

¹ Technische Universität Chemnitz; ² Universität Bern;

³ Universität Jyväskylä; ⁴ Universität Alabama in Birmingham;

⁵ Universität Barcelona; ⁶ Universitätszentrum Limburg;

⁷ NIVEL, Utrecht

Gesundheitsförderung durch Sport und körperliche Aktivität: Politik, Verhalten und Infrastrukturen im europäischen Vergleich

Summary

Physical activity and health promotion: comparative results on the interplay of policy, behaviour, and infrastructure

Objectives: The focus of physical activity promotion is moving from measures to increase health-enhancing physical activity on the individual level to higher-level strategies including policy and environmental approaches. Scientific evidence, traditionally related to individual-based strategies, calls for adaptation and refinement when environmental and policy changes become more relevant.

Methods: This paper investigates differences in physical activity promotion and public policy among six European countries. Data from a European study on public health promotion policy and health behaviours (MAREPS) is analysed to study behaviour, community-based opportunities for physical activity, and populations' perception of the effectiveness of their national policies in promoting physical activity.

Results: Analyses show significant differences in both involvement in and perceived opportunities for physical activity among the investigated countries. Populations in Finland, Switzerland, and The Netherlands show comparably higher participation and, at the same time, perceive better opportunities for physical activity within the residential environment than people in East Germany, Belgium, and Spain. Moreover, respondents from the former group of nations report considerably greater contribution of health policy in their country to the promotion of physical activity than respondents from the latter group.

Conclusions. In conclusion, the results provide empirical support for the significance of environmental and policy approaches with regard to physical activity. Opportunities created by implementing such approaches may enable populations to develop more active lifestyles conducive to health. Further research employing longitudinal designs could be especially helpful to explore the causalities of the relationship between policy, environment and physical activity.

Key-Words: Physical activity – Health promotion – European health policy – Environment – Infrastructure – Cross-national comparison.

Sources of support. This research was conducted within the MAREPS-project (Methodology for the Analysis of the Rationality and Effectiveness of Prevention and Health Promotion Strategies), a Concerted Action funded within the BIOMED 2-program by the European Union (European Commission, Brussels, Belgium; Contract N° BMH4-CT96-0304; Contractor: Technical University of Chemnitz; Associated Contractors: Limburg University Centre [Diepenbeek, Belgium]; University of Jyväskylä [Jyväskylä, Finland]; Netherlands Institute of Primary Health Care [Utrecht, The Netherlands]; University of Valencia [Valencia, Spain], sub-contractor: University of Barcelona [Barcelona, Spain]; University of Bern [Bern, Switzerland]). Field work was supported by grants from: Ministry of the Flemish Community, Cabinet of the Flemish Minister of Finance, Budget and Health Policy (Brussels, Belgium); Ministry of Education and Ministry of Social Affairs and Health (both Helsinki, Finland); Saxon State Ministry of Social Affairs, Health and Family Affairs (Dresden, Germany); Health Research and Development Council ('s-Gravenhage, The Netherlands); Federal Office for Public Health and Federal Office for Education and Science (Bern, Switzerland).

Unterschiedliche Bedingungen der Förderung von Sport und körperlicher Aktivität in Europa

Ein aktiver Lebensstil senkt nicht nur das Risiko zahlreicher Erkrankungen, sondern fördert auch das psychische Wohlbefinden und die soziale Eingebundenheit vieler Menschen. Aus wissenschaftlicher Sicht wird immer deutlicher, dass in diesem Zusammenhang gerade die alltägliche Bewegung und gemässigte sportliche Aktivitäten in der Freizeit besonders zu empfehlen sind.¹⁻⁷

Gleichzeitig betont die neuere Forschung, dass im Alltags- und Breitensport die natürliche, bauliche und soziale Umwelt eine wichtige Rolle spielt.^{3, 7-12} Ebenso wie eine ausreichende Versorgung mit Kindergärten und Spielplätzen oder die Aufgeschlossenheit der sozialen Umwelt für Kinder und ihr Verhalten die „Kinderfreundlichkeit“ einer Gesellschaft prägen, lassen sich Indikatoren für ihre „Bewegungsfreundlichkeit“ identifizieren. So unterscheiden sich z.B. Wohngebiete darin, inwieweit sie zu alltäglicher Bewegung im Freien einladen oder sie überhaupt erst ermöglichen. Kommunale Verwaltungen räumen körperlicher Aktivität und Bewegung unterschiedliche Prioritäten auf der politischen Agenda ein. Schliesslich unterliegt die Verfügbarkeit von Sportstätten und Bewegungsräumen starken regionalen und überregionalen Schwankungen.

Auch auf europäischer Ebene sind Unterschiede in Ausmass, Art und Bedingungen von Sport und körperlicher Aktivität zu erwarten. Zwar ist hier kaum von Verhältnissen mancher amerikanischer Grossstädte auszugehen, die körperliche Bewegung im Sinne einer alltäglichen Verhaltensweise speziell bei Menschen ohne ausgeprägte sportliche Ambitionen geradezu verhindern. Gleichwohl gibt es sowohl unterschiedliche Traditionen als auch unverkennbare Unterschiede in der Sport- und Gesundheitspolitik europäischer Länder¹³, die einen Vergleich des Bewegungsverhaltens und seiner Bedingungen interessant erscheinen lassen. So wurden z.B. in Finnland in den 1990er Jahren verschiedene staatliche Sportprogramme mit dem deklarierten Ziel implementiert, durch körperliche Aktivität die öffentliche Gesundheit zu fördern. Zur Einbindung der staatlichen Ebene spielten dabei wissenschaftliche Studien über die gesundheitliche Bedeutung des Sports eine wichtige Rolle. Der gesundheitsfördernde Sport gehört inzwischen zu den Schwerpunktprogrammen des finnischen Unterrichts- sowie Sozial- und Gesundheitsministeriums. Ebenso bildet im unlängst erlassenen Sportgesetz die Gesundheit eine wichtige Basis für die gesellschaftliche Anerkennung des Sports in Finnland.

Im Vergleich zu diesem nordeuropäischen Land stellen sich die politischen und strukturellen Bedingungen von Sport

und Bewegung in Spanien ganz anders dar – und liefern damit einen drastischen Eindruck von den unterschiedlichen Verhältnissen auf europäischer Ebene. So ist die Förderung der körperlichen Aktivität in Spanien (noch) kein integraler Bestandteil der Gesundheitspolitik. Die Zentralregierung sowie einige autonome Regierungen wie die Kataloniens haben allenfalls erste programmatische Schritte in diese Richtung entwickelt. Lediglich auf der Ebene der Gemeinden gibt es eine Reihe von Initiativen und Aktionen, die aber eher allgemein auf den Bereich von Jugend- und Sportprogrammen ausgerichtet sind und keine spezifische Verbindung zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit verfolgen.

Solche Unterschiede existieren nicht nur zwischen Nord- und Südeuropa; auch zwischen geographisch angrenzenden Ländern gibt es eine erhebliche Variation. In den Niederlanden werden beispielsweise In- und Outdoor-Sportstätten sowie Sportprogramme für die Bevölkerung durch die Gemeinden traditionell grosszügig gefördert. Gleichzeitig hat das Land im Kontext europäischer Initiativen zur Förderung des Gesundheitsports neben Finnland eine führende Rolle übernommen. Dabei kann man auf umfangreiche Erfahrungen mit nationalen Förderprogrammen wie die jüngste nationale Kampagne „Die Niederlande in Bewegung“ zurückgreifen. Im Nachbarland Belgien gibt es dagegen auf nationaler Ebene kein derartiges Sportprogramm. Ähnlich wie in Spanien liegen existierende Kampagnen wie beispielsweise „Eurofit“ in Flandern vornehmlich im Verantwortungsbereich der Gemeinden und beziehen sich in erster Linie auf die Gruppe der Jugendlichen.

Vergleicht man schliesslich speziell die Situationen in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland, so besitzt die stark föderalistisch ausgerichtete Schweiz im Bereich des Sports auf nationaler Ebene vergleichsweise gute gesetzliche Rahmenbedingungen. Seit 1970 besteht der Verfassungsartikel über Turnen und Sport (Art. 27) und 1972 trat ein Bundesgesetz in Kraft, wonach Turnen und Sport im expliziten Zusammenhang mit der Volksgesundheit zu fördern sei. Die Förderung des Sports bei Jugendlichen ist in der Schweiz aus der militärischen Vorbildung hervorgegangen, hat sich inzwischen jedoch die Bewegungsförderung der Gesamtbevölkerung zum Ziel gesetzt. 1995 wurde Gesundheitsförderung durch körperliche Bewegung und Sport zu einem prioritären Jahresziel der Eidgenössischen Sportschule Magglingen (seit 1.1.99 Bundesamt für Sport: BASPO). Nach dem Vorbild Finnlands und der Niederlande wurden Anstrengungen für ein nationales Aktionsprogramm zur Förderung des gesundheitsrelevanten Breitensports unternommen¹⁴. Da jedoch keine zusätzlichen Bundesgelder für ein entsprechendes Regierungsprogramm

bereitgestellt wurden, ist zunächst die Integration des Gesundheitsaspektes in bestehende Ausbildungs- und Bewegungsprogramme vorangetrieben worden. Mit der später gescheiterten Olympiakandidatur der Schweiz für 2006 rückte auch der Spitzensport wieder höher auf die politische Agenda. Seit 1997 stehen nun für die Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport neue Mittel zur Verfügung. Seit diesem Zeitpunkt wird gemäss dem neuen schweizerischen Krankenversicherungsgesetz von jedem Versicherten ein Betrag zur Finanzierung von Massnahmen zur Förderung der Gesundheit erhoben. Die Durchführung dieses Auftrags obliegt der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung (SSGF). Als erstes Schwerpunktprogramm führt die Stiftung das Schwerpunktprogramm „Bewegung Ernährung Entspannung“ durch und konzentriert sich in einer ersten Phase auf die körperliche Aktivität. Erklärtes Ziel ist es, dass sich bis ins Jahr 2004 mehr Menschen der gesamten Wohnbevölkerung auf gesunde Art und Weise körperlich betätigen¹⁵.

Im „Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz“ finden sich die verschiedenen privatrechtlichen und öffentliche Akteure zusammen, um sich für die vom BASPO, dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz gemeinsam herausgegebenen Empfehlung für gesundheitswirksame Bewegung einzusetzen. Gemeint ist damit die regelmässige, mässig intensive Bewegung, die Verletzungen und Unfälle vermeidet. Der internationale Erfahrungsaustausch erfolgt gezielt über das Europäische Netzwerk Health Enhancing Physical Activity (HEPA) Europe, die WHO Consultative Group on Active Living und weitere verwandte Organisationen¹⁶.

Im Nachbarland Deutschland stellt sich der spezifische gesundheitspolitische Kontext wieder deutlich anders dar als in der Schweiz. In der Bundesrepublik hatte der §20 SGB V seit 1989 die gesetzlichen Voraussetzungen für ein Engagement der Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung durch Sport geschaffen. Durch die Novellierung des Paragraphen im Jahr 1996, die den Spielraum der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung drastisch einschränkte, gingen diese Ressourcen für die gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsförderung weitgehend verloren. Dieser gesetzlich erzwungene Rückzug der Krankenkassen war besonders folgenschwer, weil in Deutschland die institutionellen Rahmenbedingungen für eine bundesstaatliche Unterstützung gesundheitsfördernden Sports denkbar ungünstig sind: die im Grundgesetz festgeschriebene föderale Struktur und die Kulturhoheit der Länder unterbinden praktisch ein direktes rechtliches oder finanzielles Engagement des Bundes im Kontext von Sport und Gesundheit. So

wird in einer detaillierten Stellungnahme der deutschen Bundesregierung zur Prävention in der Gesundheitspolitik der Sport auch mit keinem Wort erwähnt¹⁷, während in einer Reihe europäischer Nachbarländer oder in den USA aus der gewachsenen Einsicht in die Bedeutung des Sports für die öffentliche Gesundheit eine dringende Verpflichtung zum gesundheitspolitischen Handeln und der Schaffung bewegungsfördernder Umwelten abgeleitet wird^{3,4,18,19}. Erst in den jüngsten Initiativen der jetzigen bundesdeutschen Regierungsparteien wird wieder stärker die Notwendigkeit gesehen, die gesundheitsorientierte Sportförderung in übergreifende politische Anstrengungen einzubinden. Hierzu zählen sowohl die Re-Novellierung des §20 SGB V als auch die Entwicklung von bundespolitischen Verantwortlichkeiten im Bereich der Breitensportförderung.

Hinsichtlich der Infrastrukturen für Sport und Bewegung ist die Situation in Deutschland zudem durch deutliche Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern gekennzeichnet. In den alten Bundesländern wurden seit den 1960er Jahren mit der Umsetzung des „Goldenen Plans“ deutliche Fortschritte bei der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Sporträumen erzielt. Allerdings entstand mit der Wiedervereinigung aufgrund der desolaten Situation von Sportstätten und Bewegungsräumen in den neuen Ländern ein besonderes Problem, dem man mit einem „Goldenen Plan Ost“ begegnen wollte. Im Unterschied zum ersten Goldenen Plan konnte jedoch bis heute keine entsprechende politische Allianz zur Finanzierung einer verbesserten Sport- und Bewegungsinfrastruktur in Ostdeutschland erzielt werden. Insbesondere die erwartete Unterstützung von Bundeseite blieb weitgehend aus.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen europäischen und innerdeutschen Ausgangslagen bei der politik- und infrastrukturellen Förderung von Sport und körperlicher Aktivität geht die folgende Analyse drei grundsätzlichen Fragen nach:

1. Lassen sich signifikante Unterschiede in der Teilnahme an und Intensität von Sport und körperlicher Aktivität zwischen den untersuchten Ländern feststellen?
2. Stehen diese Unterschiede mit unterschiedlichen Qualitäten bewegungsbezogener Infrastrukturen in den untersuchten Ländern in Zusammenhang?
3. Korrespondieren die Unterschiede in Teilnahme und Infrastruktur mit unterschiedlichen Beiträgen der Gesundheits- und Infrastrukturpolitik zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität in den untersuchten Länder?

Methoden und Daten

Rahmen der Studie

Die vorliegende Untersuchung wurde im Kontext eines internationalen Forschungsprojekts durchgeführt. Grundlegendes Ziel des Projekts war die Entwicklung einer Evaluationsmethodologie im Bereich der Gesundheitsförderung (MAREPS = *Methodology for the Analysis of the Rationality and Effectiveness of Prevention and Health Promotion Strategies*). Hierzu wurden verschiedene Surveys durchgeführt, die zum einen auf Entscheidungsträger des Gesundheitssystems (*polycymaker*) und zum anderen auf die Bevölkerung in Belgien, Deutschland, Finnland, der Niederlande, der Schweiz und Spanien ausgerichtet waren. Empirisch untersucht wurden unterschiedliche Elemente der jeweiligen Präventions- und Gesundheitsförderungs politik. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Relevanz und internationalen Vergleichbarkeit der Strategien ging es dabei speziell um die Analyse der Rationalität und Effektivität von vier Präventions- und Gesundheitsförderungsansätzen: (1) Früherkennung des Brustkrebs, (2) Prävention des Rauchens, (3) Förderung von Sport und körperlicher Aktivität, und (4) Schaffung gesunder Arbeits- und Lebensbedingungen. Im vorliegenden Kontext werden nur die erhobenen Bevölkerungsdaten zum Thema Sport und körperliche Aktivität berücksichtigt.

Entwicklung des Erhebungsinstruments

Der Fragebogen für die Bevölkerungsstudie wurde von den beteiligten Projektpartnern aus sechs europäischen Ländern gemeinsam entwickelt. Die deutschsprachige Masterversion bzw. deren englische Übertragung diente als Grundlage für die Übersetzung in die jeweilige Landessprache. Soweit wie möglich wurden zweisprachige Übersetzer eingesetzt. Zudem bestand laufend die Gelegenheit zur Konsultation zwischen den Projektpartnern während dieses Prozesses. Abschliessend wurde der Fragebogen einem ausführlichen Pretest unterzogen.¹³

Stichprobenziehung und Durchführung der Studie

Die jeweiligen Bevölkerungsstichproben wurden nach einem einfachen Zufallsverfahren ermittelt. Der Stichprobenrahmen war so konstruiert, dass Erwachsene ab 18 Jahren in den einzelnen Ländern ausgewählt wurden. Um die Repräsentativität sicherzustellen, sind in jedem Land nach einem gemeinsam festgelegten Verfahren mögliche Barrieren bei der Stichprobenrealisierung, wie ungleiche Einschliesswahrscheinlichkeit und Erreichbarkeit oder Bias aufgrund von Verweigerungen, systematisch kontrolliert worden. Die Befragungen wurden zwischen Oktober 1997 und Mai 1998 durchgeführt.

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 6248 Erwachsene im Alter ab 18 Jahren telefonisch kontaktiert und mittels eines halb-standardisierten Fragebogens nach Verhalten, Einstellungen und Bewertungen im Hinblick auf die vier Themenfelder der Präventions- und Gesundheitsförderungs politik befragt. 3343 Interviews konnten auf diese Weise realisiert werden. Die Antwortrate ist folglich insgesamt 53,5%, wobei die Bandbreite bei den Telefoninterviews zwischen der Ländern von 41,9% bis 60,9% reicht (vgl. Tab. 1¹⁾).

Messinstrumente

Im Hinblick auf Sport und körperliche Aktivität wurde u. a. erfasst, ob und in welcher Form die Befragten aktiv sind, wie sie die bewegungsrelevanten Infrastrukturen und Angebote in ihrem Wohngebiet und in der Kommune beurteilen und wie sie den Beitrag der Gesundheitspolitik in dieser Hinsicht bewerten.

Sportverhalten und körperliche Aktivität

Den nachfolgenden Analysen liegen zwei Indikatoren zur Bestimmung des Sport- und Bewegungsverhaltens der Befragten zugrunde: „Betreiben Sie irgendeine Form von Gymnastikübungen, körperlicher Aktivität oder Sport?“ (1: Ja/0: Nein), und – im Fall von „Ja“: „Wie intensiv betreiben Sie diese Aktivitäten“ (1: gar nicht intensiv / 2: nicht intensiv / 3: etwas intensiv / 4: intensiv / 5: sehr intensiv).

Bewegungsrelevante Infrastrukturen

Hier wurden die folgenden 5-Punkt-Likert-Skala-Items (mit den Kategorien: trifft völlig zu/ trifft zu / (teils-teils) / trifft nicht zu / trifft gar nicht zu) benutzt: „Mein Wohngebiet bietet viele Möglichkeiten, körperlich aktiv zu sein.“, „Die Vereine und andere Anbieter in meiner Kommune bieten viele Möglichkeiten an“, und „Meine Gemeinde/Stadt tut zu wenig für die Bürger und ihre körperliche Aktivität.“

Politik

Die Bewertung politischer Prozesse wurde zum einen durch die Frage „Inwieweit glauben Sie, dass die Gesundheitspolitik in unserem Land dazu beiträgt, dass Menschen genug Sport treiben und körperlich aktiv sind“ erfasst (Kategorien: „trägt gar nicht dazu bei / trägt nicht dazu bei / (teils-teils) / trägt dazu bei / trägt sehr dazu bei“). Zum anderen wurde nach der Einschätzung des politischen Handlungsbedarfs bezüglich „Programmen für mehr Sport und körperliche Aktivität“ sowie der „Schaffung von Freizeitmöglichkeiten“ gefragt: „Wenn Sie an Programme und Massnahmen zur

¹⁾ Tables and Figures are presented in English to promote international readership and comparison.

		Belgium	Finland ^a	Germany	Germany	Netherlands	Spain ^b	Switzerland	Total
		(Flanders)	(Pirkanmaa)	East part (Saxony)	West part (North-Rhine-Westphalia)	whole country	(Catalonia)	(German-speaking part)	
Selected sample		805	659	1676	963	872	545	728	6248
realised sample		389	400	913	489	366	380	406	3343
Response rate in %		48.3	60.7 ^a	54.5	50.8	41.9	69.7 ^b	55.8	53.5
Women	N	209	211	548	270	217	206	240	1901
	%	53.7	52.8	60	55.2	59.3	54.2	59.1	56.9
Men	N	180	189	365	219	149	174	166	1442
	%	46.3	47.3	40	44.8	40.7	45.8	40.9	43.1
Age in years	M	42.97	53.81	48.33	45.94	47.67	39.94	45.55	46.64
	SD	16.15	16.05	17.06	16.37	16.77	17.1	15.51	16.93
Education estimated years of schooling	M	11.88	11.08	11.65	12.46	13.35	11.21	10.89	11.81
	SD	3.89	4.38	3.35	4.66	2.96	4.56	2.18	3.87
Income household gross/ year, in TECU	M	34.86	25.87	23.89	31.7	28.86	23.35	57.46	31.76
	SD	29.63	17.51	12.18	15.4	19.51	19.82	31.99	23.6

^a In Finland, the selected sample was determined excluding persons either (1) not listed in the telephone book or (2) not identifiable from the telephone book via last name and address.
^b In Spain, the survey was conducted by face-to-face instead of telephone interviews.

Table 1 MAREPS population survey, sample description

Gesundheit und Gesundheitsförderung denken, wo müsste Ihrer Meinung nach von der Regierung, der Verwaltung und anderen Stellen viel mehr, mehr, weniger, oder viel weniger getan werden?“.

Analysen

Um einen Vergleich zwischen den beteiligten Ländern hinsichtlich Sportverhalten sowie bewegungsrelevanten Infrastrukturen und Politikbewertungen vorzunehmen, wurde die Nationen-Variable mit den skizzierten Massen kreuztabelliert; Chi²-Statistiken geben jeweils Aufschluss über die Signifikanz von Unterschieden zwischen den Nationen.

Ergebnisse

Sportverhalten und körperliche Aktivität

Abbildung 1 veranschaulicht die Ergebnisse der Kreuztabellierung von Nation mit (1) der dichotomen Variable für Sport und körperliche Aktivität, sowie (2), für diejenigen, die sich selbst als aktiv einstufen, der Intensität dieser Aktivität.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede in Sportverhalten und körperlicher Aktivität zwischen den untersuchten Nationen (Chi²-Test siehe Tab. 2). Mit einer Ausnahme sind in allen Ländern die Menschen, die sich als körperlich aktiv einstufen, in der Mehrheit: den höchsten Prozentsatz erreicht dabei Finnland (88%), gefolgt von der Schweiz (83,5%), der Niederlande (78,7%), West-Deutschland (70,1%), Ost-Deutschland (64,1%) und Belgien (63,2%).

Nur in Spanien ist die Situation gerade umgekehrt. Hier geben lediglich 37,4% der Befragten an, dass sie irgendeine Form von Gymnastikübungen, körperlicher Aktivität oder Sport betreiben. Im innerdeutschen Vergleich besteht zwischen dem alten Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) und Sachsen als neuem Bundesland ein Unterschied von 6% zugunsten von NRW.

Im Hinblick auf die Intensität des Verhaltens ist bemerkenswert, dass gerade die Nationen mit den geringsten Prozentsätzen an körperlich Aktiven, d.h. Spanien sowie – mit deutlichem Abstand – Belgien und Ostdeutschland, die geringsten Raten an wenig intensiv Aktiven und die höchsten Raten an intensiv Aktiven aufweisen (Chi²-Test siehe Tab. 2). So fällt auch im innerdeutschen Vergleich auf, dass in Sachsen, wo die Basisrate körperlich Aktiver geringer ist als in NRW, mehr Aktive ihre Bewegung intensiv oder sehr intensiv betreiben (Sachsen: 66,1%; NRW: 49%).

variable	chi2	df	significance
	(Pearson)		(2-tailed)
Physical activity yes/no	315,696	6	p < 0,0001
Vigorousness of activity	189,648	6	p < 0,0001
Residential area	554,878	6	p < 0,0001
Clubs	424,420	6	p < 0,0001
Community	269,954	6	p < 0,0001
Health policy contribution	519,106	12	p < 0,0001
Policy need for action for physical activity programmes	318,572	12	p < 0,0001
Policy need for action for leisure time facilities	375,241	12	p < 0,0001

Table 2 Results of chi²-Tests

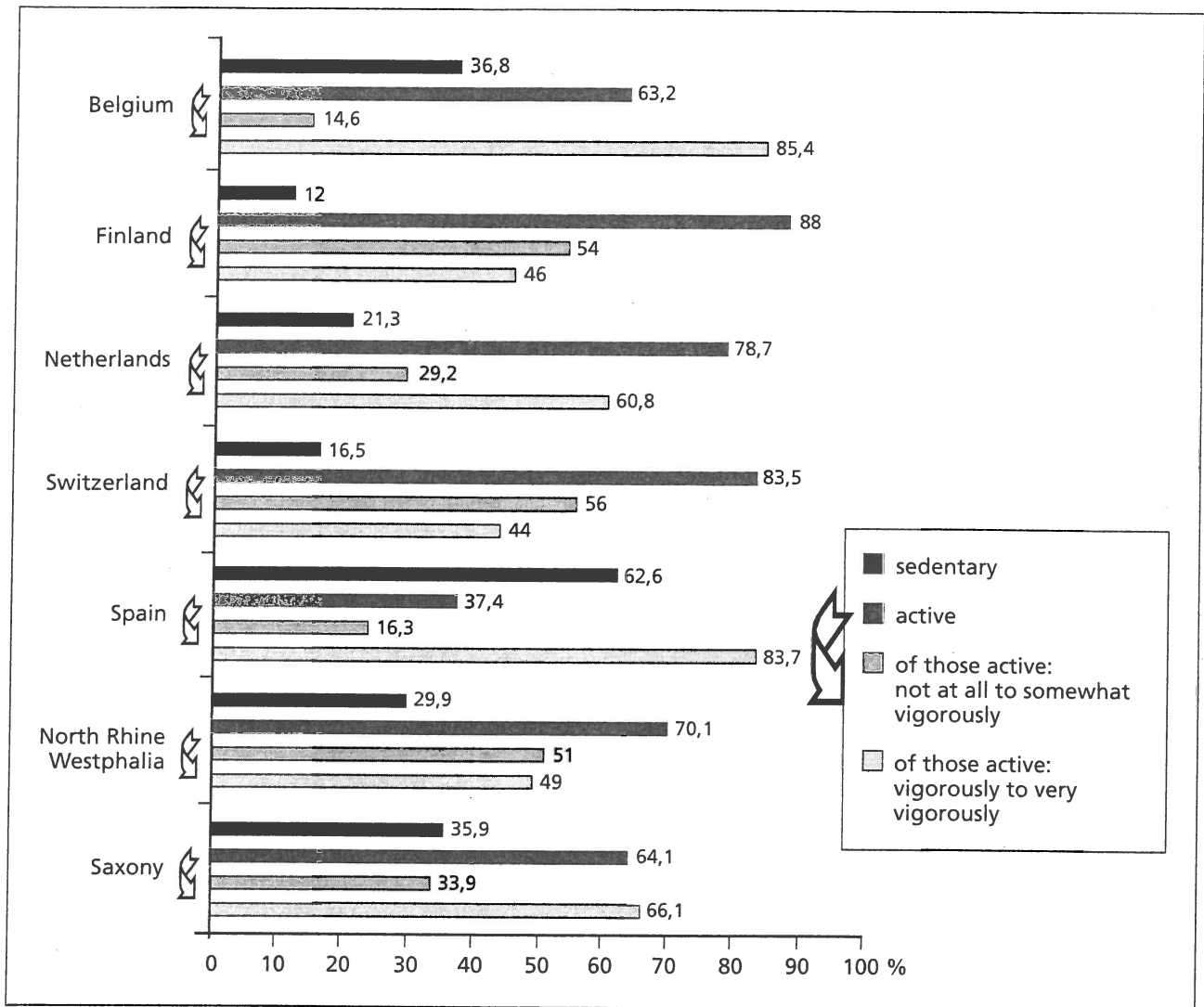


Figure 1 Physical activity in international comparison

Bewegungsrelevante Infrastrukturen

Hinsichtlich der bewegungsrelevanten Infrastruktur wird zunächst im innerdeutschen Vergleich deutlich, dass diese in Sachsen schlechter eingeschätzt wird als die in Nordrhein-Westfalen (siehe Fig. 2). Je nach Setting – Kommune, Verein, oder Wohngebiet – sind die Anteile ungünstiger Einschätzungen in Sachsen zwei- bis mehr als dreimal so gross. Betrachtet man die drei Bereiche in den beiden Bundesländern genauer, so bekommt das Wohnumfeld in Sachsen die schlechteste Note (56,4% schätzten es als eher wenig bewegungsförderlich ein).

Ebenso ist auf internationaler Ebene festzuhalten, dass in den Ländern mit relativ geringer Aktivitätsrate die Infrastruktur eher ungünstig eingeschätzt wird, während z.B. in

Finnland, der Niederlande und der Schweiz, d.h. Ländern mit höherer Aktivitätsrate, eine weit grössere Zufriedenheit hinsichtlich bewegungsrelevanter Infrastrukturen herrscht (Chi²-Test siehe Tab. 2).

Politik

Bei der Frage, ob und inwieweit die Gesundheitspolitik zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität beiträgt, sind es die Finnen, Schweizer und Niederländer, die mit $\frac{3}{4}$ - oder mindestens $\frac{2}{3}$ -Mehrheit einen solchen Beitrag ihrer Gesundheitspolitik bejahen (siehe Fig. 3; Chi²-Test siehe Tab. 2). Im Mittelfeld bei der Bewertung des Beitrages der Gesundheitspolitik zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität liegen NRW (mit 52,2%) und Sachsen (54,8%).

Bezüglich des staatlichen Handlungsbedarfes bei der Entwicklung von Programmen für mehr Sport und körperliche

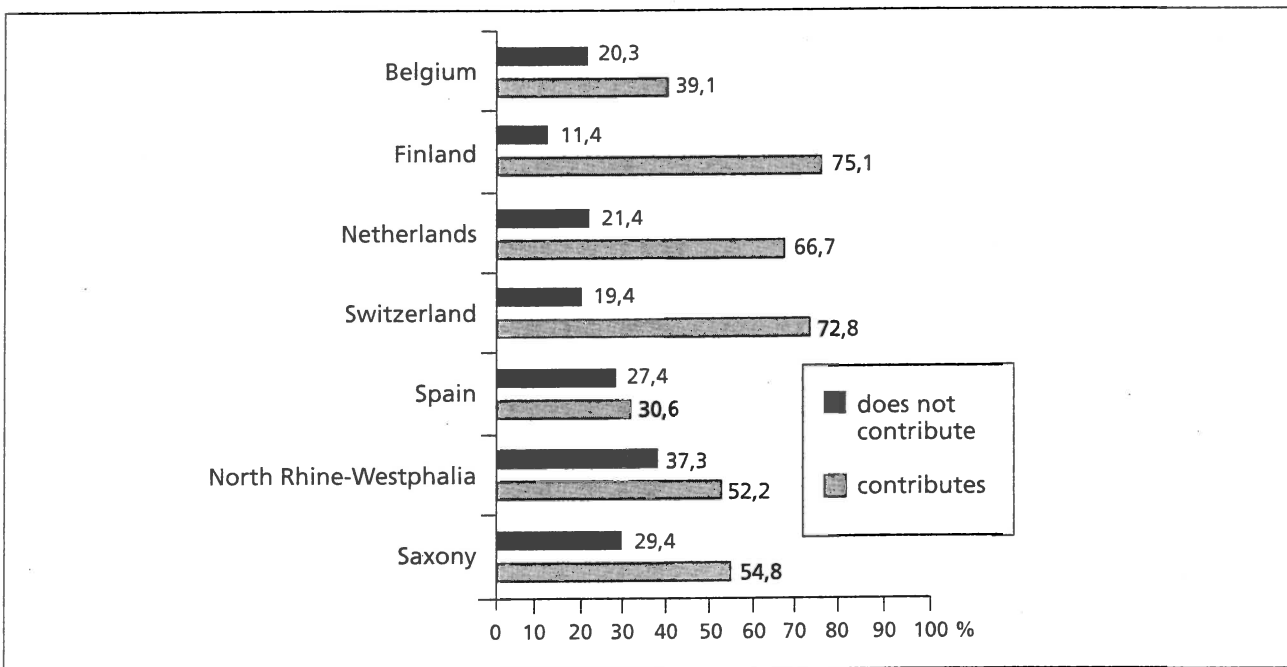
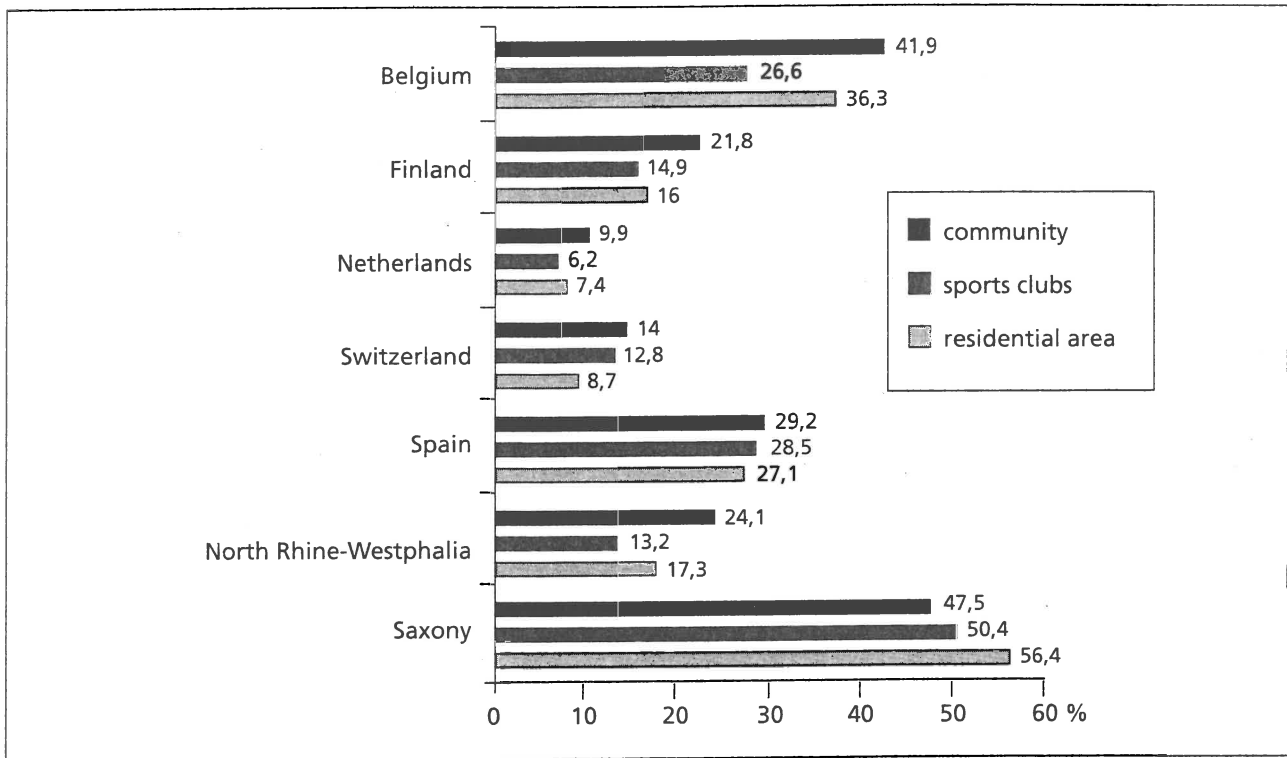


Figure 2 Proportions of negative evaluations of physical activity-related environment

Figure 3 Evaluation of health policy's contribution to promotion of sports and physical activity (*proportions missing to 100%: partly contributes*)

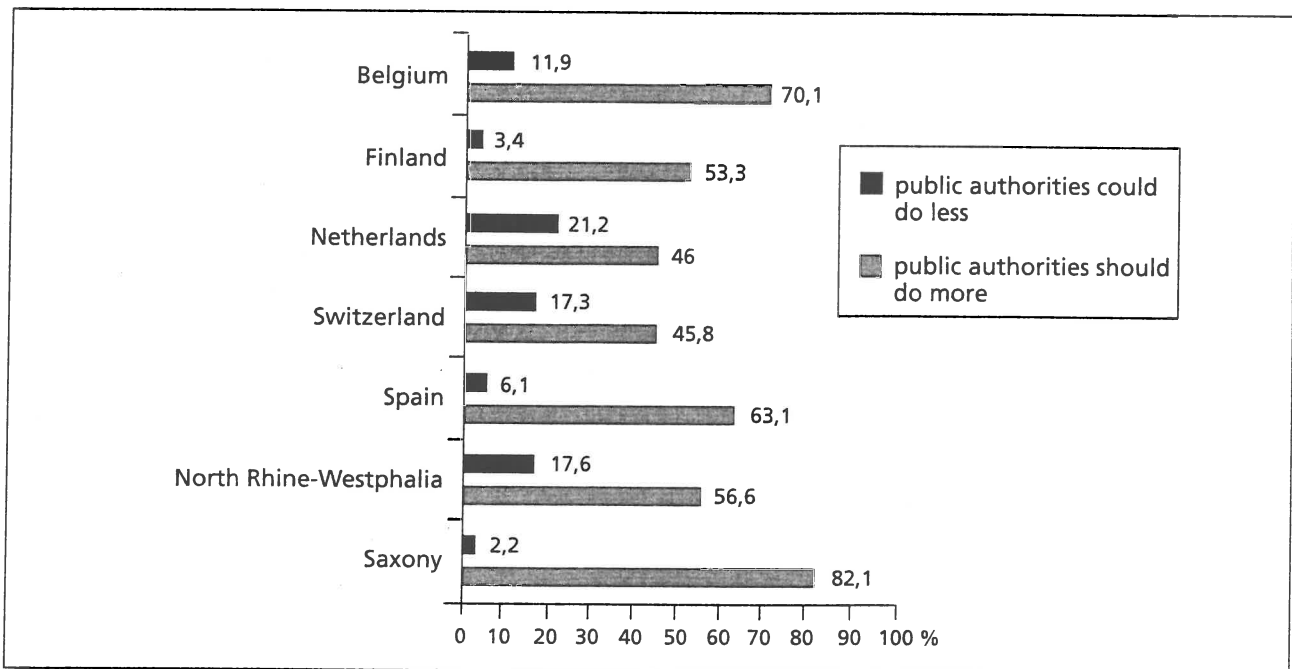
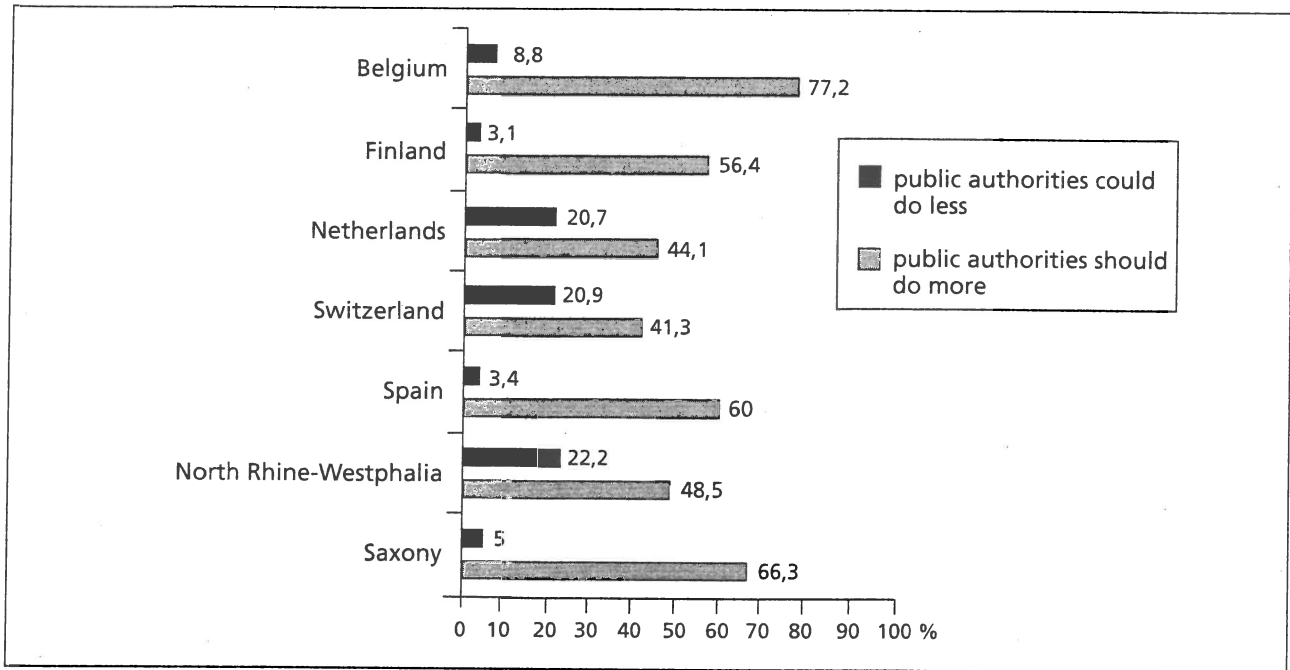


Figure 4 Evaluation of need for action for the government, administration, and other responsible authorities with regard to programmes for physical activity and sports (*proportions missing to 100%: no change needed*)

Figure 5 Evaluation of need for action for the government, administration, and other responsible authorities with regard to creating leisure time facilities (*proportions missing to 100%: no change needed*)

Aktivität ergibt sich folgendes Bild (siehe Fig. 4): Insgesamt sind die Anteile der Personen, die angeben, der Staat solle mehr tun, in allen Ländern höher als der Anteil derjenigen, die eine Reduktion staatlichen Handelns akzeptabel fänden. Es existieren allerdings auch bedeutsame Unterschiede (Chi²-Test siehe Tab. 2). So sehen in Belgien annähernd doppelt so viele Bürger staatlichen Handlungsbedarf wie in der

Schweiz (absolute Zahlen: 298 zu 166). Im innerdeutschen Vergleich zeigt sich, dass in Sachsen circa $\frac{2}{3}$ der Befragten Handlungsbedarf angeben, in NRW jedoch nur etwa die Hälfte.

Bei der Frage nach weitergehenden Infrastrukturen für Sport und Freizeit (vgl. Fig. 5) sehen insgesamt die Sachsen, gefolgt von Belgien und Spanien, den höchsten staatlichen Handlungsbedarf, während erneut die Schweiz und die Niederlande deutlich niedriger liegen.

Schlussfolgerungen

Im Hinblick auf mögliche Schlussfolgerungen sind vor allem das Querschnittsdesign der vorliegenden Untersuchung sowie der deskriptive Charakter der vorgestellten Ergebnisse zu beachten. Über kausale Zusammenhänge z. B. zwischen einer gezielten Förderpolitik zur Schaffung von wohnungsnahen Bewegungsräumen und einer Zunahme von körperlicher Aktivität in der Bevölkerung könnten nur entsprechend längsschnittartig angelegte und kontrollierte Interventionsstudien gesicherte Erkenntnisse liefern.

Zudem sollten die hier verwendeten Items zur Messung von körperlicher Aktivität, bewegungsbezogenen Infrastrukturen und Politik in weitergehenden Studien und Analysen hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität noch genauer überprüft werden. Zwar zeigt sich etwa bei den ermittelten Aktivitätsprävalenzen für die verschiedenen Länder eine gewisse Konsistenz mit anderen europäischen Studien (vgl. z. B. die ebenfalls deutlich niedrigere körperliche Aktivitätsquote für südeuropäische Länder in der „Pan-EU-Studie“ von 1999²⁰, doch bleibt u. a. das generelle Problem möglicher soziokultureller Unterschiede im Verständnis der Fragen bestehen, nach dem z. B. Personen in Ländern mit niedriger Prävalenz möglicherweise Aktivitäten mit niedriger Intensität gar nicht unter „Sport und körperliche Aktivität“ subsumieren und deshalb nicht angeben.

Auch eine mögliche Verzerrung der ermittelten Aktivitätsprävalenzen durch die in Tabelle 1 angeführten Unterschiede in den Studienpopulationen bezüglich Alter, Geschlecht und Haushaltseinkommen ist nicht auszuschliessen, wobei z. B. die Differenzen im Altersdurchschnitt zwischen dem bewegungsaktivsten Land (Finnland, ca. 54 Jahre) und dem Land mit der geringsten Aktivitätsprävalenz (Spanien, ca. 40 Jahre) nach den herkömmlichen Ergebnissen (Abnahme der Aktivitätsquote mit Lebensalter) die ermittelten Diskrepanzen eher noch unterstreichen.

Schliesslich ist noch einmal hervorzuheben, dass die vorliegenden Ergebnisse auf den subjektiven Einschätzungen der Befragten hinsichtlich körperlicher Aktivität, bewegungsbezogener Infrastruktur und Förderpolitik basieren. Eine ex-

plizite Überprüfung dieser Angaben anhand „objektiver Daten“ ist eine wichtige Fragestellung für die zukünftige Forschung. Für den innerdeutschen Vergleich zwischen West- (NRW) und Ostdeutschland (Sachsen) lässt sich in dieser Hinsicht allerdings bereits heute aus den vorliegenden Erhebungen zum Sportstättenbestand (signifikant schlechtere Versorgung mit Sportstätten in den neuen Bundesländern Ostdeutschlands) eine Bestätigung der vorliegenden subjektiven Einschätzungen der Befragten ableiten.

Vor dem Hintergrund dieser notwendigen Einschränkungen aufgrund der methodischen Anlage dieser explorativen Studie lassen die vorliegenden Ergebnisse eine bemerkenswerte Korrespondenz zwischen (1) der Teilnahme an Sport und körperlicher Aktivität, (2) den wahrgenommenen Infrastrukturen im Sinne von Angeboten und Sportgelegenheiten im Wohnumfeld sowie (3) der Wahrnehmung von Förderaktivitäten sowie Defiziten in Kommunal-, Gesundheits- und Infrastrukturpolitik in sechs europäischen Ländern erkennen.

Dies kann als ein weiteres Indiz für die Bedeutung von infrastrukturbezogenen Ansätzen bei der Förderung von Sport und körperlicher Aktivität in der Bevölkerung interpretiert werden. Allerdings muss auf der Grundlage der vorliegenden subjektiven Bewertungen von bewegungsbezogenen Infrastrukturen auch die umgekehrte Kausalität in Betracht gezogen werden, nach der Sportinaktive die gleiche Bewegungsumwelt z. B. aus psychologischen Gründen negativer interpretieren als Sportaktive. Wenn jedoch die weitere Überprüfung ergibt, dass die subjektiv wahrgenommenen Infrastrukturen auch den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen – woran z. B. im innerdeutschen Vergleich keine Zweifel bestehen – wird sich die Vermutung weiter erhärten, dass gute Bewegungsgelegenheiten eine grundlegende Determinante für das Ausmass der körperlichen Aktivität in der Bevölkerung sind – insbesondere im Hinblick auf geringe bis moderate Bewegungsintensitäten.

Bei der Bewertung der Gesundheitspolitik sowie des gesamtpolitischen Handlungsbedarfs zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität werden Belgien, Spanien und Sachsen von der Bevölkerung insgesamt vergleichsweise kritisch gesehen. Dabei ergeben sich jedoch interessante Unterschiede zwischen den drei Ländern. So sehen die Spanier den geringsten Beitrag ihres Landes bei der Gesundheitspolitik; d. h. die einleitend skizzierten Defizite in diesem Bereich der Politikentwicklung werden von der Bevölkerung durchaus wahrgenommen und zeigen zugleich ein Potential für zukünftige Verbesserungen auf. Die Belgier reklamieren am stärksten einen Bedarf an spezifischen Programmen für mehr Sport und körperliche Aktivität zur

Gesundheitsförderung, während bei den Sachsen die übergreifende Infrastrukturpolitik zur Schaffung von Freizeitmöglichkeiten den mit Abstand höchsten Stellenwert erhält.

Im Sinne der schon 1986 in der Ottawa Charta grundsätzlich identifizierten besonderen Bedeutung von *healthy public policy* und der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten unterstützen diese Ergebnisse bestehende Annahmen über Zusammenhänge zwischen Politik, Infrastruktur und aktivem Lebensstil. Sie legen zugleich die Entwicklung spezifischer Ansätze sowohl für europäische als auch innerdeutsche Problemregionen im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität nahe.

Um entsprechende Ansätze möglichst effektiv im Sinne der angestrebten Verhaltensveränderungen auf der Bevölkerungsebene zu gestalten, sollten die wesentlichen Determinanten für eine erfolgreiche Umsetzung beachtet werden¹³. Neben notwendigen gesetzlichen Regelungen (s.o. §20 SGBV in Deutschland) gehört hierzu beispielsweise die Festlegung konkreter Ziele und die Sicherung ausreichender Ressourcen für die Förderung von Sport und körperliche Aktivität. Zugleich ist die öffentliche Unterstützung, d.h. nicht zuletzt das Interesse der Bevölkerung an einer solchen Politik, eine wichtige Determinante für deren erfolgreiche Umsetzung. Über die präsentierten Ergebnisse hinaus (siehe Fig. 3–5), die das besondere Interesse der Bevölkerung gerade in den Problemregionen Europas an mehr Investitionen in die Förderung von Sport und körperliche Aktivität signalisieren, belegt ein weiteres Ergebnis der MAREPS-Studie, dass auch der zugrundeliegenden Gesundheitsförderungsstrategie der Schaffung gesunder Lebensbedingungen von der Bevölkerung insgesamt die höchste Priorität eingeräumt wird^{13, p. 90ff}. Man kann also zumindest

von dieser Seite her von „grünem Licht“ für politik- und infrastrukturbezogene Initiativen zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität ausgehen.

Für die wissenschaftliche Erforschung der Zusammenhänge von Politik, Infrastruktur und körperlicher Aktivität können die vorliegenden Ergebnisse nur ein erster Schritt sein, dem sowohl gezielte Interventionsstudien im oben angedeuteten Sinne als auch konzeptionelle Erweiterungen und konzentrierte Aktionen in der Gesundheitsberichterstattung folgen sollten. Zum einen ist hier z.B. an die generelle Berücksichtigung von politik- und infrastrukturbezogenen Determinanten von Sport und körperlicher Aktivität in der Bevölkerung zu denken. Zum anderen wird eine internationale Verallgemeinerbarkeit der entsprechenden Ergebnisse erst durch eine fortgeschrittene Standardisierung der benutzten Indikatoren und Methoden, z.B. im Rahmen eines European Health Monitoring System erfolgen können.

Um schliesslich von einer primär beschreibenden Vorgehensweise zu erklärenden Ansätzen zu gelangen, muss zukünftig ein besonderes Gewicht auf die theoretische Fundierung der Zusammenhänge von körperlicher Aktivität, bewegungsbezogener Infrastruktur und Gesundheitsförderungs politik gelegt werden. Im vorliegenden Kontext wurde einleitend eher kursorisch und überwiegend deskriptiv auf die jeweiligen nationalen Strukturen und Veränderungen in den politischen Rahmenbedingungen eingegangen. Das MAREPS-Projekt hat sich jedoch insgesamt explizit mit der Entwicklung einer adäquaten theoretischen Basis für die Politik- und Infrastrukturanalyse beschäftigt und insbesondere die Erkenntnisse der vergleichenden Gesundheitssystemanalyse und der *policy*-Forschung berücksichtigt¹³. Dieser Bezugsrahmen kann nun für weitergehende Analysen fruchtbar gemacht werden.

Zusammenfassung

Hintergrund: Bei der Gesundheitsförderung durch Sport und körperliche Aktivität ist derzeit ein Perspektivenwechsel von individuumszentrierten Aktivitäten hin zu politik- und infrastrukturbezogenen Ansätzen zu beobachten. Die wissenschaftliche Forschung und Beweislage, die bisher noch weitgehend im herkömmlichen Sinne auf eine individuumsbezogene Betrachtung ausgerichtet ist, muss entsprechend angepasst und differenziert werden, wenn infrastrukturelle und politische Veränderungen als Strategien an Bedeutung gewinnen.

Methoden: Der Beitrag untersucht Unterschiede bei der Förderung von Bewegungsaktivitäten zwischen sechs europäischen Nationen. Mit Daten einer europäischen Studie zu Gesundheitsförderungspolitik und Gesundheitsverhalten (MAREPS) werden Bewegungsverhalten, wahrgenommene bewegungsrelevante Infrastrukturen und die Bewertung der spezifischen Wirksamkeit der nationalen Gesundheitspolitik seitens der Bevölkerung analysiert.

Ergebnisse: Die Analysen zeigen signifikante Unterschiede sowohl in den Bewegungsaktivitäten als auch in den bewegungsrelevanten Infrastrukturen zwischen den untersuchten Ländern. Die Bevölkerungen in Finnland, der Schweiz und der Niederlande beteiligen sich vergleichsweise mehr an Sport und körperlicher Aktivität und sehen zugleich auch bessere Bewegungsmöglichkeiten in ihrem Wohnumfeld als die Bevölkerungen in Ost-Deutschland, Belgien, und Spanien. Darüber hinaus berichten die Befragten der erstgenannten Gruppe von Nationen einen deutlich höheren Beitrag der Gesundheitspolitik ihres Landes zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität als die Befragten der zuletzt genannten Gruppe.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse unterstützen die empirische Bedeutung von politik- und infrastrukturbezogenen Ansätzen zur Förderung von Sport und körperlicher Aktivität. Durch entsprechende Ansätze können Gelegenheiten für die Bevölkerung geschaffen werden, einen aktiveren Lebensstil zu entwickeln, der die Gesundheit fördert. Weitere Forschung mit Längsschnittdesigns könnte besonders hilfreich sein, möglichen Kausalitäten in der Beziehung von Politik, Infrastruktur und Bewegungsverhalten genauer zu erkunden.

Résumé

Promotion de la santé en moyen d'activités sportives et physiques: une étude comparative européenne sur la politique, le comportement et les infrastructures

Objectifs: Dans le domaine de la promotion de la santé, l'attention est actuellement moins focalisée sur l'encouragement d'activités sportives et physiques sur le plan individuel, mais de plus en plus sur une approche orientée aux mesures politiques et infrastructurales. La recherche scientifique, jusqu'alors centrée en grande partie sur les activités individuelles, doit donc être adaptée et différenciée afin de tenir compte des stratégies visant les évolutions politiques et infrastructurales.

Méthodes: Dans le présent travail, les différences entre six pays européens dans la promotion d'activités physiques sont analysées, les données d'une étude comparative européenne sur la politique de promotion de la santé et le comportement influençant la santé (MAREPS) analysent l'activité, la perception d'infrastructures permettant la pratique d'activités physiques, ainsi que le jugement donné par la population sur l'efficacité, dans ces domaines, de la politique en matière de santé publique.

Résultats: Les analyses ont révélé des disparités significatives entre les pays faisant l'objet de l'étude, concernant d'une part la pratique d'activités physiques et d'autre part l'infrastructure. Les populations de la Finlande, de la Suisse et des Pays-Bas montrent une participation plus fréquente aux activités sportives et physiques ainsi qu'une meilleure perception des infrastructures correspondantes dans leur environnement que les populations de l'Allemagne orientale, de la Belgique et de l'Espagne. En plus, l'apport gouvernemental à la promotion du sport et des activités physiques est considéré beaucoup plus important par les personnes interrogées du premier groupe de pays que par ceux du deuxième groupe.

Conclusions: Les résultats de cette étude comparative relèvent, dans le domaine de la promotion d'activités sportives et physiques, l'importance des approches orientées à la politique et l'infrastructure. De tels approches peuvent avoir pour conséquence de mettre à disposition de la population les moyens pour mener une vie physiquement plus active, résultant en une meilleure santé. Des recherches approfondies à l'aide d'enquêtes à coupe longitudinale pourraient s'avérer particulièrement intéressantes en vue d'une analyse d'éventuelles causalités dans les relations entre la politique, l'infrastructure et l'activité physique.

Literaturverzeichnis

- 1 Blair SN, Booth M, Gyarfas I, et al. Development of public policy and physical activity initiatives internationally. *Sports Med* 1996; 3: 157–63.
- 2 Bouchard C, Shepard R, Stephens T, eds. Physical activity, fitness and health. Champaign: Human-Kinetics, 1994.
- 3 US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, 1996.
- 4 Vuori I, Oja P, Ståhl T. Promoting of health-enhancing physical activity. A preparatory European meeting. Tampere: UKK Institute for Health Promotion Research, 1996.
- 5 American College of Sports Medicine. Summary statement: Workshop on physical activity and public health. *Sports Med Bulletin* 1993; 28.
- 6 Martin BW, Marti B. Bewegung und Sport: Eine unterschätzte Gesundheitsressource. *Ther unsch* 1998; 55: 221–8.
- 7 Vuori I. Does physical activity enhance health. *Patient Educ Couns* 1998; 33 (1 Suppl): 95S–103S.
- 8 Brownson RC, Schmid TL, King AC, et al. Support for policy interventions to increase physical activity in rural Missouri. *Am J Health Promotion* 1998; 12: 263–6.
- 9 King AC. Community and public health approaches to the promotion of physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 1994; 26: 1405–12.
- 10 King AC, Jeffery RW, Fridinger F, et al. Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through physical activity: Issues and opportunities. *Health Educ Q* 1995; 22: 499–11.
- 11 King AC, Brown D. Physical activity as a disease prevention strategy. Dialog at the Conference on Public Health in the 21st Century, 1998 May 7–9; Atlanta. Atlanta: American Psychological Association, 1998.
- 12 Schmid TL, Pratt M, Howze E. Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1995; 85: 1207–11.
- 13 Rütten A, Lüschen G, Lengerke Tv, et al. Health Promotion Policy in Europe: Rationality, Impact, and Evaluation. München: Oldenbourg, 2000.
- 14 Eidgenössische Sportschule. Sport – Bewegung – Gesundheit. Provisorischer Bericht zum 34. Magglinger Symposium. Magglingen: Eidgenössische Sportschule, 1995.
- 15 Schwerpunktprogramme. Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung. Lausanne: Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung, 1999.
- 16 Sport, Bewegung und Gesundheit am BASPO. <http://www.essm.ch/d/wissen/index.htm> (8.10. 1999).
- 17 Deutscher Bundestag. Prävention in der Gesundheitspolitik. Drucksache 12/8238, 1994.
- 18 Club of Cologne. Health promotion and physical activity. Köln: Sport und Buch Strauss, 1996.
- 19 Ståhl T, Kannas L, Vuori I. Zur Gesundheitsfrage in Körpererziehung und Sport in Finnland. Förderung der Gesundheit als Ziel der Körpererziehung. In: Rütten A, ed. Public Health und Sport. Stuttgart: Nagelschmid, 1998: 59–90.
- 20 European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs. A Pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 1999.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Alfred Rütten
Technische Universität Chemnitz
Sportwissenschaft III
D-09107 Chemnitz
Tel.: +49 (0)371 531-4535
Fax: +49 (0)371 531-2935

e-mail: alfred.ruetten@phil.tu-chemnitz.de