

Neue Public Health, Sport und Politik

Rütten, Alfred

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rütten, A. (1997). Neue Public Health, Sport und Politik. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften ; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Oktober 1996 in Dresden ; Band 2: Sektionen, Arbeitsgruppen, Foren, Fedor-Stepun-Tagung* (S. 578-582). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-138418>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

An dieser Stelle ist eine medizinsoziologische Expertise gefragt. Erstens müssen die letzten amerikanischen Untersuchungen unter anderen Bedingungen und bei rigider methodologischer Prüfung noch bestätigt werden. Zweitens ist die Institution des Sports gerade in ihren unterschiedlichen physischen Anforderungen so vielfältig, dass eine differentielle Analyse verschiedener Aktivitäten erforderlich ist. Risikosportarten und Hochleistungssport sind allein in ihrem volkswirtschaftlich-gesundheitlichen Wert und wahrscheinlich auch in ihrem gesundheitlichen Einfluss höchst dubios. Drittens ist nicht nur auf Differenzierung der Institution Sport und auf Stichprobenprobleme in der Auswahl von Probanden zu verweisen; Sportler haben angesichts eines psychologisch positiven Lebensgefühls die Tendenz, bei subjektiv bzw. im »recall« erhobenen Daten positiv verzerrte Angaben zu machen.

Die Fülle der hier und in den folgenden Referaten in unmittelbarem Zusammenhang aber auch für einen WHO-Ansatz wie *Gesunde Region* angesprochenen Probleme lässt deutlich werden, dass die Soziologie an dieser Stelle eine für Sport und Public Health wichtige Aufgabe hat, die nicht nur praktische Ergebnisse für die öffentliche Gesundheit sondern auch wichtige methodologische Einsichten verspricht.

Literatur

- Berkman, L.F.&L. Breslow 1983. Health and Ways of Living: The Alameda County Study. Fairlawn, NY.
- Blair, S.N. et al. 1989. Physical fitness and all-cause mortality. JAMA 262: 2395-2401.
- Hollmann, W. 1983. Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankheiten durch körperliches Training. Stuttgart: Hippokrates.
- Keul, J. und H. Reindell. 1983. Der sporttreibende Bürger. Erlangen: Perimed.
- Lüschen, G. et al. 1996. The sociocultural context of sport and health. Sociology of Sport Journal 13: 197-213.
- Paffenbarger R.S. et al. 1984. A natural history of athleticism and cardiovascular health. JAMA 252: 491-95.
- Spencer, H. 1861. Education. New York: Williams und Norgate.
- Znaniecki, F. 1930 und 1932. Socjologia wychowania. Warschau: PWN.

Günther Lüschen, University of Alabama at Birmingham, Department of Sociology, 237 Ullman Building, 1212 University Boulevard, Birmingham, Alabama 35294-3350, USA

2. Neue Public Health, Sport und Politik

Alfred Rütten

1. Neue Public Health

Man sollte sich keine Illusionen machen: die Form, wie die gesellschaftlichen Anstrengungen zur Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung organisiert sind, d.h. das soziale System der Gesundheit, wird bei uns nach wie vor vom medizinischen Public Health Modell dominiert. Aber: dieses System der öffentlichen Gesund-

heit, das die Krankheit in den Mittelpunkt stellt, Ursachen für gesundheitliche Störungen vorwiegend in der Mikrobiologie der Individuen sucht und sich in der Prävention auf einzelne Risikofaktoren konzentriert, ist in seiner Eigendynamik an Grenzen gestoßen. Von außen betrachtet erscheint es als ineffizient. Einer Maximierung von Kosten steht eine Minimierung von Wirkungen gegenüber; Symptome werden für teures Geld kuriert, die Ursachen aktueller Gesundheitsprobleme bleiben jedoch weitgehend unberührt. Folgerichtig haben sich dort Konfliktzonen ergeben, wo über die Allokation von Ressourcen für die öffentliche Gesundheit entschieden wird bzw. wo diese systematisch bewertet werden, d.h. an den Schnittstellen des öffentlichen Gesundheitssystems zur Politik und zur Wissenschaft. Die »Neue Public Health Bewegung« bekam von diesen Konfliktzonen her ihre wesentlichen Impulse. Seit Anfang der 1970er Jahre wurden alternative Denkmodelle zur Organisation der öffentlichen Gesundheit entwickelt und fanden auch Zugang zur gesundheitspolitischen Agenda. Der »Lalonde Report« in Kanada, die »Healthy People«-Bewegung in den USA, dann natürlich die Ottawa Charta, überhaupt das ausdrückliche Interesse an »gesunder Politik«, die Anstrengungen der WHO zur Entwicklung neuer Konzepte von Gesundheitsförderung, das »Gesunde Städte«-Projekt – alles dies waren Meilensteine auf dem Weg zu einem neuen Modell von Public Health. Im Unterschied zum medizinischen Modell von Public Health stellt der »Neue Public Health«-Ansatz die Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt. Er folgt einem gesellschaftlichen Modell von öffentlicher Gesundheit, das nicht einzelne Risikofaktoren betrachtet, sondern Muster des Gesundheitsverhaltens in der Bevölkerung zum jeweiligen Kontext – ökonomischer, ökologischer, sozialer, politischer und kultureller Art – in Beziehung setzt. (McQueen 1996).

Soziologisch interessant ist nun, daß einerseits das neue Modell von Public Health und das Kernkonzept der Gesundheitsförderung inzwischen im öffentlichen Gesundheitssystem eine gewisse Popularität erreicht haben und in verschiedenen Programmen als Grundidee berücksichtigt werden, andererseits jedoch eine dauerhafte strukturelle Verankerung des Konzepts der Gesundheitsförderung bis heute nicht erreicht wurde.

Ilona Kickbusch (1992) hat darauf hingewiesen, daß ein entscheidendes Hindernis für die Umsetzung von Gesundheitsförderung darin besteht, daß zwar ein sektorales Krankheitsystem, jedoch kein sektorübergreifendes Gesundheitsförderungssystem besteht. Unser System der öffentlichen Gesundheit ist als ein spezifischer krankheitsorientierter Sektor organisiert, an dessen Rändern sich Gesundheitsförderung nur soweit entwickeln kann, als sie instrumentell – z.B. zur organisatorischen Legitimation oder zur zusätzlichen Ressourcenallokation – nützlich erscheint. Vergleichbares gilt auch im Hinblick auf das Sportsystem, das in seiner immanenten Gesetzlichkeit nicht an Gesundheit orientiert ist, sondern einer Sieg-Niederlage-Codierung folgt (Bette 1992).

Im folgenden werden in kursorischer Form einige Implementationsprobleme verdeutlicht, die sich für den Gesundheitsförderungsansatz aufgrund der gegenwärtigen Strukturen im Sport, im öffentlichen Gesundheitssystem, in der Wissenschaft sowie in den entsprechenden Politikfeldern ergeben. Anschließend wird im Hinblick auf die unterschiedlichen Handlungssysteme stichwortartig eine transdisziplinäre, mehrdimensionale Implementationsstrategie skizziert.

2. Gesundheit in der Sportpolitik

Der organisierte Sport und die Sportwissenschaft haben die Bedeutung der öffentlichen Gesundheit als mögliche Ressource für die weitere Entwicklung ihrer Bereiche erkannt. Man ist bereit, politisch aktiv zu werden. Besonders wichtig erscheint in einer Zeit, wo auch für den Sport die Ressourcen knapper werden, die allgemeine Anerkennung der fachlichen Zuständigkeit für die Wachstumsbranche Gesundheitssport. Beispiele hierfür liefern die jüngste gesundheitspolitische Konzeption des DSB und die Aktivitäten der neuen Kommission Gesundheit in der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs). Man beruft sich dabei in beiden Fällen explizit auf das Kernkonzept der Gesundheitsförderung, das im Sport exemplarisch umgesetzt werde. Hier tut sich offensichtlich eine neue Konfliktzone für das medizinisch dominierte Public Health Establishment auf. Der organisierte Sport und die Sportwissenschaft treten als neue Lobby für die Gesundheitsförderung in die gesundheitspolitische Arena. Im Sinne des Aufbaus eines Policy-Issue-Networks »Gesundheitsförderung« könnten diese Initiativen auf fruchtbaren Boden fallen.

Sportliches Lobbying in der Gesundheitspolitik ist jedoch nur die eine Seite. Wie einflußreich sind demgegenüber die sportlichen Befürworter der Gesundheitsförderung im Sport selbst, d.h. bezogen auf die sportpolitischen Entscheidungsprozesse und Ressourcen? – Fallstudien zur Stuttgarter Sportpolitik (Rütten 1996) deuten in dieser Hinsicht eine getrübe Wahrnehmung des Themas »Gesundheit« an: In der politischen Kultur der Sportkameraden, die traditionell ein »eisernes Dreieck« aus Sportpolitik, Sportadministration und Sportorganisation bilden, steht der lokale Leistungssport im Verein an erster Stelle. Für die sogenannte »neue Sportmafia« aus Politik-, Wirtschafts- und Medienmanagern, die heute die Sportpolitik dominiert, geht es um die Sportshow, die werbewirksame Großveranstaltung. Freizeit- und Gesundheitssport haben in diesen Machtspielen kaum eine Lobby. Sie haben – wenn überhaupt – nur eine Alibifunktion.

Insgesamt betrachtet könnte man also von einer geschickten Arbeitsteilung sprechen: die sportlichen Befürworter der Gesundheitsförderung akquirieren die Ressourcen für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung durch Sport außerhalb des Sportsektors (z.B. bei den Krankenkassen), während der Sport selbst seine Ressourcen auf seine »eigentlichen Aufgaben« im Bereich von Sieg und Niederlage konzentriert.

3. Sport in der Gesundheitspolitik

Der Gesundheitssektor hat natürlich seinerseits die Bedeutung des Sports für die Gesundheit auch erkannt. Die Krankenkassen haben im Sportangebot über die Gesundheitsförderung hinaus vor allem die Marketingfunktion schätzen gelernt. Sie haben mit ihrer Nachfrage nach sportwissenschaftlichen Dienstleistungen und in steigendem Maße durch Prozesse der Selbstprofessionalisierung als Berufsfeld für sportwissenschaftliche Absolventen entscheidenden Anteil an der Konjunktur gesundheitssportlicher Fragestellungen und Studiengänge in der Sportwissenschaft.

Im Hinblick auf die Probleme des Sports im Gesundheitsbereich ist davon auszugehen, daß auch hier eine selektive Wahrnehmung – wenn auch mit umgekehrten Vorzeichen –

erfolgt. Während im Sport Gesundheit selektiv nach den Interessen des Sports perzipiert wird, instrumentalisiert man im Gesundheitsbereich den Sport für Gesundheitszwecke.

Über diese selektive Wahrnehmung hinaus, besteht ein ganz entscheidendes Problem für den Sport in der Gesundheitspolitik in der »strukturellen Blindheit« des öffentlichen Gesundheitssystems gegenüber Sport und Bewegung. So zeigte sich in einer konkreten Fallstudie zu einem Projekt »Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung im Stuttgarter Norden« (Rütten, Wieland 1994), daß die Kompetenzen des am Projekt beteiligten Gesundheitsamtes eindeutig in Bereich der medizinischen Aufklärung und Vorsorgeberatung liegen. Die Perzeption des Bereichs Sport und Bewegung – und davon ausgehend die Berücksichtigung dieses Bereichs in konkreten Maßnahmen des Projekts – erscheint dagegen rudimentär und selektiv (z.B. im Sinne eines sehr engen Sportbegriffs und eines instrumentellen Verständnisses von Bewegung). Die Gründe für die partielle Blindheit gegenüber Sport und Bewegung sind weniger individuelle Defizite der Akteure. Vielmehr ergibt sich aus der herkömmlichen Funktion des Gesundheitsamtes eine organisatorische Struktur und Differenzierung, die auf Krankheitsvermeidung im medizinischen Sinne ausgerichtet ist. Auch neue Funktionen – wie die Gesundheitsförderung – werden organisatorisch im herkömmlichen Sinne angegangen, d.h. z.B. die Stelle des Koordinators für Gesundheitsförderung mit einem medizinischen Profil besetzt. Eine angemessene organisationsstrukturelle Berücksichtigung von Sport und Bewegung findet in der Regel nicht statt.

4. Sport- und Gesundheitswissenschaften

Was haben Sport- und Gesundheitswissenschaften bisher zur wissenschaftlichen Umsetzung des Modells der Gesundheitsförderung entwickelt? – Bezogen auf Lebensstilstruktur als Implementationsfeld von Gesundheitsförderung konzentriert sich die Sportwissenschaft bisher auf individualistische Ansätze; sportwissenschaftliche Ansätze zur verhältnisorientierten Gesundheitsförderung gibt es kaum. Darüber hinaus existiert nicht viel mehr als die Forderung, in Zukunft auch sportwissenschaftliche Analysen zur Policy- und Organisationsentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung anzustellen (Kolb 1995).

Auch in den Gesundheitswissenschaften dominieren verhaltens- und lebensstilbezogene Analysen, die sich der recht allgemeinen individuumbezogenen Informationen über Sport und andere gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen aus den großen Datensätzen (DHP, MONICA, BRFSS) bedienen. Differenzierte verhältnisorientierte oder policy-orientierte Ansätze hinsichtlich Sport und Bewegung sind bisher kaum vorhanden.

Fragt man nach den wissenschaftlichen Konsequenzen, die sich aus den skizzierten Problemen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung ergeben, so sollte ein erster Schritt die »Grenzüberschreitung« sein. Empfehlenswert wäre m. E. eine Doppelstrategie:

Der Ansatz der Gesundheitsförderung muß einerseits im Sport und in der Sportwissenschaft angemessener zum Tragen kommen. Um die bisherige selektive Wahrnehmung zu überwinden, wäre eine engere Kooperation des Sports mit spezifischen Institutionen des Gesundheitsbereichs (z.B. der WHO und den WHO-Kollaborationszentren) sowie vor allem mit den Gesundheitswissenschaften anzustreben. Soziologen, die in beiden Bereichen, also in Sport und Gesundheit, tätig sind, könnten hier eine wichtige Vermittlerrolle einneh-

men. Umgekehrt sollte sich die zentrale Bedeutung des Sports für die Umsetzung von Gesundheitsförderung stärker als bisher im Gesundheitssystem und in den Gesundheitswissenschaften niederschlagen. Konkret bedeutet dies z.B., daß zur Überwindung der strukturellen Blindheit neue Stellenprofile mit einem Sport- und Bewegungsschwerpunkt entwickelt werden.

Ein weitergehender Schritt wäre die transdisziplinäre Entwicklung sektorübergreifender Ansätze zur Gesundheitsförderung (Rütten 1995)

- im Sinne von integrierten verhaltens- und verhältnisorientierten Implementationsstrategien sowie
- im Sinne von lebensstil- und policyorientierten Implementationsstrategien
- Investitionen in Sport und Bewegung – als eines Schlüsselbereichs für Gesundheitsförderung – können dabei der gleichen Logik folgen wie die neue »Investment in Health«-Strategie der WHO, die sich besonders auf Investitionen in Gesundheit außerhalb des Gesundheitssystems konzentriert: Investitionen in Sport- und Bewegung außerhalb des Sportsystems, insbesondere im sozio-ökonomischen Bereich und im Bereich der städtischen und regionalen Infrastrukturplanung, könnten sich als lohnende Strategie der Entwicklung dieser Bereiche als auch im Sinne einer Gesamtkonvergenz erweisen. – Eine solche Erweiterung des Aufgabenprofils hätte enorme Auswirkungen auf die inhaltliche und wissenschaftspolitische Profilierung der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen und nicht zuletzt auf neue Berufsfelder für Studierende.

Literatur

- Bette, Karl-Heinrich 1992, Theorie als Herausforderung. Beiträge zur systemtheoretischen Reflexion der Sportwissenschaft. Aachen.
- Kickbusch, Ilona 1992, Plädoyer für ein neues Denken: Muster – Chaos – Kontext. In: Peter Paulus (Hg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Köln: 23-33.
- Kolb, Michael 1995, Gesundheitsförderung und Sport. In: Sportwissenschaft 25: 335-359.
- McQueen, David, 1996, Gesundheitsförderung und die Neue Public Health Bewegung im internationalen Vergleich. In: Alfred Rütten und Lothar Rausch (Hg.), Gesunde Regionen in internationaler Partnerschaft. Gamburg: 5-12.
- Rütten, Alfred, 1995, The Implementation of Health Promotion: A New Structural Perspective. In: Social Science & Medicine 41: 1627-1637.
- Rütten, Alfred, 1996, Zur Empirie der Macht. Soziologische Beobachtungen in einem unscheinbaren Politikfeld. In: Günther Lüschen und Alfred Rütten (Hg.), Sportpolitik – sozialwissenschaftliche Analysen. Stuttgart: 81-96.
- Rütten, Alfred und Hans Wieland, 1994, Wie kommt »Bewegung« in das kommunale Gesundheitssystem? Wissenschaftliche Implementationsstrategien gegen strukturbedingte Blindheit. In: Klaus Bös u. a. (Hg.), Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Schorndorf: 142-145.

Prof. Dr. Alfred Rütten, TU Chemnitz-Zwickau, Philosophische Fakultät, Sportwissenschaft III, D-09107 Chemnitz