

Politische Funktion der Gesundheitsberichterstattung

- Zielsetzungen der Gesundheitspolitik
- Effizienzsicherung von Ressourcen
- Einleitung von politischen Kooperationen
- Evaluation von gesundheitspolitischen Maßnahmen
- Prognose von gesundheitspolitischen Prozessen
- Demokratische Legitimation von Maßnahmen

Da eine effektive Gesundheitsförderung in Süd-Korea auf die Steigerung von Komplexität angelegt sein muss und dieser gesteigerten Komplexität nur mit kooperativer, intersektoraler Planung Rechnung getragen werden kann, muss auch die kommunale Gesundheitsberichterstattung auf dem Prinzip interinstitutioneller Kooperation beruhen.

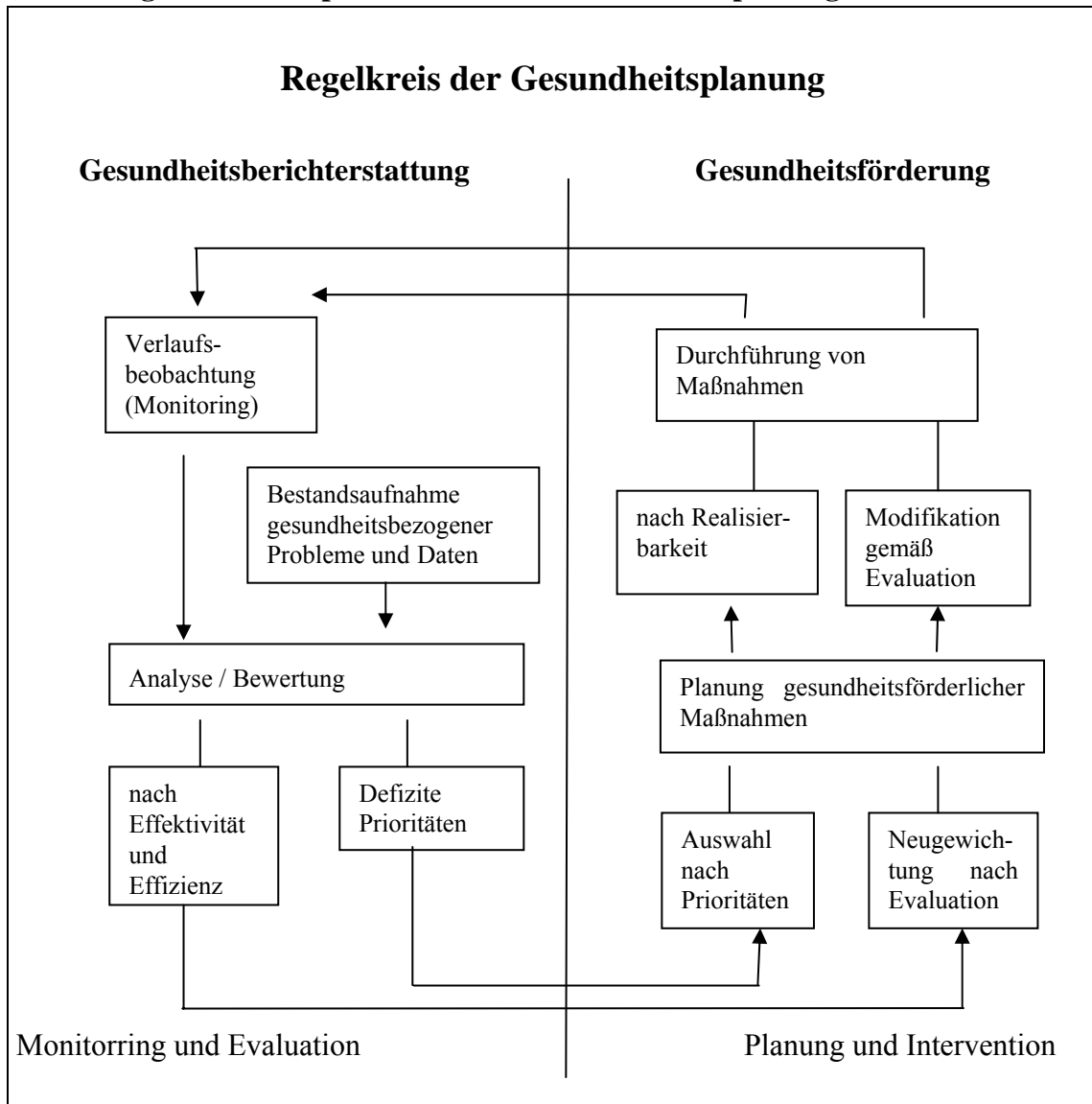
Für diesen Ansatz sprechen zwei weitere Aspekte: Zum einen behindert die hochgradige institutionelle und organisatorische Differenzierung des Gesundheitswesens Zielformulierungen, koordinierte Programmentwicklungen und Handlungskooperationen. Um in einer funktional differenzierten Gesellschaft eine

integrative Gesamtlogik von Gesundheit und Gesundheitsförderung zu gewinnen, bedarf es daher einer interinstitutionellen Kooperation, in der über die verschiedenen spezifischen Gesundheitsansichten hinweg Konsens über notwendige Handlungsempfehlungen und Zielformulierungen gebildet werden kann. Zum anderen existiert im Gesundheitsbereich eine Vielzahl an Daten und Datenhaltern, die für eine hinreichende Beschreibung der gesundheitlichen Lage und Versorgung zusammengeführt werden müssen. Auch daher stellt die Herstellung geeigneter Kooperationsbeziehungen zwischen den gesundheitspolitisch relevanten Akteuren in der Kommune eine zentrale Aufgabe der modernen Gesundheitsberichterstattung dar. Gesundheitsberichterstattung meint somit auch ein institutionenübergreifendes Planungsinstrument, mit dem der bisher defizitär koordinierte Gesundheitssektor zusammengeführt werden soll.

Modernen Konzepten zufolge gehen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung Hand in Hand. Verdeutlicht werden soll dies am Regelkreis der Gesundheitsplanung (vgl. Abbildung10-1).

Eine effektive und bedürfnisorientierte kommunale Gesundheitspolitik setzt an den konkreten gesundheitlichen Problemlagen in der Kommune an. Gesundheitsberichterstattung hat es sich zur primären Angelegenheit gemacht, diese gesundheitlichen Problemlagen aufzudecken, sie zu analysieren und auszuwerten, um so Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik zu formulieren. Auf Grundlage dieser Handlungsempfehlungen werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung geplant und umgesetzt. Der Verlauf dieser Maßnahmen wird wiederum von der Gesundheitsberichterstattung beobachtet und als solche hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz bewertet. Gleichzeitig wird die gesundheitliche Lage weiterhin analysiert. Es werden wieder Handlungsempfehlungen formuliert. Diese müssen dann eventuell aufgrund der Ergebnisse der Gesundheitsförderung modifiziert werden. Diese modifizierten Erkenntnisse werden wiederum umgesetzt, beobachtet und evaluiert.

Abbildung 10-1: Konzept einer modernen Gesundheitsplanung



Quelle: BREUER/RITTNER 2002, S.54.

Demzufolge bildet Gesundheitsberichterstattung den Kern einer effektiven und effizienten Gesundheitsplanung. Es werden nur jene Strategien und damit nur jene Medien aufgegriffen, die wirklich notwendig erscheinen bzw. die als am tauglichsten zur Verbesserung der Situation eingeschätzt werden. Dies führt zu einer Ökonomisierung und Rationalisierung der Gesundheitsplanung und -förderung - insbesondere auf der Ebene der Konkurrenz zwischen gesundheitsförderlichen Medien bei Berücksichtigung in Public-Health-Strategien.

Die Politikfähigkeit des süd-koreanischen Sportsystems in Gesundheitsangelegenheiten wird in Zukunft entscheidend davon abhängen, ob und inwieweit es gelingt, professionelle Steuerungsinstrumente (z.B. Gesundheitsberichterstattung) aufzubauen und nutzbar zu machen, deren Funktionsfähigkeit an Bedingungen der organisatorischen Eigenständigkeit und geeigneter personeller Besetzung gebunden ist. In einer entsprechenden Organisationseinheit wären die Planungs- und Steuerungsaufgaben des Gesundheitssystems zusammenzufassen bzw. entsprechende Kompetenzen aufzubauen.

In logischer Konsequenz ist sie das ideale Instrument, dass Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik eine aufgabenangemessenere Handlungssteuerung ermöglicht. Sie dient der Selbststeuerung des Gesundheitssystems mittels des Steuerungsmediums Wissen und kann daher als eigensystemische Beratungsinstanz aufgefasst werden.

Die politischen Entscheidungen in Süd-Korea deuten darauf hin, dass in naher Zukunft das Gros aller kommunalen gesundheitspolitischen Entscheidungen auf Basis der Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung getroffen wird.

Demnach sollen die Netzwerke der Gesundheitsberichterstattung als solche nicht nur die Rolle einer formalen Organisation im kommunalen Gesundheitssystem einnehmen, sondern ihre Ergebnisse müssen zugleich auch eine zentrale Position in der Konzeption von New Public Health (vgl. Kap. 3) besetzen.

Aufgrund des Bedeutungszuwachses kommunaler Gesundheitsberichterstattung und der gleichzeitigen Entwicklungsprobleme der berichterstattenden Institutionen gegenüber dem Präventivpotential von Sport und Bewegung scheint es für das süd-koreanischen Sportsystem nun sinnvoll, eine eigene und spezifische Gesundheitsberichterstattung (sportbezogene Gesundheitsberichterstattung) zu implementieren. Sportbezogene Gesundheitsberichterstattung meint die gezielte Thematisierung von bewegungsmangelbezogenen Gesundheitsrisiken und Krankheiten sowie von Gesundheitsressourcen durch Sport und Bewegung, die Beschreibung der

gesundheitlichen Lage in Bezug auf ein ausreichendes Bewegungsverhalten von Bevölkerungsgruppen und ganzer Bevölkerungen sowie die Bewertung von Sport- und Bewegungsmöglichkeiten in der Kommune.

Die Tatsache, dass der süd-koreanische Sport Bund relevante Entwicklungen im System der Gesundheitsplanung nicht bemerkt bzw. nicht darauf reagiert und seine verfolgten Strategien zugleich offensichtlich nur begrenzt tauglich sind, das weitgehende mangelnde Interesse des Gesundheitssystems gegenüber dem Präventivpotential von Sport und Bewegung zu minimieren, weist auf ein umfassendes Steuerungsproblem hin. So ist dem Sportsystem ein Steuerungsdefizit auf der Ebene seiner Beziehungen zum Gesundheitssystem, auf der normativen Ebene der Sportpolitik im engeren Sinne und auf der Ebene der Steuerung des Gesundheitssports zu attestieren.

11. Übertragbarkeit der Steuerungsinstrumente einer kommunalen Gesundheitspolitik

Trotz der sehr großen gesellschaftlichen und kulturellen Unterschiede gibt es eine Reihe von Gründen, die die Frage der Übertragbarkeit von Elementen der deutschen Modelle auf Süd-Korea nahelegen. Gleichwohl muss man auch die Schwierigkeiten sehen, so wie sie jeder Übertragung auf interkultureller Ebene anhaften.

Zu den allgemeinen Gründen für die Übertragbarkeit zählen insbesondere zwei zentrale Entwicklungen. Die aktuellen Morbiditäts- und Mortalitätsdaten (vgl. Kap. 2) Südkoreas verweisen auf eine Konvergenz mit der deutschen Situation bzw. nähern sie sich den Problemen der fortgeschrittenen Industriegesellschaften generell. (1) Die Probleme bekommen durch die fortgeschrittenen Globalisierungsprozesse offensichtlich einen globalen Charakter. (2) Ganz offensichtlich besteht desweiteren eine Konvergenz in den Lebensstilen und in den Gesundheitskonzepten der Bevölkerung.

Noch aufschlussreicher sind aber spezielle Gründe, die für die Möglichkeit einer gewissen Übertragbarkeit sprechen. Sie betreffen den Sport selbst bzw. die Sportstrukturen. Ganz offensichtlich finden sich auch in der südkoreanischen Bevölkerung ein erweitertes Sportverständnis mit entsprechenden Gesundheitseinstellungen sowie eine sehr hohe Bereitschaft zur Nutzung von Sport/Bewegung für die individuelle Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 6). Auffallend sind die vielen Parallelen in der Gesundheitseinstellung wie auch in den Sportkonzepten. Zwar sind Unterschiede vorhanden, bemerkenswerter aber sind die Parallelen in den Wahrnehmungen von Sport und Gesundheit bzw. der damit verbundenen Potenzialen (vgl. Kap. 7).

So liefern die Daten Hinweise für die Annahme, dass, entsprechend konzipiert, das Medium Sport/Bewegung auch in Süd-Korea vielversprechend eingesetzt werden

könnte bzw. vorhandene Ansätze fortgeführt werden könnten. Zumindest scheint der Versuch einer Übertragung lohnenswert zu sein.

Allerdings dürfen die Schwierigkeiten einer Übertragung weder übersehen noch unterschätzt werden. Auf die süd-koreanischen Sport- und Gesundheits-Organisationen sowie Institutionen kommt mithin die Aufgabe zu, geeignete Konzepte, Instrumente und Netzwerke zu schaffen, die die gewachsenen Potenziale von Sport und Bewegung im Sinne der Gemeinschaft bzw. des Gemeinwohls systematisch und nachhaltig nutzen.

Z.B. kann eine systematische sportbezogene Gesundheitsberichterstattung das mangelnde Interesse von Public-Health-Ansätzen zu den präventiven Potentialen von Sport und Bewegung minimieren. Das Sportsystem in Süd-Korea würde mit einem solchen Modell über ein integrales Planungs- und Steuerungsinstrument verfügen. Die Potentiale eines solchen Strategiemodells lassen sich in zwei zentrale Segmente gliedern.

1. Die Hauptfunktion sportbezogener Gesundheitsberichterstattung liegt darin, das mangelnde Interesse von Public-Health-Ansätzen gegenüber den präventiven Potentialen von Sport und Bewegung zu reduzieren. In diesem Sinne kann eine sportbezogene Gesundheitsberichterstattung in Süd-Korea dazu beitragen, dass das süd-koreanische Sportsystem sein Berichtssystem zum Gesundheitssystem effektiver steuern kann.
2. Mit einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung verbinden sich weiterhin zwei bedeutende Nebeneffekten, die zumindest indirekt die Attraktivität des Sports für Public-Health-Zwecke steigern würden. Zum einen kann sie die Chancen erhöhen, dass nicht nur das mangelnde Interesse der Gesundheitspolitik gegenüber Sport und Bewegung abnimmt, sondern zugleich auch das in der kommunalen Sportpolitik weitverbreitete mangelnde Interesse gegenüber Gesundheit. Damit besäße das Sportsystem in Süd-Korea ein

Orientierungs- und Steuerungsinstrument für eine zukunftsorientierte Gesundheitssportpolitik.

11.1 Aufbau einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung

Wenn Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung in Süd-Korea auf Basis der Gesundheitsberichterstattung getroffen werden und gleichzeitig die präventiven Potentiale von Sport und Bewegung stärker in Public Health-Strategien aufgegriffen werden sollen, so liegt die These nahe, dass somit auch die Berücksichtigung von Bewegungsbelangen in der Gesundheitsberichterstattung von steigender Bedeutung sein wird. Denn mit zunehmender Bedeutung von Gesundheitsberichterstattung in der Gesundheitsplanung nimmt auch das Potential einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung für die Integration des Konzepts des Gesundheitssports in Public Health zu.

Mittels der Integration sportbezogener Gesundheitsberichterstattung in die allgemeine Gesundheitsberichterstattung können so Bewegungsaspekte in die Programmierung der Gesundheitsplanung einfließen. Andernfalls, wenn Bewegungsbelange nicht bereits in der Gesundheitsberichterstattung, dem Kern der Gesundheitsplanung, berücksichtigt werden und gleichzeitig immer mehr Entscheidungen über Gesundheitsstrategien auf Basis der Gesundheitsberichterstattung getroffen werden, bestehen kaum Chancen, die Präventivpotentiale von Sport und Bewegung nachhaltig in Public-Health-Strategien in Süd-Korea zu verankern.

Da aber die Akteure der Gesundheitsberichterstattung letztendlich Akteure des Gesundheitssystems oder anderer sportfremder Systeme sind und diesen Bewegungsbelangen weitgehend marginal gegenüberstehen, kann somit auch Gesundheitsberichterstattung Bewegungsaspekte zunächst nicht adäquat bearbeiten. Daher muss die Aufgabe sportbezogener Gesundheitsberichterstattung zunächst von jenen Systemen wahrgenommen werden, welche sich explizit mit Sport und Bewegung

beschäftigen, d.h. vom Sportsystem selbst (von dem Sport Bund z.B. MINISTRY OF KULTUR & TOURISM) oder vom sportbearbeitenden Subsystem des Wissenschaftssystems (z.B. KOREA INSTITUTE OF SPORT SCIENCE), der Sportwissenschaft (z.B. Universitäten, die den Studiengang von Public Health eingerichtet haben).

Kommunale Gesundheitsberichterstattung dient als Informationsinstrument der Gesundheitspolitik. Sie soll jenes Wissen vermitteln, welches im kommunalen Raum zur adäquaten Bearbeitung von Gesundheit notwendig ist - mehr aber auch nicht. Führt man sich in Süd-Korea vor Augen, dass Politiker nicht an Wissen an sich interessiert sind, sondern nur das aufnehmen, was in ihre Strukturen passt und was sie zur direkten Bearbeitung ihrer Probleme brauchen (vgl. RÜTTEN 1997), so wird deutlich, dass mit dem Konzept der sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung eine weitaus erfolgversprechendere Strategie zur Implementation des Präventivpotentials von Sport und Bewegung im Gesundheitssystem in Aussicht steht.

Zur Implementation sportbezogener Berichtssysteme ist eine integrative Gesundheitsberichterstattung erforderlich, welche sich aus unterschiedlichen (zumeist aufgaben- oder systemspezifischen) Teilbereichen zusammensetzt und sich dadurch auszeichnet, dass verschiedene Institutionen ihre eigenen Gesundheitsperspektiven in einen Gesamtbereich einfließen lassen. Damit entstünden in Süd-Korea günstige Möglichkeiten zur Integration des Bewegungskonzepts in die Gesundheitsplanung.

Die im Rahmen einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung als Teil einer integrativen Berichterstattung für Sportverwaltung oder Sportwissenschaft anfallenden Aufgaben betreffen insbesondere:

- 1) Die Sichtung relevanter Bewegungs- und Morbiditäts- sowie Mortalitätsdaten,

- 2) die Verbesserung der Datenqualität und Schaffung neuer Datenquellen zur kommunalen Bewegungssituation und
- 3) die Aufbereitung, Analyse und Interpretation der Daten sowie das Zusammenführen der Ergebnisse in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung.

Das süd-koreanische Sportsystem sollte sich nicht darauf beschränken, mittels einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung über ein Kooperationsinstrument zu verfügen, das gegenüber der Logik der modernen Gesundheitsplanung anschlussfähig ist. Gleichzeitig soll es damit ein wichtiges Informations- und Orientierungsinstrument in der Hand zu halten, mit dem es sowohl die Qualität der Arbeit als auch seine übrige Öffentlichkeitsarbeit wesentlich effektiver und effizienter zu sichern vermag. Zudem eröffnet sich dem süd-koreanischen Sportsystem auf diese Weise ein leichter Zugang zur Integration in weitere relevante Gesundheitsnetzwerke. Auch eine Reihe anderer gesundheitspolitischer Strategien des süd-koreanischen Sportsystems ließen sich mit Hilfe der gewonnenen Planungsdaten effektivieren.

Ebenso muss in den neueren gesundheitspolitischen Konzeptionen des süd-koreanischen Sportsystems die Entwicklung eines umfassenden Kommunikationssystems primäres Ziel sein, das neben einer systematischen Erfassung aller Aktivitäten der Vereine und Verbände auch organisationsrelevante Daten sowie Informationen über erfolgreiche Konzepte und Modelle aus der Vereinspraxis umfasst. Diese Informationen sollten in eine komplexe Datenbank fließen, die wiederum Ärzten, Krankenkassen und Gesundheitsämtern zugänglich gemacht werden sollten.

11.2 Fazit

Das süd-koreanische Sportsystem verfügt nicht über ein ausreichend soziales Einflusspotential, um stärkere und systematischere Kooperationen mit dem Gesundheitssystem einzufordern. Er ist zwar strategisch handlungsfähig, doch reicht seine systemmodifizierende Potenz gegenwärtig nicht aus, um eine erfolgreiche Konzeptentwicklung des Leitbildes „Gesundheitssport“ zu realisieren. Demnach können bei konstanten politischen Rahmenbedingungen und gleichen gesundheitssystemischen Strukturmerkmalen keine stärkeren strukturellen Kooperationen zwischen Sport- und Gesundheitssystem entstehen. Sport und Gesundheitssystem koexistieren auf diese Weise, ohne dass sie eine fruchtbare Beziehung aufnehmen.

Die sportbezogene Gesundheitsberichterstattung scheint ein durchaus geeignetes Steuerungsinstrument zu sein, um die gesundheitsrelevanten Aspekte von Sport und Bewegung zumindest annähernd adäquat im Gesundheitssystem in Süd-Korea und insbesondere im Bereich von New Public-Health zu etablieren.

12. Schlussfolgerung und Empfehlungen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung

Die Entwicklung neuer Strategien der Gesundheitsförderung ist demnach in Süd-Korea dringlich. Dabei kommt einem koordinierten Zusammenwirken aller relevanten Akteure größte Bedeutung zu. Ziel muss es sein, Ansätze für ein gutes Gesundheitsklima auf kommunaler Ebene in Süd-Korea aufzugreifen und zu verstärken. Insbesondere muss es darum gehen, gesundheitspolitisch eine größere Handlungsbreite zu erhalten und die dafür notwendigen Steuerungsinstrumente entwickeln zu können.

Insbesondere in Seoul zeigt sich die große Bedeutung der sogenannten Zivilisationskrankheiten, d.h. die Dominanz der verhaltensbedingten bzw. umweltbezogenen Krankheiten hinsichtlich Morbidität und Mortalität (vgl. Kap. 2).

Die Veränderung des Krankheitspanoramas macht eine Neuorientierung des südkoreanischen Gesundheitswesens hin zur erhöhten Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich. Im Rahmen dieser von wissenschaftlichen und Public-Health-Ansätzen verstärkt geforderten Aufgabenverlagerungen ergeben sich für Sport und Bewegung günstige Anschlussoptionen.

So kann einer Vielzahl der dominierenden chronisch-degenerativen Erkrankungen mit Hilfe sportlicher Aktivität vorgebeugt werden. Daneben lassen sich auch noch weitere wichtige Gesundheitseffekte durch sportliche Aktivität erzielen. Zudem spricht für eine Nutzung des Mediums Sport und Bewegung im Gesundheitssystem seine Verankerung in den individuellen Lebensstilen. Sport und Bewegung stellen demnach gesellschaftlich in einem hohen Maße akzeptierte Formen der Gesundheitsförderung dar. Auch auf der institutionellen Ebene besitzt der Sport ein für Zwecke der Gesundheitsförderung interessantes Präventionspotential.

Trotz dieser Potentiale tangieren sich das Gesundheitssystem und der Gesundheitssport einander kaum: Sport und Bewegung sind bislang nicht systematisch in die Strategien der Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung integriert.

Für diese Entwicklungsprobleme sind sowohl die konstitutiven Merkmale des Gesundheitssystems als auch die spezifischen Strukturmerkmale des Sportsystems verantwortlich (vgl. Kap. 9.2 und 9.3). So führen zum einen die Dominanz des somatischen Modells im Gesundheitssystem, aber auch die unzureichenden Erkenntnisse des Aufbaus leistungsfähiger und effizienter Strukturen der Gesundheitsförderung sowie die Konkurrenz verschiedener Medien um Berücksichtigung in der Strategien der Gesundheitsförderung von Sport und Bewegung im Gesundheitssystem zum Entstehen dieser Probleme. Zum anderen spielen aber auch die mangelnde Nachweise der gesundheitsspezifischen Effektivität des Sports, das Fehlen geeigneter Konzepte und Instrumente sowie die Einseitigkeit der Medien hinsichtlich der Darstellung des Sports in der Öffentlichkeit wichtige Rollen im Hinblick auf die Konstituierung des mangelnden Interesses. Dieses mangelnde Interesse des Gesundheitssystems gegenüber dem Potential von Sport und Bewegung führen zu einem gesellschaftlichen Folgeproblem. Durch den Verzicht auf die systemische Nutzung eines Mediums, welches zur Lösung bedeutsamer Gesundheitsprobleme beitragen kann und zudem gesellschaftlich in einem hohen Maße akzeptiert ist, kann das Gesundheitssystem die ihm aufgetragenen Aufgaben nur eingeschränkt erfüllen. Gleichzeitig ist stark davon auszugehen, dass sich mit diesem mangelnden Interesse zukünftige Probleme der Sportentwicklung, z.B. aufgrund fehlender Ressourcen, auch nur verschärfen können.

Der sich langsam vollziehende Paradigmenwechsel in der Gesundheitsförderung hin zum Public-Health-Ansatz eröffnet dem Sportsystem in einem Teil des Gesundheitssystems neue Anschlussöffnungen, deren Nutzung allerdings ein hohes Maß an reflexiver Strategie voraussetzt. Mit Hilfe einer innovativen und systematischen

Gesundheitspolitik des Sports ließen sich in diesem Bereich durchaus achtbare Erfolge erzielen.

Da eine erfolgreiche Intervention in fremde Sozialsysteme und Politikbereiche das Denken und Argumentieren in deren Logik explizit voraussetzt, sollte das süd-koreanische Sportsystem ganz allgemein stärker auf die sich wandelnden Strukturen und Prozesse im System der Gesundheitsplanung achten. Dazu gehört auch, rasch auf die zunehmende Bedeutung kommunaler Gesundheitsnetzwerke oder auf den wachsenden Stellenwert einer ökonomischen Diskussion um Gesundheit zu reagieren. Dies wurde im Rahmen seiner Strategieentwicklung von seinen Akteuren offensichtlich bislang vernachlässigt.

Will das süd-koreanische Sportsystem mit seinen geeigneten Anteilen nachhaltig mit dem Gesundheitssystem kooperieren, so sollte er eine differenzierte Strategie wählen. Dazu empfiehlt sich insbesondere ein integratives Strategiemodell, wie es die sportbezogene Gesundheitsberichterstattung darstellt. Dadurch könnte es dem Sportsystem gelingen, seine Instrumente der Umweltbeobachtung zu schärfen und gleichzeitig sein soziales Einflusspotential zielgerichtet und systematisch zu nutzen. Er könnte seine Politikfähigkeit erhöhen, indem er sich durchgängig und aktiv sowohl an den Konzepten der (kommunalen) Gesundheitsberichterstattung als auch an den weiteren Netzwerken der (kommunalen) Gesundheitsförderung beteiligt.

Gleichzeitig eignet sich das Modell der sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung aber auch dazu, die Steuerungsprobleme auf der Ebene der zukunftsorientierten Sportpolitik zu reduzieren. Indem die sportbezogene Gesundheitsberichterstattung wichtige Planungs- und Orientierungsdaten bereitstellt, liefert sie die Grundlage für eine systematische Erhöhung der Gesundheitsförderung in der Sportpolitik.

Bedeutsam ist eine effektivere Steuerung des Gesundheitssports. Hierbei liegen die Potentiale einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung darin, dass sie auch für

diese Steuerungsebene kontinuierlich entscheidende Planungs- und Orientierungsdaten bereitzustellen vermag. Das süd-koreanische Sportsystem hätte es in der Hand, seine Möglichkeiten auszubauen, kooperationsfähige Angebote zu entwickeln und zu offerieren sowie entsprechende Module rascher und zielgenauer in sein Ausbildungssystem einzubauen. Um das Konzept einer sportbezogenen Gesundheitsberichterstattung auch auf der kommunalen Ebene erfolgreich umzusetzen, bedarf es allerdings der Ausbildung einer spezifischen Profession.

Darüber hinaus wird dem süd-koreanischen Sportsystem empfohlen, bei der Vergabe von gesundheitsbezogenen Forschungsaufträgen insbesondere an die Sportwissenschaft als Vergabekriterium die Verbreitung der Ergebnisse auch in gesundheitswissenschaftlichen oder medizinischen Publikationen sowie auf gesundheitswissenschaftlichen oder medizinischen Kongressen durchzusetzen. Würde das geschehen, so würde das süd-koreanische Sportsystem über ein Steuerungsinstrument verfügen, das einschlägige Forschungsergebnisse in das Zentrum gesundheitswissenschaftlicher bzw. medizinischer Ideenentwicklung einbringen kann. Die einschlägigen sportwissenschaftlichen Kommunikationen könnten an die gesundheitswissenschaftlichen (bzw. medizinischen) Kommunikationen anschließen und die Wahrscheinlichkeit, dass das Präventivpotential von Sport und Bewegung aus der Umwelt in das Konzept der Gesundheitswissenschaft (bzw. der Medizin) integriert wird, würde auf diese Weise erhöht werden. Eine optimale Steuerung des Gesundheitssports bzw. Gesundheitsförderung in Süd-Korea wäre entsprechend zu realisieren.

Literaturverzeichnis

- AGRICOLA, S. (1987): Bewegungsorientierte Freizeittätigkeit Freizeitsport - Freizeitangebot Sport. In: DGF: Freizeit, Sport, Bewegung. Materialien zur Freizeitpolitik. Erkrath, Band 1.
- ANTONOVSKY, A. (1979): Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco.
- BADURA, B. (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: HURRELMANN, K./LAASER, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel, S. 63-87.
- BADURA, B. (1994): Public Health: Aufgabenstellungen, Paradigmen, Entwicklungsbedarf. In: SCHAEFFER, D./MORES, M./ROSENBROCK, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin, S. 55-71.
- BADURA, B. (1996): Vortrag im Rahmen eines Geschäftsstellenleitertreffens des Projektes „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ im Februar 1996 in Düsseldorf. Manuskript. Düsseldorf.
- BAUCH, J. (1997): Gesundheitsverhalten und Gefahrenkommunikation. Wie riskant ist gesundheitsgerechtes Verhalten? In: Prävention-Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 20, 3, S. 67-70.
- BERGMANN, K / HEUWINKEL, D. (1988): Sportverhalten und Einstellungen zum Sport im Landkreis Hameln-Pyrmant 1987/1988. Auswertung einer repräsentativen Einwohnerbefragung. Hannover.

- BERGMANN, K / HEUWINKEL, D. (1990): Sportverhalten und Einstellungen zum Sport im Landkreis Erding. Ergebnisse einer repräsentativen Einwohnerbefragung. Hannover.
- BEUELS, F.-R./WOHLFAHRT, N. (1991): Gesundheit für die Region? Neue Konzepte der kommunalen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Bielefeld.
- BÖS, K./GRÖBEN, F. (1993): Sport und Gesundheit. In: Sportpsychologie,1, S. 9-16.
- BÖS, K./WOLL, A. (1989): Kommunale Sportentwicklung. Eine empirische Untersuchung zu den Entwicklungsmöglichkeiten des Sports in Bad Schönborn. Erlangen.
- BRANDENBURG, A./SCHÄRFER, W. (1990): Kommunale Gesundheits-berichterstattung und Gesundheitskonferenz. In: Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung. 2, 2, S. 48-53.
- BREHM, W./BÖS, K. (2004): Ziele und deren Sicherung im Gesundheitssport mit der Orientierung Prävention und Gesundheitsförderung. In: WOLL, A./BREHM, W./PFEIFER, K. (Hrsg.): Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft Bd. 139.
- BREHM, W./BÖS, K./OPPER, E./ SAAM, J. (2002): Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Analyse und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport.
- BREHM, W./KURZ, D. (1988): Sport ab 50. Bielefeld.

- BREUER, C. (1999): Perspektiven des Präventivsports im Gesundheitssystem. Möglichkeiten der Steuerung durch den organisierten Sport. Berlin.
- BREUER, C. (2003): Intersektorale Netzwerke. Bedingungen, Möglichkeiten und Perspektiven um Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung. Manuskript. Unveröffentlicht.
- BREUER, C./RITTNER, V. (2002): Berichterstattung und Wissensmanagement im Sportsystem. Konzeption einer Sportverhaltensberichterstattung für das Land Nordrhein-Westfalen. Köln, S. 54.
- BRUX, A. (1996): Vortrag bei der 4. Gesundheitskonferenz des Kreises Neuss.
- CHOI, S. H. (1996): Überflüssige Medikament Verbrauch. Seoul, S. 258.
- DEUTSCHER SPORTBUND (Hrsg.) (1993): Ein Vorschlag zur Definition des Begriffs Gesundheitssport. Sportwissenschaft 23, S. 179-199.
- DEUTSCHER SPORTBUND (Hrsg.) (1996a): Qualitätskriterien zur Durchführung gesundheitsorientierter Angebote im Sportverein. Frankfurt am Main.
- DEUTSCHER SPORTBUND (Hrsg.) (1996b): Gesundheitspolitische Konzeption des Deutschen Sportbund. Frankfurt am Main.
- DEUTSCHER SPORTBUND (Hrsg.) (1997): Gesundheitsprogramme im Sportverein. Leitlinien und Forderungen des Deutschen Sportbundes zur Umsetzung der „Gesundheitspolitischen Konzeption“. Frankfurt am Main.

DEUTSCHER SPORTBUND (Hrsg.) (1998): Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement. Frankfurt am Main.

DEUTSCHER SPORTBUND (Hrsg.) (2000): Die Zukunftsaufgabe Gesundheit und der unverzichtbare Partner Sport. Informationen für Ärztinnen und Ärzte. Frankfurt am Main.

DIEM, L. (1980): Frau und Sport. Ein Betrag zur Frauenbewegung. Freiburg.

DINKEL, R. (1985): Mortalitätsindikatoren und ihre Eignung zur Beurteilung der Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen. Vortrag bei der Jahrestagung des Vereines für Sozialpolitik, 16.-18.9.1985. Manuskript. Saabrücken.

DTB (Hrsg.) (1996a): Gesundheitsförderung und Gesundheitssport im DTB. Frankfurt am Main.

DTB (Hrsg.) (1996b): Gesundheitssport - Quo vadis? DTB-Hearing am 4. Juli 1996 in Frankfurt/Main. Frankfurt am Main.

EBERLE, G. (1987): Leitfaden Prävention. St. Augustin.

FUCHS, R. (2003): Sport, Gesundheit und Public Health. Hogrefe-Verlag. Göttingen.

FÜLGRAFF, G. (1995): Wozu Public Health-Forschung? Vortrag beim Kongress der Forschungsverbände vom 05.-07.10. 1995 in Dresden. Manuskript.

GROSSMANN, R. (1996): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 19, 2, S. 46-48.

- GROSSMANN, R./SKALA, R (1994): Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. München.
- HÄFNER, H. (1995): Public Health in Geschichte und Gegenwart. Vortrag beim Kongress der Forschungsverbände vom 05.-07.10. 1995 in Dresden. Manuskript.
- HEUWINKEL, D. (1985): Sport und Wandel der Bevölkerungsstruktur. Hannover.
- HEUWINKEL, D./SCHOTTE, A./WYNS, B. (1990): Sportverhalten und Einstellungen zum Sport im Landkreis und der Stadt Reutlingen 1989. Manuskript. Hannover.
- HÖFER, R. (1995): Kohärenzerleben und Gesundheit bei Jugendlichen. Vortrag beim Kongress der Forschungsverbände Public Health in Dresden vom 5.-7.Okt. 1995. Forschungsverband Public Health München. Projekt B21. Manuskript.
- HOLLMANN, W./ROST, R./DUFAUX, B./LIESEN, H. (1983): Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Krankheiten durch körperliches Training. Stuttgart.
- HURRELMANN, K. (1990): Sozialisation – Gesundheit – Prävention. In: LAASER, U./WOLTERS, P./KAUFMANN, F. X. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Aktuelle Modelle für eine Public Health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- HURRELMANN, K. (1994): Neue Gesundheitsrisiken für Kinder und Jugendliche – Eine Herausforderung für die interdisziplinäre Forschung. Manuskript. Bielefeld.

HURRELMANN, K. (1996): Mehr Forschung zur Gesundheitsförderung. Editorial. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 4, 2, S. 99-101.

HURRELMANN, K./ MURZA, G. (1996): Regionale Gesundheitsberichterstattung: Instrument einer effizienten Gesundheitspolitik. In: MURZA, G. / HURRELMANN, K.(Hrsg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Weinheim, S. 8-31.

IM. B. J. (2001) (Hrsg.): Einführung des Sport for all. Seoul, S. 64.

KICKBUSCH, I. (1993): Vorwort in: PELIKAN, J. M./DEMMER, H./HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München.

KICKBUSCH, I. (1996): 10 Jahre nach Ottawa – Herausforderungen für die Zukunft. In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 19, 2, S. 35-36.

KIM, Y. S./ LEE, K. S/ KIM, Y. H. (1999): Gesundheitsförderung und Gesundheits-
erziehung: Vorbereitung des Gesundheitslebens für 21C. Seoul.

KIM, H. J. (1997): Gesundheit. Seoul, S. 24.

KIM, Y.S (1995): Sport und Zivilisationskrankheit. Seoul, S. 17.

KING, A. C. (1994): Community and public health approaches to the promotion of physical activity. In: Medicine and Science in Sport and Exercise. 26, 11, S. 1405-1412.

- KÖNIG, W. (1993): Sport und Gesundheit in Schule und Verein. Vortrag im Rahmen des Kongresses „Gesundheit – Sport – Zukunft. Manuskript. Kamen-Kaiserau.
- KOREA NATIONAL STATISTICAL OFFICE (Hrsg.) (2002): Social Indicators in Korea. Korea National Statistical Office. Daejeon.
- KOREAN EXERCISE INSTRUCTION ASSOCIATION (Hrsg.) (2001) : Handbuch für die Gesundheitsförderung. Seoul, S. 2-10.
- KRUZEWICZ, M. (1993): Lokale Kooperationen in NRW. Public - Private Partnership auf kommunaler Ebene. (Eine Veröffentlichung im Rahmen der ILS Schriften, Nr. 79). Duisburg.
- KULTURMINISTERIUM NORDRHEIN-WESTFALEN (1992) (Hrsg.): Materialien zum Sport in NRW. Gesundheitsorientierte Angebote in Sportvereinen. Bd. 34. Düsseldorf.
- LEE, B.I./KIM, J.P. (2003): Administration für Sportwissenschaft. Seoul, S. 529-560.
- LEGEWIE, H./BULLINGER, M./TROJAN, A. (1995): Gesundheit in Stadt und Umwelt. In: Public Health-Forum. 3, 10, S. 36-37.
- LOBING, H./PELIKAN, J. M. (1996): Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten im Rahmen des Setting-Ansatzes. In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 19, 2, S. 63-65.
- LOPEZ, H./FUCHS, R. (1990): Rauchen. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, S. 185-197.

- MAYNTZ, R. (1987): Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung. In: R. MAYNTZ (1997) Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen (S. 38-70). Frankfurt am Main.
- MAYNTZ, R. (1992): Modernisierung und die Logik von interorganisatorischen Netzwerken. In: Journal für Sozialforschung. 32, S. 19-33.
- MINISTRY OF HEALTH & WELFARE (Hrsg.) (2003): National Health Insurance Corporation 29.07 2003.
- MINISTERIUM FÜR KULTUR UND SPORT KOREA (Hrsg.) (1997): Jahrbuch des Sports in Süd-Korea.
- MINISTRY OF HEALTH & WELFARE (Hrsg.) (2000): KOREAN EXERCISE INSTRUCTION ASSOCIATION In: SUNG, D. J.: Handbuch für die Gesundheitsförderung. Seoul, S. 4.
- MINISTRY OF HEALTH & WELFARE (Hrsg.) (2000): Yearbook of Health and Welfare Statistic (46). S. 13.
- MORRIS, J. N. /EVERETT, M./POLLARD, R./CLAVE, S. (1980): Vigourous exercise in leisure time protection against coronary hesrt disease. In: The Lancet. 2, S. 1207.
- MORRIS, J. N. /HEADY, J. (1954): Mortality in relation to the physical activity of work. A preliminary note on experience in middle age. In: British Journal of Medicine. 10, S. 245.

- MORRIS, J. N.: Körperliche Aktivität gegen Herzinfarkt. In: Club of Cologne (Hrsg.) (1996): Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität. Wissenschaftlicher Kongress Köln, 07.-10.04. 1994. Köln, S. 104-115.
- MRAZEK, J. (1986): Psyche, Gesundheit und Sport. Zur subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitsversprechens durch den Sport. In: FRANKE, E. (Hrsg.): Sport und Gesundheit. Reinbek, S. 86- 97.
- MÜLLER, M. (1999): Erfolgsfaktoren und Management strategischer Allianzen und Netzwerke. Gestaltungshinweise für erfolgreiche Kooperationen - mit Fallbeispielen internationaler Transportdienstleistungsnetzwerke. Dissertation. Rostock.
- NOACK, R.H. (1990): Gesundheitsinformationen für gesunde Städte: Voraussetzungen lokaler Gesundheitsberichterstattung. In: Thiele, W. / Trojan, A. (Hrsg.): Lokale Gesundheitsberichterstattung. St. Augustin, S. 27-36.
- NOACK, R.-H. (1996): Salutogenese und Systemintervention als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung und Public Health. In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 19, 2, S. 37-39.
- NOACK, R.-H./ROSENBROCK, K. (1994): Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health. In: SCHAEFFER, D./MORES, M./ROSENBROCK, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin, S. 130-158.
- NORDEN, G/SCHULZ, W (1988): Sport in der modernen Gesellschaft. Band 19 der Schriftreihe: MÖRTH, I./WAGNER, F.: „Sozialwissenschaftliche Materialien“. Linz.

- OLLENSCHLÄGER, G. (1991): Die Förderung des Nichtrauchens aus der Perspektive des Arztes. In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 14, S. 101-103.
- OPASCHOWSKI, H. W. (1987): Sport in der Freizeit. Mehr Lust als Leistung. Auf dem Weg zu einem neuen Sportverständnis. In: BAT Freizeit-Forschungsinstitut (Hrsg.): Schriftenreihe zur Freizeitforschung. Band 8. Hamburg.
- PAFFENBARGER, R. (1996): Beeinflussung der Lebenserwartung durch Änderung der körperliche Aktivität und anderer Lebensstilfaktoren. In: Club of Cologne (Hrsg.): Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität. Wissenschaftlicher Kongress Köln, 07.-10.04.1994. Köln, S. 136-162.
- PAFFENBARGER, R. /LOUGHLIN, M. /GIMA, A. (1970): Work activity of longshore men as related to death from coronary heart disease and stroke. In: New England Journal of Medicine. 282, S. 1109.
- PAFFENBARGER, R. /WING, A. /HYDE, R. (1978): Physical activities as an index of heart attack risk in college alumni. In: American Journal of Epidemiology. 108, S. 161.
- PAFFENBARGER, R. et al. (1993): The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. In: New England Journal of Medicine, Feb 25. S. 538-545.
- PARK, H. J. / KIM, G. H. / KIM, G. G. (1997): Public-Health-Erziehung. Seoul.
- PELIKAN, J. M./DEMMER, H./HURRELMANN, K. (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München.

- PFEIFER, K./BREHM, W./RÜTTEN, A./UNGERER-RÖHNIG, U./WAGNER, M. (2004): Ausbildung für das sportwissenschaftliche Handlungsfeld Gesundheit – Perspektiven für zukünftige Entwicklung. In: BREHM, W./WOLL, A./PFEIFER, K. (Hrsg.): Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft Bd. 139.
- PILZ, G. A. (1991): Sport und Gesundheit. Anmerkungen aus soziologischer Sicht. In: KÜPPER, D./KOTTMANN, L. (Hrsg.): Sport und Gesundheit. Schorndorf, S. 109-126.
- RITTNER, V. (1985): Sport und Gesundheit. Zur Ausdifferenzierung des Gesundheitsmotivs im Sport. In: Sportwissenschaft. 15, 2, S. 136-154.
- RITTNER, V. (1987): Soziale und psychische Aspekte von Gesundheitssicherung und Gesundheitserziehung. In: Brennpunkte der Sportwissenschaft. 1, 1, S. 37-56.
- RITTNER, V. (1991): Der Stellenwert des Sports in der modernen Gesellschaft - Zur Diskussion der frage der Aufnahme des Sports in die Landesverfassung Nordrhein - Westfalen. Köln.
- RITTNER, V./BREUER, C. (1999): Bewegung. In: HOMFELDT, F.-G (Hrsg.): GesundBuch. Neuwied.
- RITTNER, V. (2000). Projektinitiativen für richtungweisende Modelle im Gesundheitssport für junge Menschen. In: H.J. Schulke, J.v.Troschke, A. Hoffmann, (Hrsg.). Gesundheitssport und Public Health (Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg. 7, S. 110-118).

- RITTNER, V. u.a. (1989): Sportinfrastruktur im Kreis Neuss. Bd. 1 und 2. Deutsche Sporthochschule Köln.
- RITTNER, V./BREUER, C. (2000): Kommunale Sportpolitik. Wege aus dem Dornröschenschlaf. Köln.
- RITTNER, V./BREUER, C. (2000): Soziale Bedeutung und Gemeinwohlorientierung des Sports. Köln.
- RITTNER, V./BREUER, C./SCHÜLERT, T. (1999): „Da bewegt sich was! Dokumentation eines Projektes zur Bewegungsförderung in den kommunalen Kindergärten der Stadt Kamp-Lintfort. Projektbericht. Köln
- RITTNER, V./MRAZEK, J. (1986a): Sport, Fitness und Aussehen. Bericht zum Forschungsprojekt. DSHS Köln.
- RITTNER, V./MRAZEK, J./MEYER, M./HAHNEMANN, G. (1994): Gesundheit im Kreis Neuss. Präventive Potentiale in der Bevölkerung und Möglichkeiten ihrer Nutzung im öffentlichen Gesundheitsdienst. Köln.
- ROST, R. (1990): Herz und Sport. Stuttgart.
- ROST, R. (1991): Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten. 2. Auflage. Köln.
- ROST, R. (2005): Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten. Überarbeitet von BJARNASON-WEHRENS/GRAF, C./LAGERSTRÖM, D./MÜLLER, E.P./PREDEL, H.-G./VÖLKER, K. 3. Auflage. Köln.

- RÖTHIG, P. (1983): Sportwissenschaftliches Lexikon. Schorndorf.
- RÜTTEN, A. (1997): Investition in Gesundheit? Zur Sportwissenschaftspolitischen Strategieentwicklung. Vortrag im Rahmen des 13. sportwissenschaftlichen Hochschultags der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft vom 22.-24.9.1997 in Bayreuth. Mitschrift. Bayreuth.
- RÜTTEN, A./ABU-OMAR, K. (2004): Bevölkerungsbezogene Interventionen. In: BREHM, W./WOLL, A./PFEIFER, K. (Hrsg.): Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft Bd. 139.
- SCHÄFER, H./BLOHMKE, M. (1978): Sozialmedizin. Stuttgart.
- SCHEER, G. (2001): Netzwerke und systemische Regionalentwicklung. In: C. HARTMANN & W. SCHRITTWIESER (Hrsg.). Kooperation und Netzwerke. Grundlagen und konkrete Beispiele. Graz, S. 103-119.
- SCHLICHT, W (2003): Gesundheitsbezogene Effekte des Breitensports. In: Public Health Forum. Nr. 41, S. 17
- SCHNABEL, P.-E. (1996): Die Gesundheitswissenschaften (Public Health) brauchen ein innovatives Management, um ihre Innovationspotentiale und ihren Bestand zu sichern. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 4, 2, S. 120-131.
- SCHRÄDER, W.F./ DIEKMANN, F. / NEUHAUS, R. / RAMPELT, J. (1986): Kommunale Gesundheitsplanung. Stuttgart.

SCHRÖDER, J./RÜTTEN, A. (2004): Evaluation kommunaler Sportentwicklung und Gesundheitsförderung – Zum Problem der Messung bevölkerungsbezogener Interventionseffekte am Beispiel eines Modellprojekts zur kommunalen Sportentwicklungsplanung. In: Woll, A./Brehm, W./Pfeifer, K. (Hrsg.): Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft. Band 139.

SIEVERS, B. (1993): Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung. In: PELIKAN, J. M./DEMMEER, H./HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München, S. 34-42.

SON, S. G. / SIM, M. E / KIM, Y. B. (1996): Sport, Bewegung. 79-82.

SONG, H. S. (1995): Zur Sportentwicklung in Süd-Korea : anthropologische Überlegung unter besondere Berücksichtigung von Schul-, Leistungs-, und Freizeitsport. Dt. Sporthochschule. Diss. Köln, S. 126.

SONG, H. S. (2003):. Ist Sport Gesundheitsschädlich? – Gesundheitssport - In: KOREA SPORTS COUNCIL. 42. The Korean Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance Congress. Seoul, S. 96.

SUNG, D. J.(2001): Handbuch für die Gesundheitsförderung. Seoul, S. 2

THE KOREAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (Hrsg.) (1998) : Gesundheit und Gesundheitsförderung. Seoul, S.34-52.

THE NATIONAL COUNCL OF SPORT FOR ALL (Hrsg.) (2002): Jahrbuch des Sports. Seoul.

ULMER, H.-V. (1991) : Sport und Präventivmedizin. Mens sana in corpore sano? In: KÜPPER, D./KOTTMANN, L. (Hrsg.): Sport und Gesundheit. Schondorf, S. 77-90.

VOELZKOW, H. (1995): Die Regionalisierung der Strukturpolitik und neue Formen einer intermediären Interessenvermittlung. In: H. KILPER (Hrsg.). Steuerungseffekte und Legitimation Regionaler Netzwerke (7-39). (Eine Veröffentlichung im Rahmen des WZN-Verbundprojekts „Neue Strategien für alte Industrieregionen“). Gelsenkirchen.

WOLL, A./BÖS, K. (1994): Gesundheit zum Mitmachen: Projektbericht „Gesundheitsförderung in der Gemeinde Bad Schonborn“. Schorndorf.

WOLL, A./ILLMER, D. (2004): Kommunales Sportmanagement als Beitrag zur nachhaltigen Gesundheitsförderung. In: Woll, A./Brehm, W./Pfeifer, K. (Hrsg.): Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft. Band 139.

WOOP, C. (1995): Entwicklungen und Perspektiven des Freizeitsports. Aachen.

WYDRA, G./LEYKAMM, B./GIMBER, M (1994): Evaluationsforschung in der Gesundheitsförderung. In: BÖS, K./WOLL, A./BÖSING, L./HUBER, G. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Bericht vom Symposium am 7. und 8. Mai 1993 in Bad Schönborn. Schorndorf, S. 57-61.

Koreanische Literaturverzeichnis ()

- (2002): . .
- / / (1999): : 21C .
- (1995): . : .
- (1997): . : .
- (1998): . , 34-52.
- / / (1997): . .
- (2000): (46). 13. .
- / / (1996): 21 , , . , 79-82.
- / (2003): . , 529-560.
- (2003): . : , 64.
- (1996): . . .
- (2002): . .
- (2001): . , 2-10.

Anhang

Tabelle A1: Zusammensetzung der Gruppen für gruppenspezifischen Vergleich

| | |
|-----------------------|---------|
| Geschlecht | |
| Männlich | n = 636 |
| Weiblich | n = 647 |
| Alter | |
| 18-25 Jahre | n = 404 |
| 26-35 Jahre | n = 230 |
| 36-50 Jahre | n = 325 |
| 51-65 Jahre | n = 292 |
| Über 65 Jahre | n = 31 |
| Familienstand | |
| Ledig | n = 519 |
| Verheiratet | n = 694 |
| Geschieden | n = 12 |
| getrenntlebend | n = 46 |
| Verwitwet | n = 4 |
| Schulabschluss | |
| Grundschule | n = 52 |
| Middleschool | n = 105 |
| Highschool | n = 486 |
| Universität | n = 620 |
| Einkommen | |
| 0 € | n = 62 |
| bis 1000 € | n = 70 |
| 1000 – 2000 € | n = 315 |
| 2000 – 3000 € | n = 377 |
| 3000 – 4000 € | n = 234 |
| Über 4000 € | n = 186 |
| Sportaktivität | |
| sportlich aktiv | n = 569 |
| sportlich nicht aktiv | n = 715 |

Tabelle A2: Gründe für Sportabstizienz nach Geschlecht

| Gründe für Sportabstizienz | Geschlecht | | | | |
|---|------------|--------|--------|------------------|-------|
| | gl. % | m % | w % | Chi ² | Sign. |
| Meine Arbeit erfordert zuviel Zeit | 81.5 | 81.8 | 81.2 | .046 | .846 |
| Ich habe wechselnde/ungünstige Arbeitszeiten | 58.6 | 63.9 | 54.0 | 7.075 | .009 |
| Sport interessiert mich nicht | 53.0 | 47.2 | 57.8 | 7.862 | .006 |
| Meine Sportleistungen haben nachgelassen | 47.0 | 40.8 | 52.3 | 9.275 | .002 |
| Ich finde in meiner Nähe keine geeignete Sportstätte | 51.4 | 50.6 | 51.9 | .106 | .762 |
| Ich finde in meiner Nähe keine geeignetes Sportangebot | 44.8 | 44.6 | 44.8 | .003 | 1.000 |
| Ich bin zu alt | 33.6 | 32.1 | 34.9 | .623 | .471 |
| Ich habe zu wenig Informationen über die Sportmöglichkeiten | 38.3 | 35.6 | 40.7 | 1.944 | .185 |
| Die Sportmöglichkeit ist schlecht zu erreichen | 36.6 | 35.0 | 38.1 | .710 | .430 |
| Meine Gesundheitszustand erlaubt es nicht | 33.6 | 30.2 | 36.7 | 3.347 | .078 |
| Finanzielle Belastung ist für mich zu hoch | 34.5 | 31.5 | 36.9 | 2.243 | .151 |
| Sport ist mir zu leistungsorientiert | 20.3 | 19.5 | 21.0 | .243 | .638 |

Tabelle A2-1: Gründe für Sportabstizienz nach Alter

| Grund für Sportabstizienz | Alter | | | | | Chi ² | Sign. |
|---|-------|------|------|------|------|------------------|-------|
| | I | II | III | IV | V | | |
| Meine Arbeit erfordert zuviel Zeit | 87.1 | 91.0 | 80.0 | 67.9 | 58.8 | 35.888 | .000 |
| Ich habe wechselnde/ungünstige Arbeitszeiten | 58.3 | 68.0 | 62.4 | 47.9 | 47.1 | 13.067 | .011 |
| Sport interessiert mich nicht | 47.1 | 57.4 | 45.6 | 66.9 | 70.6 | 21.207 | .000 |
| Meine Sportleistungen haben nachgelassen | 40.8 | 43.4 | 39.1 | 67.6 | 76.5 | 38.525 | .000 |
| Ich finde in meiner Nähe keine geeignete Sportstätte | 52.2 | 48.8 | 45.3 | 60.7 | 41.2 | 8.505 | .075 |
| Ich finde in meiner Nähe keine geeignetes Sportangebot | 36.5 | 44.3 | 46.7 | 57.9 | 47.1 | 17.113 | .002 |
| Ich bin zu alt | 9.0 | 26.2 | 39.1 | 72.1 | 82.4 | 185.692 | .000 |
| Ich habe zu wenig Informationen über die Sportmöglichkeiten | 32.5 | 36.9 | 36.9 | 50.0 | 52.9 | 13.460 | .009 |
| Die Sportmöglichkeit ist schlecht zu erreichen | 29.8 | 40.0 | 35.5 | 47.5 | 41.2 | 12.976 | .011 |
| Meine Gesundheitszustand erlaubt es nicht | 22.0 | 25.4 | 32.9 | 59.0 | 68.8 | 68.200 | .000 |
| Finanzielle Belastung ist für mich zu hoch | 23.1 | 37.7 | 38.7 | 45.7 | 47.1 | 25.417 | .000 |
| Sport ist mir zu leistungsorientiert | 11.8 | 16.5 | 21.4 | 35.3 | 41.2 | 36.483 | .000 |

Altersgruppen: I = 18-25 Jahre, II = 26-35 Jahre, III = 36-50 Jahre, IV = 51-65 Jahre, V = über 65 Jahre

Tabelle A3: Sportartpräferenzen (global und nach Geschlecht und Alter)

| Sportarten | gl. | Geschlecht | | Alter | | | | |
|-------------------------|------|------------|------|-------|------|------|------|------|
| | | m | w | I | II | III | IV | V |
| Jogging | 15.1 | 13,4 | 17,0 | 17,0 | 19,6 | 15,0 | 11,0 | 7,1 |
| Gymnastik | 3.9 | 3,6 | 4,2 | 2,7 | 0,9 | 5,2 | 6,2 | 0,0 |
| Stretching | 1.8 | 1,0 | 2,7 | 4,1 | 0,9 | 1,3 | 0,7 | 0,0 |
| Rumpfbeben | 0.7 | 0,7 | 0,8 | 2,0 | 0,0 | 0 | 0,7 | 0,0 |
| Liegestütz | 1.6 | 2,6 | 0,4 | 2,7 | 3,7 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Fitness | 7.6 | 7,5 | 7,6 | 6,8 | 12,1 | 8,5 | 4,1 | 7,1 |
| Hantel | 0.5 | 0,7 | 0,4 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 1,4 | 0,0 |
| Seilspringen | 1.8 | 1,0 | 2,7 | 3,4 | 0,9 | 1,3 | 1,4 | 0,0 |
| Fußball | 7.6 | 13,8 | 0,4 | 17,0 | 8,4 | 4,6 | 1,4 | 0,0 |
| Basketball | 3.0 | 5,6 | 0,0 | 8,8 | 2,8 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Spazieren/Wandern | 27.8 | 24,6 | 31,4 | 11,6 | 12,1 | 30,1 | 49,3 | 64,3 |
| Fahrradfahren | 0.7 | 1,0 | 0,4 | 0,0 | 1,9 | 0,7 | 0,7 | 0,0 |
| Badminton | 2.8 | 3,6 | 1,9 | 4,8 | 3,7 | 2,0 | 0,7 | 7,1 |
| Squash | 0.4 | 0,3 | 0,4 | 0,7 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Schwimmen | 9.0 | 4,6 | 14,0 | 4,8 | 12,1 | 10,5 | 9,6 | 7,1 |
| Inline | 0.4 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Golf | 3.9 | 4,9 | 2,7 | 0,0 | 3,7 | 4,6 | 6,2 | 7,1 |
| Bowling | 0.7 | 1,0 | 0,4 | 0,7 | 1,9 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Teakwondo | 0.7 | 1,3 | 0,0 | 1,4 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hab-Gi-Do | 0.2 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Judo | 0.2 | 0,3 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Boxing | 0.5 | 1,0 | 0,0 | 1,4 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Airobic | 1.9 | 0,0 | 4,2 | 1,4 | 0,9 | 4,6 | 0,7 | 0,0 |
| Tanzen | 1.4 | 0,3 | 2,7 | 2,7 | 1,9 | 1,3 | 0,0 | 0,0 |
| Reiten | 0.4 | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,9 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Gateball | 0.2 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,0 |
| Special Kampftechnik | 0.2 | 0,3 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Gendo | 0.5 | 0,3 | 0,8 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tischtennis | 0.4 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,7 | 0,0 |
| Hulahup | 0.4 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,4 | 0,0 |
| Yoga | 0.9 | 0,7 | 1,1 | ,7 | 1,9 | 0,7 | 0,7 | 0,0 |
| Maraton | 0.2 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Tennis | 3.0 | 3,6 | 2,3 | 1,4 | 3,7 | 4,6 | 2,7 | 0,0 |

Tabelle A4: Wunschsportarten (Nicht-Aktive)

| Sportart | gl. | Geschlecht | | Alter | | | | |
|-------------------------|------|------------|------|-------|------|------|------|------|
| | | m | w | I | II | III | IV | V |
| Aerobic | 6,1 | 2,3 | 9,8 | 4,0 | 7,1 | 7,1 | 7,3 | 3,4 |
| Badminton | 10,3 | 8,7 | 11,9 | 10,3 | 8,9 | 10,1 | 12,0 | 6,9 |
| Spazieren/Wandern | 10,3 | 12,1 | 8,5 | 3,3 | 5,8 | 13,0 | 21,2 | 10,3 |
| Fussball | 4,5 | 8,4 | 0,5 | 6,3 | 4,0 | 4,2 | 2,9 | 0,0 |
| Golf | 5,1 | 7,1 | 3,1 | 2,0 | 6,7 | 6,8 | 6,9 | 0,0 |
| Judo | 1,1 | 1,6 | 0,7 | 0,8 | 1,3 | 1,0 | 1,8 | 0,0 |
| Schwimmen | 15,7 | 14,2 | 17,3 | 17,9 | 17,4 | 16,6 | 11,7 | 3,4 |
| Rückengymnastik | 8,2 | 5,3 | 11,1 | 3,3 | 3,6 | 9,1 | 14,6 | 41,4 |
| Tischtennis | 2,4 | 3,5 | 1,3 | 1,3 | 3,6 | 2,6 | 3,3 | 0,0 |
| Teakwondo | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 0,5 | 0,9 | 0,0 | 0,4 | 0,0 |
| Volleyball | 0,6 | 0,3 | 0,8 | 0,5 | 0,4 | 1,3 | 0,0 | 0,0 |
| Tanzen | 3,6 | 1,3 | 6,0 | 6,5 | 3,1 | 2,3 | 1,1 | 6,9 |
| Basketball | 2,3 | 3,7 | 0,8 | 3,8 | 3,1 | 1,3 | 0,7 | 0,0 |
| Fitness | 7,5 | 8,2 | 6,7 | 9,1 | 7,6 | 8,1 | 4,4 | 6,9 |
| Sportangebot für Kinder | 0,6 | 1,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 1,6 | 0,7 | 0,0 |
| Squash | 9,8 | 9,5 | 10,1 | 17,9 | 14,7 | 3,6 | 2,2 | 0,0 |
| Tennis | 3,3 | 3,2 | 3,4 | 3,0 | 3,1 | 4,5 | 2,6 | 3,4 |
| Yoga | 3,2 | 1,8 | 4,7 | 2,8 | 3,1 | 2,3 | 3,3 | 17,2 |
| Bowling | 2,2 | 3,4 | 1,0 | 1,8 | 3,1 | 2,9 | 1,5 | 0,0 |
| Boxing | 0,2 | 0,5 | 0,0 | 0,5 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Gendo | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Skate | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Inline | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |
| Bauch Atmung | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,0 |
| Tea-kyun | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hab-Gi-Do | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Gymnastik | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |

Tabelle A5: Motive der Sporttreibenden (Mittelwerte nach Bildung)

| Sport treiben, | Bildungsgruppe | | | | F-Wert | Sign. |
|------------------------------------|----------------|------|------|------|--------|-------|
| | I | II | III | IV | | |
| um etwas für die Gesundheit zu tun | 1.11 | 1.33 | 1.16 | 1.20 | 1.821 | .142 |
| um mich fit zu halten | 1.29 | 1.28 | 1.25 | 1.16 | 1.991 | .114 |
| weil Sport Spaß macht | 2.00 | 1.87 | 1.65 | 1.55 | 3.985 | .008 |
| um Stress abzubauen | 1.70 | 1.84 | 1.60 | 1.61 | 1.199 | .309 |
| um etwas für die Figur zu tun | 2.47 | 2.15 | 1.88 | 1.71 | 7.826 | .000 |
| um Entspannung zu finden | 1.82 | 2.05 | 1.89 | 1.79 | 1.504 | .212 |
| um mehr Natur zu erleben | 1.94 | 2.12 | 1.97 | 2.02 | .448 | .719 |
| um nette Leute zu treffen | 2.17 | 2.43 | 2.22 | 2.16 | 1.387 | .246 |
| um sportliche Erfolg zu erzielen | 2.41 | 2.41 | 2.25 | 2.27 | .545 | .652 |
| auf ärztlichen Rat | 1.64 | 2.00 | 2.53 | 2.55 | 13.218 | .000 |

Bildungsgruppen: I = Grundschule, II = Mittelschule, III = Gymnasium, IV = Universität

Tabelle A6: Motiv der Sporttreibenden Nicht-Berufstätigen (Mittelwert)

| Sport treiben, | Nicht-Berufstätigen | | | F-Wert | Sign. |
|---|---------------------|------|------|--------|-------|
| | I | II | III | | |
| um etwas für Gesundheit zu tun | 1.25 | 1.15 | 1.28 | .948 | .494 |
| um mich fit zu halten | 1.23 | 1.21 | 1.85 | 1.666 | .078 |
| weil Sport Spaß macht | 1.41 | 1.90 | 1.85 | 3.522 | .000 |
| um Stress abzubauen | 1.53 | 1.68 | 2.00 | 1.162 | .311 |
| um etwas für die Figur zu tun | 1.64 | 1.85 | 2.57 | 2.228 | .012 |
| um Entspannung zu finden (Ausgleich) | 1.88 | 1.90 | 2.16 | .832 | .608 |
| um mehr Natur zu erleben | 2.32 | 1.90 | 2.14 | 3.428 | .000 |
| um nette Leute zu treffen | 2.13 | 2.26 | 2.28 | .732 | .708 |
| um sportliche Erfolg zu erzielen | 2.11 | 2.49 | 2.57 | 2.242 | .011 |
| auf ärztlichen Rat | 2.78 | 2.19 | 2.14 | 4.911 | .000 |

Personengruppe: I = Student, II = Hausfrau, III = Arbeitsloser

Schriftliche Bevölkerungsbefragung

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren

Thema dieser Befragung ist die Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik in Korea. Der vorliegende Fragebogen gliedert sich in drei Teile, die sich auf Fragen zum allgemeinen Gesundheitsverhalten und -zustand, der körperlicher Aktivität und des Gesundheitssports und der -politik beziehen.

Dabei sollen die bestehende Situation analysiert und Grundlagen für Planung der Sportentwicklung in Korea erarbeitet werden.

Damit die Ziele der Untersuchung erreicht werden, benötige ich aktuelle Informationen. Daher möchte ich Sie sehr bitten, dass Sie die Fragebogen vollständig ausfüllen und mir zurückgeben.

Die Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Damit ist gewährleistet, dass Ihre Daten nicht von Dritten eingesehen werden können.

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Anschrift für evtl. Rückfrage :

Prof. Dr. V. Rittner
Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Sportsoziologie
Carl-Diem-Weg 6. 50933 Köln

Ho, Yoo
Kloster Str. 92
50931 Köln
Tel: +49 221-4065787 (Germany)

Yulhyun-Dong 324-3 Gangnam-Gu
Seoul Korea
Tel: +82 2-451-0062 (Süd-Korea)

| |
|--|
| Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand |
|--|

1. Wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand beschreiben?

- sehr gut gut teils teils
 schlecht sehr schlecht

2. Hat sich Ihr Gesundheitszustand in den letzten Jahren verändert?

- deutlich verschlechtert etwas verschlechtert etwas verbessert
 deutlich verbessert

3. Wie stark sind Sie grundsätzlich an Informationen zum Thema Gesundheit interessiert?

- sehr stark stark etwas wenig gar nicht

4. Welche der folgenden Beschwerden haben Sie?

| | trifft völlig zu | trifft zu | teils- teils | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|---|------------------------|--------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| Ich schlafe unruhig und werde häufig wach | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich ermüde leicht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich habe häufig Kopfschmerzen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich fühle mich oft am ganzen Körper schwach | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich spüre häufig ein Unbehagen in der Magengegend | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Welche der folgenden Erkrankungen hatten oder haben Sie?

| | früher | | gegenwärtig | |
|-------------------|--------|------|-------------|------|
| Bronchitis | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Allergien | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Herzkrankheit | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Rückenschmerzen | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Arthritis | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Leberkrankheit | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Hypertonie | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Diabetes mellitus | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Magengeschwür | Ja | Nein | Ja | Nein |

6. Ordnen Sie, Ihrer Meinung nach, die häufigsten Krankheiten in Süd-Korea?

| | | | |
|----------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|
| 1. Hypertonie | 2. Leberkrankheit | 3. Rückenschmerzen | 4. Gelenkerkrankungen |
| 5. Diabetes mellitus | 6. Krebs | 7. Magengeschwür | 8. Übergewicht |
| 9. Herzkrankheit | 10. Schlaganfall | 11. Sonstiges: _____ | |

7. Und kann der Sport einen Beitrag zur Vermeidung der Krankheiten leisten?

| | Sport als Schutzfaktor | | | | |
|--------------------|------------------------|------|---------------|----|------|
| Hypertonie | Ja | Nein | Krebs | Ja | Nein |
| Leberkrankheit | Ja | Nein | Magengeschwür | Ja | Nein |
| Rückenschmerzen | Ja | Nein | Übergewicht | Ja | Nein |
| Gelenkerkrankungen | Ja | Nein | Herzkrankheit | Ja | Nein |
| Diabetes mellitus | Ja | Nein | Schlaganfall | Ja | Nein |

8. Wie stark kann man Ihrer Meinung nach seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen?

- sehr stark stark etwas wenig gar nicht

9. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

- sehr stark stark etwas wenig gar nicht

10. Glauben Sie, dass Sie genug für Ihre Gesundheit tun?

- sehr viel viel weder noch
 wenig sehr wenig

11. Was tun Sie gegenwärtig für Ihre Gesundheit?

| | trifft völlig zu | trifft zu | teils- teils | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|---|---------------------|--------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| Ich achte auf körperliche Aktivität | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich achte auf eine gesunde Ernährung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich achte auf mein Körpergewicht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich trinke bewusst kein/wenig Alkohol | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich rauche bewusst nicht/wenig Zigaretten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich gehe regelmäßig zum Arzt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich lasse regelmäßig meinen Blutdruck kontrollieren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Rauchen Sie zur Zeit? ja nein
 (Falls ja) Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____

13. Haben Sie früher geraucht? ja nein
 (Falls ja) Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____

14. Was können Sie Ihrer Meinung nach für Ihre Gesundheit verbessern?

| | trifft völlig zu | trifft zu | teils- teils | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|--|---------------------|-----------|-----------------|--------------------|------------------------|
| mehr Sport treiben/mehr Bewegung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| gesünder ernähren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| auf mein Gewicht achten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| keinen / wenig Alkohol trinken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| aufhören zu rauchen / wenig rauchen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| regelmäßig zum Arzt gehen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| regelmäßig zur Blutdruckkontrolle gehen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Stress abbauen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| positiv denken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| |
|--|
| Sportbedürfnisse und Bewegungsbedürfnisse |
|--|

1. Treiben Sie gegenwärtig Sport?

ja nein

(Falls nein, weiter mit Frage 16)

2. Welche Sportarten üben Sie aus?

| | |
|---------------|---------------|
| 1. Sportart : | 2. Sportart : |
|---------------|---------------|

3. In welcher Sportstätte / Anlage üben Sie diesen Sport in der Regel aus?

| | |
|---------------|---------------|
| 1. Sportart : | 2. Sportart : |
|---------------|---------------|

4. Wie benoten Sie den Zustand dieser Sportstätte / Anlage, in der Sie häufig Sport treiben?

| | sehr gut | gut | mittelmäßig | schlecht | sehr schlecht |
|-------------|----------|-----|-------------|----------|---------------|
| 1. Sportart | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Sportart | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Wie stark strengen Sie sich beim Sporttreiben im Allgemeinen an?

sehr stark stark etwas

wenig gar nicht

6. Wie häufig treiben Sie Sport?

Mehr als 3 Tage pro Woche 1-2Tage/Woche 1-3 Tage/Monat

1-2 alle 3 Monate 1-3 mal im Jahr

7. Mit wem treiben Sie diesen Sport zusammen?

mit Freunden mit Familie Ehepartner mit Arbeitskollege

Mit Club Mitglieder Allein Sonstiges: _____

8. Aus welchen Gründen treiben Sie Sport?

| | Trifft völlig zu | trifft zu | teils- teils | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|--------------------------------------|---------------------|-----------|-----------------|--------------------|------------------------|
| weil Sport Spaß macht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| um nette Leute zu treffen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| um sich fit zu halten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| um sportliche Erfolge zu erzielen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| um etwas für die Figur zu tun | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| um etwas für die Gesundheit zu tun | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| auf ärztlichen Rat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| um Stress abzubauen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| um Entspannung / Ausgleich zu finden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| um mehr Natur zu erleben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Wenn Sie im Sportverein oder im Sportzentrum Sport treiben, wie wichtig sind für Sie die folgende Aspekte und wie zufrieden sind Sie damit?

| | Wie wichtig ist für Sie die/das ? | | | | | Wie zufrieden sind Sie mit der/dem/den ? | | | | |
|---------------------------|---|---------|-----------------|---------------|-------------------|--|----------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
| | sehr wichtig | wichtig | teils- teils | nicht wichtig | gar nicht wichtig | sehr zu- frieden | zu- frieden | teils- teils | nicht zu- frieden | sehr unzu- frieden |
| Betreuung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einrichtung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Werbung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Beiträge | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sportangebot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| angebotene Nutzungszeiten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Erreichbarkeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Von wem sind Sie wie stark zu Sport und körperliche Aktivität angeregt worden?

| | Sehr stark | stark | etwas | wenig stark | gar nicht stark |
|------------------------------------|------------|-------|-------|-------------|-----------------|
| Durch Ihren Partner | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durch Ihre Familie / Verwandten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durch Freunde/Bekannte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durch Zeitschriften/Zeitungen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durch Fernsehen/Radio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Am Arbeitsplatz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durch die Schule / Sportlehrer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durch Ihre Gemeinde/Kommune | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| von mir selbst | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durch einen Arzt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Nur für Personen, die nicht Sport treibende

11. Aus welchen folgenden Gründen treiben Sie keinen Sport?

| | trifft völlig zu | trifft zu | teils- teils | trifft nicht zu | Trifft gar nicht zu |
|--|---------------------|--------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| Meine Sportleistungen haben nachgelassen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sport interessiert mich nicht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich bin zu alt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich finde in meiner Nähe keine geeignetes Sportangebot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich finde in meiner Nähe keine geeignete Sportstätte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sport ist mir zu leistungsorientiert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Meine Arbeit erfordert zuviel Zeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich habe wechselnde/ungünstige Arbeitszeiten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mein Gesundheitszustand erlaubt es nicht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Finanzielle Belastung ist für mich zu hoch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich habe zu wenige Informationen über die Sportmöglichkeiten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Die Sportmöglichkeit ist schlecht zu erreichen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(allgemein)

12. Welche neuen / weiteren Sportangebote wünschen Sie sich in Ihrer Umgebung?

1) _____

2) _____

13. Wie viel WON wären Sie bereit für ein solches Angebot pro Monat jeweils auszugeben?

1) _____

2) _____

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. bis 30000 WON | 2. über 30000 bis 40000 WON | 3. über 40000 bis 50000 WON |
| 4. über 50000 WON bis 60000 WON | 5. über 60000 WON | |

14. Welche neue / weitere Sportanlage wünschen Sie sich in Ihre Umgebung?

1) _____

2) _____

15. Welche neue / weitere Sportangebote für bestimmte Zielgruppen wünschen Sie sich?

| | sehr stark | stark | etwas | wenig | gar nicht |
|----------------------------|------------|-------|-------|-------|-----------|
| Familien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eltern und Kleinkind | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Senioren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Erwachsene allgemein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jugendliche allgemein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kinder allgemein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frauen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Rehabilitation Programm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Prävention Programm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| |
|----------------------------------|
| Soziodemographische Daten |
|----------------------------------|

1. Geschlecht : männlich weiblich
2. Wie alt sind Sie?Jahre
3. Familienstand:
- ledig verheiratet geschieden getrennt lebend
- verwitwet
4. Schulabschluss:
- Grundschule Mittelschule Highschool
- Fachhochschule Universitätsabschluss
5. Wie viel verdienen Sie monatlich? (1 Euro = ca. 1200 Won)
- unter 1000 € 1000 – 2000 € 2000 – 3000 €
- über 3000 €
6. Wohnort:
7. Wohnungsart: 1) Einfamilienhaus () 2) Appartement ()
8. Beruf :
- Ausgebildete Verkaufsmann Bauer Lehrer Student
- Selbstständig Angestellter Beamter Arbeitsloser
- Hausfrau Sonstiges _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Lebenslauf

Name: Ho Yoo
Adresse: Wiener Weg 20
50858 Köln
Geburtsdatum: 23.08.1969
Geburtsort: Kiel

Schulausbildung

1975 Einschulung in die Deutsche Schule in Münster
1977 Rückflug nach Korea. Einschulung in die zweite Klasse der
Grundschule in Seoul
Februar 1988 Abitur am Gymnasium Dea Gwang in Seoul

Studium

März 1988 Beginn des Studiums an der Uni. Kyung-Hee in Seoul
(Sportwissenschaft)
Oktober 1989
- März 1991 Militärdienst am Luftwaffe
Februar 1995 Abschluss an der Uni. Kyung-Hee
SS 1998 Beginn des Hauptstudiums an der Deutschen Sporthochschule
Köln im Bereich Rehabilitation und Prävention
Juli 2001 Studienabschluss: Diplom-Sportwissenschaftler
SS 2002 Beginn des Promotionsstudiums an der Deutschen
Sporthochschule Köln