

Modernisierung und Gesundheit in Südkorea

Dissertation

(Monografie)

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor in Public Health (Dr. PH)

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Kamil J. Wrona

(B.Sc. in Health Communication, M.Sc. in Public Health)

Bielefeld, Mai 2019

Erstgutachter: PD Dr. Jürgen E. Flöthmann
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

*"Alle reden von Nordkorea,
diesem rätselhaftesten, unbekanntesten aller Länder,
aber wirklich unbekannt ist Südkorea,
das in seiner Geheimnislosigkeit allen offen vor Augen liegt."*

(Mark Siemons)

Danksagung und Widmung

Mein ganz besonderer Dank gebührt Herrn PD Dr. Jürgen E. Flöthmann, der mit einer immerzu wertvollen Reflexion, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Konzeption der einzelnen Themenkomplexe, eine große Inspiration im Schaffungsprozess war. Die regelmäßigen inhaltsbezogenen Projektbesprechungen, aber auch persönlichen Gespräche, waren immerzu fruchtbar und motivierend, und werden mir stets in Erinnerung bleiben.

Herrn Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger danke ich für die Bereitschaft das Zweitgutachten zu übernehmen, sowie für die weiterführenden Hinweise.

Darüber hinaus danke ich Herrn Prof Dr. Ralf E. Ulrich für den kritischen Diskurs, die zahlreichen fachlichen und persönlichen Impulse und die Großzügigkeit bei der Bereitstellung notwendiger Ressourcen.

Ferner danke ich Herrn Dr. David Gilgen für die kenntnisreichen Beiträge im Seminar zur koreanischen Wirtschaftsgeschichte an der Universität Bielefeld im Sommersemester 2017; der Deutsch-Koreanischen Gesellschaft e. V. und dem Korea Verband e. V. für die Bereitstellung weiterführender Literatur; dem Team des Korean Statistical Information Service für die freundliche Korrespondenz und Bereitstellung weiterführenden Datenmaterials; und dem Fachbereich Koreastudien der Freien Universität Berlin für die Möglichkeit der Teilnahme am Deutsch-Koreanischen Juniorforum 2013, in Goslar und 2015 in Rostock.

Mein außerordentlicher Dank gilt meinen Eltern, Waldemar Eugen Wrona und Elfriede Anna Wrona (geb. Skowronek), ohne deren bedingungslose Unterstützung mir dieser Lebensweg nicht möglich gewesen wäre.

Tief verbunden und dankbar bin ich vor allem meiner Ehefrau, Yunsuk Wrona-Mo (geb. Mo), für Ihre Geduld und den mentalen Beistand.

Gewidmet sei diese Arbeit unserem wundervollen Sohn Leo Junyeong Wrona. Danke auch dir mein wertvollster Schatz.

Selbstständigkeitserklärung

Ich, Kamil J. Wrona, erkläre hiermit an Eides statt, dass die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt wurde; dass keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt wurden; dass die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen auch als solche gekennzeichnet sind.

(Kamil J. Wrona)

Erklärung über vorausgegangene Promotionsversuche

Ich, Kamil J. Wrona, erkläre hiermit des Eides statt, dass meinerseits keine vorausgegangenen Promotionsversuche vorliegen, und dass kein Promotionsversuch an einer anderen wissenschaftlichen Einrichtung läuft.

(Kamil J. Wrona)

Gendererklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle biologischen und sozialen Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der Dissertation	vii
Abstract	x
Abbildungsverzeichnis	xiii
Tabellenverzeichnis	xv
Abkürzungsverzeichnis	xvi
Einleitung	1
1. Ziele der Untersuchung und Forschungsfragestellung	8
2. Zur gesundheitswissenschaftlichen Relevanz des Themas	11
2.1 Determinanten von Gesundheit und im Zusammenhang mit den Hauptthemenkomplexen.....	14
2.2.1 Gesundheit und Mortalität.....	17
2.2.3 Gesundheit und Modernisierung.....	19
2.2 Schlussbetrachtung zur Relevanz des Themas.....	20
3. Eine allgemeine Einführung in den Begriff der Modernisierung	23
3.1 Formen des Wandels.....	24
3.2 Zur Modernisierungsdebatte im interkulturellen Kontext und eine vorläufige Auswahl von Definitionen zu Modernisierung.....	31
3.2.1 Aggregation grundlegender Merkmale von Modernisierung.....	35
3.2.2 Modernisierungsebenen und -prozesse.....	36
3.3 Modernisierung – Ein Zwischenfazit.....	38
4. Theoretische Vertiefung und Rahmenbildung	40
4.1 Zu den Voraussetzungen an den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit.....	41
4.2 Exkurs zu den Schwächen modernisierungstheoretischer Ansätze.....	44
4.3 Ausgewählte Ansätze innerhalb der gegenwärtigen Modernisierungsforschung....	49
4.3.1 Das Konzept über die Vielfalt der Moderne.....	49
4.3.2 Modernisierungstheoretische Faktorenmodelle.....	51
4.3.3 Das Konzept der „komprimierten Modernisierung“.....	55
4.3.4 Zum Ansatz der Risikogesellschaft.....	59
4.4 Ausgewählte Ansätze innerhalb der Gesundheitswissenschaften.....	63
4.4.1 Konzepte gesellschaftlicher Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit.....	63
4.4.2 Kultur, Gesundheit und Gesundheitsverhalten.....	66
4.4.3 Das epidemiologische Übergangsmodell.....	67
4.4.4 Zur Theorie der Sterblichkeitsentwicklung.....	74
4.5 Modellierung der theoretischen Zusammenhänge.....	79

5. Kontextspezifische und empirische Rahmenbedingungen in Südkorea	84
5.1 Politische und historische Rahmenbedingungen.....	85
5.1.1 Exkurs zum Modernisierungsproblem in (Süd)Korea.....	87
5.1.2 Modernisierungsschub infolge einer nachholenden Modernisierung.....	89
5.1.3 Kurze Zusammenfassung der polithistorischen Rahmenbedingungen.....	91
5.2 Zum wirtschaftsstrukturellen Wandel.....	92
5.2.1 Das Wirtschaftswunder.....	93
5.2.2 Ausgewählte Transformationsprozesse im Kontext von Wirtschaftswachstum..	96
5.2.3 Zur Gesundheitspolitik im Kontext von Wachstum und Transformation.....	100
5.3 Ausgewählte kultargesellschaftlicher Merkmale.....	101
5.3.1 Soziokulturell induzierte Lebensformen.....	101
5.3.2 Soziokulturell induzierte Lebensstile.....	106
5.3.3 Weitere soziokulturell induzierte Lebensstile Merkmale.....	111
5.4 Bevölkerungsdynamik und Vitalstruktur.....	114
5.4.1 Demografische Alterung im Kontext von Modernisierung und Gesundheit.....	121
5.4.2 Zum demografischen Übergang in Südkorea.....	126
5.4.3 Allgemeine Sterblichkeitsmuster.....	133
5.4.3.1 Entwicklung der Säuglings- und Kindersterblichkeit.....	137
5.4.3.2 Entwicklung der Lebenserwartung.....	140
5.5 Ursachenspezifische Mortalität im Kontext von Modernisierung.....	144
5.5.1 Zu den führenden Todesursachen in Südkorea.....	145
5.5.2 Führende Todesursachen im Kontext von Modernisierung.....	149
5.5.3 Zum epidemiologischen Übergang in Südkorea.....	160
5.6 Kurzes Zwischenfazit.....	164
6. Daten- und Methodenbeschreibung	166
6.1 Datengrundlage.....	166
6.1.1 Limitationen zum Datenmaterial.....	169
6.1.2 Konstruktion und Operationalisierung.....	171
6.2 Methodik.....	173
6.2.1 Anpassung und Güte.....	175
6.2.2 Modellprämissen.....	177
6.3 Weitere methodische Besonderheiten.....	180
7. Analyseergebnisse – Beschreibung und inhaltliche Interpretation	182
7.1 Vorstellung der verwendeten Zeitreihen.....	182
7.1.1 Ausgewählte Sterblichkeitsziffern – Abhängige Variablen.....	183
7.1.2 Ausgewählte Modernisierungsziffern – Unabhängige Variablen.....	189
7.2 Empirische Analysen zur Entwicklung der Lebenserwartung.....	195
7.2.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt...	195
7.2.2 Weitere Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt.....	201
7.2.3 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung.....	205

7.2.4 Weitere Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung.....	208
7.3 Empirische Analysen zur Entwicklung ausgewählter Todesursachen.....	211
7.3.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung vorsätzlicher Selbstschädigungen..	211
7.3.2 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung bösartiger Neubildungen.....	216
7.3.3 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung von Diabetes mellitus.....	220
7.4 Empirische Analysen zur Sterblichkeitsentwicklung im engeren Sinne.....	224
7.5 Kurze Zusammenfassung.....	226
8. Abschlussbetrachtung der erarbeiteten Wirkungszusammenhänge.....	229
8.1 Synthese und Diskussion der theoretisch und empirisch erarbeiteten Ergebnisse..	230
8.2 Kritische Reflexion und Limitationen.....	235
8.3 Fazit und Ausblick.....	238
Quellenverzeichnis.....	244
Monografien.....	244
Sammelbände.....	249
Beiträge innerhalb von Sammelbänden.....	251
Zeitschriftenartikel und Zeitungsbeiträge.....	255
Internetquellen.....	256
Daten und Datenbanken.....	272
Anhang.....	274
Verzeichnis der Anhänge.....	274

Zusammenfassung der Dissertation

Hintergrund

Südkorea gehört unbestritten zu den am weitesten entwickelten Ländern der Welt. Prozesse wie der demografische oder epidemiologische Wandel haben längst Einzug erhalten. Aus einem logischen Zusammenhang heraus wird hiervon auch die Gesundheitsstruktur der Bevölkerung wesentlich beeinflusst. Während Zusammenhänge solcherart weniger verwundern, bietet vor allem der Charakter der Umwandlungen in Südkorea Anlass zu einer näheren Befassung damit. Im Vergleich zu anderen hoch entwickelten Ländern der Welt ist für Südkorea eine äußerst bezeichnende Dynamik der genannten Prozesse festzuhalten. Allerdings weist die aktuelle Forschung zu entsprechenden Wechselwirkungen mit der Bevölkerungsgesundheit in Südkorea einige Defizite auf. Es mangelt insbesondere auch an einer übergreifenden Einschätzung zum Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit in Südkorea. Hierbei stellt sich vor allem auch die Frage nach dem „Impact“ der rasanten Entwicklungen in Südkorea.

Wie aber lassen sich solche Zusammenhänge über die Zeit bestimmen? Zunächst einmal müssen hierfür theoretische und empirische Rahmenbedingungen eruiert werden, um nicht zuletzt auch aufzuzeigen, dass von den Voraussetzungen in Südkorea nicht auf die gemeinhin bekannten Ursachen und Konsequenzen zu schließen ist. Südkorea unterliegt seit den 60/70er Jahren des 20. Jahrhunderts einem äußerst charakteristischen Modernisierungsprozess, welcher sich in wesentlichen Aspekten von anderen Nationen abhebt. Insgesamt spielen gänzlich andere Rahmenbedingungen eine Rolle, als es zur Zeit der Modernisierung in bspw. Westeuropa der Fall war. Hierbei beschreibt das Phänomen der Modernisierung ein komplexes Gefüge aus vielen zusammenhängenden Einflussfaktoren. In der Forschung bestehen aber Defizite im Hinblick auf die Erfassung kontextspezifischer Rahmenbedingungen und der Ermittlung ihres Einflusses auf gesundheitsstrukturelle Entwicklungen über die Zeit. Vielmehr wird von allgemeinen Beziehungen und Wirkungszusammenhängen ausgegangen, was es vor dem Hintergrund höchst individueller Umwandlungsprozesse allerdings in Frage zu stellen gilt. Insofern müssen die Voraussetzungen der Wachstums- und Transformationsprozesse in Südkorea zunächst auch weitestgehend unabhängig von den Entwicklungen anderer Länder betrachtet werden, möchte man zu einer möglichst individuellen Bewertung entsprechender Kausalitäten im Kontext von Gesundheit gelangen. Und hierbei spielt der Zeitfaktor eine entscheidende Rolle.

Das zentrale Forschungsobjekt sind sonach die modernisierungsbedingten Veränderungen in Südkorea und deren Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsstruktur des Landes über die Zeit. Die Veränderungen in der Gesundheitsstruktur werden vorliegend in erster Linie anhand der Sterblichkeitsentwicklung der vergangenen Jahrzehnte überprüft.

Zielsetzung und Fragestellung

Im engeren Sinne geht es also um die zeitabhängige Analyse des Zusammenhanges zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung vor dem Hintergrund der kontextspezifischen und damit höchst individuellen Rahmenbedingungen in Südkorea. Im Vordergrund steht die Beantwortung der Frage, welchen Einfluss die modernisierungsbedingten Umwälzungen auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea haben. Hierfür werden zunächst die kontextspezifischen Rahmenbedingungen und vor allem auch die Besonderheiten der Umwandlungen in Südkorea erfasst. Weiterhin wird ergründet, wie sich diese Rahmenbedingungen im Laufe der Zeit verändert haben und welche potenziellen Wirkungszusammenhänge daraus resultieren. Die Voraussetzungen zum Einfluss auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea werden sodann bewertet und im Kontext gemeinhin bekannter Ansätze diskutiert. Im Anschluss daran wird schließlich eine empirische Methode zur Messung des Einflusses modernisierungsbedingter Voraussetzungen über die Zeit entwickelt, vorgestellt und angewandt. Ziel hierbei ist es die theoretisch gewonnenen Erkenntnisse weitestgehend auch empirisch zu überprüfen.

Methodisches Vorgehen

Dem genannten Forschungsgegenstand wird mit einer dualen Herangehensweise begegnet. Neben einer zentralen inhaltstheoretischen Auseinandersetzung – was u. a. die Erarbeitung der Voraussetzungen in Südkorea und deren theoretischen Zusammenhang auf die Muster der Mortalität beinhaltet – erfolgt eine empirische Analyse zum Zusammenhang zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung, und zwar anhand ausgewählter Muster. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich somit nicht auf eine eindimensionale Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand, sondern es wird versucht die inhaltstheoretisch erarbeiteten Zusammenhänge mit Hilfe empirischer Analysen nachzuvollziehen und umgekehrt. Hierbei steht die Ermittlung einer geeigneten empirischen Analyseverfahren im Vordergrund. Im empirischen Teil erfolgt also die Vorstellung und (beispielhafte) Anwendung eines adäquaten Messinstruments. „Beispielhaft“, da es hierbei vor allem darum geht aufzuzeigen, dass die Messung des Einflusses von Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung über die Zeit möglich ist und zu sachlogisch interpretierbaren Ergebnissen führt.

Für die Analyse des Einflusses von Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung wurde schließlich eine multivariate lineare Regressionsanalyse im Kontext zeitreihenanalytischer Strukturmodelle angewandt, sowie auch im Kontext anderer möglicher Verfahren diskutiert. Die primäre Datengrundlage hierfür bildet das Datenmaterial der amtlichen Statistik Südkoreas (Sekundärdatenanalyse).

Dem empirischen Teil vorangestellt sind wie erwähnt eine ausführliche sowie unverzichtbare inhaltstheoretische Auseinandersetzung, und, damit einhergehend, eine inhaltstheoretische Rahmenbildung zum Untersuchungsgegenstand. Auf diese Weise werden die empirisch nachweisbaren Veränderungen in Südkorea überhaupt erst versteh- und erklärbar. Ein gewisser Grad an Abstraktion ist hierbei unerlässlich. Ferner soll die Möglichkeit geschaffen werden, bereits bestehende Ansätze sinnvoll zu ergänzen. Aufgrund der multidimensionalen Komplexität des vorliegenden Untersuchungsgegenstandes kann davon ausgegangen werden, dass eine rein empirische Annäherung als unvollständig zu betrachten sei.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass sich der theoretische und empirische Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit in Südkorea, vorliegend repräsentiert durch die Sterblichkeitsentwicklung, zielführend erarbeiten lässt. Eine Herausforderung stellt allerdings die empirische Auseinandersetzung dar, wengleich die gewählte Methode als zielführend erachtet werden kann. Die regressionsanalytisch erarbeiteten Zusammenhänge spiegeln die theoretischen Inhalte weitestgehend wider und lassen sich immerzu sachlogisch erklären, wengleich hierfür in Teilen ein hohes Maß an Abstraktion notwendig ist.

Weiterhin erweist sich die gewählte Methode als sehr gut geeignet um die Art und die Stärke des Einflusses modernisierungsbedingter Umwandlungen auf Veränderungen mortalitätsbezogener Größen im Laufe der Zeit sichtbar zu machen, womit schließlich eine adäquate empirisch-analytische Vorgehensweise zur Messung theoretisch erarbeiteter Zusammenhänge über die Zeit gefunden ist. Insgesamt also zeigt sich, dass sich der komplexe Zusammenhang zwischen modernisierungsbedingten Prozessen und gesundheitsrelevanten Größen auch empirisch nachvollziehbar gemacht werden kann.

Am Beispiel Südkorea lassen sich äußerst charakteristische Zusammenhänge feststellen, was sicherlich auch an der Dynamik der regionalen Entwicklungen liegt. Zwar erscheinen Vergleiche mit anderen Nationen zunächst nur auf Basis einer inhaltstheoretischen Auseinandersetzung möglich. Die vorgestellte empirische Herangehensweise kann allerdings in gleichartiger Weise angewandt werden. Insofern kann das empirische Vorgehen auch als eine Ergänzung der methodischen Standards innerhalb von Public Health, aber auch in disziplinübergreifender Hinsicht, angesehen werden. In jeden Fall geht hiervon eine Ergänzung der wissenschaftlichen Basis aus, und zwar sowohl in theoretischer, als auch methodischer Hinsicht. Und schließlich wird dadurch auch Südkorea als sehr ergiebige Forschungsobjekt vorgestellt.

Abstract

Background

South Korea is one of the most developed countries in the world. Processes such as demographic or epidemiological change have already taken place. From a logical perspective, this also significantly influences the health structure of the population. While such correlations are less surprising, the nature of the transformations in South Korea gives rise to a closer discussion. Compared to other highly developed countries in the world, South Korea has an extremely significant dynamic of processes based on modernization. However, current research on related reciprocities with population health in South Korea shows some shortcomings. In particular, there is a lack of an overall evaluation of the coherence between modernization and health in South Korea. This raises, above all, the question of the "impact" of the rapid developments in South Korea.

However, the question is how can such correlations be determined over time? First, theoretical and empirical framework conditions have to be determined in order to show that the conditions in South Korea do not point to the commonly known causes and consequences. Since the 60s and 70s of the 20th century, South Korea has undergone a highly characteristic process of modernization, which in its essential aspects is different from other nations. In the case of South Korea, completely different framework conditions play a role than was the case at the time of modernization in, for example, Western Europe. Here, the phenomenon of modernization describes a complex structure of many related influencing factors. However, there are shortcomings in the field of research on the understanding of context-specific framework conditions and the determination of their influence on health-related developments over time. Rather, the starting point is general coherences and causal correlations, which, however, must be questioned against the background of highly individual transformation processes. In this regard, the prerequisites of the growth and transformation processes in South Korea must first of all also be considered largely independent of the developments of other countries if one wishes to end at the most individual possible assessment of corresponding causalities in the context of health. And here, the time factor takes a crucial role.

The central object of research is therefore the changes in South Korea due to modernization and their influence on the development of the health structure of the country over time. The changes in the health structure are examined in the present case primarily on the basis of the mortality trend of the past decades.

Objective and problem

In the specified sense, therefore, it is about the time-dependent analysis of the connection between modernization and mortality development against the background of the context-specific and thus highly individual framework conditions in South Korea. In the foreground is the answer to the question, which influence the modernization-conditioned upheavals have on the mortality development in South Korea. For this purpose, the context-specific framework conditions and above all the peculiarities of the transformations in South Korea must be recorded. Furthermore, it will be examined how these framework conditions have changed over time and which potential effects result in them. The conditions for the impact on mortality in South Korea are then assessed and discussed in the context of commonly known approaches. Finally, an empirical method to measure the impact of modernization-related conditions over time is developed, presented and applied. The aim here is to empirically examine the theoretical findings as far as possible.

Methodology

The aforementioned object of research is addressed with a dual approach. In addition to a central content-theoretical discussion – which, among others, contains development of conditions in South Korea and their theoretical connection on patterns of mortality – includes an empirical analysis of the relationship between modernization and mortality development, using selected patterns. This thesis is therefore not limited to a one-dimensional examination of the object of investigation, but attempts to reconstruct the content-theoretically developed coherences with the help of empirical analyses and vice versa. The focus here is on the determination of a suitable empirical analysis method. In the empirical part, therefore, the idea and (exemplary) application of an adequate measuring instrument takes place. "Exemplary", since the main purpose is to demonstrate that the measurement of the impact of modernization on the development of mortality over time is possible and leads to logically interpretable results. Finally, to analyze the impact of modernization on mortality development, a multivariate linear regression analysis in the context of structural models was applied and discussed (in the context of other possible methods). The primary data base for this is the data taken from the official statistics of South Korea (secondary data analysis).

As mentioned above, the empirical part is preceded by a detailed and indispensable content-theoretical discussion and, in parallel, a content-theoretical framework for the object of investigation. In this way, the empirically demonstrable changes in South Korea can be understood and explained in the first place. A certain degree of abstraction is essential here. Furthermore, the possibility supplementing already existing approaches should be created in a

meaningful way. However, due to the multidimensional complexity of the subject of interest, it can be assumed that a purely empirical approach is to be regarded as incomplete.

Results

The results show that the theoretical and empirical connection between modernization and health in South Korea, represented here by developments in mortality, can be worked out in a expedient manner. The empirical approach, however, remains challenging, even though the chosen method can be considered as appropriate. The empirically worked out coherences reflect the theoretical contents as far as possible and can be explained in a logical way, even though a high degree of abstraction is partly necessary for this.

Furthermore, the selected method proves to be well suited to visualize the nature and strength of the influence of modernization-based transformations within changes in mortality-related variables over time, which finally provides an adequate empirical-analytical approach for the measurement of theoretically elaborated correlations over time. Overall, it can be seen that the complex relationship between modernization-related processes and health-related variables can also be made empirically comprehensible.

The example of South Korea shows very characteristic coherences, which is certainly due to the dynamics of regional developments. Although comparisons with other nations initially only appear possible on the basis of a discussion of theoretical findings. The presented empirical approach, however, can be applied in a similar way. In this respect, the empirical approach can also be regarded as a supplement to the methodological standards within Public Health, but also in a multidisciplinary sense. In any case, this research and its outcomes can be stated as an addition to the scientific basis, both from a theoretical and a methodological point of view. Finally, South Korea is introduced as a very rich, cross-disciplinary research object.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Hauptdeterminanten von Gesundheit.....	15
Abbildung 2	Das Acht-Faktoren Modell der Modernisierung.....	54
Abbildung 3	Dynamik des epidemiologischen Übergangs.....	69
Abbildung 4	Epidemiologische Transitionsmodelle.....	74
Abbildung 5	Inhaltliche Interpretation und Strukturierung der Hauptthemenkomplexe.....	80
Abbildung 6	BIP pro Kopf und prozentuales Wachstum zum Vorjahr in Südkorea, 1960 bis 2016.....	95
Abbildung 7	Dokumentierter Alkoholkonsum pro Kopf im Alter 15 Jahre und älter nach Art des Alkohols, 1961 bis 2016.....	106
Abbildung 8	Arbeitsstunden in Südkorea im Vergleich zu ausgewählten OECD- Ländern, 1995 bis 2015.....	111
Abbildung 9	Bevölkerungswachstum in Südkorea, 1910 bis 1959.....	116
Abbildung 10	Bevölkerungswachstum in ROK seit 1960.....	118
Abbildung 11	Bevölkerungsprojektionen für Südkorea in drei Varianten.....	120
Abbildung 12	Bevölkerungspyramiden für ROK.....	122
Abbildung 13	Demografischer Übergang in (Süd)Korea, 1910 bis 2016.....	127
Abbildung 14	Kausalmechanismen zum ersten Fertilitätsrückgang in Südkorea....	130
Abbildung 15	Zehn häufigste Todesursachen in Südkorea 2016.....	146
Abbildung 16	Zehn häufigste Todesursachen in Südkorea 2016, differenziert nach Geschlecht.....	148
Abbildung 17	Altersstandardisierte (auf Bev. 2016) Entwicklung der führenden Todesursachen in Südkorea, 1983 bis 2016 und nach Geschlecht.....	150
Abbildung 18	Vorgehensweise bei der Erstellung des Arbeitsdatensatzes.....	168
Abbildung 19	Entwicklung der Lebenserwartung insgesamt und nach Geschlecht seit 1970 (Regressand).....	183
Abbildung 20	Entwicklung der Lebenserwartung insgesamt und nach Geschlecht seit 1970 (Regressand).....	184
Abbildung 21	Entwicklung der Sterberate aufgrund von bösartigen Neubildungen insgesamt und nach Geschlecht seit 1983 (Regressand).....	186
Abbildung 22	Entwicklung der Sterberate aufgrund von vorsätzlichen Selbstschä- digungen insgesamt und nach Geschlecht seit 1983 (Regressand)....	187
Abbildung 23	Entwicklung der Sterberate aufgrund von bösartigen Neubildungen insgesamt und nach Geschlecht seit 1983 (Regressand).....	187
Abbildung 24	Entwicklung der Sterberate seit 1970 (Regressand).....	188
Abbildung 25	Entwicklung der Urbanisierungsrate seit 1970 (Regressor).....	189

Abbildung 26	Entwicklung der Heiratsrate seit 1970 (Regressor).....	190
Abbildung 27	Entwicklung der Gesundheitsausgaben am BIP seit 1970 (Regressor)	191
Abbildung 28	Entwicklung des BIP pro Kopf seit 1970 (Regressor).....	192
Abbildung 29	Entwicklung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit seit 1983 (Regressor).....	193
Abbildung 30	Entwicklung der erwarteten Jahre in Ausbildung seit 1980 (Regressor).....	194
Abbildung 31	Sinngefüge zur Synthese der erarbeiteten Zusammenhänge.....	229

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Disziplinäre Entwicklung und Adressaten von Public Health.....	12
Tabelle 2	Zentrale Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften.....	13
Tabelle 3	Bedingungsfaktoren des Gesundheitsstatus der Bevölkerung.....	17
Tabelle 4	Grundmechanismen der Modernisierung und ihre Paradoxe.....	53
Tabelle 5	Fünf Dimensionen komprimierter Modernisierung.....	56
Tabelle 6	5-Jahres-Pläne und damit verbundene Ziele hinsichtlich der wirtschaftlichen Entwicklung Südkoreas.....	94
Tabelle 7	Unterschiede in Bevölkerungsangaben zwischen 1910 und 1925.....	117
Tabelle 8	Entwicklung der IMR (und NMR) in Südkorea seit 1945.....	138
Tabelle 9	Ausgewählte Programme und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Schwangeren, Säuglingen und Kindern etc. in Südkorea seit den 1990er Jahren.....	139
Tabelle 10	Wandel der häufigsten Todesursachen in (Süd)Korea.....	162f
Tabelle 11	Namensgebungsprozess KOSTAT.....	169
Tabelle 12	Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in ROK ab 1970.....	195
Tabelle 13	Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in ROK ab 1983.....	201
Tabelle 14	Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung in ROK ab 1970.....	205
Tabelle 15	Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung in ROK ab 1983.....	208
Tabelle 16	Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Sterberate bei Vorsätzlichen Selbstschädigungen in ROK ab 1983.....	212
Tabelle 17	Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Sterberate bei bösartigen Neubildungen in ROK ab 1983.....	216
Tabelle 18	Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Sterberate bei Diabetes mellitus in ROK ab 1983.....	221
Tabelle 19	Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der rohen Sterberate ROK ab 1970.....	225

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BRD	Bundes Republik Deutschland
bspw.	beispielsweise
Destatis	Statistisches Bundesamt
d. h.	das heißt
Dt.	(zu) Deutsch
DVK	Demokratische Republik Korea/Nordkorea
Engl.	(zu) Englisch
et al.	et alii
etc.	et cetera
etc. pp.	et cetera perge perge
GBE Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Hg.	HerausgeberIn
i. d. R.	in der Regel
i. e. S.	im engeren Sinne
inkl.	inklusive
IPSS	National Institute of Population and Social Security Research
ISDPR	Institute for Social Development and Policy Research
Jhd.	Jahrhundert
Kap.	Kapitel
KCDC	Korea Centers for Disease Control & Prevention
KiHASA	Korean Institute of Health and Social Affairs
KNHANES	Korea National Health & Nutrition Examination Survey
KOSHA	Korea Occupational Safety and Health Agency
KOSIS	Korean Statistical Information Service
KOSTAT	Statistics Korea
max.	maximal/e
Mill.	Millionen

min.	minimal/e
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OSHRI	Occupational Safety and Health Research Institute
o. g.	oben genannte/n
ROK	Republik Korea/Südkorea
S.	Seite
s.	siehe
sog.	so genannt/e, en
s. a.	siehe auch
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
Tab.	Tabelle
Tsd.	Tausend
u. a.	unter anderem
u. s. w.	und so weiter
UN	Vereinte Nationen
UNPD	United Nations Population Division
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WPP	World Population Prospects
WUP	World Urbanization Prospects
z. B.	zum Beispiel

Einleitung

Die Bevölkerungs- und Gesellschaftsstrukturen Südkoreas unterliegen seit etwa der Mitte des 20ten Jhd. einer äußerst charakteristischen Dynamik.¹ Ursache hierfür sind modernisierungsbedingte Wachstums- und Transformationsprozesse.² Prozesse dieser Art stehen nachweisbar im Zusammenhang mit ebenenübergreifenden Veränderungen von Gesundheit und Krankheit.³ Aus einem selbsterklärenden Zusammenhang heraus haben derartige Veränderungen auch Einfluss auf die Sterblichkeitsentwicklung innerhalb der Bevölkerung. Es kann sogar von einer Ambivalenz hinsichtlich der Auswirkungen von Modernisierung ausgegangen werden.⁴ So werden beispielsweise der epidemiologische Übergang und der damit verbundene Wandel in den Todesursachen, oftmals als Konsequenz des wachsenden wirtschaftlichen Wohlstandes moderner bzw. modernisierter Gesellschaften problematisiert. Nicht selten fällt in diesem Zusammenhang auch der Begriff der „Wohlstandskrankheiten“.⁵ Hierbei entscheidend sind unter anderem Veränderungen in den Lebensstilen sowie neue gesellschaftskulturelle Voraussetzungen.⁶ Vor allem aber der unmittelbare Einfluss auf die Sterblichkeitsentwicklung der sog. „Wohlstandserkrankungen“ gehört zu den größten Problemstellungen hoch entwickelter Länder und stellt auch eine der wichtigsten Public Health-Herausforderungen dar.⁷ Weiterhin gilt es hierbei auch die demografischen Entwicklungen zu berücksichtigen, welche nicht nur in einem kausalen Zusammenhang mit Modernisierung stehensteht.⁸ Denn in modernisierten Gesellschaften ist für gewöhnlich ein deutlicher Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt sowie auch der ferneren Lebenserwartung zu beobachten.⁹ Zudem ist auch der Geburtenrückgang ein weit verbreitetes Phänomen in modernisierten Ländern.¹⁰ In jedem Fall aber bilden modernisierungsbedingte Umwälzungen die Basis für Veränderungen dieser Art. Für die hoch entwickelten Regionen Ost- und Südostasiens finden sich allerdings nur wenige theoretische wie auch empirische Ansätze, die den Einfluss von Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung erklären, was vermutlich auch an der Komplexität des Themas liegt. Diese Komplexität des Themas ist vom Grundsatz bestimmt, dass kein Modernisierungsprozess dem anderen gleicht, weder im Verlauf, noch in raumzeitlicher Perspektive.¹¹ Daher dürfen

¹ Kirchberg 2012; Eberz 2010; Kampeter; 2008; Henke 2005.

² Kirchberg 2012; Lee 2007; Henke 2005.

³ Loo / Reijen 1992.

⁴ Trojan / Legewie 2001., S. 126.

⁵ Siehe hierzu auch die ganzheitliche Auseinandersetzung zu Volks- und Zivilisationskrankheiten als gesundheitliche Herausforderung von Wohlstandsgesellschaften in Schumpelick / Vogel 2009.

⁶ Aberger 2013; Bauer 2009, S. 80ff.

⁷ WHO 2008.

⁸ Lee 2007.

⁹ WHO 2011a; OECD 2014b.

¹⁰ Ebd.; Ebd..

¹¹ Eisenstadt 2011. Wenngleich einige Muster des Wandels durchaus auch prognostizierbar erscheinen (siehe u. a. Inglehart 1998, S. 458ff).

Aussagen zu Ursachen und Konsequenzen modernisierungsbedingter Veränderungen der einen Region nicht ad hoc auf eine andere übertragen werden. Es gilt vielmehr Fall für Fall zu überprüfen, welche kontextspezifischen Rahmenbedingungen vorliegen. Zwar sind die verschiedenen Modernitäten der Tiger Ost- und Südostasiens¹² bereits sehr gut untersucht, was eine Aussage über die individuellen Voraussetzungen deutlich vereinfacht. Der Einfluss von Modernisierung in Hinblick auf die Entwicklungen von Prozessen wie Mortalität oder auch Morbidität ist für diese Länder jedoch kaum erforscht. Erst nach und nach rücken vereinzelt Wirkungszusammenhänge in den Fokus von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit.¹³ Hingegen problematisiert man entsprechende Beziehungen für und in westlichen Industrienationen bereits seit mehreren Jahrzehnten.¹⁴ Dies liegt vermutlich auch daran, dass man auf eine erheblich längere Wissenschaftstradition zurückgreifen kann. So sind (bevölkerungs-)soziologische Theorien längst in die unterschiedlichsten Kontexte westlicher Länder eingebettet.¹⁵ Als Beispiel seien Diskussionen zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Wandel oder sozialer Ungleichheit angeführt.¹⁶ Hierzu sei darauf hingewiesen, dass Begriffe wie Modernisierung und sozialer Wandel untrennbar miteinander zusammenhängen, wobei Modernisierung den sozialen Wandel bestimmt.¹⁷

Zum Verständnis eines ganzheitlichen Zusammenhangs erscheint es somit zunächst sinnvoll bei der klassischen Modernisierungstheorie anzusetzen. Hierbei „steckt der Teufel allerdings im Detail“, wobei eines dieser Details der räumliche bzw. regionale Bezug der vorliegenden Auseinandersetzung darstellt, was eine in Teilen sehr detaillierte Auseinandersetzung mit den entsprechenden Voraussetzungen erfordert. Denn wie zuvor erwähnt, sollten Ursachen und Konsequenzen modernisierungsbedingter Veränderungen aber immer Fall für Fall überprüft werden. Eine Auseinandersetzung mit der gesamten ostasiatischen Region bzw. mit allen entwickelten Ländern Ostasiens würde sich als falscher Ansatz erweisen. Die Übertragung westlicher Entwicklungen auf die gesamte ostasiatische Region ist als ebenso kritisch zu bewerten. Zu unterschiedlich sind die damit verbundenen kontextspezifischen Rahmenbedingungen. Insofern erscheint es sinnvoll sich auf nur eine bestimmte Region zu fokussieren.

¹² Der Begriff „Tiger Ost- und Südostasiens“ bzw. „Tigerstaaten“ fasst die Länder Südkorea, Singapur, Taiwan sowie die Sonderverwaltungszone Hongkong zusammen und verweist gleichzeitig auf das enorme Wirtschaftswachstum der einzelnen Regionen. Es handelt sich um eine Begriffsprägung aus der Mitte der 80er Jahre (Sklenar 2013, S. 2). Ferner gilt es nach Tigerstaaten erster, zweiter und dritter Generation zu unterscheiden (siehe hierzu Henke 2005; Jordan / Waibel 2004, S. 31ff).

¹³ Lee 2007; Cho 2001.

¹⁴ Lee 2007.

¹⁵ Degele / Dries 2005.

¹⁶ Zum Zusammenhang von Gesundheit und sozialem Wandel, sozialer Ungleichheit oder Sozialisation siehe u. a. Hurrelmann 2010; Borgetto / Kälble 2007; Siegrist 2005. Ferner sei darauf hingewiesen, dass Begriffe wie Modernisierung und sozialer Wandel untrennbar miteinander zusammenhängen, wobei Modernisierung den sozialen Wandel bestimmt (Schrader 2008; Weymann 1998).

¹⁷ Schrader 2008; Weymann 1998.

Und hierbei erweist sich Südkorea bzw. die Republik Korea (ROK) als äußerst geeignetes Forschungsobjekt, was vor allem auch an der einzigartigen Transformationsdynamik des Landes liegt.¹⁸ Überdies sei angemerkt, dass eine Diskussion, die den umfassenden Modernisierungsprozess in Südkorea im Zusammenhang mit gesundheitsstrukturellen Veränderungen behandelt, eine Ausnahme darstellt und bis in die Gegenwart hinein scheinbar gänzlich fehlt. Diese Tatsache verwundet vor dem Hintergrund der großen Bedeutung die dem Land im internationalen Kontext zugeschrieben wird, und das eben nicht nur in Bezug auf die wirtschaftliche Stärke oder hinsichtlich politischer Konflikte. Darüber hinaus kann Südkorea aufgrund seiner beschleunigten Entwicklung auch eine ebenenübergreifende Beispielfunktion zugeschrieben werden – sowohl in positiver, als auch negativer Hinsicht – wobei es eben immer auch die Eigenheiten zu beachten gilt. So wäre es sicherlich ungeschickt die Wirkungen in Südkorea direkt auf das Beispiel Deutschland und umgekehrt zu übertragen. Allerdings sollten gewisse Gemeinsamkeiten nicht ausgeschlossen werden.¹⁹ In jedem Fall kann davon ausgegangen werden, dass eine bewusste Vertiefung entsprechender Entwicklungen in Südkorea zu einem großen Erkenntnisgewinn in Bezug auf gesundheitswissenschaftliche sowie auch disziplinübergreifende Überlegungen führen kann. Ferner gilt es das Interesse an den hier fokussierten Entwicklungen auch in Südkorea zu fördern. Denn erst seit jüngster Zeit erfahren ähnliche Thematiken auch vor Ort die Aufmerksamkeit der Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit.²⁰ Die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit den Entwicklungen in Südkorea ergibt sich vor allem aber aus den seit Mitte des vergangenen Jhd. andauernden enormen und fast einzigartigen Dynamiken des Landes. Vor diesem gewichtigen Hintergrund erfolgt bereits an dieser Stelle ein kurzer Überblick dazu, warum die Entwicklungen in Südkorea besondere Merkmale aufweisen, was zu einem späteren Zeitpunkt natürlich noch in aller Ausführlichkeit behandelt wird.

Kurze Zusammenfassung zur Einzigartigkeit der Entwicklungsdynamiken Südkoreas

Die Republik Korea unterliegt bereits seit den 1960er Jahren einem äußerst charakteristischen Entwicklungsprozess, welcher sich in wesentlichen Kernaspekten von dem der westlichen Welt sowie seiner ostasiatischen Mitstreiter abhebt.²¹ Bezeichnend für die Umwälzungen auf sind vor allem die Intensität, die Geschwindigkeit und die Effizienz des Entwicklungsverlaufs.²² In

¹⁸ Ausschlaggebend ist, dass die Umwälzungen in Südkorea – und im Vergleich mit anderen Regionen Ostasiens – als äußerst ausgeprägt erscheinen und auch auf einen extrem kurzen Zeitraum verdichtet sind.

¹⁹ Deutschland und Südkorea könnten in einigen Aspekten der Kultur, Gesellschafts- und Sozialstruktur unterschiedlicher nicht sein. Dennoch verlaufen einige Entwicklungen ähnlich zueinander, insbesondere in struktureller Hinsicht. Nicht zuletzt sind die starken wirtschaftlichen, politischen und diplomatischen Beziehungen zwischen der BRD und ROK zu betonen.

²⁰ Vgl. Lee 2007, S. 1.

²¹ Lee 2007; Cho 1999.

²² Schneidewind 2013; Kirchberg 2012; Henke 2005.

diesem Zusammenhang fällt oft auch der bezeichnende Ausdruck „Das Wunder vom Han-Fluss“.²³ Eine rapide Industrialisierung sorgte dafür, dass man binnen kürzester Zeit den Sprung vom Agrarstaat zu einem der am höchsten entwickelten Länder der Welt schaffte.²⁴ Südkorea gilt sogar als das bisher einzige Land, was innerhalb von wenigen Jahrzehnten aus dem Status eines Entwicklungshilfenehmers in den Status eines Entwicklungshilfegebers wechseln konnte.²⁵ Seit dem 12. Dezember 1996 ist man Mitglied der OECD und dem Ausschuss für Entwicklungshilfe zugeteilt.²⁶ Darüber hinaus zählt Südkorea aktuell zu den Top-10 der Länder mit dem höchsten, medizinischen Fortschritt²⁷ und macht dahingehend bereits seit mehreren Jahren auch die größten Entwicklungssprünge²⁸, ein weiteres Beispiel für den ausgeprägten sowie auch ambitionierten Wandel des Landes. Allerdings gilt es nicht nur auf die Vorteile dieses bemerkenswerten Entwicklungsverlaufs hinzuweisen. Wie erwähnt nehmen Modernisierungsprozesse großen, ebenenübergreifenden Einfluss. Dieser Einfluss kann sowohl positive, als auch negative Konsequenzen mit sich führen. Sonach gilt es die modernisierungsbedingten Veränderungen u. a. unter den verschiedenen Voraussetzungen der alltäglichen Lebensführung mit den daraus entstehenden Risiken für die Gesundheit zu betrachten. Und in Südkorea finden bereits seit Längerem gravierende Umwandlungsprozesse statt, die im Besonderen auch durch demografische, gesellschaftliche sowie auch epidemiologische Veränderungen gekennzeichnet sind.²⁹ Entsprechende modernisierungsbedingte Wirkungszusammenhänge sind somit unbedingt anzunehmen.

Ein ganz wesentlicher Gesichtspunkt in diesem Zusammenhang ist auch die zunehmend starke Orientierung an den Westen – stärker als in anderen ostasiatischen Regionen – und der damit verbundene Globalisierungsaspekt.³⁰ In Südkorea orientiert man sich bereits seit fast einem halben Jahrhundert auffällig stark an westlichen Industrienationen, was immens veränderte Rahmenbedingungen zu Folge haben kann. So ist anzunehmen, dass die Adaption westlicher Lebensweisen und -stile einen starken Einfluss auf die Entwicklung der Sterblichkeit in Südkorea hat. Bereits jetzt klaffen Tradition und Moderne im nie zuvor da gewesenen Maße auseinander.³¹ Im Zuge der Modernisierung und damit einhergehenden Globalisierung kann gar von einer „Ausbreitung des Westens“ mit ungeahnten Folgen gesprochen werden.³² So stellt

²³ Marritt-Alers / Giese 2013; Eberez 2010; Kampeter 2008; Harvie / Lee 2003. Aktuelle Entwicklungen weisen gar auf ein zweites Wunder dieser Art hin (Kharas et al. 2014; Kim 2013).

²⁴ Schneidewind 2013; Eberez 2010; Kampeter 2008.

²⁵ Paradoxerweise lässt sich für Nordkorea genau die gegenteilige Entwicklung konstatieren (für eine ausführliche Auseinandersetzung siehe u. a. Köllner / Kern 2005).

²⁶ Vgl. OECD 2014a.

²⁷ Gemessen am sogenannten Fortschrittsindex In: Bergheim 2013.

²⁸ Bergheim 2013; Bergheim 2011; Bergheim 2010.

²⁹ Lee 2007; Cho 2001.

³⁰ Cho 1999.

³¹ Lee 2007, S. 5.

³² Berger 1986, S. 45.

auch dieser Aspekt einen gewichtigen Einfluss auf die interessierenden Veränderungen dar. Dabei sind die Folgen der beschleunigten und höchst intensiven Umwälzungen für die Gesundheitsstruktur Südkoreas nur schwer abzuschätzen. Zwar kann von gewissen strukturellen Ähnlichkeiten zum Verlauf in westlichen Industrieländern ausgegangen werden. Auf demografischer Ebene beispielsweise, wird sich das Niveau der Veränderungen in den kommenden Jahren immens anheben, was speziell anhand der Baby-Boom-Generationen der 1950er und 1960er Jahre auszumachen ist. Hinzu kommen weiter sinkende Geburtenraten. Die Folgen für die Gesundheitsstruktur könnten hierbei ungeahnte Ausmaße annehmen.³³

Derartige Zusammenhänge erfahren in Südkorea gegenwärtig eine zunehmende, institutionsübergreifende Aufmerksamkeit.³⁴ Das nationale Forschungsinteresse gilt dabei insbesondere den demografischen Entwicklungen und damit verbundenen, ebenübergreifenden Konsequenzen. Indes wird kaum auf ganzheitliche Zusammenhänge – im Speziellen den Zusammenhang mit der unglaublichen Entwicklungsdynamik Südkoreas – eingegangen. Nicht zuletzt deshalb wird sich in der vorliegenden Forschungsarbeit dem Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit, stellvertretend durch die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea, gewidmet. Ferner bleibt zu erwähnen, dass die vorliegende Auseinandersetzung sowohl eine multiperspektivische, als auch disziplinübergreifende und nicht zuletzt auch kritische Betrachtung aller Wirkungszusammenhänge erfordert.

Zum Aufbau der Arbeit

Der erste inhaltliche Abschnitt teilt sich in drei Kapitel und umfasst vor allem eine ausführliche Auseinandersetzung zum Hintergrund der Arbeit. Hierzu gehören zunächst eine Darstellung der Untersuchungsziele, die Vorstellung darauf aufbauender Forschungsfragestellungen und nicht zuletzt auch die notwendige Eingrenzung des Forschungsgegenstandes. Daran knüpft eine Darlegung der gesundheitswissenschaftlichen Relevanz des Themas an. Hierbei geht es vor allem auch um eine inhaltliche Verknüpfung der Hauptthemenkomplexe dieser Arbeit. Der Hintergrundteil schließt mit einer allgemeinen Einführung in den Begriff der Modernisierung sowie eine grundlegende Auseinandersetzung mit zentralen (modernisierungs-) soziologischen Lehnwörter dieser Arbeit. Dieses Kapitel dient vor allem der Bildung eines adäquaten terminologischen Fundaments, was über die gesundheitswissenschaftliche Perspektive hinausgeht und den disziplinübergreifenden Charakter dieser Arbeit zusätzlich unterstreicht.

³³ Lee 2007.

³⁴ Ebd.

Der zweite inhaltliche Sinnabschnitt widmet sich der theoretischen Vertiefung, mit dem übergeordneten Ziel forschungsleitende Ansätze zu identifizieren. Hierbei gilt es insbesondere die wechselseitigen Beziehungen zwischen Modernisierung und Mortalität theoretisch aufzuarbeiten und zu stützen. Vorliegend wird davon ausgegangen, dass ein Verständnis über alle in dieser Arbeit zu erarbeitenden Zusammenhänge nur mit Hilfe eines adäquaten theoretischen Fundamentes erreicht werden kann. Zum Schluss steht die Interpretation und Modellierung der erarbeiteten theoretischen Zusammenhänge, wobei ein eigenständig erarbeitetes Rahmenmodell entwickelt werden soll. Die theoretische Rahmenbildung dient schließlich auch der reflektierten Betrachtung der weiteren Ergebnisse.

Aufbauend darauf werden im nächsten Abschnitt die zentralen kontextspezifischen und empirischen Rahmenbedingungen in Südkorea sowie in Bezug auf die Hauptthemenkomplexe dieser Arbeit erarbeitet. Dazu gehört natürlich auch die Erfassung des Forschungsstandes. Allerdings sollen an dieser Stelle nicht allein nur bereits bekannte Forschungsaspekte wiedergegeben werden. Gleichzeitig erfolgt bereits an dieser Stelle eine ergebnisorientierte Auseinandersetzung zum Zusammenhang zwischen Mortalität und Modernisierung. Hierzu gehört unter anderem die Beantwortung der Frage, was man in Südkorea in Bezug auf die zentralen Säulen der Arbeit findet, bzw. wo sich Südkorea in Bezug auf die zentralen Säulen dieser Arbeit ansiedelt, und wie sich der Einfluss der Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea anhand einer rein theoretischen Auseinandersetzung damit beurteilen lässt. Zwar wird den Fragestellungen dieser Arbeit auch mit einer empirischen Analyse begegnet, allerdings ist nicht davon auszugehen, dass allein nur die empirische Auseinandersetzung zur Bearbeitung der Problemstellung genügt. Das zu leisten vermag nur eine Verknüpfung inhaltstheoretischer und empirischer Sachverhalte.³⁵

Bereits in diesem Abschnitt also sollen wesentliche Zusammenhänge zwischen Modernisierung und Gesundheit, vertreten durch die Sterblichkeitsentwicklung, erarbeitet werden. Diese werden sodann und soweit es die Datenlage zulässt empirisch untersucht. Die Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsobjekt soll also sowohl in Form einer theoretischen, also auch in Form einer empirischen Auseinandersetzung erfolgen, wobei die empirische Auseinandersetzung an gewisse Limitationen gebunden ist.

³⁵ Vgl. hierzu die Ausführungen von Backhaus et al. 2016, wonach für die abschließende Bewertung empirischer Ergebnisse außerstatistisches Wissen, d. h. theoretische und sachlogische Überlegungen benötigt (Backhaus et al. 2016, S. 65). Und vorliegend sei unterstellt, dass je komplexer der Sachverhalt, desto intensiver, bzw. umso umfangreicher die Auseinandersetzung mit solchen Überlegungen.

Mit dem nächsten Sinnabschnitt, der die Kapitel sechs und sieben umfasst, beginnt die empirische Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand. Hier geht es vor allem darum eine statistische Methode zur Erfassung des Zusammenhanges zwischen Modernisierung und Mortalität zu entwickeln und zu erproben. Fokussiert wird zunächst das methodische Vorgehen. Hierbei wird nicht nur auf das zugrunde liegende Datenmaterial und auf eine geeignete Analyseverfahren eingegangen, sondern auch auf alle damit verbundenen Arbeitsschritte. Die empirischen Vertiefung bzw. die Präsentation und Interpretation der Ergebnisse knüpft direkt daran an. Hierbei sollen nicht allein nur die Ergebnisse vorgestellt werden. Analog dazu erfolgt auch die inhaltliche Bewertung und Diskussion der empirischen Analysen.

Im letzten inhaltlichen Abschnitt der Arbeit erfolgt zunächst eine kurze Synthese der theoretisch, inhaltlich und empirisch erarbeiteten Zusammenhänge zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea. Zur Orientierung wird das zuvor erarbeitete theoretische Modell zu den Hauptthemenkomplexen dieser Arbeit herangezogen. Damit sollen schließlich auch die Forschungsfragestellungen abschließend beantwortet werden. Die Arbeit endet sodann mit einer Schlussbetrachtung, was neben einer abschließenden Diskussion und kritischen Reflexion u. a. auch Empfehlungen für das weitere Vorgehen umfasst. Letzteres schließt neben methodischen und theoretischen Überlegungen vor allem Empfehlungen auf disziplinübergreifender Ebene ein.

1. Ziele der Untersuchung und Forschungsfragestellung

Im Fokus der vorliegenden Ausarbeitung steht die Erfassung eines Zusammenhangs zwischen modernisierungsbedingten Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit in Südkorea. Gesundheit wird vorliegend anhand von Veränderungen in Mortalität identifiziert und interpretiert. Zwar gilt es hierbei u. a. zu berücksichtigen, dass „(...) eine Todesursache vielleicht nur am Ende eines ganzen Krankheitskomplexes stand.“³⁶ Muster der Morbidität sollen und können vorliegend allerdings nur grundlegend behandelt werden. Denn das zentrale Ziel dieser Arbeit ist es zu ergründen, welchen Einfluss die Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea hat.³⁷

Ebenfalls soll ermittelt werden, welchen Stellenwert die kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea einnehmen, und welche Größen für oder gegen eine Entwicklung ähnlich der in der „westlichen Welt“ sprechen. Zwar soll sich dem Untersuchungsziel auch unter Berücksichtigung modernisierungsbedingter Transformationen anderer Industrienationen angenähert werden, im Vordergrund aber stehen die Entwicklungen in Südkorea. Es gilt also den Forschungsstand zu den Einflüssen auf die Sterblichkeitsentwicklung am Beispiel Südkorea zu erfassen und unter dem Aspekt der Modernisierung sowie unter Berücksichtigung kontextspezifischer Rahmenbedingungen zu analysieren, zu diskutieren, und den allgemeinen Diskurs um entsprechende Aussagen zu ergänzen.

Den Zielen und Fragestellungen soll mithilfe einer inhaltstheoretischen und empirischen Herangehensweise begegnet werden. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Annäherung an den Untersuchungsgegenstand zwar aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive erfolgt, hierbei aber der disziplinübergreifende Charakter dieser Wissenschaft besonders hervorgehoben werden soll. Das gründet darauf, dass der Untersuchungsgegenstand ein komplexes Gefüge aus vielen, untrennbar miteinander vernetzten Faktoren darstellt, was eine differenzierte, aber auch multiperspektivische Herangehensweise erforderlich macht. Und das betrifft insbesondere die Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen in Südkorea, im speziellen bezogen auf die Modernisierung des Landes. Und hierunter subsumiert sich eine Vielzahl an individuellen Faktoren, die es für ein ganzheitliches Verständnis unbedingt zu berücksichtigen gilt.³⁸ Zeit-Raum spezifische Entwicklungen bilden hierbei also die Diskussionsbasis. Dabei sei der Modernisierung weder ein negativer noch positiver Einfluss unterstellt. Ferner hängen nicht unbedingt alle Entwicklungen der Mortalität von modernisierungsbedingten Veränderungen entsprechender Einflussgrößen ab.³⁹ In jedem

³⁶ Kramer 2014, S. 167.

³⁷ Kramer 2014, S. 167.

³⁸ Vgl. Schneider 2002, S. 27.

³⁹ Ebd., S. 143.

1. Ziele der Untersuchung und Forschungsfragestellung

Fall gilt es die kontextspezifischen Rahmenbedingungen Südkoreas einer gründlichen Prüfung zu unterziehen, was im Folgenden weiter ausgeführt werden soll und schließlich auch zu den Forschungsfragestellungen dieser Arbeit führt.

Unter Modernisierung subsumiert sich eine Vielzahl an ebenenübergreifenden Prozessen und Konsequenzen. Entsprechend groß ist daher auch der Pool an theoretischen Konzeptionen.⁴⁰ Schließlich haben Modernisierung und deren Prozesse strukturelle, kulturelle, psychische und physische Veränderungen zur Folge.⁴¹ Darunter fallen u. a. Konsequenzen auf Ebene der Gesundheits- und Bevölkerungsstruktur, wenn man von einem ambivalenten Zusammenhang ausgeht.⁴² In jedem Fall ist von komplexen Wechselwirkungen auszugehen. Um welche Wechselwirkungen zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung es sich dabei genau handelt, steht im Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit. Die modernisierungsbedingten Entwicklungen in Südkorea haben hierbei einen erklärenden Charakter. Mortalität sei somit als abhängige Variable definiert. Gleichwohl ist Modernisierung im gewissen Maße auch abhängig von Entwicklungen der Mortalität, z. B. bei der Umsetzung eines Gesundheitssystems oder entsprechender Versorgungsstrukturen auf Basis von Mustern der Bevölkerungsgesundheit. Die Analyse dessen ist hier aber zweitrangig. Tatsächlich bildet die Thematik vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Einflussgrößen eine inhaltliche Herausforderung. Nicht zuletzt deshalb gilt es den Untersuchungsgegenstand zunächst noch weiter einzugrenzen. Somit richtet sich das Hauptaugenmerk vor allem auch auf modernisierungsbedingte Einflussgrößen, die sich am Beispiel Südkoreas, also inhaltlich, deutlich von denen anderer Länder unterscheiden lassen.

Unter Berücksichtigung der genannten Forschungsziele und der angedeuteten Herangehensweise, kann schließlich die folgende Hauptforschungsfragestellung generiert werden:

Welche Auswirkungen haben die durch Modernisierung veränderten, kontextspezifischen Rahmenbedingungen auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea?

Wie erwähnt sollen hierzu die Ursachen und Konsequenzen von Modernisierung und vor allem der modernisierungsbedingten Veränderungsprozesse aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht untersucht werden. Die Hauptfragestellung schließt allerdings nicht nur die Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen der Hauptthemenkomplexe Mortalität und Modernisierung ein. Hinsichtlich dessen muss ein detaillierter Einblick in die Raum-Zeit spezifischen

⁴⁰ Siehe Kap. 3 & 4.

⁴¹ Loo / Reijen 1992.

⁴² Siehe Kap. 4 & 5.

1. Ziele der Untersuchung und Forschungsfragestellung

Entwicklungen in Südkorea gewährleistet werden. Es gilt entwicklungstypische Merkmale bzw. kontextspezifische Rahmenbedingungen zu identifizieren und auf Besonderheiten aufmerksam zu machen. Daraus ergeben sich die ersten beiden Unterfragestellungen der Arbeit:

Was sind die kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea?

und

Wie haben sich die kontextspezifischen Rahmenbedingungen im Zuge der Modernisierung in Südkorea verändert?

Diese intensive Auseinandersetzung mit den kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea bildet nicht nur den Rahmen für die theoretische Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand. Zugleich sei es die Grundlage für die Beantwortung der nächsten Unterfragestellung:

Wie ist der Einfluss der durch Modernisierung veränderten, kontextspezifischen Rahmenbedingungen auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea ausgeprägt?

Um ferner auch Aussagen über die Vergleichbarkeit modernisierungsbedingter Entwicklungen in Südkorea mit denen der anderen Industrienationen treffen zu können, müssen entsprechende Parallelen und Unterschiede diskutiert werden. Es davon ausgegangen werden, dass nicht nur die Rahmenbedingungen Südkoreas gänzlich andere sind, als im Rest der Welt, sondern dass andere Rahmenbedingungen grundsätzlich auch zu anderen Auswirkungen auf die Gesundheit führen. Hieraus ergibt sich schließlich die letzte Unterfragestellung:

Was spricht für eine dem Westen ähnliche Entwicklung und was spricht dagegen?

Fernerer Ziel der Arbeit ist die gesundheitswissenschaftliche Perspektive um neue Erkenntnisse zu erweitern sowie um disziplinübergreifende Aspekte zu ergänzen. Dabei wird im Rahmen der Möglichkeiten auch an die aktuelle Forschung in und für Südkorea angeknüpft.

Den Zielen und Fragestellungen soll in Form eines inhaltstheoretischen und empirischen Herangehens begegnet werden. Ferner der Hinweis, dass vorliegend natürlich nicht alle zusammenhängenden Faktoren und Aspekte einer genauen Prüfung unterzogen werden können. Es geht vielmehr um die Extraktion eines ganzheitlichen Zusammenhangs mit dem Ziel ein höheres Maß an Verstehbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Wechselwirkungen, die zwischen den Hauptthemenkomplexen bestehen, am Beispiel Südkorea zu schaffen.

2. Zur gesundheitswissenschaftlichen Relevanz des Themas

Die Auseinandersetzung mit den Grundlagen dieser Arbeit erfordert neben der Behandlung zentraler inhaltlicher und empirischer Rahmenbedingungen zunächst auch die Darstellung der wissenschaftlichen Relevanz des Themas. Hierbei geht es um die Beantwortung der Frage, wodurch die Eingliederung des Themas in die Gesundheitswissenschaften legitimiert wird. Ferner bedarf es einer adäquaten Begriffsbestimmung von Public Health, „adäquat“ in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand. Hierbei müssen auch die Beziehungen zwischen den Hauptthemenkomplexen verdeutlicht werden. Eine Auseinandersetzung mit gewissen Grundlagen ist damit unvermeidlich, vor allem auch um den disziplinübergreifenden Charakter von Public Health herauszustellen, was die vorliegende Auseinandersetzung überhaupt erst ermöglicht. Hierzu gilt es inhaltliche Merkmale und Grundsätze in einen eindeutigen Zusammenhang mit der Problemstellung zu stellen. Die aufgeführten Arbeitsschritte tragen wesentlich zur Relevanz des Themas bei und dienen darüber hinaus auch als eine Grundlage für die theoretische und empirische Auseinandersetzung. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass nachstehend vor allem nur solche Aspekte eruiert werden, die eine eindeutige Basis für die weitere Diskussion bilden. Für eine allumfassende Auseinandersetzung mit Public Health sei auf einschlägige Literatur verwiesen.⁴³

Das Problem der Bestimmung einer adäquaten Kern- und Arbeitsdefinition von Public Health

Die Bestimmung einer in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand adäquaten Kern- und Arbeitsdefinition erweist sich als schwierig. Das Problem intensiviert sich unter Heranziehung von Disziplinen wie der soziologischen Modernisierungsforschung. Erschwerend kommt hinzu, dass sich in der Literatur eine Vielzahl an Deutungsansätzen findet, die teils auch starke regionale Unterschiede aufweisen. Public Health fokussiert gesundheitliche Entwicklungen auf Bevölkerungs- und nicht Individualebene, und hat vor allem präventive Maßnahmen zum Inhalt.⁴⁴ Die Multidisziplin steht dabei weder im Konflikt noch im Gegensatz zu individuellen Ansätzen, sondern „ergänzt (...) und integriert diese Sichtweisen in eine größere, übergeordnete Perspektive“.⁴⁵ Eine von mehreren Charakteristika, der sich sowohl bei der Annäherung an die Relevanz des vorliegenden Themas, als auch bei der Bestimmung einer adäquaten Kern- und Arbeitsdefinition von Public Health bedient werden soll.

⁴³ Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Public Health Begriff sowie insbesondere auch der deutschen Tradition siehe u. a. Egger / Razum 2012; Hurrelmann / Razum 2012; Flick 2002; Kolip 2002.

⁴⁴ Vgl. Breckenkamp 2010, S. 13; Stollberg 2001, S. 63.

⁴⁵ Kälble 2007, S. 219.

2. Zur gesundheitswissenschaftlichen Relevanz des Themas

Zunächst einmal sei unterstellt, dass eine Definition zumeist vorläufiger Natur ist und damit zu jeder Zeit veränderbar, vorausgesetzt es stehen neue Erkenntnisse zur Verfügung. Natürlich ist diese Annahme stark abhängig von der Disziplin auf die man sie anwendet. Bei stark disziplinübergreifenden Professionen aber wäre es denkbar, dass dieses Prinzip im größeren Maße zutrifft. Was Public Health anbetrifft, sieht man sich im Laufe des 20ten Jhd. einer weltweiten Zunahme an neuen gesundheitssystemspezifischen Problemen und Herausforderungen gegenübergestellt,⁴⁶ sodass eine rein epidemiologische Sichtweise von Public Health oder ein Fokus auf unterversorgte und benachteiligte Bevölkerungsteile nicht mehr zeitgemäß ist.⁴⁷ Das daraus resultierende moderne Verständnis von Public Health geht auf die sog. *New Public Health-Bewegung* der 80er Jahre zurück („New Public Health Movement“).⁴⁸ New Public Health stellt in diesem Kontext keine Neuerfindung dieser Disziplin dar, sondern muss als Weiterentwicklung traditioneller Inhalte verstanden werden.⁴⁹ Wesentliches Merkmal ist eine Erweiterung der methodisch-organisatorischen Basis⁵⁰, gekennzeichnet durch ausgebauten Anwendungsgebiete bzw. Aufgabenfelder und Adressatenkreise, sowie eine stark multidimensionale und multidisziplinäre Neuorientierung.⁵¹ Die nachstehende Tabelle (Tab.1) verdeutlicht die soeben beschriebene Evolution.

Tab. 1: Disziplinäre Entwicklung und Adressaten von Public Health

Anwendungsgebiete von „Old“ Public Health (Adressaten: Gesundheitlich unterversorgte Bevölkerungsgruppen)	Anwendungsgebiete von „New“ Public Health (Adressaten: Alle Bevölkerungsgruppen)
<ul style="list-style-type: none">- Epidemiologie (Kerndisziplin)- Hygiene- Mikrobiologie- Prävention	<ul style="list-style-type: none">- Epidemiologie (Kerndisziplin)- Sozialhygiene- Umwelthygiene- Prävention- Gesundheitssystemforschung- Versorgungsforschung

(Quelle: In Anlehnung an Hurrelmann / Razum 2012, S. 21)

⁴⁶ Vgl. Egger / Razum 2012, S. 6f.; Franzkowiak 2003, S. 121f.

⁴⁷ Franzkowiak (2003), S. 121f.

⁴⁸ Hurrelmann / Razum 2012, S. 17f. Siehe auch WHO 1986, S. 1. Auch New Public Health hat ihren Ursprung in den USA. In der BRD orientiert(e) man sich sowohl am alten als auch am neuen US-amerikanischen Konzept (Hurrelmann et al. 2012, S. 20f).

⁴⁹ Flick 2002, S. 3ff.

⁵⁰ Hurrelmann et al. 2012, S. 20f.

⁵¹ Egger / Razum 2012, S. 13f; Franzkowiak 2003, S. 122. Speziell zu den neuen Anwendungsfeldern der Gesundheitswissenschaften siehe u. a. Bormann 2012, S. 113-218.

2. Zur gesundheitswissenschaftlichen Relevanz des Themas

Diese Weiterentwicklung bzw. multidimensionale und multidisziplinäre Neuorientierung sei nicht nur Grundlage, sondern auch Begründung für Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Untersuchungsgegenstand im Kontext von Public Health. Gleichwohl erleichtert es den Versuch einer adäquaten Begriffsbestimmung. Allerdings gilt es hierfür auf noch weitere Charakteristika einzugehen sowie die Zusammenhänge zwischen den Disziplinen Public Health, Bevölkerungssoziologie und der soziologischen Modernisierungsforschung hervorzuheben.

Zum disziplinübergreifenden Charakter von Public Health

Wie erwähnt hat sich mit der Weiterentwicklung von Public Health auch der disziplinäre Blickwinkel deutlich erweitert. Dieser Schritt war nicht zuletzt vor dem Hintergrund der verschiedensten Einflussfaktoren bzw. Determinanten von Gesundheit notwendig. Entsprechend groß ist auch der Pool an Disziplinen und Methoden. Die nachstehende Tabelle (Tab. 2) fasst hierzu die fachlichen Einzeldisziplinen von Public Health zusammen, mit Ausweisung der jeweiligen methodischen Kernbereiche. Weiterhin demonstriert die durchlässige Linie, dass alle Bereiche miteinander zusammenhängen bzw. voneinander abhängen. Hierbei muss beachtet werden, dass die Liste der Einzeldisziplinen zu jeder Zeit ergänz- und erweiterbar ist.⁵² Disziplinen wie die Demografie und Sozialwissenschaft sind allerdings ein fester und unumstößlicher Bestandteil von Public Health.⁵³

Tab. 2: Zentrale Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften

Medizinisch-naturwissenschaftliches Paradigma	Sozial-verhaltenswissenschaftliches Paradigma
<ul style="list-style-type: none">– <u>Epidemiologie/Demografie (Kernbereich)</u>– Verhaltens- und Sozialmedizin– Psychiatrie und Neurologie– Human- und Biomedizin– Arbeits- und Umweltmedizin	<ul style="list-style-type: none">– <u>Empirische Sozialforschung (Kernbereich)</u>– Gesundheitspsychologie und Erziehung– Medizinsoziologie und Gesundheitspolitik– Gesundheitsökonomie– Organisations- und Managementwissenschaften

(Quelle: In Anlehnung an Hurrelmann / Razum 2012, S. 32)

⁵² Egger / Razum 2012, S. 14; Kolip 2002, S. 16f. Dieses bezeichnende Merkmal sowie die bedeutende Stellung der Sozialwissenschaften in Public Health erleichtern die Eingliederung der soziologischen Modernisierungsforschung in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs erheblich.

⁵³ Vgl. hierzu Egger / Razum 2012, S. 13f & 52f, 78f; Schwartz et al. 2012; Killewo et al. 2010; Badura / Knesebeck 2012, S. 187f; Ulrich 2012, S. 32ff & 187ff & 323ff; Kolip 2002, S. 53f.

2.1 Determinanten von Gesundheit und im Zusammenhang mit den Hauptthemenkomplexen

Die Vielfalt der zentralen Einzeldisziplinen von Public Health bietet an in zwei Paradigmen zu unterscheiden: das Medizinisch-naturwissenschaftliche Paradigma und das Sozialverhaltenswissenschaftliche Paradigma.⁵⁴ Darunter wird „(...) *eine Vielzahl von Gegenstandsbereichen und Umsetzungsfeldern wissenschaftlich bearbeitet*“⁵⁵. Dabei gelten u. a. die vorliegend zentralisierte Demografie und Sozialwissenschaft nicht nur als fachliche, sondern auch als methodische Kernbereiche des disziplinübergreifenden Fachs.⁵⁶ Zudem bedient sich Public Health unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Methoden verschiedener fachlicher Traditionen zum Zweck einer adäquaten, empirischen Auseinandersetzung vielfältiger Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit auf Bevölkerungs- und Systemebene.⁵⁷ Damit wäre eine weitere Charakteristik benannt, der sich vorliegend bedient werden soll. Denn was die vorliegende Ausarbeitung anbetrifft, steht mit der Modernisierung in Südkoreas ein stark regionaler Bezug im Vordergrund. Und in der Summe geht es um den Einfluss Zeit-Raum spezifischer Entwicklung auf die Mortalität. Aus einem selbsterklärenden Zusammenhang heraus kann diesem Forschungsgegenstand nicht allein nur mit einer Methode begegnet werden, sondern es müssen unterschiedliche Wege der Annäherung eingeschlagen werden. So spielen vorliegend viele unterschiedliche direkte und indirekte Faktoren eine Rolle, die bspw. nicht allein nur empirisch erarbeitet werden können. Eine vergleichende Auseinandersetzung zu den Determinanten von Gesundheit, den Determinanten von Mortalität und denen der Modernisierung, verdeutlicht diesen Gesichtspunkt. Gleichzeitig geht es um eine inhaltstheoretische Verknüpfung von Public Health und Modernisierungsforschung, und damit auch die Begründung zur Erarbeitung eines Gesamtzusammenhangs.

2.1 Determinanten von Gesundheit und im Zusammenhang mit den Hauptthemenkomplexen

Der disziplinübergreifende Charakter von Public Health ist also einer der Kernaspekte im Zusammenhang mit der gesundheitswissenschaftlichen Relevanz des Themas. Dabei soll zu den bereits etablierten Disziplinen von Public Health nunmehr auch die Rolle der soziologischen Modernisierungsforschung identifiziert, bzw. eindeutig im Kontext Public Health verortet werden. Eine gute Möglichkeit hierfür bietet eine Auseinandersetzung mit den Determinanten von Gesundheit, ohne allerdings bereits an dieser Stelle auf tiefere inhaltliche Aspekte sowie ganzheitliche Wirkungszusammenhänge eingehen zu wollen, um Redundanzen

⁵⁴ Egger / Razum 2012, S. 13; Hurrelmann et al. 2012, S. 32.

⁵⁵ Franzkowiak 2003, S. 124. Eine Übersicht zu den Gegenstandsbereichen findet sich bei Ebd., S. 124.

⁵⁶ Egger / Razum 2012, S. 13.

⁵⁷ Speziell zu den fachlichen und methodischen Einzeldisziplinen siehe Bormann 2012, S. 47-111; Egger / Razum 2012, S. 13f; Tulchinsky / Varavikova 2010, S. 31; Hurrelmann et al. 2012, S. 32f.

2.1 Determinanten von Gesundheit und im Zusammenhang mit den Hauptthemenkomplexen

bei späteren Ausführungen zu vermeiden.⁵⁸ Tatsächlich existieren hierzu mehrere Modelle, die zwar in ihrem inhaltlichen Schwerpunkt variieren, insgesamt aber sehr ähnlich zueinander sind, was scheinbar auch an der gemeinsamen Orientierung liegt. Die nachstehende Abbildung (Abb. 1) zeigt hierzu ein sehr verbreitetes, häufig zitiertes und an sich selbsterklärendes Konzept zu den einander bedingenden Determinanten von Gesundheit.⁵⁹

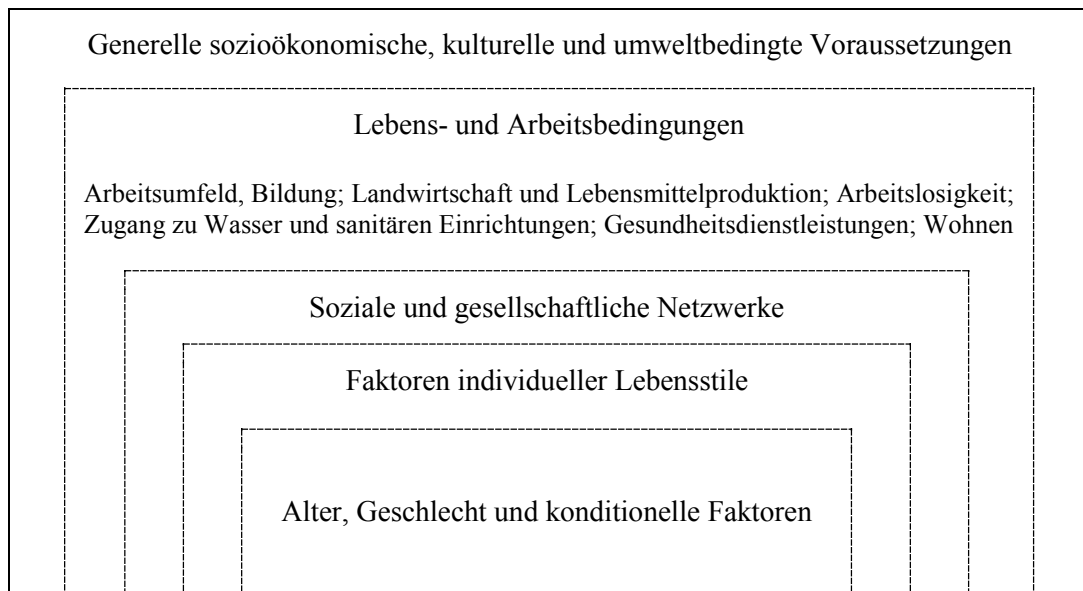


Abb. 1: Hauptdeterminanten von Gesundheit (Quelle: Aus dem Englischen in Anlehnung an Dahlgren / Whitehead 1993 In: Dahlgren / Whitehead 2007, S. 20)

Das vorangestellte Modell sowie die dazugehörigen Ausführungen ermöglichen nicht nur einen Einblick in die Vielzahl der Einflüsse, die es im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen gilt.⁶⁰ Bezeichnend ist vor allem auch die Kategorisierung und damit Abgrenzung der Vielzahl an Determinanten. Hierbei wird in fünf voneinander abhängige Ebenen unterschieden: (generelle) sozioökonomische, kulturelle und umweltbedingte Konditionen; Lebens- und Arbeitsumfeld; Soziales Umfeld; Individueller Lebensstil; Unbeeinflussbare Faktoren (Alter, Geschlecht, genetische Faktoren etc.). Entscheidend dabei ist die Interaktion aller Ebenen bzw. Einflussfaktoren von der die Gesundheit der Bevölkerung sowie jedes Einzelnen determiniert wird.⁶¹ Weiterhin werden bereits dadurch inhaltliche Überschneidungen zur Modernisierung bzw. mit den damit einhergehenden Prozessen deutlich. In jeden Fall aber können die Gesundheitsdeterminanten nunmehr auch in bezeichnende Ebenen unterschieden werden.⁶²

⁵⁸ Was dem weiteren Vorgehen einerseits zu weit vorweggreifen würde und andererseits den inhaltlichen Rahmen der Auseinandersetzung zur gesundheitswissenschaftlichen Relevanz überdehnen würde.

⁵⁹ Anhand der durchlässigen Linien sei der gegenseitige und aufeinander aufbauende Einfluss verdeutlicht.

⁶⁰ Für eine ausführliche Auseinandersetzung siehe Dahlgren / Whitehead 2007, S. 20ff.

⁶¹ Novick / Morrow 2008, S. 17; Dahlgren / Dahlgren / Whitehead 2007, S. 20ff.

⁶² Vgl. hierzu auch WHO 2014.

2.1 Determinanten von Gesundheit und im Zusammenhang mit den Hauptthemenkomplexen

In diesem Zusammenhang verweist die WHO darauf, dass der Gesundheitsstatus stark von den Lebensumständen determiniert ist. Weiterhin heißt es, dass viele der Determinanten nicht in direkter Weise von Individuen gesteuert werden können.⁶³ Solche nur schlecht steuerbaren Determinanten sind neben den genannten drei Ebenen u. a. wirtschaftliche Verhältnisse und sozialer Status; Bildung; physische Umwelt; soziale Unterstützung und Netzwerke; genetische Faktoren; Gesundheitsservice; Geschlecht.⁶⁴ Sonach also nicht nur horizontal strukturierende Einflussgrößen, sondern auch vertikal strukturierende Faktoren. Besonders komplex und herausfordernd sei dabei die Diskussion um die sozialen Determinanten von Gesundheit. Die wissenschaftliche Evidenz hierzu wird immer wieder erneuert, erweitert und verstärkt.⁶⁵

Auch anhand anderer bekannter und relevanter Konzepte, Ansätze und Modelle, wie dem *Salutogenese-Modell* nach Aaron Antonovsky⁶⁶, dem *Mandala-Modell der Gesundheit* nach Trevor Hancock⁶⁷ oder dem *Sozialtheoretische-Gesundheitsmodell* nach Klaus Hurrelmann⁶⁸, lassen sich nicht nur determinierende Größen aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven heraus zusammenfassen. Mithilfe dessen können schließlich auch eindeutige Bezüge zu Bevölkerungs- sowie Modernisierungsprozessen hergestellt werden. Zudem gilt, dass Gesundheit nicht nur abhängig von entsprechenden Determinanten ist, sondern auch vom Wandel dieser Determinanten im Laufe der Zeit. Und aus einem selbsterklärenden Kontext heraus wird dieser Wandel durch ebenübergreifende Veränderungsprozesse – so wie sie durch Modernisierung ausgelöst werden – bedingt, was schließlich auch einer der Gründe ist, warum der Prozess der Modernisierung mit all seinen Teilkomponenten als ambivalent in seinen Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen bezeichnet werden kann.⁶⁹ Die Ambivalenz äußert sich vor allem dadurch, dass je nach Raum-Zeit-Bezug von anderen Mustern in der Entwicklung von Mortalität auszugehen ist. Ferner bedeutet es, dass nicht nur sog. harte, sondern auch weiche Faktoren⁷⁰ im Zusammenhang mit Modernisierung und Gesundheit diskutiert werden müssen. Das sog. Modell zu den Bedingungsfaktoren des Gesundheits- und Krankheitszustandes liefert hierzu einen ersten Hinweis, um welche vielschichtigen Faktoren es sich auch im weitesten Sinne handelt (vgl. Tab. 3, S. 17). Hierzu wird zunächst in drei höchst relevante Faktorengruppen unterschieden, wobei sich diese nicht nur untereinander bedingen

⁶³ Ebd.

⁶⁴ Ebd.

⁶⁵ Tsouros 2003, S. 5. Zu diesem Kontext findet sich u. a. bei Lloyd Novick & Cynthia Morrow auch eine gute, wenn auch nicht vollständige – da zu jeder Zeit ergänz- und erweiterbare – Übersicht zu den einzelnen Gesundheitsdeterminanten (siehe hierzu Novick / Morrow 2008, S. 17).

⁶⁶ Antonovsky 1987; Antonovsky 1979.

⁶⁷ Hancock 1990, S: 129ff.

⁶⁸ Hurrelmann 1988.

⁶⁹ Vgl. Trojan / Legewie 2001, S. 126

⁷⁰ Angelehnt an den Wortgebrauch innerhalb der Wirtschaftswissenschaften.

2.1.1 Gesundheit und Mortalität

(durchlässige Linien), sondern erst in Ihrer Summe den Gesundheitsstatus der Bevölkerung beeinflussen. Hiermit wird nicht nur die Tragweite gesundheitsdeterminierender Faktoren deutlich, sondern es wird auch ein selbsterklärender Zusammenhang zur Modernisierung sichtbar, und im Kontext von gesellschaftlichen Aspekten. Das ursprüngliche Modell selbst soll an dieser Stelle nicht weiter interpretiert werden, wenngleich einige der aufgeführten Faktoren bereits jetzt auf das Beispiel Südkorea angewandt werden könnten. Zunächst aber gilt es die bisher erarbeiteten Inhalte auf die Hauptthemenkomplexe der Arbeit anzuwenden und sodann zu einer adäquaten Arbeitsdefinition von Public Health zu reduzieren.

Tab. 3: Bedingungsfaktoren des Gesundheitsstatus der Bevölkerung

Verhältnisfaktoren	personale Faktoren	Verhaltensfaktoren
- sozioökonomischer Status - Bildungsangebote - wirtschaftliche Verhältnisse - Arbeitsbedingungen - politische Stabilität - Wohnverhältnisse - Verkehrssicherheit - Umweltbelastungen - Luft-, Wasser- und Bodenqualität - Hygienebedingungen - Freizeitmöglichkeiten - Qualität der Versorgungsangebote - Zugangsmöglichkeiten zu Versorgungsangeboten	- genetische Disposition - körperliche Konstitution - psychische Konstitution - Behinderungen - ethnische Herkunft	- Essgewohnheiten - körperliche Aktivität - psychische Regulation - Tabak- und Alkoholkonsum - Drogenkonsum - Sexualverhalten - Hygieneverhalten - Selbstvertrauen - Bewältigungskompetenzen - Vorsorgeverhalten - Gesundheitsbewusstsein und -verhalten - Information über Krankheiten

(Quelle: In Anlehnung an Hurrelmann / Richter 2013, S. 24)

2.1.1 Gesundheit und Mortalität

Mortalität gilt als unverzichtbare demografische Prozessgröße im Zusammenhang mit der Messung von Gesundheit auf Bevölkerungsebene, und eine der am häufigsten verwendeten Sterblichkeitsziffern in diesem Zusammenhang ist die mittlere Lebenserwartung.⁷¹ Wenn diese steigt, kann u. a. von einem Wandel der Lebensbedingungen bedingt durch gesellschaftliche Modernisierungsprozesse ausgegangen werden.⁷² Demnach sind mortalitätsinduzierte Transformationen von gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen bedingt.⁷³ Ist also vom Wandel der Mortalität die Rede, sollten immer auch die dazugehörigen multidimensionalen, modernisierungsbedingten Umwandlungsprozesse berücksichtigt werden, inklusive kontextspezifischer Aspekte. Ein Blick auf die Determinanten von Mortalität verdeutlicht aber nicht nur die soeben angedeuteten umfassenden Beziehungen. Ebenfalls manifestiert sich dadurch der Zusammenhang zwischen den hier im Vordergrund stehenden Hauptthemenkomplexen.

⁷¹ GBE Bund 1998.

⁷² Höpflinger 2012; Schimany 2003; GBE Bund 1998.

⁷³ Höpflinger 2012; siehe auch Kap. 4.4.4.

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass mit Beginn des Industriezeitalters auch die Abnahme der Sterblichkeit bzw. ein Anstieg der Lebenserwartung festzustellen ist. Diese Entwicklungen können – mit moderaten zeitlichen Verschiebungen – für alle entwickelten Länder beobachtet werden.⁷⁴ Relevante Faktoren hierbei sind agrarkulturelle Produktionssteigerungen und verbesserte Ernährung; wirtschaftliches Wachstum und höheres pro Kopf Einkommen; verbesserte Hygiene und medizinische Versorgung; Public Health Maßnahmen etc.⁷⁵ Auf Individualebene spielen vor allem auch der sozioökonomische Status und damit Faktoren wie Edukation; das soziale Umfeld etc. eine wichtige Rolle.⁷⁶ Ferner lässt sich die Vielfalt der Einflussfaktoren in „endogene“ Faktoren (genetisch und biologisch) und „exogene“ Faktoren (sozio-ökonomische/-kulturelle sowie spezifische individuelle Verhaltensweisen) fassen.⁷⁷ Eine gründlichere Auseinandersetzung damit erfolgt zwar noch an anderer Stelle. Allerdings soll bereits hier deutlich werden, dass die Determinanten von Mortalität nicht nur vielfältig sind sowie von Prozessen der Modernisierung beeinflusst werden, sondern – bedingt durch inhaltliche Überschneidungen – auch im eindeutigen Zusammenhang mit den Determinanten von Gesundheit stehen.⁷⁸ Ein Blick auf die Determinanten von Morbidität macht das komplexe Zusammenhängegefüge noch deutlicher. Wie erwähnt sei Morbidität hierbei als ein Erklärungsfaktor für die Sterblichkeitsentwicklung heranzuziehen, insbesondere auch vor dem Hintergrund des epidemiologischen Übergangs in Südkorea. Und ebenso wie Mortalität wird auch die Morbidität durch bestimmte Einflussfaktoren determiniert. Eine dieser determinierenden Größen ist die Mortalität selbst, speziell die Lebenserwartung.⁷⁹ Denn die Konsequenz einer immer größer werdenden Lebenszeitspanne ist nicht nur, dass alterstypische Erkrankungen erst im höheren Alter auftreten.⁸⁰ Gleichwohl ist auch die Zunahme an chronischen Erkrankungen, sowie Multimorbiditäten ein Thema.⁸¹ Und davon beeinflusst ist schließlich die Entwicklung von Erkrankungen und Todesursachen.⁸² In jedem Fall werden Mortalität und Morbidität von den gleichen Faktoren determiniert. Einmal mehr zusammengefasst handelt es sich dabei um genetische und biologische Faktoren; umweltspezifische Faktoren; sozioökonomische Faktoren; soziokulturelle Faktoren und spezifisches Verhalten.⁸³ Ein Blick auf modernisierungsbedingte Veränderungen in der Morbidität ist daher ebenfalls

⁷⁴ Cutler et al. 2006, S. 5.

⁷⁵ Ebd., S. 4ff.

⁷⁶ Ebd., S. 23ff.

⁷⁷ Höpflinger 2012, S. 167f. Der Autor spricht in seinen Ausführungen und in Anlehnung an Hauser (1983) auch von „natürlichen“ und „gesellschaftlichen“ Faktoren.

⁷⁸ Siehe und vergleiche hierzu die Ausführungen in Kap. 2.1.3 - Determinanten von Gesundheit.

⁷⁹ Höpflinger 2012, S. 167f, Meinschmidt 2009, S. 8.

⁸⁰ Meinschmidt 2009, S. 8.

⁸¹ Reith 2010, S. 12.

⁸² Höpflinger 2012, S. 167f; Meinschmidt 2009, S. 9ff.; Cutler et al. 2006, S. 23ff.

⁸³ Höpflinger 2012, S. 167ff nach Hauser 1983, S. 174f.

notwendig, allerdings stehen die modernisierungsbedingten Auswirkungen auf die Entwicklung der Sterblichkeit in Südkorea im Fokus. Morbidität soll vielmehr als erklärender Faktor herangezogen. Hierbei wird davon Aussagen, dass ein ganzheitliches Verständnis nur unter Berücksichtigung von Mustern in der Morbidität gewährleistet kann, insbesondere auch vor dem Hintergrund des modernisierungsinduzierten epidemiologischen Übergangs in Südkorea, der nicht allein durch Muster der Mortalität bestimmt wird.

2.1.2 Gesundheit und Modernisierung

In der vorliegenden Ausarbeitung wird insofern von einem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Modernisierung ausgegangen, als dass Modernisierung durch entsprechende multidimensionale Umwandlungsprozesse auf vor allem der Gesellschaftsebene erheblichen Einfluss auf die gesundheitlichen Entwicklungen einer Region nehmen kann, wobei weder Aussagen zum Verlauf noch zu den Auswirkungen generalisierbar sind, was nicht nur am multiplen und ambivalenten Charakter von Modernisierung liegt, sondern – speziell am Beispiel Südkorea – u. a. mit einem hohen Maß an Kontingenz zusammenhängt.⁸⁴

Wie aber hängen Modernisierung und Gesundheit grundsätzlich zusammen? Diese Frage lässt sich am besten mit einer Auseinandersetzung zu den Prozessen der Modernisierung sowie den exogenen und endogenen Einflussfaktoren beantworten. Um inhaltliche Redundanzen zu vermeiden, werden auch an dieser Stelle nur wesentliche Merkmale angesprochen. Für eine ausführliche Auseinandersetzung sei auf die nachfolgenden Kapitel verwiesen.

Wenn man davon ausgeht, dass Modernisierung u. a. mit Veränderungen auf struktureller, kultureller, psychischer und physischer Ebene einhergeht⁸⁵, diese Ebenen mit den Determinanten von Gesundheit, bzw. von Mortalität und Morbidität vergleicht, und schließlich auch noch weitere Modernisierungsprozesse⁸⁶ hinzuaddiert, erklärt sich der Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit aus einer inneren Logik heraus. In jedem Fall sind eindeutige Überschneidungen hinsichtlich aller Einflussfaktoren zu erkennen. Hinzu kommt, dass Modernisierung nicht von einem auf den anderen Tag geschieht, sondern immer ein gewisser (wenngleich unbestimmter) Zeitraum überbrückt werden muss, um deutliche Veränderungen beschreiben zu können. Gleiches gilt für Veränderungen in der Mortalität, wobei vorliegend von der Modernisierung Südkoreas als fundamentale Einflussgröße ausgegangen wird. Und da die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea vorliegend anhand der

⁸⁴ Siehe hierzu Kap. 4f & 4.2.

⁸⁵ Loo / Reijen 1992, S. 11.

⁸⁶ Siehe auch Kapitel 3ff.

Modernisierung des Landes erklärt werden soll, erhalten soziologische Ansätze eindeutig Priorität⁸⁷, was vor dem Hintergrund einer stark disziplinübergreifenden Perspektive von Public Health zu keinen inhaltstheoretischen Konflikten führen sollte.

Auch wenn die hier dargestellten Zusammenhänge durch ein hohes Maß an Komplexität gekennzeichnet sind und es nicht gerade einfach fällt, das Zusammenwirken der verschiedenen Einflussfaktoren systematisch zu erfassen, so ist ein Versuch der Analyse zu den Wechselwirkungen zwischen den Hauptthemenkomplexen dieser Arbeit nicht abzulehnen. Es stellt sich vielmehr die Frage ob und in welcher Form die Wechselwirkungen von zeitlichen und insbesondere auch regionalen Unterschieden beeinflusst sind. Hierzu kann an die zentrale Annahme angeknüpft werden, „(...) dass die verschiedenen gesellschaftlichen Schichten und regionalen Bevölkerungen vom sozialen Wandel zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichem Ausmaß berührt werden“⁸⁸, was die differenzielle Betrachtung nicht nur ermöglicht, sondern auch erleichtert. Ferner bietet es sich an die unterschiedlichen Modelle, Konzepte und Ansätze zu den Determinanten von Gesundheit, Mortalität und Morbidität um das Phänomen der Modernisierung als Ausgangspunkt gesundheitsstruktureller Veränderungen zu erweitern. Zwar ist dies bereits vereinzelt geschehen, allerdings sollte die Rolle der Modernisierung noch stärker und differenzierter in Betracht gezogen werden, vor allem aber immer auch unter Berücksichtigung kontextspezifischer Rahmenbedingungen diskutiert werden.

2.2 Schlussbetrachtung zur Relevanz des Themas

Wenngleich der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Modernisierung im Kontext einer gesundheitswissenschaftlichen Relevanz deutlich geworden sein sollte, stellt sich weiterhin die Frage nach einer für den Untersuchungsgegenstand geeigneten Arbeitsdefinition von Public Health. Diese sollte bestenfalls alle bisher dargestellten Wirkungszusammenhänge im Kontext von Modernisierung erfassen. Allerdings ergeben Recherchen hierzu, dass eine Definition, welche den speziellen Zusammenhang zwischen Mortalität und Modernisierung und unter Berücksichtigung von Raum und Zeit, tatsächlich noch nicht existiert und daher an dieser Stelle nicht wiedergegeben werden kann. Zwar ist mit der Neuauslegung von Public Health ab der späten Mitte des vergangenen Jhd. die Auswahl an Begriffsbestimmungen sehr groß und zudem auch unterschiedlich akzentuiert.⁸⁹ Speziell den Modernisierungsaspekt betreffend, mangelt es allerdings bei nahezu jedem der Ansätze an einer dem Untersuchungsgegenstand gerecht werdenden Alternative. Insofern erscheint es zunächst sinnvoll, auf eine allgemeingültige

⁸⁷ Höpflinger 2012, S. 173 nach Hauser 1983.

⁸⁸ Ebd., S. 173.

⁸⁹ Zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Public Health-Begriff siehe u.a. Dawson / Verweij 2009, S. 13ff.

Arbeitsdefinition zurückzugreifen. „Allgemeingültig“ im Sinne von ergänz- und erweiterbar. Allerdings hat man es auch hierbei mit erschwerten Bedingungen zu tun. Ein wesentlicher Kritikpunkt dabei sei die internationale Vergleichbarkeit, vor allem was die Verantwortung für die Anwendung der Public Health Vorgaben anbetrifft. Während man beispielsweise in den USA und Großbritannien in Bezug auf (New) Public Health die politische Verantwortung und Anwendung in den Vordergrund stellt⁹⁰, legt man diese Disziplin in Deutschland als „(...) *ein vom politischen System und von politisch agierenden Interessengruppen unabhängiges multidisziplinäres und eindeutig wissenschaftliches Fachgebiet, mit allerdings deutlicher Handlungs- bzw. Anwendungsorientierung*“⁹¹ aus, und betont damit nicht nur den stark multidisziplinären Charakter, sondern auch die Notwendigkeit der Zusammenarbeit aller für die Gesundheit der Bevölkerung relevanten Arbeitsgebiete. In diesem Kontext sei auf die immer wieder erwähnte ergänzende und integrierende Rolle von Public Health hingewiesen.⁹²

Es finden sich aber auch kritische Auseinandersetzungen zum Public Health-Begriff. So wird u. a. der Frage nachgegangen, ob es für diese stark disziplinübergreifende Wissenschaft strategisch nicht besser wäre, von „Gesundheitswissenschaften“ zu sprechen, als lediglich den angloamerikanischen und damit stark politisierten Public Health-Begriff zu übernehmen.⁹³ Das liegt sowohl am spezifischen Anwendungsbezug als auch an der Schwierigkeit einer direkten Übersetzung. Nach Meinung einiger Autoren vermag das deutsche Synonym die multidisziplinäre Ausrichtung von Public Health besser wiederzugeben.⁹⁴ Das wiederum erschwert aber auch einen wertfreien Usus. Gemäß dem internationalen Kontext dieser Arbeit wäre es allerdings durchaus legitim von Public Health zu sprechen. Da die vorliegende Auseinandersetzung aber auch stark an theoretischen und methodischen Inhalten der deutschen Gesundheitswissenschaften angelehnt ist, kommt es naturgemäß zu einer Überschneidung der Begrifflichkeiten. Ob nun aber „Public Health“ oder „Gesundheitswissenschaften“, allein der Versuch einer Begriffsbestimmung unterstreicht bereits die internationalen Unterschiede und die damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Festlegung auf eine allgemeingültige Kerndefinition, was schließlich auch den Abstraktionsgrad von Public Health verdeutlicht. In jedem Fall lädt der Grad an Abstraktheit einerseits zwar zu verschiedenartigen Interpretationen

⁹⁰ Detels / Breslow 2011 definieren „Public Health“ repräsentativ für die Vereinigten Staaten als: „(...) *process of mobilizing local, state, national and international resources to ensure the conditions in which people can be healthy.*“ (Detels / Breslow 2011, S. 3). Siehe hierzu auch Franzkowiak 2003, S. 125.

⁹¹ Kälble 2007 S. 220.

⁹² Weitere maßgebliche Versuche einer Begriffsbestimmung zu (New) Public Health finden sich unter anderem bei Hurrelmann/Razum 2012, S. 9f; Schwartz et al. 2012, S. 4; Flick 2002, S. 21; Waller 2002, S. 7f.

⁹³ Vgl. Hurrelmann et al. 2012, S. 30f. Analog zum international gängigen Begriff „Public Health“ verwendet man im Deutschen das Synonym „Gesundheitswissenschaften.“

⁹⁴ Für Informationen, die das deutsche Übersetzungsproblem vom Begriff „Public Health“ behandeln siehe auch Hurrelmann et al. 2012, S. 30f; Kolip 2002, S. 15f.

ein, andererseits bietet es den Vorteil der Offenheit gegenüber neuem bzw. ergänzendem Gedankengut. Ungeachtet der bereits erwähnten Vielfalt an Inhalten und Methoden sowie der dadurch bedingten Schwierigkeit zur Identifikation einer allgemeingültigen Kern- und Arbeitsdefinition von Public Health, ermöglicht eben diese Vielfalt eine Bestimmung von allgemeingültigen Grundsätzen dieser Disziplin, die sich zusammenfassen lassen in: *Multidisziplinarität; Bevölkerungs- und Systembezug; Anwendungsorientierung*.⁹⁵ Dieses sei zugleich die gesundheitswissenschaftliche Basis für die inhaltliche Auseinandersetzung.

Public Health kann einerseits zusammengefasst werden als system- und disziplinübergreifende Profession, die sich unterschiedlichster Methoden bedient um dem übergeordneten Ziel, der Salutogenese auf Bevölkerungsebene, gerecht zu werden.⁹⁶ Andererseits wird bei einer näheren Auseinandersetzung mit Inhalten, Methoden sowie weitere relevanten Gesichtspunkten auch der Zusammenhang zwischen den hier fokussierten Disziplinen der Demografie und soziologischen Modernisierungsforschung deutlicher. Speziell die Modernisierung betreffend sind – ausgehend von einem ebenenübergreifenden Einfluss von Modernisierungsprozessen – fast alle der dargestellten Determinanten eben auch von Modernisierung beeinflusst, wobei es auch umgekehrte Einflüsse zu berücksichtigen gilt, was zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufgegriffen werden soll.

Grundsätzlich zeigt sich, dass eine Auseinandersetzung mit Prozessen auf Ebene der Bevölkerungsgesundheit immer auch Aspekte der Modernisierung einschließt, was die Beurteilung entsprechender Entwicklungen allerdings zu einer komplexen Angelegenheit macht. Diese Komplexität scheint auch der Grund dafür zu sein, dass nur wenige Ansätze zu einer Auseinandersetzung mit Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit existieren. Zwar werden innerhalb der Gesundheitswissenschaften oder Public Health oftmals Teilaspekte der Modernisierung aufgegriffen und im Zusammenhang mit Gesundheit diskutiert. In dieser Ausarbeitung erfolgt allerdings der Versuch, den gesamten Modernisierungsprozess eines Landes auf Teilaspekte von Gesundheit zu reflektieren. Schließlich gilt es damit die Modernisierungsforschung stärker in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs einzubinden sowie das methodische Repertoire im Hinblick auf eine angemessene Vorgehensweise zur Erarbeitung zeitabhängiger Wirkungszusammenhänge zu erweitern.

⁹⁵ Bormann 2012, S. 23f; Kolip 2002, S. 16f.

⁹⁶ Siehe hierzu Kap. 2.1 & 2.2.

3. Eine allgemeine Einführung in den Begriff der Modernisierung

Der Begriff der Modernisierung gilt einerseits als einer der wichtigsten Termini innerhalb der Sozialwissenschaften, andererseits wird eine gegenstandsbezogene Begriffsbestimmung dadurch erschwert, dass man sich in seiner exakten Formulierung nach wie vor uneinig zeigt.⁹⁷ Ein wesentlicher Grund hierfür scheint zu sein, dass Modernisierung nicht nur für eine zu erklärende Sache steht und somit an wenigen Merkmalen festgemacht werden kann, sondern dass damit eine Vielfalt komplex miteinander verbundener Prozesse mit einer noch größeren Fülle an Ursachen und Konsequenzen beschrieben wird.⁹⁸ Gleichzeitig aber ist der Modernisierungsbegriff unlängst auch zu einem Modebegriff verfallen, der nunmehr in fast allen Kontexten des alltäglichen Lebens (wenn nicht sogar überfrequentiert) verwendet wird.⁹⁹ Im allgemeinen Sprachgebrauch gilt dabei als „modern“, was den „*neuesten Stand der geschichtlichen, gesellschaftlichen, kulturellen, technischen o. Ä. Entwicklung*“¹⁰⁰ repräsentiert. Mit einer solchen Interpretation würde aber lediglich ein gegenwärtiger Zustand bzw. eine Momentaufnahme wiedergegeben werden. Zwar ist eine solche Interpretation aufgrund des „*(...) vagen, allgemeinen, vieldeutigen, amorphen Charakters; obendrein (...) positive Assoziationen weckend*“¹⁰¹ durchaus nachvollziehbar, gleichwohl aber auch als kritisch einzustufen. Denn dadurch verschwimmen die Grenzen eigentlich klar voneinander abgegrenzter Begriffe wie Modernisierung, Moderne oder Modernität und ferner auch Sozialer Wandel und Fortschritt.¹⁰² Der ursprüngliche Charakter und Stellenwert dieses Begriffs wird somit verfremdet.¹⁰³ Modernisierung meint weitaus mehr als lediglich „etwas Modernes“.

Einen ebenso wichtigen Gesichtspunkt stellt der inhaltliche Wandel dieses Begriffs dar. Die klassische Auslegung von Modernisierung wurde und wird bis in die Gegenwart korrigiert und um weitere Inhalte erweitert und ergänzt, was nicht zuletzt auch an der zunehmenden disziplinübergreifenden Auseinandersetzung mit Modernisierung liegt. Auch im Kontext der vorliegenden Fragestellungen muss Modernisierung um spezifische Gesichtspunkte ergänzt und erweitert werden, die im gegenwärtigen Begriffsverständnis nach wie vor unberücksichtigt bleiben. Zunächst aber gilt es den Modernisierungsbegriff inhaltlich besser fassbar zu machen

⁹⁷ Vgl. Shin 2005, S. 3; Flora 1974, S. 13f. Nicht zuletzt deshalb wird der Modernisierungsbegriff gerne auch mit Begriffen wie Fortschritt, Evolution, Sozialer Wandel etc. gleichgestellt (vgl. Lee 2007, S. 9f).

⁹⁸ Vgl. Loo / Reijen 1992, S. 12. Das komplexe Modernisierungsgefüge wurde bereits während der Auseinandersetzung zur gesundheitswissenschaftlichen Relevanz angesprochen und soll in den folgenden Abschnitten stärker fokussiert werden.

⁹⁹ Vgl. Lee 2007, S. 9; Ross 1999; Sauer 1997, S. 220; Nipperdey 1997, S. 292; Wehler 1975, S. 11.

¹⁰⁰ Duden Online 2011: http://www.duden.de/rechtschreibung/modern_neu_modisch

¹⁰¹ Wehler 1975, S. 11.

¹⁰² Vgl. Ross 1999; Wehler 1975.

¹⁰³ Vgl. Loo / Reijen 1992, S. 11; Flora 1974, S. 13.

und als Gesamtbild in die vorliegende Auseinandersetzung zu implementieren. Die Komplexität der mit dem Modernisierungsbegriff verbundenen Inhalte sei dabei als eine der größten Hürden zu bewerten. Vor diesem Hintergrund und als Annäherungsprozess hin zu einer adäquaten Definition von Modernisierung erscheint es u. a. sinnvoll, die damit verbundenen Formen des Wandels zu eruieren. Für weitere begriffliche Abgrenzungen sei auf den Anhang dieser Arbeit verwiesen.

3.1 Formen des Wandels

Sozialer Wandel

Sozialer Wandel kann als „(...) *Veränderung in der Struktur eines sozialen Systems*“ verstanden werden und „(...) *ist auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen zu beobachten*“. ¹⁰⁴ Damit eng verbunden ist der Begriff der Sozialstruktur, oft bewertet und beschrieben durch Faktoren wie „(...) *Haushaltseinkommen, Wohnverhältnisse, Schichten und Milieus, Bildung und Ausbildung, Beruf und Arbeit, Gesundheit, Familien und Lebensgemeinschaften usw., aber auch die Institutionen der Wirtschaft, der sozialen Sicherung, der Politik und der Kommunikation*“. ¹⁰⁵ Faktoren, die nicht nur auch im Zusammenhang mit Modernisierung stehen, sondern unmittelbaren Bezug zur Bevölkerungsgesundheit aufweisen. Zusammengefasst also sei sozialer Wandel eine „(...) *allgemeine Bezeichnung für die in einem Zeitabschnitt erfolgten Veränderungen in einer Sozialstruktur*“. ¹⁰⁶ Im Kontext der Veränderung sozialer Strukturen wird analog zum Begriff des sozialen Wandels oftmals auch der Begriff Strukturwandel eingesetzt. ¹⁰⁷ Veränderungen, wie sie durch sozialen oder strukturellen Wandel beschrieben werden, sind durch Unvorhersehbarkeit bzw. Nicht-Linearität gekennzeichnet. ¹⁰⁸ In der Folge sollte sozialer Wandel ebenso wie Modernisierung immer auch als wertfrei interpretiert werden. ¹⁰⁹ Wie aber unterscheiden sich der Modernisierungsbegriff und sozialer Wandel voneinander? Während die enge Beziehung zum Modernisierungsbegriff deutlich scheint, mangelt es an einer klaren begrifflichen Abgrenzung, was einmal mehr mit einem hohen Abstraktionsgrad zusammenhängt. ¹¹⁰ Der abstrakte Charakter spiegelt sich schließlich auch in der in Teilen sogar gegensätzlichen Vielfalt an Definitionen wider. Ebenso wie

¹⁰⁴ Weymann 1998, S. 14.

¹⁰⁵ Weymann 1998, S. 14. Siehe hierzu auch Bornschier 2002, S. 681ff; Bellebaum 2001, S. 104ff; Zapf 1994, S. 11ff. Gleichzeitig sei die enge Verbundenheit zum sozialen Verhalten angesprochen, dem allerdings nicht weiter inhaltlich nachgegangen werden soll.

¹⁰⁶ Rammstedt 2011, S. 747. Vgl. Wiswede 1997, S. 596.

¹⁰⁷ Lüttke 2011, S. 633.

¹⁰⁸ Schoeck 1970, S. 350.

¹⁰⁹ Deger 2014, S. 558; Schoeck 1970, S. 350. Schoeck unterscheidet an dieser Stelle strikt zwischen den Begriffen sozialer Wandel und sozialer Fortschritt. Fortschritt impliziert dabei eine wertende Aussage, was in der Natur des Begriffs begründet liegt.

¹¹⁰ Zapf 1994, S. 13.

Modernisierung tritt daher auch sozialer Wandel als Gegenstandsbereich kaum noch in geschlossener Form auf, sondern ist vielmehr durch eine Vielfalt an analytischen Zugängen gekennzeichnet.¹¹¹ Die vielleicht schwierigste Frage dabei sei, was Wandel überhaupt ist, bzw. „(...) *welche Art und welches Ausmaß von Veränderung in was als sozialer Wandel anzusehen sei*“.¹¹² Und obgleich diese Erkenntnis aus den späten 1970er Jahren stammt, existiert nach wie vor keine einheitliche und paradigmatische Theorie zum Begriff des sozialen Wandels.¹¹³ Eine analoge Verwendung zum Begriff der Modernisierung ist damit vorprogrammiert. In jedem Fall aber kann geltend gemacht werden, dass sozialer Wandel eine modernisierungsbedingte Konsequenz darstellt. Dabei befassen sich die vielfältigen Theoreme sozialen Wandels vordergründig mit gesellschaftlichen Veränderungen in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen, während Modernisierung für einen umfassenden Entwicklungstypus steht.¹¹⁴ Und da sozialer Wandel eine wichtige Komponente von Modernisierung darstellt, gilt es diesen auch im Hinblick auf die Umwandlungen in Südkorea zu eruieren.

Exkurs: Sozialstruktur

Wenngleich für den Begriff der Sozialstruktur keine unmittelbare Gefahr besteht mit dem Modernisierungsbegriff in Verwechslung zu geraten, sollte er ebenfalls als ein wichtiger Aspekt in Zusammenhang mit Modernisierung ausgearbeitet werden. Auch für den Begriff der Sozialstruktur lässt sich zunächst einmal festhalten, dass die Verwendung dessen stark disziplinabhängig und damit vielfältig ist.¹¹⁵ Sozialstruktur steht dabei nicht nur in enger Beziehung zum Begriff sozialer Wandel, sondern auch zu weiteren soziologischen Grundbegriffen wie *soziales System, Struktur und Funktion*.¹¹⁶ Grundsätzlich gilt: „*Untersuchungen sozialen Wandels zielen auf eine zeitabhängige oder auch auf eine historische Betrachtungsweise und Erklärung der Veränderung der Sozialstruktur*“.¹¹⁷ Folglich kann argumentiert werden, dass „(...) *die Analyse des sozialen Wandels die Analyse der Sozialstruktur voraussetzt*“.¹¹⁸ Insofern ein entscheidendes Merkmal, als dass, wie bereits angesprochen, mit Sozialstruktur die im Zuge des sozialen Wandels veränderlichen Faktoren bewertet und beschrieben werden. Daher finden sich die interessierenden Faktoren, anhand derer die Umwandlungen in Südkorea identifiziert und in einen Zusammenhang mit der Bevölkerungsgesundheit gebracht werden, u. a. unter dem Sammelbegriff der Sozialstruktur.

¹¹¹ Goetze 2008, S. 2.

¹¹² Randall / Strasser 1979, S. 23.

¹¹³ Weymann 1998, S. 17.

¹¹⁴ Wiswede 1997, S. 597.

¹¹⁵ Lüdtke 2011, S. 632f; Glatzer 2002 S. 534f.

¹¹⁶ Ebd., S. 633. Für „*Soziales System*“ sowie „*Struktur und Funktion*“ sei auf einschlägige Literatur verwiesen.

¹¹⁷ Weymann 1998, S. 14.

¹¹⁸ Lüdtke 2011, S. 633.

Die Bestimmung relevanter Analyseebenen einer Sozialstruktur ist dabei uneinheitlich. Vielmehr existieren je nach Erkenntnisinteresse verschiedene Ansätze.¹¹⁹ Nach Wolfgang Zapf z. B. ergeben sich mindestens drei Möglichkeiten einer Auslegung: Demografischer Ansatz zur Grundgliederung der Bevölkerung und Verteilung zentraler Ressourcen; Zusammenfassung von Werten und Mentalitäten in soziale Klassen und Schichten; Historisch ausgeprägtes System gesellschaftlicher Ordnungen oder Grundinstitutionen.¹²⁰ Tatsächlich erscheint dieser Ansatz für die vorliegende Auseinandersetzung als am besten geeignet, was allerdings die Bestimmung aller drei genannten, recht offen gehaltenen Ebenen am Beispiel Südkorea erfordert.

Zusammenfassend gesagt also handelt es sich bei Modernisierung, sozialer Wandel und Sozialstruktur um unmittelbar miteinander verknüpfte Begriffe, wenngleich es diese inhaltlich unbedingt voneinander zu unterscheiden gilt. Allerdings erschwert der Abstraktionsgrad der Begriffe eine allgemeingültige Definition. Das wiederum bietet die Chance zum disziplinübergreifenden Einsatz und Umgang mit den Begriffen.

Kultureller Wandel

In der Soziologie werden verschiedene Formen des Wandels beschrieben.¹²¹ Natürlich kann vorliegend nicht für jede dieser Formen eine grundlegende Abhandlung erfolgen. Eine Auseinandersetzung zum kulturellen Wandel erscheint vor dem Hintergrund der Bedeutung des Begriffs im Zusammenhang mit Gesundheit aber als unumgänglich.¹²² Hierzu muss sich zunächst aber dem Kulturbegriff an sich gewidmet werden. Hierzu allerdings der Hinweis, dass der Kulturbegriff vorliegend nur in seinen Grundzügen erklärt werden kann und soll. Für die Vertiefung sei auf entsprechende Literatur verwiesen.¹²³

Grundsätzlich gilt, dass Kultur eine entscheidende Rolle bei Modernisierungsprozessen spielt.¹²⁴ Ebenfalls handelt es sich um einen zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit. Beispiel hierfür sind Diskussionen zur Gesundheit im Kontext von kulturellen Unterschieden.¹²⁵ Was aber meint Kultur? Tatsächlich existiert auch hierzu keine allgemeingültige Definition.¹²⁶ Der

¹¹⁹ Lüdtke 2011, S. 633; Wiswede 1997, S.596ff.

¹²⁰ Zapf in: Korte / Schäfers 2010, S. 263.

¹²¹ Vgl. u. a. Fuchs-Heinritz et al. 2011, S. 746f. Riegel 1997, S.443f.

¹²² Vgl. u. a. Napier et al. 2014; Rosal et al. 2014; Banwell et al. 2013; Scrimshaw 2012.

¹²³ Siehe u. a. Fuchs 2012, S. 63ff; Fuchs-Heinritz et al. 2011, S. 384ff. Eine ausführliche Auseinandersetzung erscheint im Kontext der vorliegenden Arbeit als nicht weiter notwendig. Es sollen lediglich die Grundzüge für die spätere Anwendung deutlich werden.

¹²⁴ Deetjen 2002, S. 224.

¹²⁵ Siehe u. a. Deutscher Ethikrat 2010; Knipper / Bilgin 2009; RKI 2008. Wobei man kulturell bedingte Unterschiede bereits auch in Kleinräumen, innerhalb einer Population, beobachten kann.

¹²⁶ Fuchs 2012, S. 63; Schone 2011, S. 391; Bellebaum 2001, S. 47f.

Begriff wird vielmehr universal eingesetzt.¹²⁷ In einem der zahlreichen Versuche, die Grundzüge von Kultur zusammenzufassen, heißt es, dass der Kulturbegriff darauf hinweist, dass „(...) *alle Menschengruppen nach nicht von der Natur vorgegebenen Regeln leben und diese Regeln in irgendeiner Weise an Ihre Nachkommen weitergeben*“.¹²⁸ Anders gesagt fasst Kultur „(...) *all jene Verhaltensweisen einer Population zusammen, die von Generation zu Generation (...) weitergegeben werden*.“¹²⁹

Kultur beschreibt in erster Linie also einen gesellschaftlichen Istzustand in Bezug auf bestimmte materielle und immaterielle Kulturgüter.¹³⁰ Dabei werden kulturelle Güter nicht von der Natur vorgegeben, sondern sind allenfalls menschengemacht und hängen schließlich auch von der Gruppenzugehörigkeit ab.¹³¹ Gleichzeitig impliziert der Kulturbegriff auch eine eigenständige Entwicklungsdynamik, und zwar einen in der Natur der Sache liegenden Wandel kultureller Güter.¹³² Dabei können Kulturgüter ergänzt, ausgetauscht, hinzugefügt oder sogar gänzlich verloren gehen.¹³³ Die logische Konsequenz daraus ist der kulturelle Wandel.¹³⁴ Somit zeigt sich, dass kultureller Wandel und Kultur zwei untrennbar miteinander verbundene Begriffe sind, wobei kultureller Wandel durch den Kulturbegriff charakterisiert wird. Was die Abgrenzung zum sozialen Wandel anbetrifft, so werden aus sozialwissenschaftlicher Perspektive unter sozialem bzw. sozialstrukturellem Wandel wie erwähnt verschiedene Gesellschaftsaspekte angesprochen, wohingegen es sich bei Kultur und schließlich auch bei kulturellem Wandel um Teilbereiche dessen handelt. Allerdings gilt es Kultur und kulturellen Wandel auch als eigenständige Analyseebenen zu behandeln¹³⁵, obschon es nicht gerade einfach erscheint, universale Messindikatoren zu identifizieren, was nicht zuletzt auch an der Kulturvielfalt selbst liegt.¹³⁶ Nichtsdestotrotz finden sich Ansätze, in denen der kulturelle Wandel anhand der Veränderung von Werten messbar gemacht wird.¹³⁷

Prinzipiell müssen immer alle Grundvoraussetzungen der interessierenden Kultur eruiert werden, die natürlich nicht in nur einem Indikator vereinbar sind.¹³⁸ Bspw. spielen in Südkorea konfuzianistische Prinzipien nach wie vor eine Rolle. Solche müssen für den Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit in Südkorea ebenfalls herangezogen werden.

¹²⁷ Fuchs-Heinritz 2011, S. 384.

¹²⁸ Fuchs-Heinritz 2011, S. 384.

¹²⁹ Bayer 1998, S. 48. Für eine weitere Befassung mit dem Kulturbegriff siehe u. a. Klein 2010, S. 236ff.

¹³⁰ Zu immaterielle und materielle Kultur siehe u. a. Thien 2011, S. 385.

¹³¹ Fuchs-Heinritz 2011, S. 384. Siehe auch die Ausführungen von Inglehart 1998.

¹³² Fuchs 2012, S. 63f; Schone 2011, S. 391.

¹³³ Schone 2011, S. 391.

¹³⁴ Fuchs 2012, S. 66f; Bayer, S. 57f.

¹³⁵ Vgl. u. a. Deetjen 2002, S. 224f; Inglehart 1998.

¹³⁶ Deetjen 2002, S. 224. Seit mehreren Jahrzehnten wird versucht (in Ergänzung zu ökonomischen und sozialen Indikatoren) auch kulturelle Indikatoren zwecks Dokumentierung und Messung zu identifizieren (vgl. ebd.).

¹³⁷ Vgl. Inglehart 1998, S. 11ff & 458ff. Siehe auch Hüllmann 1997, S. 593ff.

¹³⁸ Deetjen 2002, S. 224.

Entscheidend hierbei aber ist, dass Kultur und kultureller Wandel im unmittelbaren Zusammenhang mit Gesundheit steht¹³⁹ und daher als Einflussfaktor auf entsprechende Entwicklungen keinesfalls ausgelassen werden darf.

Politischer und wirtschaftlicher Wandel

Neben sozialem und kulturellem Wandel erscheinen auch die Begriffe politischer Wandel und wirtschaftlicher Wandel von zentraler Bedeutung. Südkorea weist hierzu sogar äußerst charakteristische Züge auf. Gleichzeitig besteht ein deutlicher Zusammenhang mit den Hauptthemenkomplexen dieser Arbeit. Eine Verwechslung mit dem Modernisierungsbegriff ist zwar nahezu ausgeschlossen, allerdings fällt auf, dass der politische, vor allem aber der wirtschaftliche Wandel oft im Vordergrund bei Diskursen zu modernisierungsbedingten Veränderungen einer Region steht.¹⁴⁰ Zwar sind es nicht allein diese beiden Formen des Wandels, die eine entscheidende Bedeutung im Zusammenhang mit den Hauptthemenkomplexen dieser Arbeit aufweisen. Veränderungen in der Bevölkerungsgesundheit sind von weitaus mehr abhängig als (nur) von Politik und Wirtschaft. Diese beiden Aspekte spielen allerdings eine eindeutige Rolle im Zusammenhang mit Modernisierung und Gesundheit, sodass eine Auseinandersetzung hiermit ebenfalls als notwendig erscheint. Wie aber definieren sich diese beiden Formen des Wandels?

Politischer Wandel kann als Veränderung politischer Systeme und der damit verbundenen Politik verstanden werden.¹⁴¹ Ferner sei politischer Wandel eine logische Konsequenz der zwingenden Vorgeschichte eines politischen Systems.¹⁴² Politischer Wandel spielt in Südkorea eine besondere Rolle und weist eine besondere Charakteristik auf. Zudem ist der Zusammenhang zum Gesundheitssystem sehr stark ausgeprägt. Vor allem aber kann der politische Wandel in Südkorea als Grundstein für die Modernisierung des Landes angesehen werden, was an anderer Stelle weiter ausgeführt wird.

Der wirtschaftliche Wandel in Südkorea spielt ebenfalls eine gewichtige Rolle im Kontext von Modernisierung und Gesundheit. Zunächst einmal handelt es sich auch hierbei um einen in der Alltagssprache häufig und selbstverständlich angewandten Terminus. Wie aber lässt sich wirtschaftlicher Wandel zwecks Integration in den vorliegenden Diskurs definieren? Hierbei

¹³⁹ Vgl. die Ausführungen von Banwell et al. 2005, S. 1ff.

¹⁴⁰ Vgl. u. a. Inglehart 1998, S. 15. Der Autor stellt fest, dass Modernisierung vor allem ein Prozess der Vergrößerung des ökonomischen und politischen Potenzials sei.

¹⁴¹ Eigenständige Definition auf Basis der Annahme, dass Politik und politisches System zwei unmittelbar mit politischem Wandel verbundene Begriffe darstellen (vgl. Anhang).

¹⁴² Holtmann 2005, S. 5.

handelt es sich um eine „*Entwicklung, bei der sich die jeweilige Bedeutung der unterschiedlichen Wirtschaftssektoren hinsichtlich Wirtschaftsleistung und Beschäftigtenzahl erheblich verschiebt*“. ¹⁴³ Bezüglich der unterschiedlichen Wirtschaftssektoren gilt es nach primären, sekundären und tertiären Sektor zu unterscheiden, wobei die Bedeutung des sekundären und tertiären Sektors im Zeitverlauf (erheblich) zunimmt. ¹⁴⁴ Der Wandel der Wirtschaftsstruktur in Südkorea weist einen äußerst charakteristischen Verlauf auf. ¹⁴⁵ Und dadurch, dass der wirtschaftsstrukturelle Wandel einerseits einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit hat, andererseits aber auch ein elementarer Bestandteil des Modernisierungsprozesses ist, ist eine Auseinandersetzung hiermit unerlässlich.

Historischer Wandel

Bei Gesellschaft und Geschichte handelt es sich um zwei untrennbar miteinander vernetzte Begriffe. Gesellschaftliche Veränderungsprozesse werden seit jeher immer auch in Bezug zu historischen Entwicklungen betrachtet. ¹⁴⁶ Das gilt aus einem selbsterklärenden Zusammenhang heraus auch für die Debatte zur gesellschaftlichen Modernisierung. Warum aber erscheint die Auseinandersetzung mit der Frage nach historischen Ereignissen und Veränderungen als sinnvoll für den vorliegenden Forschungsgegenstand? Hierzu sei unterstellt, dass nicht nur die modernisierungsbedingten Veränderungen, sondern auch die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung Südkoreas durch eine Aufbereitung des historischen Wandels besser begreif- und interpretierbar werden. Schließlich kann dadurch die Annäherung an die Unterfragestellungen dieser Arbeit erleichtert werden, insbesondere bei der Frage, was für eine dem Westen ähnliche Entwicklung spricht und was nicht. Eine kurze Auseinandersetzung mit dem Begriff des historischen Wandels ist daher ratsam.

Mit dem Begriff des historischen oder geschichtlichen Wandels sind „*die in der historischen Betrachtung wahrnehmbaren Veränderungen, unabhängig davon, ob sie erklärt werden können oder nicht*“ ¹⁴⁷ gemeint. Im geschichtssoziologischen Sinne würde dies u. a. die Erfassung aller Gesellschafts-, Kultur- und Zivilisationsprozesse sowie entsprechender Einflussfaktoren erfordern ¹⁴⁸, was im Rahmen der vorliegenden Auseinandersetzung natürlich nicht stattfinden

¹⁴³ Detsch 2007.

¹⁴⁴ Springer Gabler Verlag 2012, S. 421. Nach der sog. Drei-Sektoren-Hypothese, die auf den wirtschaftsstrukturellen Wandel volkswirtschaftlich geprägter Staaten anzuwenden sei, wird der tertiäre Sektor den sekundären schließlich überholen (Springer Gabler Verlag 2012, S. 421.). Für weitere Informationen (Sektoren etc.) siehe u. a. Springer Gabler Verlag 2012, S. 349, 393, 431.

¹⁴⁵ Siehe Abschnitt 5.

¹⁴⁶ Homann 1997, S. 210ff.

¹⁴⁷ Rammstedt 2011, S. 747.

¹⁴⁸ Ebd., S. 239.

kann und auch nicht relevant erscheint. Der Fokus liegt vielmehr auf einer kurzen Abhandlung der Vor- bis Gegenwartsgeschichte Südkoreas in Verbindung mit den wichtigsten, wahrnehmbaren Veränderungen und Ereignissen auf gesellschaftlicher, kultureller und damit auch politischer sowie wirtschaftsstruktureller Ebene. Somit umfasst die noch ausstehende Abhandlung zum historischen Wandel zwangsläufig eine Auseinandersetzung mit anderen Formen des Wandels, allerdings noch nicht in der Form von empirischen Rahmenbedingungen. Hierbei sei wiederholt darauf verwiesen, dass es trotz verschwimmender inhaltlicher Grenzen klare Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Formen des Wandels festzuhalten gilt.

Kurze Zusammenfassung

Ein hoher Abstraktionsgrad sowie eine partiell starke definatorische Unschärfe der in den vorangegangenen Abschnitten vorgestellten Begriffe, erschweren eine immerzu deutliche Abgrenzung zum Modernisierungsbegriff. Die definatorischen Grenzen verschwimmen zum Teil aber auch innerhalb eines Begriffes selbst. Gleichzeitig wird dadurch aber auch die Komplexität der Vorgänge im Zusammenhang mit Modernisierung deutlich. Darüber hinaus zeigt sich, dass es nicht nur Modernisierungssynonyme in die Diskussion mit aufzunehmen gilt, sondern auch weiterführende Termini berücksichtigt werden müssen. Hierbei muss jedoch geprüft werden, was dem Gegenstandsbezug entspricht und was nicht. Vorangegangen wurde auf einige der wohl relevantesten Termini im Kontext von Modernisierung und Gesundheit eingegangen, während eine nähere Auseinandersetzung mit Begriffen wie bspw. Evolution und Revolution – modernisierungsinduzierten Vorgängen also – als unzweckmäßig erscheint. Nichtsdestotrotz sei an dieser Stelle einmal mehr auf den Anhang der Arbeit hingewiesen, in dem einige weitere Begriffe im Kontext von Modernisierung vorgestellt und abgegrenzt werden.

Insgesamt erfolgte der Versuch so vorbehaltlos wie nur möglich an die mit Modernisierung konkludierenden Begriffe heranzugehen. Allerdings liegt die stark soziologische Prägung der bisher vorgestellten Begriffe in der Natur der Sache. In diesem Kontext der Hinweis, dass inhaltlich kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Die Begriffe wurden und werden im Verhältnis zum Untersuchungsgegenstand behandelt, sodass eine nähere Befassung nicht immer unbedingt zielführend erscheint. Dennoch bildet die vorangestellte Auseinandersetzung eine grundlegende Basis für eine vertiefende Befassung mit dem Modernisierungsbegriff, welchem sich nachstehend gewidmet wird.

3.2 Zur Modernisierungsdebatte im interkulturellen Kontext und eine vorläufige Auswahl von Definitionen zu Modernisierung

„Die Soziologie ist nicht nur als Reaktion auf Modernisierungsprozesse entstanden. Vielmehr ist sie als wissenschaftliche Form der Selbstbeschreibung von Gesellschaft ohne Modernisierung gar nicht denkbar“.¹⁴⁹ Dieses Zitat verweist auf den bereits mehrfach erwähnten hohen Stellenwert des Modernisierungsbegriffs innerhalb der Sozialwissenschaften. Gleichwohl stellt sich die Frage, welche Stellung Modernisierung innerhalb einer gesundheitswissenschaftlichen Auseinandersetzung einnimmt. Zur Beantwortung u. a. dessen bedarf es zunächst der Klärung einiger Charakteristika der Modernisierungsforschung.

Die Wiege der Modernisierungsforschung lässt sich auf die Mitte des 20ten Jhd. datieren, ausgelöst durch den „(...) großen Aufbruch der Staatenbildung in Afrika und Asien mit seinen krisenhaften Begleiterscheinungen (...)“.¹⁵⁰ Man sah sich vordergründig mit dem Problem konfrontiert, die charakteristischen Umwälzungen der damals als „unterentwickelt“ (später „unentwickelt“) bezeichneten Länder mit einem universalen Schlagwort zusammenzufassen. Geeignet wurde sich schließlich auf den Begriff der Modernisierung, was in der Natur der Sache liegend auch die Etablierung eines eigenständigen Forschungszweigs zur Folge haben sollte.¹⁵¹ Die damit einhergehende explosionsartige und inhaltlich deutlich positiv behaftete Vielfalt an Ansätzen, Konzepten, Theorien und Modellen, mündete jedoch bald auch in einer äußerst kritischen Auseinandersetzung, die sich im Besonderen seit den 70er Jahren des 20ten Jhd. verstärkte und bis in die Gegenwart andauert. In diesem Kontext wird der frühen Modernisierungsforschung eine „(...) theoretische Inkohärenz (...), die missverständliche Verallgemeinerungen erleichtert und eine konsistente Ideologiekritik erschwert“¹⁵² unterstellt. Zudem halten die Klassiker zu stark am evolutionären Fortschrittsgedanken fest. Regressive Entmodernisierungen, ökologische Kosten sowie nicht-westliche Modernisierungspfade werden vernachlässigt. Gleichzeitig verweist die Autorin auf eine unter Ideologieverdacht stehende Perspektive.¹⁵³ Ferner ist der hohe Abstraktionsgrad zu erwähnen. In der geringen theoretischen Geschlossenheit stecke aber eine größere Entwicklungsfähigkeit.¹⁵⁴

¹⁴⁹ Degele / Dries 2005, S. 12.

¹⁵⁰ Riegel 1997, S. 442ff; Flora 1974, S. 16. In diesem Zusammenhang stehen auch die Dekolonialisierung und politische Unabhängigkeit der betroffenen Länder.

¹⁵¹ Vgl. Degele / Dries 2005, S. 14f; Wehler 1975, S. 11; Flora 1974, S. 16. Für weitere Informationen siehe auch Giddens et al. 2009, S. 24f; Lee 2007; Shin 2005, S. 44. Diese ersten eigenständigen Theorien über Modernisierung sind eng an soziologische Theoreme wie die Dependenztheorie (selbst eng verwandt mit den Entwicklungstheorien) angelehnt.

¹⁵² Flora 1974, S. 16. Siehe auch Lee 2007, S. 9f; Degele / Dries 2005, S. 14f; Wehler 1975, S. 11.

¹⁵³ Degele 2002, S. 376ff. Gemeint ist, dass in den Klassikern die Modernisierungsprozesse immerzu aus stark westlicher Perspektive beschrieben werden.

¹⁵⁴ Flora 1974, S. 13ff.

3.2 Zur Modernisierungsdebatte im interkulturellen Kontext und eine vorläufige Auswahl von Definitionen zu Modernisierung

Ende der 70er Jahre wurde der Modernisierungsdiskurs wiederbelebt und infolge der kritischen Auseinandersetzung in eine neue Richtung gelenkt. Auslöser hierfür waren wieder einmal charakteristische, vordergründig ökonomische, aber auch politische Umwälzungen in Teilen der westlichen Welt¹⁵⁵, allen voran aber Veränderungen einiger ostasiatischer Staaten in den späten 60er und 70er Jahre, darunter auch Südkorea. Die Mehrheit dieser neuen Ansätze unterscheidet (sich in perspektivischer Hinsicht) von den Klassikern.¹⁵⁶ Einigen merkt man den Einfluss der klassischen Modernisierungsforschung allerdings deutlich an. So wird in Teilen weiterhin „(...) *am Programm der Modernisierungsfähigkeit, der Gestaltbarkeit und Anpassungsfähigkeit von Gegenwartsgesellschaften* (...)“ festgehalten.¹⁵⁷ Darüber hinaus kommt es durch einen nach wie vor hohen Abstraktionsgrad zur Verschmelzung mit anderen Begrifflichkeiten wie dem sozialen Wandel.¹⁵⁸

Vor diesem Hintergrund sei nachfolgend eine Auswahl an relevanten Definitionen vorgestellt, von denen einige als Grundlage für weitere Überlegungen dienen sollen, wobei zunächst nur eine ansätzhliche Diskussion dessen erfolgen soll. Eine ausführliche Auseinandersetzung unter Hinzuziehung weiterer Ansätze, insbesondere auch gesundheitswissenschaftlicher Konzepte, etc. erfolgt u. a. mit der theoretischen Vertiefung in Kapitel vier.

Eine vorläufige Auswahl von Definitionen zu Modernisierung

Modernisierung als einen gegenstandsbezogenen Begriff zu erfassen ist mit der Schwierigkeit verbunden, aus einer Vielfalt in der Literatur vorgestellter Definitionen zu wählen. Das mag durchaus auch ein etymologisches Problem sein. Erschwerend kommt hinzu, dass der Modernisierungsbegriff mit anderen sozialwissenschaftlichen Phänomenen korreliert.¹⁵⁹ Ferner muss bei der Auswahl repräsentativer Begriffserklärungen unbedingt auch die Aktualität berücksichtigt werden, da die damit verbundenen Inhalte immer auch einem gegenwärtigen Zeitgeist unterliegen. Mit den folgenden Beispielen erfolgt daher das Bemühen, sowohl differenzierte Definitionsversuche von Modernisierung vorzustellen, als auch solche Auslegungen anzubringen, die sich gut in den Gesamtkontext der vorliegenden Arbeit einbetten lassen. Die Grundlage hierfür bilden alle bis zu diesem Punkt angesprochenen Inhalte im Zusammenhang mit Modernisierung und Gesundheit. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird allerdings nicht erhoben. Es geht vielmehr um eine adäquate und vor allem auch zeitgemäße

¹⁵⁵ Vgl. Zapf 1991, S. 23f; Fukuyama 1989, S. 3f; Flora 1974, S. 16. In der Literatur spricht man in diesem Zusammenhang u. a. vom sog. „Neo-Modernismus“ (vgl. Shin 2005, S. 44f).

¹⁵⁶ Degele 2002, S. 377.

¹⁵⁷ Ebd., S. 377.

¹⁵⁸ Vgl. Lee 2007, S. 9f; Wehler 1975, S. 11. Zum Begriff des „sozialen Wandels“ siehe Kap. 3.1.1.2.

¹⁵⁹ Siehe hierzu Kap. 3.1.1ff.

3.2 Zur Modernisierungsdebatte im interkulturellen Kontext und eine vorläufige Auswahl von Definitionen zu Modernisierung

Begriffsbestimmung sowie eine theoretische Grundlagenerarbeitung im Kontext des Untersuchungsgegenstands und der damit verbundenen Schwerpunkte.

Nach einem mehrfach zitierten Definitionsversuch der Autoren Hans van der Loo und Willem van Reijen, verweist Modernisierung „(...) auf einen Komplex miteinander zusammenhängender struktureller, kultureller, psychischer und physischer Veränderungen, der sich in den vergangenen Jahrhunderten herauskristallisiert und damit die Welt, in der wir augenblicklich leben, geformt hat und noch immer in eine bestimmte Richtung lenkt“.¹⁶⁰ Die Autoren sprechen auch von einem „(...) Knäuel miteinander verwobenen Umwandlungsprozesse (...) wirtschaftlicher, sozialer, politischer und kultureller Art“.¹⁶¹ In erster Linie erfolgt der Versuch die kontroverse Modernisierungsdebatte auf eine Linie zu bringen. Gleichzeitig wollen die Autoren eine differenzierte und ambivalente Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglichen. Im Vordergrund steht die nicht Linearität gesellschaftlicher Veränderungsprozesse.¹⁶² Schließlich stellt dieser Ansatz einen der wichtigsten Schritte hin zu einer sensiblen Auseinandersetzung mit dem Modernisierungsbegriff dar.¹⁶³ Überdies wird einmal mehr der hohe Abstraktionsgrad soziologischer Begriffe deutlich. So ist die Rede von strukturellen, kulturellen, psychischen und physischen Dimensionen, was mit den bereits vorgestellten Formen des Wandels kollidiert.

In Anlehnung daran, reformulieren die Autoren Nina Degele und Christian Dries Modernisierung als einen „(...) multidimensionalen, ambivalenten und paradoxen Entwicklungsprozess, in dessen Verlauf sich „positive“ wie „negative“ Entwicklungslinien ein und desselben Modernisierungsfaktors gemäß der immanenten Steigerungslogik von Modernisierungsprozessen („mehr, schneller, besser“) ko-evolutiv, d. h. parallel zueinander, dabei aber nicht notwendig im gleichen Tempo, entfalten und auf vielfältige Weise miteinander kreuze“.¹⁶⁴ Die Autoren betonen dabei die prinzipiell offene Gesamtentwicklung und bemängeln in diesem Zusammenhang die oftmals ausgelassene Diskussion negativer Entwicklungslinien.¹⁶⁵ Darüber hinaus ergänzen sie die Perspektive von Hans van der Loo und Willem van Reijen um weitere Teilprozesse und weisen auf gegenläufige Tendenzen hin.¹⁶⁶

¹⁶⁰ Loo / Reijen 1992, S. 11.

¹⁶¹ Ebd., S. 11f.

¹⁶² Degele / Dries 2005, S. 21f.

¹⁶³ Ebd., S. 21.

¹⁶⁴ Ebd., S. 28.

¹⁶⁵ Ebd., S. 29.

¹⁶⁶ Ebd., S. 23.

3.2 Zur Modernisierungsdebatte im interkulturellen Kontext und eine vorläufige Auswahl von Definitionen zu Modernisierung

Eine weitere relevante Auslegung geht auf Wolfgang Zapf zurück (in Anlehnung an Reinhard Bendix). Bendix und schließlich auch Zapf definieren Modernisierung im Besonderen auch vor dem Hintergrund des sozialen Wandels.¹⁶⁷ Nach Zapf bezeichnet Modernisierung „(...) *die Entwicklung von einfachen und armen Agrargesellschaften zu komplexen, differenzierten und reichen Industriegesellschaften, die nach innen und außen ein bestimmtes Maß an Selbststeuerungsfähigkeit besitzen.*“¹⁶⁸ Zapf verweist in diesem Zusammenhang immer wieder auf die Ausführungen von Bendix und bezeichnet diese sogar als „(...) *eine der besten Definitionen*“.¹⁶⁹ Im Gegensatz zu den bereits vorgestellten Definitionen wird deutlich, dass der Fortschrittsgedanke bei Zapf (sowie auch bei Bendix) eine große Rolle zu spielen scheint, was der klassischen Denkweise entspricht und schließlich auch im gewissen Konflikt mit der zuvor beschriebenen Offenheit und Unvorhersehbarkeit gesellschaftlicher Entwicklungen steht. Darüber hinaus unterscheidet Zapf in insgesamt „nur“ drei Perspektiven: Stadien der wirtschaftlichen Entwicklung, Stadien der politischen Entwicklung; weitere Bedingungen (gemeint sind Entwicklungen auf der Ebene der Sozialkultur und somit der soziale und kulturelle Wandel).¹⁷⁰ Wie sich allerdings bei der Auseinandersetzung zu den Formen des Wandels gezeigt hat, ist die Unterscheidung zwischen sozialem und kulturellem Wandel nicht nur legitim, sondern bei einer Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Veränderungsprozessen als ratsam zu erachten. Eine vorteilhaftere Differenzierung hierzu findet sich u. a. bei Jens Alber. Neben der politischen und wirtschaftsstrukturellen Entwicklung, gliedert der Autor strikt in Veränderungen der Sozialstruktur und kulturellen Entwicklungen.¹⁷¹ Insgesamt aber siedeln die Ausführungen Albers recht nah an Zapf an.

Diese Art der strikten Trennung findet sich allerdings auch bei Hans van der Loo und Willem van Reijen sowie bei Nina Degele und Christian Dries wieder. In jedem Fall erscheint die Auftrennung dieser Entwicklungsstränge als unbedingt erforderlich, insbesondere vor dem Hintergrund der vorliegenden Problemstellung. Denn vorliegend wird vom Grundsatz ausgegangen, dass Sozialstruktur und Kultur zwei wesentliche und voneinander zu differenzierende Veränderungsfaktoren im Kontext von Modernisierung darstellen.

¹⁶⁷ Zapf in: Korte / Schäfers 2010, S. 257ff. Der Autor nimmt dabei Bezug auf seine Ausführungen zum sozialen Wandel in „Theorien des sozialen Wandels“ (vgl. Zapf 1971, S. 11f). An dieser Stelle soll wiederholt darauf hingewiesen werden, dass der Modernisierungsbegriff bereits seit den Anfängen der Modernisierungsforschung immer stärker auch mit dem Begriff des sozialen Wandels korreliert und teils kaum noch davon zu unterscheiden ist (vgl. Lee 2007, S. 9f; Wehler 1975, S. 11).

¹⁶⁸ Zapf in: Korte / Schäfers 2010, S. 259.

¹⁶⁹ Ebd., S. 259. Sonach versteht Bendix (1969) unter Modernisierung „(...) *einen Typus sozialen Wandels, der seinen Ursprung in der englischen industriellen Revolution (...) und in der politischen Französischen Revolution (...) hat. (...) Modernisierung (...) besteht im wirtschaftlichen und politischen Fortschritt einiger Pioniergesellschaften und den darauf folgenden Wandlungsprozessen der Nachzügler*“ (Bendix 1969, zitiert von Zapf in: Korte / Schäfers 2010, S. 259).

¹⁷⁰ Ebd., S. 259ff.

¹⁷¹ Vgl. Lee 2007 nach Alber 1989, S. 15.

Eine weitere, eher technisch anmutende und im Vergleich zu dem bereits vorgestellten Auslegungen fast schon zu abstrakt wirkende Definition findet sich bei Otthein Rammstedt. Demnach sei Modernisierung eine „*Bezeichnung für den Entwicklungsprozess in Richtung Modernität*“. ¹⁷² Des Weiteren heißt es, dass Modernisierung eine spezifische Form gegenwärtigen und zielgerichteten Wandels sei und, wird eine internationale Vergleichbarkeit angestrebt, an wirtschafts- sowie sozialstrukturellen Veränderungen gemessen werden kann. ¹⁷³ Tatsächlich lässt diese Auslegung viel Interpretationsspielraum. Gleichzeitig werden entscheidende Aspekte wie eine differenzierte und ambivalente Perspektive nicht weiter angesprochen. Überdies fehlt die kulturelle Perspektive.

Nicht zuletzt sei auf einen der wichtigsten Ansätze hingewiesen: Das theoretische Konzept der „Multiplen Modernitäten“ nach Shmuel Noah Eisenstadt. Dieses Konzept erweist sich allein schon deshalb als grundlegend, da es ermöglicht westliche und nicht-westliche Gesellschaften unabhängig und unvoreingenommen voneinander zu analysieren. ¹⁷⁴ Darüber hinaus ist zu beachten, dass die herkömmlichen Modernisierungstheorien i. d. R. nicht auf die charakteristischen Entwicklungen in Korea übertragbar sind und keine aufschlussreichen Argumente liefern. ¹⁷⁵ Den Kulturaspekt auszulassen, kommt nicht in Betracht. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass gewisse Muster durchaus auch prognostizierbar sein können. ¹⁷⁶

3.2.1 Aggregation grundlegender Merkmale von Modernisierung

Auf der Suche nach einer adäquaten Definition von Modernisierung ist man mit einem hohen Abstraktheitsgrad konfrontiert, was schließlich zu keiner grundlegenden Begriffsauslegung führt. Überschneidungen mit anderen soziologischen Begriffen oder Theorien sind quasi vorprogrammiert. Zudem scheint es, man habe noch nicht alle inhaltlichen Schwierigkeiten, die mit den klassischen Denkmustern in Verbindung stehen, bewältigt. Allerdings wird das Bemühen um eine systematische und differenzierte Sichtweise deutlich. Darüber hinaus wird deutlich, dass dieser Begriff immer auch vom jeweiligen Hintergrund abhängt, indem das Phänomen der Modernisierung thematisiert ist. Das wiederum erscheint als eine Stärke der Modernisierungsdebatte. Modernisierung kann demnach in nahezu jeden inhaltlichen Kontext eingebunden werden, ohne dabei die Kernaspekte zu verfälschen. Trotz einiger Inkonsistenzen lassen sich die folgenden, allgemeinen Merkmale ableiten:

¹⁷² Rammstedt 2011, S. 453.

¹⁷³ Ebd., S. 453.

¹⁷⁴ Pechmann 2008, S. 163. So löst der Ansatz Eisenstadts das Problem der ideologischen Verblendung.

¹⁷⁵ Vgl. Pechmann 2008, S. 3.

¹⁷⁶ Inglehart 1998, S. 458ff.

- Modernisierung beschreibt einen Komplex multipler Veränderungsprozesse.
- Bei der Betrachtung und Beurteilung modernisierungsbedingter Veränderungen kann in mehrere Perspektiven unterschieden werden.
- Modernisierungsbedingte Veränderungsprozesse stehen in Wechselwirkung zueinander und führen sowohl positive, als auch negative Entwicklungen mit sich.¹⁷⁷
- Modernisierung zeichnet sich durch Heterogenität aus und ist daher nur bedingt generalisier- und vorhersagbar.
- Bei der Debatte um modernisierungsbedingte Veränderungen müssen sowohl endogene, als auch exogene Determinanten berücksichtigt werden.
- Die im Zusammenhang mit Modernisierung stehenden Kausalitäten sind zu jeder Zeit ergänz- und erweiterbar.
- Modernisierung hat in ihrer Konsequenz sowohl direkte als auch indirekte Auswirkungen auf gesellschaftliche Entwicklungen.

Ferner kann geltend gemacht werden, dass der Modernisierungsbegriff die Ursachen und Konsequenzen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht zwar nicht in direkter Weise erfasst, diese allerdings problemlos in ein späteres Übersichtsmodell umgesetzt werden können (und umgekehrt), zumal auf Ebene der Determinanten eindeutige Schnittpunkte zwischen Modernisierung und Gesundheit bestehen. Diese Schnittpunkte lassen sich aber auch im Hinblick auf Modernisierungsebenen und Modernisierungsprozesse feststellen.

3.2.2 Modernisierungsebenen und -prozesse

Den vorgestellten Definitionen gemein ist die Unterscheidung in unterschiedliche Analyse-Ebenen (oftmals auch als Dimensionen bezeichnet) und Prozesse der Modernisierung. Dabei zeigt sich, dass sowohl Dimensionen als auch Prozesse in unterschiedlicher Weise interpretiert werden, was nicht zuletzt auch auf fachliche Schwerpunkte zurückgeführt werden kann. Was die Modernisierungsdimensionen anbetrifft, so unterscheiden beispielsweise Hans van der Loo und Willem van Reijen in eine strukturelle, kulturelle, physische und psychische Perspektive, während bspw. Jens Alber in Wirtschaftsentwicklung, politische Entwicklung, Veränderung der Sozialstruktur sowie die kulturelle Entwicklung unterscheidet.¹⁷⁸ Wolfgang Zapf wiederum differenziert in wirtschaftliche und politische Phasen, sowie weitere Bedingungen.¹⁷⁹ Gleichzeitig verweist Zapf auf eine Perspektive, nach der die Dimensionen in wirtschaftliche

¹⁷⁷ An dieser Stelle kann von einem Modernisierungsparadox gesprochen werden (Degele / Dries 2005, S. 22f).

¹⁷⁸ Alber 1989, S. 349.

¹⁷⁹ Zapf nach Loo / Reijen 1992, S. 11f.

und politische sowie sozialstrukturelle und kulturelle Veränderungen sortiert werden.¹⁸⁰ Trotz des Mangels an einer allgemeingültigen Definition, lassen sich analoge Interpretationsmuster erkennen. In jedem Fall aber spiegeln sich in den Analyse-Ebenen bzw. Dimensionen von Modernisierung auch die Determinanten von Gesundheit wider.

Wie erwähnt unterscheidet man aber nicht nur in Dimensionen, sondern auch in Prozesse der Modernisierung. Während die Modernisierungsdimensionen eine Art Zusammenfassung der wichtigsten Implikationen der Modernisierungstheorie darstellen¹⁸¹ – wodurch grundlegende Analyseebenen definiert seien¹⁸² –, handelt es sich bei Modernisierungsprozessen um spezifische Abläufe, die nur im Zusammenhang mit Modernisierung auftreten und als solche identifiziert werden können (Faktorebene).¹⁸³ Die Modernisierungstheorie hat hierbei eine Vielfalt an Prozessen zur Diskussion gebracht. Unter die Prozesse von Modernisierung fallen i.d.R.: Industrialisierung, Demokratisierung, Staaten- und Nationenbildung, Urbanisierung, (strukturelle) Differenzierung, Pluralisierung, Generalisierung, (soziale) Mobilisierung, Alphabetisierung, Partizipation, Wertewandel, Rationalisierung, Säkularisierung und Individualisierung etc.¹⁸⁴ Im Kontext der sich verändernden Bedingungen und Anforderungen an die Gesellschaft erfolgt nicht selten auch der Versuch um die Aufnahme neuwertiger Prozesse wie Globalisierung, Beschleunigung, Integration und Vergeschlechtlichung.¹⁸⁵ Das ist ein insofern interessanter Aspekt, als dass die Prozessebene nicht als ein in sich geschlossenes Konstrukt auftritt, sondern als grundsätzlich erweiterbarer Pool. Somit ist nicht ausgeschlossen, dass bei sinnvoller Argumentation auch weitere Prozesse ergänzt werden können. Des Weiteren kommt hinzu, dass man die Prozesse ebenso wie die Dimensionen nicht separat voneinander diskutieren kann, sondern sie – dadurch dass sie einander extern und intern bedingen – immer im gemeinsamen Zusammenhang betrachten muss.¹⁸⁶ Überdies gilt es immer auch die „negativen“ Begleiterscheinungen zu thematisieren, wonach Modernisierungsprozesse nicht nur als gewinnbringend im Sinne von Fortschritt verstanden werden dürfen (Modernisierungsparadox).¹⁸⁷ Ferner sei der in Teilen immer noch existente Gedanke einer allgemeingültigen Entwicklung infrage zu stellen, obschon gewisse Muster des Wandels als durchaus prognostizierbar erscheinen. Wahrscheinlicher ist die Annahme, dass die unterschiedlichen Pfade der Modernisierung auch zu unterschiedlichen Modernitäten führen.¹⁸⁸

¹⁸⁰ Vgl. u. a. Zapf in: Korte / Schäfers 2010, S. 259f.

¹⁸¹ Lee 2007, S. 15.

¹⁸² Degele / Dries 2005, S. 27.

¹⁸³ Ebd., S. 27.

¹⁸⁴ Vgl. Zapf in: Korte / Schäfers 2010 S. 260f; Lee 2007, S. 15; Loo / Reijen, 1992 S. 28f; Wehler 1975, S. 16f.

¹⁸⁵ Degele / Dries 2005, S. 23ff. Die Frage dabei wäre, ob diese Prozesse als Folge von Modernisierung erachtet werden können.

¹⁸⁶ Degele / Dries 2005, S. 21ff.

¹⁸⁷ Siehe hierzu Degele / Dries 2005, S. 21ff; Loo / Reijen 1992, S. 34ff.

¹⁸⁸ Inglehart 1998, S. 458ff.

Spätestens an dieser Stelle soll die Komplexität von Modernisierung als Untersuchungsgegenstand deutlich geworden sein. Die derzeit übliche Systematisierung bzw. Kategorisierung von Modernisierung in Dimensionen und Prozesse – oft auch als Analyse- und Faktorebene beschrieben – stellt einen wesentlichen Schritt hin zu einer differenzierten Auslegung vom Modernisierungsbegriff dar.¹⁸⁹

3.3 Modernisierung – Ein Zwischenfazit

Die Auseinandersetzung mit einschlägigen Begriffen und einer ansätzlichen Modernisierungstheorie bestätigt, dass es nach wie vor schwer fällt, Modernisierung eindeutig und einheitlich zu definieren. Dies liegt vorwiegend daran, dass es fast unmöglich erscheint alle damit zusammenhängenden Inhalte zu erfassen. Ferner gilt es immer wieder neue Aspekte zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang kann davon ausgegangen werden, dass keine Theorie alle inhaltlichen Gesichtspunkte, die mit dem Modernisierungsbegriff sowie mit der Vielfalt der Moderne verknüpft sind, erfassen kann.

Betrachtet man den inhaltlichen Entstehungsprozess und den weiteren Entwicklungsgang des für die vorliegende Auseinandersetzung zentralen Modernisierungsbegriffes, wird dennoch deutlich, dass sich seit jeher um eine systematische Theoriebildung bemüht wird. Während man zu den Anfängen der Modernisierungsforschung noch versuchte, die bis dahin vorwiegend für Europa und Nordamerika dokumentierten Veränderungsprozesse in einen universellen theoretischen Rahmen zu fassen, führten die ungleichen globalen Veränderungen seit der Mitte des 20ten Jhd. dazu, dass man diesen Rahmen fortwährend neu ausrichten muss. Dabei werden immer wieder neue Inhalte herangezogen, während man anderen mit zunehmend ablehnender Haltung gegenüber steht oder sie ggf. in eine neue Richtung korrigiert. Fest steht, spricht man von Modernisierung, muss dabei immer auch der gesellschaftsspezifische Kontext berücksichtigt werden, in dem sich die entsprechenden Entwicklungen zutragen.¹⁹⁰

Nichtsdestotrotz entsteht der Eindruck, dass auch einige gegenwärtige Ansätze nach wie vor unbedacht mit landesspezifischen Entwicklungen umgehen. Obschon sich viele Vertreter der neuen Modernisierungstheorien dieser Herausforderung bewusst sind, existieren tatsächlich nur wenige Ansätze welche Modernisierung im Kontext der Länder außerhalb Europas und Amerikas diskutieren. Speziell die vorliegende Problemstellung betreffend muss sich dieser Herausforderung gestellt werden. Es gilt hierbei weitere Aspekte – als (lediglich) diejenigen, wie sie durch die genannten Autoren thematisiert werden – zu berücksichtigen, sodass ein eigenständiges, speziell auf die Fragestellungen zugeschnittenes Prozessmodell erarbeitet

¹⁸⁹ Degele / Dries 2005, S. 27.

¹⁹⁰ Vgl. Eisenstadt 2011, S. 9f.

werden kann. Hierzu müssen vor allem solche Modernisierungsprozesse sowie Erscheinungen identifiziert werden, die auf der einen Seite im unmittelbaren Zusammenhang mit gesundheitsstrukturellen Entwicklungen in Südkorea stehen, auf der anderen Seite aber auch die landesspezifische Modernisierung selbst thematisieren. Auch muss beachtet werden, dass die gesellschaftliche Modernisierung und die damit verbundenen Prozesse in vielen Ländern, darunter eben auch in Südkorea, zu anderen Zeitpunkten einsetzten sowie „(...) *im Zuge einer nachholenden Modernisierung sehr rasch ablaufen*“¹⁹¹. In diesem Kontext erscheinen einige modernisierungsbedingte Dynamiken der Gegenwart äußerst dramatisch. Diese bisher nur unzureichend analysierten Aspekte werfen natürlich auch weitere Fragen hinsichtlich der Modernisierungsabläufe auf, aber eben auch hinsichtlich der Konsequenzen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Die Erarbeitung kontextueller Grundlagen wird damit zu einem der wichtigsten Arbeitsschritte. Darüber hinaus müssen auch andere Prozesse und in diesem Zusammenhang auch weitere Ursachen und Konsequenzen als nur „(...) *die einen*“¹⁹² berücksichtigt werden. Und wie bereits angedeutet, werden hierzu in der Literatur einige sehr gute mehrdimensionale Perspektiven angeboten, an die sich mit der vorliegenden Problemstellung andocken lässt. Weiterhin soll deutlich geworden sein, dass sich die Inhalte der Modernisierungsforschung entsprechend gut mit denen von Public Health verknüpfen lassen, insbesondere was die inhaltlichen Untersuchungsebenen anbelangt. Insofern wurde sich auch der Antwort auf die Frage, welche Stellung Modernisierung innerhalb einer gesundheitswissenschaftlichen Auseinandersetzung einnimmt, theoretisch angenähert. Zur vollständigen Beantwortung dessen erscheint allerdings eine Vertiefung der Theorie mit gegenstandsbezogener Rahmenbildung notwendig.

¹⁹¹ Lee 2017, S. 15.

¹⁹² Vgl. Shin 2005, S. 4f. Der Autor weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Modernisierungsdiskurs keineswegs nur die „traditionellen“ Prozesse und Entwicklungen berücksichtigen darf, sondern um viele weitere Konsequenzen ergänzt werden muss, die im Zusammenhang mit Modernisierung stehen.

4. Theoretische Vertiefung und Rahmenbildung

Die Komplexität des vorliegenden Untersuchungsgegenstandes erfordert allen voran eine theoretische Vertiefung solcher Ansätze, die den größten Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Frage nach einem Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit in Südkorea versprechen. Es werden also solche Theorien benötigt, mittels derer alle der vorliegend Fokus stehenden Entwicklungen verstanden, erklärt und in zutreffender Weise miteinander verknüpft werden können. Auf diese Weise werden theoretisch und empirisch nachweisbare Veränderungen überhaupt erst erklärbar. Gleichzeitig sei unterstellt, dass die gesundheitlichen Auswirkungen im Zusammenhang mit der ausgeprägten Modernisierungsdynamik in Südkorea, nur anhand einer adäquaten theoretischen Basis treffend erklärt werden können. Die theoretische Abstraktion ist hierbei unerlässlich. Ferner soll die Möglichkeit geschaffen werden bereits bestehende Ansätze sinnvoll zu ergänzen. Denn tatsächlich scheint es bisher keinen Ansatz zu geben, der die im Vordergrund stehende Problemstellung in expliziter Weise aufgreift. Dieser sowie alle anderen Aspekte, die im Zusammenhang mit der Festlegung auf forschungsleitende Ansätze von Bedeutung sind, werden im folgenden Kapitel zu den Voraussetzungen an den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit weiter ausgeführt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sich natürlich nicht mit allen denkbaren soziologischen und gesundheitswissenschaftlichen Theoremen auseinandergesetzt werden kann. Gleichzeitig wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Somit seien nur solche Ansätze in den Mittelpunkt gestellt, die den größten inhaltlichen Zusammenhang zur vorliegenden Problemstellung aufweisen und wahrscheinlich zum größten Erkenntnisgewinn führen. Somit stehen solche Konzepte im Vordergrund, anhand derer ein Verständnis dafür geschaffen werden soll, welche Faktoren als erklärend herangezogen werden können, um den komplexen Wirkungszusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit – vorliegend repräsentiert durch Entwicklungen in der Mortalität und ferner auch Morbidität – zu eruieren. Ferner der Hinweis, dass auf eine erneute Nennung von Grundlagen im Zusammenhang mit modernisierungstheoretischen und gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen verzichtet wird. Das ist für die Problemstellung in ausreichender Weise bereits mit den vorangegangenen Kapiteln gewährleistet. Im Folgenden geht es vielmehr um vertiefende Einblicke. Dabei bietet sich zunächst eine Auseinandersetzung zu den Voraussetzungen an den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit an, anhand dessen sowohl die wichtigsten Auswahlfaktoren zusammengefasst werden sollen, als auch eine Vergegenwärtigung aller bisherigen Erkenntnisse erfolgen soll.

4.1 Zu den Voraussetzungen an den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit

Die Identifikation geeigneter Ansätze ist mit essenziellen Problemen verbunden. Das liegt nicht zuletzt auch an der speziellen Thematik selbst. Einerseits sind die im Einzelnen teils sehr unterschiedlichen sowie vielfältigen Konzepte zu nennen, was insbesondere auf den inkonsistenten Modernisierungsdiskurs zutrifft.¹⁹³ Zwar kann diese Problematik zu gewissen Anteilen anhand einiger der interessierenden Größen gebändigt werden, dennoch steht man zusätzlichen Schwierigkeiten gegenüber. So wird das Beispiel Südkorea in nur wenigen modernisierungstheoretischen Abhandlungen einhergehend thematisiert.¹⁹⁴ Auch werden die einzigartigen sozialen, kulturellen, historischen und wirtschaftlichen Ausgangszustände oft nur unzureichend diskutiert. Tatsächlich scheinen die charakteristischen Entwicklungen in Südkorea nur sehr langsam in den Mittelpunkt des (westlichen) Forschungsinteresses zu treten. Das betrifft nicht nur den Modernisierungsdiskurs, sondern eben auch einen gesundheitswissenschaftliche Diskurs. Speziell hierzu scheint es auch an einer eindeutigen Implementation von Modernisierung als ebenenübergreifenden Entwicklungsprozess zu mangeln. Während Gesundheit als einflussnehmender Faktor im Zusammenhang mit Modernisierung gelegentlich erwähnt wird¹⁹⁵, scheint es seitens von Public Health an einer expliziten Auseinandersetzung mit Modernisierung oftmals zu mangeln. Sicherlich werden seitens von Public Health modernisierungsbedingte Veränderungen immer wieder auch angesprochen, allerdings geschieht dies weniger im Bewusstsein modernisierungstheoretischer Konzepte. Auch eine gesundheitswissenschaftliche Theorie speziell hierzu scheint nicht es nicht zu geben.

Somit gelangt man zum Problem, dass auf keiner expliziten gesundheitswissenschaftlichen Theorie, welche den Fokus auf modernisierungsbedingte Entwicklungen setzt, aufgebaut werden kann. Die Soziologie hingegen, im Speziellen die Modernisierungsforschung, bietet zwar einen reichhaltigen Theoriepool, allerdings, wie bereits erwähnt, kaum im Zusammenhang mit gesundheitsspezifischen Ausführungen, geschweige denn vor dem Hintergrund gesundheitswissenschaftlicher Ansätze. Hingegen zeigt die vorangegangene Auseinandersetzung mit den Determinanten von Gesundheit und Modernisierung, dass zumindest eindeutige Überschneidungen auf Ebene der Einflussfaktoren vorhanden sind, allerdings beiderseits nicht oder nur selten als solche thematisiert werden. Parallel zur Darstellung forschungsleitender Ansätze muss daher auch der Versuch einer sinnhaften theoretischen Zusammenführung erfolgen, um nicht zuletzt auch ein deduktives empirisches Vorgehen zu gewährleisten. Was aber gilt es vorliegend und bei der Festlegung auf forschungsleitende

¹⁹³ Vgl. Kap. 3.2.

¹⁹⁴ Vgl. Choung 1991, S. 13. Das Interesse gilt i. d. R. den Nachbarstaaten China, Japan oder Russland.

¹⁹⁵ Trojan / Legewie 2001., S. 126. Die Autoren sprechen hierbei die ambivalente Entwicklung zwischen Modernisierung und Gesundheit an.

Ansätze, Theorien, Modelle und Konzepte grundsätzlich zu beachten? An dieser Stelle sei unterstellt, dass eine adäquate Identifikation forschungsleitender Ansätze zunächst die Vergegenwärtigung grundlegender Voraussetzungen erfordert. Diese setzen sich in erster Linie zusammen aus:

- ...den Forschungszielen und Forschungsfragestellungen
- ...den damit verbundenen Hauptthemenkomplexen
- ...der damit verbundenen eigenen Interpretation der Problemstellung

Die genannten Aspekte bilden also das Fundament, indem sie hervorheben, was genau zur Zielsetzung gehört und was genau dabei von Interesse ist. Bei der Theorieauswahl sollten diese Voraussetzungen in jedem Fall berücksichtigt werden. Bezug -nehmend auf den vorliegenden Forschungsgegenstand bergen aktuelle modernisierungstheoretische und gesundheitswissenschaftliche Strömungen wahrscheinlich das größte Potenzial, denn sie versuchen nicht nur ein immer größeres Spektrum an Faktoren zu berücksichtigen, sondern besitzen auch einen zunehmend disziplinübergreifenden Charakter. Gleichwohl stellt sich die Frage, ob klassische Ansätze zu eher weniger geeigneten Ergebnissen führen und daher gänzlich ausgeschlossen werden dürfen, bilden sie doch die Basis für ein grundlegendes, theoretisches Verständnis. Insofern soll auf eine Diskussion klassischer Überlegungen nicht gänzlich verzichtet werden, allerdings soll dies anhand einer kritischen Betrachtung erfolgen. Zunächst aber gilt es sich weiteren Voraussetzungen an den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit zu widmen.

Weitere, gegenstandsbezogene Voraussetzungen

Die genannten Voraussetzungen der vorliegenden Abhandlung determinieren weitere forschungsleitende Entscheidungsfaktoren, und zwar sowohl in Bezug auf die Theorie, als auch auf die Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen in Südkorea und damit die Identifikation von Analysefaktoren, sowie in der Folge auf die spätere empirische Auseinandersetzung. Hierzu gilt es zunächst zu beachten, dass für Südkorea gänzlich andere Rahmenbedingungen eine Rolle spielen, als es zur Zeit der Modernisierung im Westen oder anderen Regionen war. Als offensichtliches Beispiel sei die charakteristische Dynamik der Modernisierungsprozesse in Südkorea angebracht, die sich darüber hinaus auf einen verhältnismäßig sehr kurzen Zeitraum bezieht. Daneben sind die bereits mehrfach erwähnten kontextspezifischen Rahmenbedingungen ausschlaggebend. Diese seien vorliegend nicht nur als kulturelle, historische und politische Rahmenbedingungen definiert, sondern im Speziellen auch in Bezug auf die Wirtschaftsstruktur, Demografie und Gesundheitsstruktur, was auch als

gemeinsamer Nenner zwischen Modernisierungsforschung und Public Health erachtet werden kann. Dabei kann Gesundheit als ein wichtiges Strukturmerkmal beschrieben werden, was aus einem logischen Zusammenhang heraus von vielen disziplinübergreifenden Faktoren abhängt. Insgesamt können also der räumliche und zeitliche Bezug sowie kontextspezifische Rahmenbedingungen als weitere wichtige Entscheidungsfaktoren zwecks Identifikation forschungsleitender Ansätze konstatiert werden. Zugleich wird die damit verbundene eigene Interpretation der Problemstellung deutlich. Das Wichtigste aber ist, dass anhand dessen eine eindeutige Eingrenzung des theoretischen Rahmens erfolgen kann. So sollte die rahmenbildende Theorie genau diese Aspekte berücksichtigen, soll sich dem Untersuchungsgegenstand in adäquater Weise angenähert werden. Hierbei spielt insbesondere das Gedankengut seit „Wiederbelebung des Modernisierungsdiskurses“ um die 1970er Jahre sowie seit „Neuauslegung von Public Health“ der 1980er Jahre eine entscheidende Rolle. Was die Modernisierungsforschung anbetrifft stehen insbesondere solche Erklärungsansätze im Vordergrund, die eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Modernisierungsthematik sowie allen damit zusammenhängenden Ursachen und Konsequenzen ermöglichen.¹⁹⁶ Modernisierung wird damit zu einem äußerst komplexen Gefüge verschiedenartiger Ursachen und Konsequenzen.

Hinsichtlich Public Health, erweisen sich die Ansätze der sog. New Public Health-Bewegung als relevant. Wesentliches Merkmal hierbei ist, dass dadurch seit etwa drei Jahrzehnten eine multidimensionale und multidisziplinäre Neuorientierung vorangetrieben wird.¹⁹⁷ Dadurch fällt der Anschluss zu sozialwissenschaftlichen Disziplinen – wie eben mit der Modernisierungsforschung – deutlich einfacher. Der disziplinübergreifende Charakter der neuen Strömungen kann somit als zielführendes Merkmal erachtet werden. Gleichwohl ist es immer auch erforderlich auf einige Gegenströmungen oder klassische Ansätze einzugehen. Auch wenn dieser Schritt zunächst weniger zielführend zu sein scheint, kann damit u. a. den Fragen nachgegangen werden, warum klassische Ansätze nicht mehr zeitgemäß sind oder auch welche Zusammenhänge zwischen neuem und altem Gedankengut bestehen, sowie ob gewisse scheinbar veraltete Konzepte (oder Teile davon) nicht doch noch bedingt anwendbar sind. Eine Auseinandersetzung mit Gegenströmungen hingegen ermöglicht es eine in Teilen selbstkritische Perspektive einzunehmen, besonders aber den Ausschluss parallel entstandener Strömungen, die auf das Beispiel Ostasien – Südkorea im Speziellen – nicht anwendbar sind. So ist es die Vielfalt sowie der historisch bedingte Wandel entsprechender Interpretationen welche diesen Zwischenschritt besonders erforderlich machen. Ebenfalls soll deutlich

¹⁹⁶ Vgl. Schrader 2008, S. 6.

¹⁹⁷ Siehe hierzu u. a. Flick 2002, S. 9.

geworden sein, dass die Auswahl bestimmter forschungsleitender Ansätze keiner Willkür unterliegt oder gar dem sog. „common sense“¹⁹⁸ entspringt. Hierzu sei einmal mehr darauf hingewiesen, dass es sich bei dem vorliegenden Forschungsvorhaben in erster Linie um eine sozialemprirische Arbeit im klassischen Sinne handelt. Die Theorie dient dabei der Rahmenbildung. Zur Vertiefung vieler der nachstehend genannten Strömungen wird daher an entsprechender Stelle auf einschlägige Literatur verwiesen werden.

4.2 Exkurs zu den Schwächen modernisierungstheoretischer Ansätze

Klassische Strömungen¹⁹⁹

Bereits in den Klassikern der Soziologie wird Modernisierung – wobei man den Modernisierungsbegriff selbst noch nicht verwendet – oftmals als ein äußerst einseitiges, damit individuelle Entwicklungen ausschließendes Phänomen behandelt. Der Grund hierfür liegt nicht zuletzt auch in der vermeintlichen Vorbildfunktion der westlichen Modernisierungspfade. So hatte man lange Zeit nur die Entwicklungen in Westeuropa oder Amerika vor Augen und ging davon aus, dass sich dieser Idealtypus auch auf globale Entwicklungen übertragen lassen kann.²⁰⁰ Aus einem logischen Zusammenhang heraus aber kann diese Annahme für nichtig erklärt werden. Und trotzdem finden sich Generalisierungen dieser Art in den klassischen Modernisierungstheorien seit Mitte des 20ten Jhd. wieder. Zwar war man bereits zu den Anfängen der Modernisierungsforschung um eine von den soziologischen Klassikern losgelöste bzw. um eine korrigierende Perspektive bemüht. Im Vordergrund hierbei stand u. a. die Zusammenführung der einzelnen, teils isolierten soziologischen Perspektiven. Allerdings orientierte man sich anfangs noch sehr stark an den soziologischen Vorläufern und damit auch theoretischen Schwächen, was in teils einseitige Perspektiven mündete, auch wenn man sich der vielen individuellen Umwandlungsprozesse und Entwicklungsverläufe sowie der vielschichtigen Zusammenhänge durchaus bewusst war.²⁰¹ So ist die Modernisierungstheorie aus einer Vereinigung von (altem) evolutionistischem und (neuem) funktionalistischem Gedankengut entstanden.²⁰² Wehler kommentiert hierzu, dass „(...) in neuer zeitgenössischer

¹⁹⁸ In gewisser Weise als „Volks Glaube“, drastischer ausgedrückt als „Aberglaube“ zu verstehen.

¹⁹⁹ Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit der klassischen Modernisierungsforschung siehe Degele / Dries 2005, S. 18f; Shin 2005, S. 44f; Loo / Reijen 1992, S. 18f; Wehler 1975, S. 11f.

²⁰⁰ Vgl. Wehler 1975, S. 11; Flora 1974, S. 13f.

²⁰¹ Vgl. Degele / Dries 2005, S. 18; Shin 2005, S. 4f.

²⁰² Vgl. Schrader 2008, S. 4. Evolutionstheoretische Konzepte gehen bereits auf das 19. Jhd. zurück und wurden bis ins 20. Jhd. übertragen (vgl. Schmid 1998, S. 236). Der soziologische Funktionalismus hingegen steht für eine Strömung aus dem 20. Jhd. (vgl. Wehler 1975, S. 13). Autoren wie Talcott Parsons mit seiner strukturfunktionalistischen Gesellschaftstheorie und Walt Whitman Rustow mit seinem Ansatz über die wirtschaftliche Stadienentwicklung von Gesellschaften gehören dabei zu den Pionieren des klassischen Modernisierungsdiskurses.

*Wissenschaftssprache die alte Suche nach evolutionären Universalien fortgesetzt wurde, die in allen Entwicklungsprozessen in bestimmter (?) zeitlicher Abfolge und struktureller Ordnung auffindbar sein sollen“.*²⁰³ Schrader konstatiert, dass die klassischen Theorien „(...) auf der dichotomen Kontrastierung des Anfangs- und Endzustandes von gesellschaftlicher Entwicklung basieren“.²⁰⁴ Somit geht es in vielen der Ansätze insbesondere um die Gegenüberstellung von modernen und vormodernen Eigenschaften bzw. universellen Bedingungen, was „(...) auf einer Antithese zwischen Moderne und Tradition beruht“.²⁰⁵ Daraus ergeben sich deutlich voneinander abgegrenzte Merkmale moderner und vormoderner Gesellschaften, die Wehler in einem „Dichotomien-Alphabet“ zusammenfasst und dabei kritisch hinterfragt.²⁰⁶ Grundsätzlich ist festzuhalten, dass mit diesem Kontrastprogramm ein „(...) simultaner, gleichgerichteter Fortschritt auf allen Ebenen von der Tradition hin zur Moderne“²⁰⁷ unterstellt wird. Die Anhänger dieser Linie, dessen berühmtester Vertreter Talcott Parsons ist, waren außerdem davon überzeugt, dass die Modernisierung traditioneller Gesellschaften bzw. die Überwindung von Tradition exogene Stimuli seitens der modernisierten Länder des Westens benötige, um damit die gleichen Entwicklungen zu fördern.²⁰⁸ Darüber hinaus wird auch ein Nebeneinander von Tradition und Moderne gänzlich ausgeschlossen.

Ein anderes gängiges Denkmuster nimmt Bezug auf die Darstellung gesellschaftlicher Entwicklungsstadien, die zwischen den beiden Extremen Tradition und Moderne gelagert sind und für eine Modernisierung nach westlichem Muster unbedingt notwendig erschienen. Einer der berühmtesten Ansätze hierzu ist das Stadienmodell der wirtschaftlichen Entwicklung nach Walt W. Rustow.²⁰⁹ Demnach ist Modernisierung eng mit wirtschaftlichem Wachstum verbunden bzw. nur dadurch denkbar. Wirtschaftliches Wachstum, was selbst als unbedingte Folge von Industrialisierung verstanden werden muss, führt schließlich auch zur Demokratisierung einer Gesellschaft nach westlichem Vorbild. Allerdings wird bereits in den Ausführungen von Daniel Lerner (1958) deutlich, dass diese Standardannahmen nicht überall Anklang fanden. So diskutiert Lerner zwar auch den Übergang von Tradition zur Moderne, stellt allerdings endogene Faktoren in dem Mittelpunkt des Interesses. Anders gesagt spielen eben nicht allein die rustow'schen wirtschaftlichen Faktoren eine wesentliche Rolle bei Modernisierungsprozessen, sondern gesellschaftliche Barrieren. Die sog. „Nachzügler“ stehen

²⁰³ Wehler 1975, S. 13.

²⁰⁴ Schrader 1998, S. 4.

²⁰⁵ Degele / Dries 2005, S. 19.; Siehe auch Langenohl 2007, S. 19f; Wehler 1975, S. 14f.

²⁰⁶ Für eine ausführliche Auseinandersetzung siehe Wehler 1975, S. 14.

²⁰⁷ Wehler 1975, S. 16.; siehe auch Degele / Dries 2005, S. 19 – 21. Die Autoren befassen sich in diesem Zusammenhang auch mit der Kritik an diesem stilisierten Fortschrittsmodell.

²⁰⁸ Vgl. Schrader 1998, S. 4.

²⁰⁹ Vgl. Rustow 1960; Siehe hierzu auch Degele / Dries 2005, S. 18f; Wehler 1975, S. 13.

sich in Bezug auf ihre Modernisierung also selbst im Weg. Im Zusammenhang mit der Geschichte Südkoreas ist dies ein äußerst relevanter Aspekt und sollte daher durchaus betont werden. Allerdings weist auch der Ansatz Lerner zu einseitige Züge auf.

Hans van der Loo und Willen van Reijen fassen treffend zusammen, dass sich *„die klassischen Denker (...) zu einseitig auf einen „evolutionistischen“ Standpunkt gestellt haben. Sie berücksichtigen dadurch zu wenig die Möglichkeit, dass der Modernisierungsprozess je nachdem, in welcher Kultur und zu welchem Zeitpunkt er stattfindet, zu verschiedenen Ergebnissen führen kann. Auch hätten sie die Tatsache unterschätzt, dass die soziale Wirklichkeit häufig aus einer Mischung von modernen und traditionellen Elementen besteht.“*²¹⁰ Anders gesagt spielen für die verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen des 20. Jhd. andere Rahmenbedingungen eine Rolle, als es zur Zeit der Modernisierung in Westeuropa war. Schon allein deshalb ist die sog. Konvergenzannahme²¹¹ der meisten klassischen Modernisierungstheorien sowie einiger Nachzügler nicht haltbar.²¹²

Nina Degele und Christian Dries identifizieren hierbei insgesamt vier kritikwürdige Merkmale klassischer Theoreme: progressiv (auf eine neue Stufe des Fortschritts führend); systemisch (es sind mehrere, wechselwirkende Dimensionen betroffen); global (eindeutige und allgemeingültige Kennzeichen / Evolutionsgedanke); irreversibel (Rückschritte sind unwahrscheinlich).²¹³ Und auch nach Hans-Ulrich Wehler ist Modernisierung im klassischen Sinne ein *„(...) revolutionärer, unausweichlicher, irreversibler, globaler, komplexer, systemischer, langwieriger, aber in Phasen unterteilbarer, tendenziell homogenisierender und – last not least – progressiver Prozess.“* Der Autor brandmarkt diese Auffassung als *„(...) teils*

²¹⁰ Loo / Reijen 1992, S. 18.

²¹¹ *„Das Konvergenztheorem besagt (...), dass Modernisierungsprozesse, im Unterschied zu anderen Formen gesellschaftlichen Wandels, alle von ihnen erfassten Gesellschaften auf dasselbe Entwicklungsgleis setzen und zu vergleichbaren Resultaten auf den Gebieten des politischen Systems, der ökonomischen Ordnung und den kulturellen Werteorientierungen führen“* (Langenohl 2007, S. 9) Für eine kritische Auseinandersetzung mit der Konvergenztheorie sowie deren Neuformulierung vor dem Hintergrund gegenwärtiger modernisierungstheoretischer Strömungen siehe Langenohl (2007): Tradition und Gesellschaftskritik – Eine Rekonstruktion der Modernisierungstheorie.

²¹² In ihren weiteren Einwänden gegenüber der Modernisierungsforschung nehmen die Autoren Bezug auf den „Evolutionsgedanken“, den Aspekt der „Modernisierung als totale Entwicklung“, den „harmonischen Charakter“, „monokausale Erklärungen“, die beiden Gesichtspunkte „Struktur und Akteur“ und last-not-least die „Distanz und Beteiligung“. Viele ihrer Aspekte sind auch Teil der Kritik gegenüber der Modernisierungstheorien, wie sie teils auch bis in die Gegenwart hinein noch ausgelegt werden (für nähere Informationen siehe Loo / Reijen 1992, S. 18ff). Gleiches gilt im Übrigen auch für die kritische Auseinandersetzung seitens anderer Autoren wie beispielsweise Wehler 1975: „Modernisierungstheorie und Geschichte“ oder Flora 1974: „Modernisierungsforschung – Zur empirischen Analyse der gesellschaftlichen Entwicklung“. Auch hier finden sich teils immer noch aktuelle Einwände gegenüber der klassischen Modernisierungsforschung. Im Besonderen sind hierbei die Einwände nach Wehler 1975 hervorzuheben. Der Autor bietet eine äußerst detaillierte Auseinandersetzung zu diesem Gesichtspunkt, auch wenn aktuelle Ansätze unberücksichtigt bleiben.

²¹³ Vgl. Degele / Dries 2005, S. 17f.

offen dargelegt, teils stillschweigend untergeschoben, oft enthusiastisch suggeriert“.²¹⁴ Entsprechende Auseinandersetzungen greifen diese Einwände immer wieder auf, wobei den meisten, neueren Ansätzen vorgeworfen werden kann oftmals sehr ethnozentristisch zu sein, eine äußerst endogene Perspektive zu haben und, wie erwähnt, die Vereinbarkeit von Tradition und Moderne auszuschließen.²¹⁵

Sook-he Kwaak kommentiert hierzu, dass diese alten Denkmuster aber spätestens mit den äußerst charakteristischen Entwicklungen in Asien widerlegt werden können. Hierzu führt die Autorin aus, dass Modernisierung in weiten Teilen Asiens sehr widersprüchlich verlaufen ist, wobei „(...) *die Kopplung von Tradition und Modernität in Asien bisher zu wenig Berücksichtigung fand*“.²¹⁶ Modernisierung darf keineswegs nur als Überwindung von Traditionen interpretiert werden. Auch ist mit modernisierungsbedingten Entwicklungen nicht nur das wirtschaftliche Wachstum gemeint, wobei wachstumsbedingter Wohlstand schon gar nicht als eine Voraussetzung für Demokratie bzw. Demokratisierung nach westlichem Muster gelten sollte.²¹⁷ Ebenfalls von Bedeutung an dieser Stelle ist die oftmals beklagte Aussage, dass in den Sozialwissenschaften immer alles mit allem zusammenhängt.²¹⁸

Neo-modernisierungstheoretische Ansätze

Die Vertreter des in den 70er Jahren „wiederbelebten“ Modernisierungsdiskurses sind stets darum bemüht die Einwände gegenüber dem klassischen Gedankengut verstärkt zu berücksichtigen. Dennoch muss festgestellt werden, dass viele Bedingungen nach wie vor unberücksichtigt bleiben und längst überholte Generalisierungen oftmals wieder in den Vordergrund rücken.²¹⁹ Natürlich darf das Potenzial der klassischen Modernisierungstheorien nicht unterschätzt werden. Bei der Bildung neuer Ansätze sollte sich unbedingt an den Vor- und Nachteilen der Klassiker orientiert werden.²²⁰ Es wäre jedoch fatal alte Denkmuster, wie beispielsweise die parson'sche Konvergenzannahme, dass sich alle Gesellschaften nach westlichem Vorbild entwickeln (werden), wiederaufzunehmen.²²¹ Zwar versuchen sich gegenwärtig viele in einer differenzierten Makroperspektive, die solchen Problematiken entgegenwirken soll, allerdings kann gerade auch die Schaffung allgemeingültiger Modelle dazu führen, dass kontextspezifische Entwicklungen unberücksichtigt bleiben. So spielen im

²¹⁴ Wehler 1975, S. 16. Gleich im Anschluss an diese Auslegung geht Wehler 1975 auf insgesamt sechs Subprozesse ein, durch die die frühe Modernisierungstheorie gekennzeichnet sei. Siehe hierzu u. a. auch Schrader 1998, S. 4.

²¹⁵ Degele / Dries 2005, S. 18f.

²¹⁶ Kwaak 2000, S. 9. Eine entsprechende Kritik findet sich auch in Eisenstadt 2011; Shin 2005; Choung 1991.

²¹⁷ Vgl. Kwaak 2000, S. 8f.

²¹⁸ Vgl. Loo / Reijen 1992, S. 42.

²¹⁹ Vgl. Langenohl 2007, S. 17.

²²⁰ Siehe hierzu die Ausführungen von Wehler 1975, S. 39f; Vgl. Loo / Reijen 1992, S. 28.

²²¹ Vgl. Langenohl 2007, S. 17; Siehe hierzu u. a. auch Eisenstadt 2011.

Fall von Südkorea äußerst charakteristische Rahmenbedingungen eine Rolle und sind mit Entwicklungen anderer Länder nicht auf eine Ebene zu stellen.

Ein äußerst wichtiges Argument hierbei ist auch die historische Kontingenz der Modernisierungspfade Südkoreas.²²² An dieser Stelle muss betont werden, dass sich vor allem die Kulturen im asiatischen Raum völlig unabhängig von denen in Europa oder Nord-Amerika entwickelt haben und schon allein deshalb andere Ausgangsbedingungen vorliegen. Der Modernisierung in Südkorea und infolgedessen auch den Auswirkungen auf die Gesundheit der südkoreanischen Bevölkerung sollte daher unvoreingenommen begegnet werden. Bezüglich dessen ist allerdings festzustellen, dass sogar bis in die Gegenwart hinein immer noch nur „die einen“ Entwicklungen diskutiert und nur selten auch „die anderen“ Erscheinungen der Modernisierung problematisiert werden. Auf diese Weise bleiben viele andere Erfahrungen und Konstellationen der Moderne nach wie vor systematisch unberücksichtigt. Darüber hinaus dürfen und müssen auch solche strukturellen Prozesse und Veränderungen problematisiert werden, die selbst im gegenwärtigen Diskurs weiterhin nur am Rande wahrgenommen werden.²²³

Vor dem Hintergrund der Kritik an der Modernisierungsforschung erfolgt nun die Auswahl forschungsleitender Ansätze. Hierbei sei einmal mehr erwähnt, dass sich sicherlich nicht allen Theoremen und Konzeptionen gewidmet werden kann, wie es bei einer rein modernisierungstheoretischen Auseinandersetzung der Fall wäre. Der Anspruch sei vielmehr der, eine Übersicht solcher Ansätze zu erhalten, an die problemlos angeknüpft werden kann, bzw. die sich im Zusammenhang mit der Problemstellung als zweckdienlich erweisen und schließlich auch das Verständnis des Gesamtvorgehens stützen. Es gilt also solche Ansätze zu identifizieren, die um die spezifischen Bedingungen dieser Arbeit ergänz- und zu erweiterbar sind, wobei auch eine disziplinübergreifende Anwendung möglich sein muss. Das gilt im Übrigen auch für die spätere Diskussion gesundheitswissenschaftlicher Konzeptionen.²²⁴ Dass der Fokus im Folgenden auf neo-modernisierungstheoretische Ansätze liegt, erscheint selbsterklärend. Ferner der Hinweis, dass als Basis für die nachfolgende Diskussion die Inhalte aus dem Kapitel zur Einführung in den Modernisierungsbegriff dienen.²²⁵ Elementare Begriffe werden somit nicht noch einmal erklärt.

²²² Zur Debatte um die historische Kontingenz siehe u. a. Langenohl 2007; Shin 2005. Zur Auseinandersetzung mit den historischen und politischen Rahmenbedingungen siehe Kap. 5.1.

²²³ Vgl. Shin 2005, S. 4.

²²⁴ Speziell zu den Voraussetzungen an den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit siehe Kap. 4.1.

²²⁵ Siehe Abschnitt 3.

4.3 Ausgewählte Ansätze innerhalb der gegenwärtigen Modernisierungsforschung

4.3.1 Zum Konzept über die Vielfalt der Moderne

In der vorliegenden Auseinandersetzung bildet S. N. Eisenstadts Ansatz über die „Vielfalt der Moderne“, bzw. über die „Multiplen Modernitäten“, einen der wichtigsten theoretischen Bezugspunkte. Vielmehr stellt dieser Ansatz den Leitgedanken dieser Arbeit dar. Denn Eisenstadts Konzept ermöglicht vor allem eines: eine unvoreingenommene Perspektive auf Modernisierungsprozesse über die Grenzen Westeuropas und Amerikas hinaus. Dadurch werden auch die mit der Modernisierung in Verbindung stehenden Ursachen und Konsequenzen neutral diskutierbar. Diese Perspektive einzunehmen ist vor dem komplexen Hintergrund der modernisierungsbedingten Umwälzungen in Asien – und damit auch am Beispiel Südkorea – unbedingt erforderlich.²²⁶ Ein wesentliches Problem hierbei ist nämlich, dass Entwicklungen, wie sie beispielsweise in Südkorea ablaufen und abgelaufen sind, meist aus rein westlichen Gesichtspunkten betrachtet werden.²²⁷ Eine solche inhaltliche Prägung soll mit dem Bezug auf das Konzept Eisenstadts von Beginn an ausgeschlossen werden.

Prinzipiell gilt, dass für Südkorea gänzlich andere Rahmenbedingungen berücksichtigt werden müssen, als es für westliche oder andere nicht-westliche Gesellschaften der Fall ist. Eisenstadt formuliert hierzu, dass sich *„die besonderen Merkmale der europäischen Moderne (...) nicht in anderen Kulturen wiederholen, weder in den nicht-westlichen (...) noch in den außereuropäischen westlichen“*.²²⁸ Zwar bildeten und bilden die großen Umwälzungen in Europa des 18. und 19ten Jhd. den *„(...) Ausgangs- (...) und Bezugspunkt für Prozesse in den verschiedenen Gesellschaften der Welt“*.²²⁹ Allerdings haben die *„(...) Entwicklungen in unserem Zeitalter die Konvergenzannahme nicht bestätigt.“*²³⁰ Der Autor führt ferner aus, dass selbst bei Gesellschaften mit ähnlicher wirtschaftlicher Entwicklung das Prinzip der Multiplen Modernisierung greift. Der historische Hintergrund und damit auch soziokulturelle Faktoren spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Diese beiden Aspekte verleihen dem westlichen Modernisierungsprozess seine spezifischen Muster, was in der Folge und aus einem logischen Zusammenhang heraus keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit haben kann.²³¹

Die Überlegungen Eisenstadts sind dabei nicht gänzlich neu. So betont u. a. auch Reinhard Bendix in seinen Ausführungen aus den 1970er und 1980er Jahren die Andersartigkeit der

²²⁶ Siehe hierzu die Ausführungen von Kwaak 2000, S. 46f.

²²⁷ Vgl. Pechmann 2008, S. 4.

²²⁸ Eisenstadt 2011, S. 45.

²²⁹ Ebd., S. 12.

²³⁰ Ebd., S. 12.

²³¹ Schrader 2010, S. 8. Siehe auch Berger 1988 In: Water 2001, S. 495ff; Inglehart 1998, S. 458ff; Reinhold 1997, S. 444. Gerd Reinhold (1997) spricht sogar von einem „Sonderfall“.

4.3 Ausgewählte Ansätze innerhalb der gegenwärtigen Modernisierungsforschung

4.3.1 Zum Konzept über die Vielfalt der Moderne

Ausgangsbedingungen nicht-westlicher Gesellschaften. Max Weber wiederum betont vor allem die Spezifität der abendländischen Modernisierung. Eisenstadt stellt hierzu fest, dass sich die Anzahl neuer Strömungen zu Ende des 20ten Jhd. häufen. Er selbst möchte aber insbesondere die Vielfalt und den ständigen Wandel der Moderne hervorheben.²³²

Dennoch sollte der Aspekt kohärenter Modernisierungsmuster nicht gänzlich verworfen werden. So weist Ronald Inglehart in seinen Ausführungen zur Modernisierung und Postmodernisierung – und unter anderem zur Frage nach der Messbarkeit und Vergleichbarkeit modernisierungsbedingter Umwandlungen – darauf hin, dass einige Elemente des modernisierungsbedingten Wandels in tendenziell kohärenten Mustern verlaufen.²³³ Andernfalls wären die Umwandlungsprozesse auch nicht korrelierfähig und es könnten weder konsistente noch restriktive Muster erkannt werden.²³⁴ Kohärent und im gewissen Maße vorhersagbar seien vor allem kulturelle und politische Bahnen, wobei diese Bahnen eng mit dem Grad der – ebenfalls im gewissen Maße vorhersagbaren – sozioökonomischen Entwicklungen in einer Region zusammenhängen.²³⁵ Allerdings darf hierbei keinesfalls von deterministischen Bahnen oder linearen Trends ausgegangen werden.²³⁶ Allerdings stellt sich an dieser Stelle und speziell am Beispiel Südkorea die Frage, inwieweit diese Aussage zur Vorhersagbarkeit politischer und kultureller Bahnen haltbar sei. Speziell hierzu soll auf ein Gedankenexperiment von Peter L. Berger hingewiesen werden, der die Modernisierungsverläufe in Ostasien – im Speziellen die der Tigerstaaten erster Generation (Südkorea, Taiwan, Hongkong, Singapur) – als eigenständiges Entwicklungsmodell mit Vorbildfunktion diskutiert.²³⁷ Berger betont hierbei nicht nur die Intensivität, sondern weist auch mehrfach darauf hin, dass sich die modernisierungsbedingten Umwandlungen in Ostasien deutlich von den Prozessen anderer Regionen, insbesondere aber gegenüber dem Westen, abheben. Gleichwohl betont er die Rolle kontextspezifischer Rahmenbedingungen.²³⁸ Entscheidend seien neben historischen Abläufen und institutionellen Voraussetzungen vor allem auch sozialkulturelle Faktoren.²³⁹ Ferner beschreibt der Autor die Modernisierungsverläufe in Ostasien als entscheidenden Faktor für ein allgemeines Verständnis von Modernisierung.²⁴⁰ Insgesamt also eine Gegenposition zur Inglehart'schen Ansicht. Schließlich erfolgt eine indirekte Überprüfung dessen auch im Fortverlauf der vorliegenden Auseinandersetzung, wobei Peter L. Bergers Gedankengänge präferiert werden.

²³² Eisenstadt 2011, S. 11f.

²³³ Inglehart 1998, S. 154.

²³⁴ Ebd., S. 104.

²³⁵ Ebd., S. 156.

²³⁶ Ebd., S. 156.

²³⁷ Berger 1988, S. 496ff.

²³⁸ Nicht selten ist hierbei die Rede vom ostasiatischen Entwicklungsmodell (ebd., S. 497 & 499).

²³⁹ Ebd., S. 500ff.

²⁴⁰ Ebd., S. 497.

An dieser Stelle soll eine vorbehaltliche These eingebracht werden, welche ein Hauptanliegen dieser Arbeit stärker hervorhebt. So zeichnen sich in nahezu jeder (hoch)modernen Gesellschaft tendenziell vergleichbare demografische und epidemiologische Muster ab. Das gilt besonders für die Entwicklung der Lebenserwartung oder beim Übergang zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten. Zwar sind in Teilen auch deutliche Unterschiede im Verlauf auszumachen, je weiter fortgeschritten aber die Modernisierung in einer Region ist, desto stärker ähneln sich die Zustände mit denen anderer Regionen, insbesondere auch denen der Industrienationen erster Generation. Wenn also von einem gewissen Maß an Kohärenz und damit einer gewissen Vorhersagbarkeit gewisser struktureller Verläufe ausgegangen werden kann, dann gilt das vor allem für demografische und epidemiologische Muster, da diese eng mit den zuvor genannten Vorausbedingungen verbunden sind. Die Annahme aber, dass die Verlaufsmuster der Modernisierung und die damit verbundenen Ursachen und Konsequenzen determiniert sind, wäre im Sinne der Vielfalt der Moderne ein fataler Fehlschluss, was sich spätestens auch bei der regionsspezifischen Analyse zeigt. Dennoch stehen die vorgestellten Konzepte, die den Aspekt der Multiplen Modernitäten aufgreifen, wengleich nicht immer bewusst, nicht in Konkurrenz zueinander, sondern ergänzen und erweitern sich in sinnvoller Weise. Das kann auch für die nachfolgend vorgestellten Modelle geltend gemacht werden.

4.3.2 Modernisierungstheoretische Faktorenmodelle

Bereits mit der allgemeinen Einführung zum Modernisierungsbegriff wird deutlich, dass sich der Versuch die Einflussfaktoren und die sich daraus ergebenden Modernisierungsprozesse sinnvoll zu klassifizieren als verhältnismäßig schwierig erweist. Ein allgemeingültiges Paradigma hierzu erscheint nicht identifizierbar. Vielmehr existieren mehrere Ansätze parallel nebeneinander. Hierin finden sich einige sehr gute mehrdimensionale Perspektiven, an die sich mit der vorliegenden Problemstellung andocken lässt. Gleichzeitig soll dem Ziel entgegen gearbeitet werden, die Inhalte der Modernisierungsforschung mit denen von Public Health theoretisch zu verknüpfen, insbesondere im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand. Somit gilt es jene Modelle auch auf die Problemstellung ggf. auch anzupassen.

Vorliegend wird nicht von einer direkten Übertragbarkeit der Perspektiven ausgegangen. Das Ziel der vertiefenden theoretischen Auseinandersetzung ist es vielmehr ein eigenständiges Arbeitsmodell auf Basis der verfügbaren Ansätze beider Richtungen zu schaffen. Die im Folgenden besprochenen Ansätze zur Klassifizierung der Faktoren von Modernisierung bieten weitere brauchbare Anhaltspunkte.

Wie bereits im dritten Abschnitt der Arbeit angesprochen stellt das in den 1990er Jahren von Hans van der Loo und Willem van Reijen entwickelte Modell zu den Grundmechanismen der Modernisierung einen maßgeblichen Schritt dar. Die Autoren bieten eine der ersten „(...) differenzierten und für Ambivalenzen sensiblen Perspektive auf Modernisierung“.²⁴¹ Nach eigener Aussage sollen damit „(...) die verschiedenen Phänomene der und die verschiedenen Theorien über die Modernisierung auf eine Linie gebracht werden“.²⁴²

Die Autoren greifen hierfür auf ein bereits Jahre zuvor von Talcott Parsons entwickeltes und später von Hans P. M. Adriaansens generalisiertes Handlungsschema zurück, was die gesellschaftliche Wirklichkeit sowie das menschliche Handeln im Fokus hat.²⁴³ Sonach sind vier grundlegende Analyse-Ebenen entscheidend: Struktur, Kultur, Person und Natur. Weiterhin ergibt sich aus diesen vier Analyse-Ebenen auch das gesellschaftliche Handlungsfeld. Und erst in der Summe dieser vier Ebenen werden die Entwicklungen auf gesellschaftlicher Ebene überhaupt erklärbar.²⁴⁴ Es wird unterstellt, dass modernisierungsbedingte Entwicklungen die Konsequenz gesellschaftlichen Handelns auf genau diesen vier Analyse-Ebenen darstellen.

Ferner seien jeder Ebene grundlegende Modernisierungsprozesse zuzuordnen. Sonach erscheint Modernisierung auf der Ebene der Struktur als Prozess der Differenzierung; auf der Ebene der Kultur als Prozess der Rationalisierung; auf der Ebene der Person als Prozess der Individualisierung; auf der Ebene der Natur als Prozess der Domestizierung. Gleichwohl betonen die Autoren damit den wechselseitigen Einfluss dieser Dimensionen.²⁴⁵

Darüber hinaus richten die Autoren die Aufmerksamkeit speziell auch auf den – so wie sie es nennen – paradoxen Charakter der Modernisierung. Damit ist die entgegengesetzte Wirkung der genannten Modernisierungsprozesse gemeint.²⁴⁶ Hierbei werden jedem Hauptprozess jeweils zwei kontrastierende Konsequenzen zugeordnet. Die nachstehende Tabelle verdeutlicht dieses Paradox anhand einer Zuordnung der entsprechenden Konsequenzen sowie unter Ergänzung der Analyse-Ebenen. Gleichzeitig steht das Konzept der vier Grundmechanismen der Modernisierung nicht nur für die wichtigsten, sondern für eine immer noch grundlegende Perspektive. Die nachfolgende Tabelle (Tab. 4, S. 53) fasst hierzu die genannten Hauptanliegen der Autoren zusammen.

²⁴¹ Degele / Dries 2005, S. 21.

²⁴² Vgl. Loo / Reijen 1992, S. 28.

²⁴³ Vgl. ebd., S. 28f. Das „Allgemeine Handlungsschema“ nach Talcott Parsons 1975; 1985 und Hans P. M. Adriaansens 1981 findet sich auf Seite 29.

²⁴⁴ Vgl. Loo / Reijen 1992, S. 28f.

²⁴⁵ Vgl. ebd., S. 29f.

²⁴⁶ Vgl. ebd., S. 33f.

4.3.2 Modernisierungstheoretische Faktorenmodelle

Tab. 4: Grundmechanismen der Modernisierung und ihre Paradoxe

Prozess	Differenzierung	Rationalisierung	Individualisierung	Domestizierung
Handlungsfeld	Struktur	Kultur	Person	Natur
Kontrastierende Konsequenz	Maßstabsverkleinerung vs. Maßstabsvergrößerung	Pluralisierung vs. Generalisierung	Verselbstständigung vs. Abhängig-Werden	Dekonditionierung vs. Konditionierung

(Quelle: In Anlehnung an Loo / Reijen 1992, S. 30 & S. 40)

Zwar bietet der Ansatz nach van der Loo und van Reijen eine gute Basis zur Identifikation modernisierungsbedingter Ursachen und Konsequenzen, und zwar insbesondere auch im Zusammenhang mit der inhaltlichen Erweiterung um den paradoxen Charakter, weist allerdings gewisse Schwächen im spezifischen Anwendungsbezug auf, insbesondere auch im Kontext des Zusammenhangs zwischen Modernisierung und Gesundheit. Daher soll im Folgenden auf eine Reformulierung des Modells nach Van der Loo und Van Reijen eingegangen werden: das Acht-Faktoren-Modell der Modernisierung nach Nina Degele und Christian Dries.

Degele und Dries begründen ihre Reformulierung u. a. damit, dass im ursprünglichen Ansatz nicht alle relevanten Aspekte der Modernisierung ausreichend berücksichtigt werden.²⁴⁷ Darunter werden insgesamt vier Gesichtspunkte genannt: An erster Stelle steht die Berücksichtigung „quer“ liegender Modernisierungsfaktoren. Zweitens ist neben dem paradoxen auch der ambivalente Charakter der Modernisierung zu beachten. An dritter Stelle nehmen die Autoren Abstand von der Aussage, dass alle Modernisierungsfaktoren immer gemeinsam auftreten müssen. Und zu guter Letzt verweisen sie darauf, dass die Mechanismen der Modernisierung keiner historischen Rangfolge unterliegen müssen.²⁴⁸

Die ursprünglichen Analyse-Ebenen bezeichnen sie als grundlegend²⁴⁹, erweitern das bestehende Modell (auf der Ebene der Prozesse) allerdings noch um die vier Perspektiven der Globalisierung, Vergeschlechtlichung, Integration und Beschleunigung. Das überarbeitete Modell hebt den starken impliziten und expliziten Einfluss dieser zusätzlichen Faktoren auf die vier klassischen Analyse-Ebenen hervor, wobei die zusätzlichen vier Prozesse genauso konstitutiv für den Modernisierungsprozess sind wie die herkömmlichen Prozesse. Insgesamt ergäbe dies nach Meinung der Autoren ein vollständiges Bild von Modernisierung.²⁵⁰ Ebenfalls akzentuiere diese erweiterte Perspektive die interne und externe Interdependenz modernisierungsbedingter Prozesse²⁵¹, „(...) auch wenn deshalb noch lange nicht alles mit

²⁴⁷ Degele / Dries 2005, S. 27. Siehe hierzu auch 3.3f.

²⁴⁸ Ebd., S. 41.

²⁴⁹ Ebd., S. 27.

²⁵⁰ Ebd., S. 28.

²⁵¹ Ebd., S. 29.

allem zusammenhängt“.²⁵² Denn schließlich treten die genannten Mechanismen auch nicht immer gemeinsam auf.²⁵³ Aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit sei mit Abbildung 2 der nach Degele und Dries beschriebene Wirkungsmechanismus veranschaulicht und belegt.

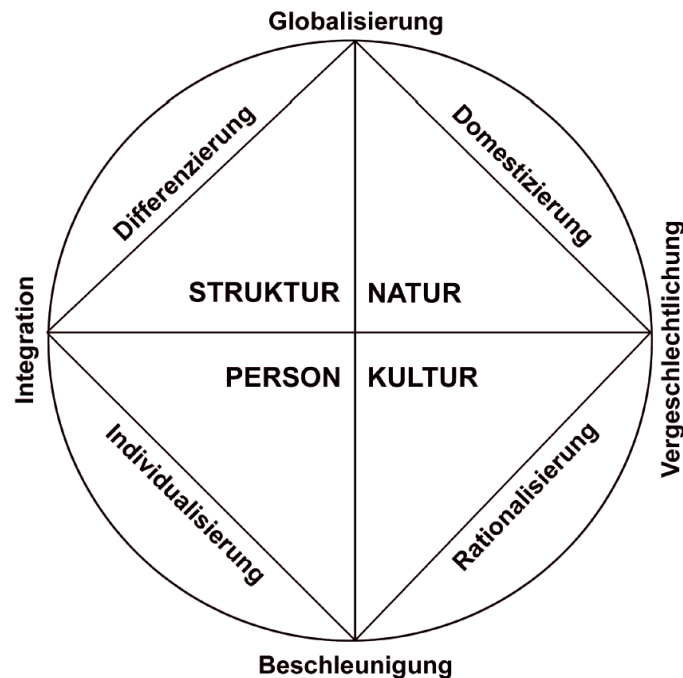


Abb. 2: Das Acht-Faktoren-Modell der Modernisierung (Quelle: Degele / Dries 2005, S. 27)

Das Modernisierungsparadox nach Van der Loo und Van Reijen ergänzen Degele und Dries um einen ambivalenten Charakter der Modernisierung und fassen es mit dem Begriff der „ambivaloxen Dialektik“ zusammen.²⁵⁴ Gemeint ist die Mehrdeutigkeit von Modernisierungsprozessen, was nicht nur eine multiperspektivische Herangehensweise erfordert, sondern diese auch legitimiert. Demnach müsse man sich den Ursachen und Konsequenzen modernisierungsbedingter Umwandlungen aus verschiedenen Blickwinkeln nähern. Schließlich verweisen Degele und Dries eindringlich darauf, dass Modernisierung und damit zusammenhängende Entwicklungen grundsätzlich ergebnisoffen sind und nicht, so wie es oftmals die Vertreter der klassischen Modernisierungstheorie behaupteten, homogen und dadurch vorhersagbar. Dabei unterliegen modernisierungsbedingte Entwicklungen auch keiner historischen Rangfolge, sondern sind von eigenständigen Prozesslinien geprägt.²⁵⁵ Letzterer Sinnabschnitt stützt ferner auch die Aussagen S. N. Eisenstadts und umgekehrt.²⁵⁶

²⁵² Ebd., S. 29 nach Wehler 1975, S. 26; 42.

²⁵³ Ebd., S. 41.

²⁵⁴ Ebd., S. 30f. Zur Ambivalenz-Debatte siehe auch Mergel 1993, S. 207-209.

²⁵⁵ Degele / Dries 2005, S. 18 & 41.

²⁵⁶ Vgl. Kap. 4.3.1.

Wie aber lässt sich dieser nunmehr ausdifferenzierte Ansatz zu den Grundmechanismen von Modernisierung auf die vorliegende Problemstellung anwenden? Angeknüpft werden soll vor allem an die genannten Analyse-Ebenen der Modernisierung. Sie bieten den wohl besten Überschneidungspunkt mit den Determinanten von Gesundheit, im Speziellen auch Mortalität. Modernisierungsprozesse sind ebenfalls zu beachten, allerdings werden diese aus Perspektive von Public Health nur bedingt erwähnt. Darüber hinaus sind es nicht unbedingt nur die bisher genannten Prozesse, die es zu berücksichtigen gilt. In Abhängigkeit von der Quelle werden auch andere Prozesse wie beispielsweise Alphabetisierung, Mobilisierung, Industrialisierung, Urbanisierung, Institutionalisierung, Wertewandel etc. genannt.²⁵⁷ Die Interpretation und Anwendung ist oftmals stark abhängig von eingenommenen Perspektive. Ihnen gemein ist aber der Versuch Analyse-Ebenen zu erfassen und darauf aufbauend Faktoren zuzuordnen. Nicht immer geschieht dies so ausdifferenziert. Schließlich ist auch fraglich, ob ein derartig ausdifferenzierter Ansatz zielführend ist. Sicherlich ist es wichtig, in Analyse-Ebenen und Prozesse der Modernisierung zu unterscheiden, diese richtig zuzuordnen und darüber hinaus auf Merkmale hinzuweisen.

4.3.3 Das Konzept der „komprimierten Moderne“

Es ist unbestritten, dass die Entwicklungen in Südkorea seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts eine außerordentliche Dynamik aufweisen. Ein speziell vor diesem Hintergrund entwickeltes Konzept hebt die charakteristischen Entwicklungen in ROK noch stärker hervor: das Konzept der „komprimierten Moderne“ (compressed modernity), entwickelt von Kyung-Sup Chang in den frühen 1990er Jahren.²⁵⁸ Einerseits werden mit dem Konzept die bisher identifizierten Alleinstellungsmerkmale der Modernisierung in Südkorea hervorgehoben und ergänzt. Andererseits wird dadurch die theoretische Basis dieser Arbeit um eine eigens auf das Beispiel Südkorea zugeschnittene Modernisierungstheorie erweitert. Komprimierte Moderne ist „(...) *nicht nur ein soziologisches Konzept, sondern eine bewusst gelebte Erfahrung der Koreaner.*“²⁵⁹ Der Aspekt der komprimierten Moderne hebt also nicht nur die Entwicklungen des Landes als ein besonderes Phänomen hervor, sondern ermöglicht eine noch tiefer gehende Identifikation der für das Forschungsvorhaben zu berücksichtigenden kontextspezifischen Rahmenbedingungen. Eine Vorstellung und in Teilen auch Vertiefung dessen erscheint somit als unvermeidlich.

²⁵⁷ Vgl. Lee 2007, S. 15; Inglehart 1998, S. 105f.

²⁵⁸ Chang 2010b, S. 5. Siehe hierzu auch Chang 2010a. Die Formulierung geht auf denselben Autor zurück.

²⁵⁹ Chang 2017, S. 42.

4.3.3 Das Konzept der „komprimierten Moderne“

Im Grunde ergibt sich die inhaltliche Bedeutung des genannten Konzepts aus einer selbsterklärenden Logik heraus. Das Konzept der „komprimierte Moderne“ beschreibt „(...) *einen zivilisatorischen Zustand, in dem sich ökonomische, politische, soziale und/oder kulturelle Veränderungen sowohl in zeitlicher als auch in räumlicher Hinsicht äußerst komprimiert abspielen und in denen die Koexistenz von unterschiedlichen historischen und gesellschaftlichen Elementen ein hochkomplexes und dynamisches Sozialsystem erschaffen*“.²⁶⁰ Damit einhergehend – speziell auch auf das Beispiel Südkorea bezogen – ist eine multi-dimensionale Perspektive, nach der insgesamt fünf spezifische Dimensionen (oder auch Merkmale) der komprimierten Moderne zu unterscheiden sind, was entlang zweier Achsen zu jeweils zwei Bedingungen zugeordnet wird (s. Tab. 5).²⁶¹ Das Konzept lässt sich durchaus auch auf andere Länder beziehen, allerdings erscheint Südkorea hier als das ideale Fallbeispiel und stellt wie erwähnt auch die Inspiration für dieses Konzept dar. Dabei befindet sich das Konzept immer noch in der Weiterentwicklung, insbesondere auch vor dem Hintergrund der inhaltlichen Komplexität sowie dem Ziel der methodischen Anwendbarkeit²⁶², im Kern scheint es allerdings ausgereift genug.

Tab. 5: Die fünf Dimensionen der komprimierten Moderne

	Zeit (Zeitraum)	Raum (Region)
Verdichtung/Kürzung	[I]	[II]
Komprimierung/Verflechtung	[III]	[IV]

[V]

(Quelle: Mit dem Original übereinstimmende Nachbildung aus dem Englischen nach Chang 2010b, S. 6)

Dimension I erfasst die Tatsache, dass der Übergang in Südkorea von einer vormodernen und verarmten Agrargesellschaft hin zu einem der am weitesten entwickelten Länder²⁶³ deutlich verkürzt und komprimiert abgelaufen ist. Zwei wesentliche Merkmale hierbei sind also das komprimierte Wirtschaftswachstum und in diesem Zusammenhang auch die komprimierte Modernisierung der Gesellschaft. Hierbei ist auch auf die unikalen Voraussetzungen in Südkorea, wie der Militärdiktatur, zu verweisen.²⁶⁴

²⁶⁰ Chang 2010a, S. 6. Siehe auch Chang 2017, S. 33.

²⁶¹ Chang 2017, S. 34; Chang 2010b, S. 6.

²⁶² Chang 2010a, S. 10ff.

²⁶³ Siehe hierzu Kap. 5.2.

²⁶⁴ Chang 2017, S. 35; Chang 2010b, S. 6. Zu den Voraussetzungen siehe u. a. Kap. 5.1.

Dimension II baut auf den Hinterlassenschaften der Kolonialisierungszeit sowie dem späteren Einfluss westlicher Institutionen auf. Dies führte – wenn auch unfreiwillig – dazu, dass einige der Grundvoraussetzungen, wie die institutionelle und technologische Infrastruktur, aber auch ideologische Gesichtspunkte, bereits in Südkorea vorhanden waren und nicht mehr durch einen interkulturellen Austausch etabliert werden mussten. Somit konnte der für die Weiterentwicklungen in einem Land wichtige Schritt des interkulturellen Austausches übersprungen werden, was eben nicht nur die zeitliche, sondern auch die regionale Ebene weiter komprimiert. Denn die Kernmodernisierung des Landes geschieht ohne nennenswerten Austausch auf internationaler Ebene, abgesehen von wirtschaftlichen Prozessen. Dieses Merkmal setzt sich sogar mit Anbeginn der Globalisierung fort.²⁶⁵

Dimension III steht für die in Südkorea ausgeprägte Koexistenz von Tradition, Moderne und Postmoderne, wobei die Koexistenz dieser an sich nicht parallel vorkommenden Entwicklungsstadien als äußerst kompliziert zu bewerten ist. Das zeichne sich am Beispiel Südkorea insbesondere auch in den wirtschaftlichen Sektoren ab. Hierbei zeigt sich eine deutliche mentale Kluft zwischen Stadt und Land sowie den entsprechenden Wirtschaftssektoren.²⁶⁶

Dimension IV steht für eine nach wie vor stark ausgeprägte Nationalstaatlichkeit in Südkorea, und zwar sowohl auf politischer, als auch gesellschaftlicher Ebene. Bedingt ist diese Einstellung insbesondere von den historischen Rahmenbedingungen Koreas. Allerdings sei diese Wahrnehmung vor dem Hintergrund der immer deutlicher werdenden „fremden“ Einflüsse sowie gegenseitigen Abhängigkeiten nicht mehr zeitgemäß. Denn dadurch stehen sich nationale, internationale und globale Elemente konkurrierend gegenüber. Darüber hinaus ergibt sich daraus eine Dualität in der eigenen Wahrnehmung der Entwicklungen im Land.²⁶⁷

Schließlich wird mit Dimension V ein komplexes Zusammenhangsgefüge aus den bereits vorgestellten vier Dimensionen konstruiert. Die fünfte Dimension wird in diesem Zusammenhang auch als „(...) *allumgreifende Dimension* (...)“²⁶⁸ der komprimierten Moderne angegeben. Es wird davon ausgegangen, dass die beschriebenen Dimensionen in intensiver Interaktion zueinander stehen. In der Folge erzeugt das eine noch tiefergreifende Vielfalt an spezifischen sozialen und kulturellen Merkmalen und Besonderheiten, vor allem aber auch spezifischen Differenzen in Bezug auf eine stark ausgeprägte Koexistenz unterschiedlicher

²⁶⁵ Ebd., S. 35; Ebd., S. 6.

²⁶⁶ Ebd., S. 36; Ebd., S. 6f.

²⁶⁷ Ebd., S. 37; Ebd., S. 7.

²⁶⁸ Chang 2017, S. 37.

Mentalitäten. Dieses Merkmal erweist sich als umso stärker ausgeprägt, je komprimierter die Moderne aufschlägt.²⁶⁹ Die Komplexität der in den einzelnen Dimensionen dargestellten Alleinstellungsmerkmale sowie das (noch komplexere) Zusammenhangsgefüge ergibt sich vor allem durch eine hybridartige Koexistenz traditioneller, moderner, post-moderner sowie auch westlicher Werte und Anschauungen, was gleichzeitig auch ein wesentliches Merkmal der komprimierten Moderne in Südkorea sei.²⁷⁰

Das Konzept nennt einerseits also die Bedingungen und Merkmale einer komprimierten Moderne sowie speziell am Beispiel Südkorea. Andererseits gilt es auch die Messbarkeit dieser Faktoren zu gewährleisten. So manifestieren sich die Bedingungen und Merkmale der komprimierten Moderne – insbesondere die erwähnte und nicht unproblematische Koexistenz moderner, post-moderner sowie auch westlicher Werte und Anschauungen – entlang unterschiedlicher gesellschaftlicher Institutionen und Formen. Hierzu gehören im Besonderen soziale Einheiten wie Schulen, Universitäten, der Arbeitsplatz, die Familie, die Zivilgesellschaft und/oder das Gemeinwesen. Aber auch Aspekte wie die Politik, die Staatsform, der Grad an Nationalstaatlichkeit, die Nationalwirtschaft, sowie die Stadt-/Landentwicklung.²⁷¹ Es werden also neben grundlegenden Modernisierungsprozessen, wie dem wirtschaftlichen Wandel oder der Industrialisierung – anhand derer bereits grundlegende Besonderheiten der Modernisierung in Südkorea festgemacht werden können – weitere Analyseeinheiten der komprimierten Moderne angegeben. Im Konzept werden sie als „Ebenen der Manifestation“ („manifestation levels“) geführt.²⁷² Darüber hinaus wird in den neuesten Ausführungen zur komprimierten Moderne auch die Relevanz der historischen und strukturellen Rahmenbedingungen betont. Denn die Dimensionen der komprimierten Moderne und somit auch die außerordentlichen Entwicklungen in Südkorea können nur unter Berücksichtigung historischer und gesellschaftlicher Veränderungen in nachvollzogen werden.²⁷³ Speziell in Bezug auf die gesellschaftlichen Entwicklungen spielt die zunehmende „Verwestlichung“ in Südkorea eine gewichtige Rolle.²⁷⁴

Trotz der gewichtigen inhaltstheoretischen Bedeutung des Konzepts soll an dieser Stelle auf eine noch tiefer gehende Auseinandersetzung dazu verzichtet werden. Einerseits würde dadurch das Hauptanliegen der Arbeit in den Hintergrund gerückt werden, andererseits sind die für das Forschungsvorhaben notwendigen Aspekte aus inhaltstheoretischer Sicht nunmehr angemessen

²⁶⁹ Chang 2010a, S. 7; Chang 2010b, S. 7.

²⁷⁰ Chang 2017, S. 37.

²⁷¹ Ebd., S. 37ff.

²⁷² Ebd., S. 37.

²⁷³ Ebd., S. 40.

²⁷⁴ Ebd., S. 39.

identifiziert. Vielmehr sei noch auf einen weitergehenden Ansatz hingewiesen, auf den nicht nur das Konzept der komprimierten Moderne Bezug nimmt²⁷⁵, sondern was auch als ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der Gesundheit von Gesellschaften gilt: der sog. „Ansatz der Risikogesellschaft“ nach Ulrich Beck. Aufgrund eines engen Zusammenhangs zum Konzept der komprimierten Moderne wird der Ansatz bereits an dieser Stelle vorgestellt, obwohl es inhaltlich auch im Abschnitt zu den Ansätzen innerhalb der Gesundheitswissenschaften anzusiedeln wäre.

4.3.4 Zum Ansatz der Risikogesellschaft

Der Begriff der Risikogesellschaft wurde vom deutschen Soziologen Ulrich Beck geprägt und steht im unmittelbaren Zusammenhang mit seiner oft kritisch diskutierten Theorie der reflexiven Modernisierung.²⁷⁶ Zwar soll das Konzept der reflexiven Modernisierung an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden, sondern vielmehr der damit einhergehende Ansatz zur Risikogesellschaft. Für das Gesamtverständnis erscheint die kurze Vorstellung mit des Konzepts der reflexiven Modernisierung dennoch sinnvoll.

Reflexive Modernisierung geht von einer Art „Gegenmodernisierung“ bzw. „Selbsttransformation“ aus, und zwar auf Basis industriegesellschaftlich begründeter Risiken. *„Der Begriff behauptet keineswegs den Übergang zu einer bewussteren - und damit vielleicht besser steuerbaren - Moderne. In gewisser Weise ist das Gegenteil der Fall.“*²⁷⁷ Beck verwendet hierbei die Begriffe „erste Moderne“ und „zweite Moderne“. Mit der Auf- und Ablösung der ersten durch die zweite Moderne sind unbewusste sowie ungewollte und damit nicht mehr steuerbare Probleme und Risiken verbunden.²⁷⁸ Der Modernisierungsprozess wird dadurch *„(...) reflexiv, sich selbst zum Thema und Problem.“*²⁷⁹ Unter den Risiken fasst Beck zunächst ökologische Aspekte zusammen, verweist gleichzeitig aber auch auf soziale, individuelle und politische Gefährdungen.²⁸⁰ Wichtig dabei ist, dass *„(...) immer mehr Risiken alle Gesellschaftsmitglieder betreffen.“*²⁸¹ Ferner sind nach Beck drei Stufen des Umgangs mit nicht-intendierten Konsequenzen industriegesellschaftlichen Handels zu unterscheiden: Berücksichtigung von kurz- und mittelfristigen Folgen; Berücksichtigung von langfristigen

²⁷⁵ Siehe hierzu die Ausführungen von Chang 1998.

²⁷⁶ Meuser 2011, S. 579; Dörre 2002, S. 55f; Reinhold et. al 1997, S. 537. Ulrich Beck gilt als Urvater der reflexiven Modernisierung und dem damit verbundenen Begriff der Risikogesellschaft. Weitere prominente Verfechter dieses Konzepts seien Anthony Giddens, Scott Lash und Bruno Latour (vgl. Dörre 2002, S. 55).

²⁷⁷ Dörre 2002, S. 57

²⁷⁸ Beck et al. 1996, S. 27.

²⁷⁹ Ebd., S. 26.

²⁸⁰ Ebd., S. 31.

²⁸¹ Meuser 2011, S. 579. Siehe auch Beck 1986, S. 48.

Folgen; Berücksichtigung von Nicht-Wissen.²⁸² Das Problem hierbei ist, dass diese Folgen oder auch Risiken erst dann sichtbar werden, nachdem sie eintreten.²⁸³

Im Zusammenhang damit werden natürlich noch weitere Aspekte genannt, die an dieser Stelle allerdings keine weitere Rolle spielen sollen. Vielmehr wird sich nun dem fokussierten Aspekt der Risikogesellschaft gewidmet, allerdings nicht ohne zuvor noch auf eine oft angebrachte Kritik zu den Ausführungen Becks anzuführen. So sei das Konzept der reflexiven Moderne sowie dem sich unmittelbar daraus ergebenden Aspekt einer Risikogesellschaft „(...) *nur deshalb überall anschlussfähig, weil sich jeder darunter vorstellen könne, was er oder sie gerade will*“.²⁸⁴ Diese konzeptbezogene Kritik ist in Teilen sicherlich angebracht, allerdings zeigt sich, dass zumindest der risikogesellschaftliche Aspekt am Extrembeispiel Südkorea in direkter Weise nachvollzogen werden kann. Südkorea ist hierbei sogar als äußerst komplexe Risikogesellschaft zu verstehen.²⁸⁵ Zudem erweist sich der hohe Grad an komprimierter Moderne in Südkorea als zusätzlicher Antriebsfaktor für gewisse gesellschaftliche Risiken.²⁸⁶ Die Formulierungen Ulrich Becks sind im Fall Südkorea also uneingeschränkt zutreffend und werden durch den hohen Grad der komprimierten Moderne in Südkorea sogar gesteigert.²⁸⁷

Zusammengefasst also muss davon ausgegangen werden, dass durch modernisierungsbedingte Entwicklungen gewisse neue, nicht intendierte gesellschaftliche Risiken entstehen. Unbestritten trägt Modernisierung zur Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen bei. Diese veränderten Rahmenbedingungen können ein Anlass für neue und auch ungewollte gesellschaftsübergreifende Risiken sein. Allerdings sind die Rahmenbedingungen breiter zu fassen. Beispielsweise führt mehr Wohlstand auch zur Ausprägung gewisser „Wohlstandskrankheiten“.²⁸⁸ Allerdings wird hierbei von einer Ablösung alter Risiken durch neue Risiken ausgegangen. Im engeren Sinne bedeutet dies, dass Gesellschaften immer von gewissen Risiken umgeben sind. Modernisierung ist hierbei durchaus in der Lage alte Risiken zu eliminieren, wobei neue Risiken zum Vorschein treten können.

²⁸² Gill 1999, S. 182.

²⁸³ Vgl. Beck 1986.

²⁸⁴ Gill 1999, S. 182.

²⁸⁵ Chang 1998, S. 211ff.

²⁸⁶ Ebd., S. 208ff.

²⁸⁷ Ebd., S. 226ff.

²⁸⁸ Siehe hierzu u. a. Schumpelick/Vogel 2009.

Kurzes Zwischenfazit

Aus modernisierungstheoretischer Sicht lassen sich speziell zum Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit zwar keine direkten theoretischen Konzepte etc. identifizieren. Insgesamt aber werden immer auch grundlegende, gesundheitsbezogene Aspekte angesprochen, was sich nicht zuletzt auch am Ansatz der Risikogesellschaft nach Ulrich Beck zeigt. Eine rein modernisierungstheoretische Annäherung an den Untersuchungsgegenstand erscheint dennoch als nicht ausreichend. Nichtsdestotrotz konnten essenzielle und zielführende Eigenschaften der Modernisierung sowie auf das Beispiel Südkorea bezogene, spezifische Merkmale identifiziert werden. Nicht zuletzt werden auch auf der Ebene der Analysefaktoren disziplinübergreifende Schnittstellen deutlich. Es ergibt sich somit nicht nur die Möglichkeit mit modernisierungstheoretischen Ansätzen zu argumentieren, sondern auch in adäquater Weise an gesundheitswissenschaftliche Konzepte anzuknüpfen (und umgekehrt), was nicht zuletzt auch mit der tendenziellen Offenheit der Modernisierungsdebatte zusammenhängt.

Modernisierungsbedingte Entwicklungen müssen grundsätzlich immer in einem ganzheitlichen Zusammenhang geprüft werden. Dabei gilt es den Prozess der Modernisierung unbedingt als ein ebenenübergreifendes Phänomen zu begreifen. So liegt unter anderem eine starke Abhängigkeit zwischen Faktoren wie beispielsweise der Gesellschaft, Sozialstruktur, Kultur oder dem Zeitpunkt, in dem die Entwicklungen stattfinden, vor.²⁸⁹ Vor diesem Hintergrund dürfen Merkmale der westlichen Modernisierung und damit zusammenhängende Entwicklungen nicht verallgemeinert werden. Vielmehr gilt es zu betonen, dass moderne Gesellschaften immer auch von u. a. vormodernen, historisch gewachsenen sowie höchst individuellen Elementen durchsetzt sind, was sich im Besonderen auch für Länder Südostasiens identifizieren lässt und Verallgemeinerungen gar nicht oder nur bedingt zulässt.²⁹⁰ *„Was wir in der Expansion und Vielfalt der Moderne beobachten, ist gerade die innere Heterogenität und Ambivalenz moderner Gesellschaften und die vielfältige Kombination von verschiedenen Elementen von Modernität und Traditionalität“.*²⁹¹ Die interessierenden Umwandlungen müssen daher immer im Zusammenhang mit kontextspezifischen Rahmenbedingungen untersucht werden.²⁹² Nach Eisenstadt lässt sich ergänzen, dass die Entwicklungen unserer Zeit für die große Vielfalt moderner Gesellschaften sprechen *„(...) sogar Gesellschaften mit ähnlicher wirtschaftlicher Entwicklung, wie der großen industriell-kapitalistischen Systeme in Europa, USA und Japan.“* Gleichwohl bilden die großen Umwälzungen des 18. und 19. Jhd.

²⁸⁹ Degele / Dries 2005, S. 9f; Wehler 1975, S. 11; Flora 1974, S. 13f.

²⁹⁰ Vgl. Nicolaus 2007, S. 26f.

²⁹¹ Shin 2005, S. 5.

²⁹² Vgl. Eisenstadt 2011, S. 9f; Shin 2005, S. 4; Degele / Dries 2005, S. 19.

den „(...) Ausgangs- (...) und Bezugspunkt für Prozesse in den verschiedenen Gesellschaften der Welt“. ²⁹³ Dennoch darf auch von einer gewissen Kohärenz und Vorhersagbarkeit modernisierungsbedingter Umwandlungen ausgegangen werden, andernfalls wären solche Umwandlungsprozesse empirisch kaum vergleichbar. ²⁹⁴ Hierbei sind es die gleichen Analysefaktoren, wie sie auch in den Gesundheitswissenschaften berücksichtigt werden. Das verwundert kaum, da sich gesundheitswissenschaftliche Ansätze u. a. stark an soziologischen Annahmen orientieren. ²⁹⁵ Eine direkte Verknüpfung modernisierungstheoretischer Konzepte mit denen von Public Health ist allerdings nur schwer auszumachen, gleichwohl Modernisierung als maßgeblicher Motor für Veränderungen der Bevölkerungsgesundheit angenommen werden kann.

Eine Abschlussbewertung erfolgt an dieser Stelle allerdings noch nicht. Wie erwähnt gilt es sich der Ausgangslage in Südkorea noch aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive anzunähern. Denn wie bereits mehrfach erwähnt ist Eine disziplinübergreifende Auseinandersetzung für die vorliegende Arbeit so essenziell wie selbsterklärend. Auch hierzu sei vorab darauf hingewiesen, dass sich natürlich nicht allen gesundheitswissenschaftlichen Konzepten in aller Ausführlichkeit gewidmet werden kann, sondern in erster Linie nur denen, die den größten Anwendungsbezug und Erklärungszusammenhang zum Komplex aus Modernisierung und Gesundheit aufweisen. Zudem wird (wie es auch bei der Auseinandersetzung mit modernisierungstheoretischen Ansätzen der Fall war) kein Anspruch darauf erhoben richtige oder falsche Theorien ausfindig zu machen, sondern – bedingt durch das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit – angemessene Ansätze zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Modernisierung und Gesundheit zu identifizieren. Ferner der Hinweis, dass nachfolgend keine strikte Trennung in die einzelnen Teildisziplinen der Gesundheitswissenschaften erfolgt. ²⁹⁶

²⁹³ Eisenstadt 2011, S. 12.

²⁹⁴ Inglehart 1998, S. 156.

²⁹⁵ Hurrelmann / Richter 2013, S. 20 & 84.

²⁹⁶ In den Gesundheitswissenschaften findet eine Vielfalt multiperspektivischer Ansätze Verwendung. Diese nach Disziplinen zu trennen erscheint sinnvoll, allerdings geht damit ein gewisses Maß an Zusammengehörigkeit verloren. Hingegen wird bewusst in modernisierungstheoretische und gesundheitswissenschaftliche Ansätze unterschieden, da hierzu gegenwärtig anscheinend noch keine inhaltliche Verknüpfung existiert.

4.4 Ausgewählte Ansätze innerhalb der Gesundheitswissenschaften

4.4.1 Konzepte gesellschaftlicher Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit

Innerhalb der Gesundheitswissenschaften lässt sich eine Vielfalt an gesundheits- und medizinsoziologischen Theoriesträngen identifizieren und diese bilden sodann die Basis für eine stark disziplinübergreifende Auseinandersetzung mit der Entstehung von Krankheit und Gesundheit.²⁹⁷ Das Spektrum dieser Ansätze ist so groß wie breit und reicht von gesellschaftlichen über gruppenspezifische bis hin zu individuellen Erklärungsmodellen. Ihnen gemein ist der Schluss, dass Krankheit ein Resultat des Zusammenwirkens drei wesentlicher Dimensionen mit entsprechenden Analyse-Faktoren sei (Determinanten von Gesundheit): die äußeren Verhältnisse (Lebensbedingungen); die individuellen Verhaltensweisen (Lebensstile); die individuelle psychophysische Ausstattung.²⁹⁸ Klaus Hurrelmann und Matthias Richter differenzieren hierzu in insgesamt vier übergreifende Theoriestränge, von denen sich auf die gesellschaftstheoretischen Ansätze fokussiert werden soll. Diese Ansätze setzen sich nicht nur mit gesellschaftsinduzierten Einflussfaktoren auseinander, sondern „(...) betonen die prägende Kraft der sozialen Faktoren für die (...) Entstehung einer Gesundheits- und Krankheitsdynamik“.²⁹⁹ Gleichwohl sind soziale Faktoren sowie u. a. auch der soziale Wandel zentrale Aspekte der Modernisierungsforschung, wobei der inhaltliche Fokus natürlich ein anderer ist. Nichtsdestotrotz oder gerade deshalb kann bei dem Versuch der theoretischen Verknüpfung zwischen Modernisierung und Gesundheit auf solchen Gesellschaftstheorien aufgebaut werden, insbesondere auch im Hinblick auf die Analyse-Faktoren. Außerdem genannt werden auch ökonomische und kulturelle Bedingungen³⁰⁰, was im direkten Bezug zu der Mehrheit modernisierungstheoretischer Ansätze steht, wenngleich keine direkten Verweise auf die jeweils andere Disziplin erfolgen. Aber auch darüber hinaus zeigen sich einige relevante inhaltliche Bezüge, was im Folgenden kurz ausgeführt werden soll.

Innerhalb jener Gesellschaftstheorien sind nach Hurrelmann und Richter unterschiedliche Schwerpunkte zu unterscheiden. Einer dieser Schwerpunkte geht von der Ungleichverteilung sozioökonomischer Ressourcen und der sich daraus ergebenden Benachteiligung gesellschaftlicher Gruppen aus.³⁰¹ Tatsächlich bildet die Verteilung sozioökonomischer Ressourcen oftmals den Ausgangspunkt bei der Interpretation gewisser Muster von Gesundheit und

²⁹⁷ Vgl. ebd., S. 66. Siehe hierzu auch Siegrist 2005.

²⁹⁸ Hurrelmann / Richter 2013, S. 24; Siegrist 2005, S. 55ff.

²⁹⁹ Hurrelmann / Richter 2013, S. 66.

³⁰⁰ Ebd., S. 69.

³⁰¹ Ebd., S. 67. Johannes Siegrist fasst diese Aspekte unter den makrosoziologischen Modellen der Krankheitsentstehung zusammen und verwendet in diesem Zusammenhang die Begriffe „Strukturelle Deprivation“, „Einkommensdisparität“ und „Soziale Kohäsion“ (Siegrist 2005, S. 64ff).

4.4 Ausgewählte Ansätze innerhalb der Gesundheitswissenschaften

4.4.1 Konzepte gesellschaftlicher Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit

Krankheit, wobei viele Vergleichsstudien bestätigen, dass je größer die soziale und ökonomische Kluft innerhalb einer Bevölkerung ist, desto größer die Krankheitslast.³⁰² Das wird zumeist damit erklärt, dass ungleiche Verhältnisse – insbesondere aber die soziale und ökonomische Benachteiligung – zu risikobehaftetem Gesundheitsverhalten führen.³⁰³

Zwar bilden Verhaltens- und Verhältnisrelationen nicht das primäre Forschungsinteresse dieser Arbeit ab, allerdings kann diese Ungleichheitsdebatte dazu verwendet werden die modernisierungsbedingten Entwicklungen in Südkorea, im Speziellen den sozioökonomischen Wandel, im Hinblick auf die Entwicklungen der Mortalität und ferner auch Morbidität zu deuten. In welcher Form das geschehen kann, wird sich im Verlauf der vorliegenden Auseinandersetzung allerdings noch zeigen müssen. Derweil wird deutlich, dass den Theorien sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zwar die gleichen Analyse-Faktoren – wie sie auch in der Modernisierungsforschung zur Anwendung kommen – zugrunde gelegt sind, gesellschaftliche Veränderungsprozesse werden hierbei jedoch weniger thematisiert. An dieser Stelle könnte also mit der Modernisierungsforschung angeknüpft werden, wobei nicht unterstellt werden soll, dass modernisierungsbedingte Umwandlungen generell zu sozialen Unterschieden auf Ebene des Verhaltens und der Verhältnisse führen und damit der Gesundheitsstatus grundsätzlich negativ beeinflusst werde. Es kann jedoch durchaus von modernisierungsbedingten Konsequenzen auf die Gesundheit ausgegangen werden, insbesondere wenn die Rede von sozialen und ökonomischen Faktoren ist. Denn wie sich bereits herausgestellt hat, sind diese Faktoren stark modernisierungsbedingt.

Der Gesundheitsstatus einer Bevölkerung könne schließlich mit der Verteilung sozio-ökonomischer Ressourcen erklärt werden. Sind diese Ressourcen zunehmend ungleich verteilt, sei das ein Risikofaktor erhöhter Mortalität und Morbidität.³⁰⁴ Allerdings werden damit bei Weitem nicht alle Bedingungsfaktoren erfasst. So sei neben sozioökonomischen Bedingungen auch die Gesellschafts- und Individualstruktur ausschlaggebend (Kultur, Gesellschaft und Person).³⁰⁵ Hurrelmann und Richter beziehen sich hierbei auf die Kritische Theorie von Jürgen Habermas.³⁰⁶ Demnach weisen moderne arbeitsteilige Hochleistungsgesellschaften typische Verhaltensmerkmale auf, die in ihrer Konsequenz strukturell krankheitsauslösend seien. Habermas spricht hierbei von einem „(...) *Zwangscharakter der Verhaltens-, Leistungs- und Rollenerwartungen*.“³⁰⁷ Individuen seien zunehmend damit überfordert sich an die Komplexität

³⁰² Vgl. Hurrelmann / Richter 2013, S. 68.

³⁰³ Ebd., S. 69ff.

³⁰⁴ Siegrist 2005, S. 66.

³⁰⁵ Hurrelmann / Richter 2013, S. 76f. Johannes Siegrist diskutiert in diesem Zusammenhang mikrosoziologische Modelle, wobei er neben gesellschaftlichen und individuellen Komponenten auch organisationsstrukturelle Faktoren anführt (siehe hierzu Siegrist 2005, S. 67ff).

³⁰⁶ Hurrelmann / Richter 2013, S. 76.

³⁰⁷ Ebd., S. 76.

4.4 Ausgewählte Ansätze innerhalb der Gesundheitswissenschaften

4.4.1 Konzepte gesellschaftlicher Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit

der modernen Gesellschaft und die damit verbundenen Zwänge anzupassen, was vor allem auch dazu führe, dass immer mehr Menschen an chronischen Erkrankungen leiden.³⁰⁸ Ein wesentliches Problem hierbei sind auch die neuen Arbeits- und Erwerbsanforderungen.³⁰⁹

Abstrakt zusammengefasst also führen die Anforderungen innerhalb moderner Gesellschaften zu strukturellen Störungen auf Ebene der Kultur, Gesellschaft und Person, sowie auch innerhalb von Organisationsstrukturen, was im wechselseitigen Zusammenspiel die Krankheitslast, und zwar insbesondere hinsichtlich chronischer Erkrankungen, vergrößere. Auch hierzu kann sehr gut mit dem Aspekt der Modernisierung angeknüpft werden, denn schließlich können die neuen Anforderungen und die damit verbundenen strukturellen Störungen als ein Ergebnis modernisierungsbedingter Umwandlungen verstanden werden. Gleichzeitig werden mit den Ebenen der Kultur, Gesellschaft und Person, wichtige Dimensionen der Modernisierung angesprochen. Allerdings ist auch an dieser Stelle zu konstatieren, dass die genannten Ansätze zwar einen erweiterten Blick auf Faktoren der Krankheitsentstehung bieten, allerdings werden damit moderne Gesellschaften in ihren Merkmalen einmal mehr generalisiert. Sicherlich kann von einer gewissen Kohärenz ausgegangen werden, allerdings wäre auch das im Einzelfall zu prüfen, möchte man zu einer adäquaten Einschätzung gelangen. Es ist daher anzunehmen, dass aufgrund der kontextspezifischen Rahmenbedingungen in ROK andere Entwicklungen in der Mortalität und ferner auch Morbidität vorliegen, als es in westlichen Gesellschaften der Fall ist.

Aus gesellschaftstheoretischer Sicht könnte an dieser Stelle aber auch mit einem Konzept von Emile Durckheim angesetzt werden, in dem die Gesellschaft nicht als Quelle für Krankheit, sondern als Quelle für Gesundheit gehandelt wird. Nach Durckheim bildet erst die Zerstörung grundlegender sozialer Strukturen eine Gefährdung für die Gesundheit des Menschen. Solange aber die normativen Voraussetzungen wie bspw. gesellschaftliche und ethische Werte intakt sind, sei eine schützende Funktion anzunehmen. In jedem Fall spielen soziokulturelle Aspekte eine entscheidende Rolle und müssen vor dem Hintergrund der kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea unbedingt berücksichtigt werden. Nach Hurrelmann und Richter lässt sich zudem die wichtige Rolle sozialer Netzwerke und Beziehungen sowie die Rolle sozialer Kohäsion ergänzen. Je stärker diese sozialen Faktoren ausgeprägt sind, desto geringer die Krankheitslast.³¹⁰

³⁰⁸ Ebd., S. 76. Vgl. auch Siegrist 2005, S. 67ff.

³⁰⁹ Siegrist 2005, S. 70ff. Hurrelmann und Richter identifizieren hierzu Theorien krank machender Organisationsstrukturen und sprechen von einer zunehmenden Spannung zwischen Organisations- und Individualbedürfnissen (Hurrelmann / Richter 2013, S. 78f.).

³¹⁰ Hurrelmann / Richter 2013, S. 48.

4.4.2 Kultur, Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Bereits mehrfach wurde der Einfluss von Kultur auf Gesundheit erwähnt. Schließlich bildet dieser Zusammenhang auch eine Grundvoraussetzung für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand, wobei davon ausgegangen wird, dass kulturelle Einflüsse einen wesentlichen Erklärungsfaktor für die in Teilen andersartigen Muster der Mortalität in Südkorea darstellen. Im Vordergrund hierbei steht vor allem auch der Aspekt des von Kultur induzierten Gesundheitsverhaltens.³¹¹ Insofern gilt es den Kausalzusammenhang zwischen Kultur und Gesundheit auch in der Theorie zu erwähnen. Gleichzeitig bildet der theoretische Zusammenhang zwischen Kultur und Gesundheit eine inhaltliche Erweiterung der u. a. in Kapitel 4.4.1 vorgestellten Aspekte, sowie auch in Bezug auf den Ansatz der Risikogesellschaft in Kapitel 4.3.4. Hierbei steht ein grundsätzlicher Kausalzusammenhang zwischen Kultur, Gesundheit und Krankheit außer Frage. Dieses Kausalgefüge wird in allgemeinen Theorien dazu bereits sehr gut erfasst³¹² und in Teilen auch durch entsprechende Studien belegt.³¹³ Allerdings trifft man oftmals auf das Problem, dass kulturspezifische Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit vernachlässigt werden bzw. für einige Kulturräume noch kaum erforscht sind, was nicht zuletzt auch an der inhaltlichen Tragweite dieser zusätzlichen Betrachtungsebene liegt. Gesundheit und Krankheit sind allerdings immer breit zu fassen, einschließlich „(...) *der Ursprünge in kulturellen Wertesystemen und seine Aufrechterhaltung durch soziale Prozesse etc.*“³¹⁴ Insofern ist die Beachtung und Betrachtung kulturspezifischer Voraussetzungen wie Lebensstile, Lebensformen oder Lebensbedingungen³¹⁵ eine unbedingte Voraussetzung für auf der einen Seite ein ganzheitliches Verständnis der modernisierungsbedingten Muster von Mortalität in Südkorea, wobei bereits die Modernisierung des Landes nur unter kulturellen Voraussetzungen verstanden werden kann. Und auf der anderen Seite zwecks Identifikation bezeichnender Unterschiede zu den Entwicklungen in anderen Regionen. Vor allem aber auch um den inhaltlichen Diskurs zur Abhängigkeit von Kultur und Gesundheit zu stützen und zu erweitern, und zwar nicht auf der Ebene von sozialen System oder sozialen Schichten, sondern in bevölkerungsübergreifender Makroperspektive. Eine Analyse kultureller Voraussetzungen in Südkorea, von denen ein Einfluss auf die Determinanten von Mortalität und ferner auch Morbidität ausgeht, ist daher unumgänglich.

³¹¹ Napier et al. 2014, S. 1607 & 1610; Rosal et al. 2014, S. 109ff; Scrimshaw 2012, S. 41ff.

³¹² Vgl. Napier et al. 2014; Rosal et al. 2014; Banwell et al. 2013; Scrimshaw 2012. Siehe im Speziellen auch die Ausführungen von Rosal et al. (2014) zum aktuellen Stand über theoretische Konzepte zum Zusammenhang von Kultur und Gesundheitsverhalten. Die Autoren listen hierzu u. a. die auch im gesundheitswissenschaftlichen Kontext relevanten Theoreme wie das Health Belief Model oder die Theory of Planned Behavior; (Rosal et al. 2014, S. 116ff).

³¹³ Vgl. hierzu u. a. die Ausführungen der weiteren Autoren in Banwell et al. 2013.

³¹⁴ Napier et al. 2014, S. 1630.

³¹⁵ Vgl. Schneider 2002.

4.4.3 Das epidemiologische Übergangsmodell

Nachdem im vergangenen Kapitel relevante sozial- und gesellschaftstheoretische Modelle im Zusammenhang mit Modernisierung und Gesundheit diskutiert wurden, soll sich nunmehr einer epidemiologischen Perspektive gewidmet werden. Denn ergänzend zu den bisher vorgestellten Konzepten konzentrieren sich epidemiologische Ansätze auf die Analyse der Verteilung bevölkerungsbezogener Gesundheitsgefährdungen sowie der damit zusammenhängenden Mortalitäts- und Morbiditätsstruktur.³¹⁶ Das Konzept des epidemiologischen Übergangs spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Anhand dessen kann nicht nur der Wandel der Mortalität besser nachvollzogen werden. Auch geht es um die Identifikation kontextspezifischer Ursachen und Konsequenzen sowie das Verständnis ebenenübergreifender Umwandlungsprozesse.³¹⁷ Der epidemiologische Übergang kann somit als ein weiteres, wenn nicht gar als wichtigstes Konzept zur Erklärung der Ursachen und Konsequenzen modernisierungsbedingter Umwandlungen herangezogen werden.

Zuvor aber sei noch in Kürze auf ein anderes entscheidendes, epidemiologisches Konzept hingewiesen, das sog. Risikofaktorenmodell. Dieses Konzept widmet sich in erster Linie der Identifikation personaler und sozialer Risikofaktoren. Gleichzeitig verbindet es die medizinische und sozialwissenschaftliche Perspektive.³¹⁸ Auch lässt sich damit an das bereits im Kontext von Modernisierung vorgestellte „Konzept der Risikogesellschaft“ anknüpfen. Ein wesentlicher Vorteil dieses Risikofaktorenmodells ist, dass die wichtigsten individuellen und strukturellen Risikofaktoren für die am weitesten verbreiteten Krankheiten in Industriegesellschaften inzwischen weitestgehend bekannt und nachgewiesen sind.³¹⁹ Und anhand der Ausführungen zur komprimierten Moderne und Risikogesellschaft in Südkorea, gepaart mit u. a. sehr speziellen soziokulturellen Rahmenbedingungen des Landes lässt sich sogar Konkreteres identifizieren.³²⁰ So soll der Risikoaspekt auch weiterhin eine Rolle spielen, wengleich nicht der Fokus der Arbeit darauf liegt. Nicht zuletzt sei noch auf das sog. „Konzept des Wandels von Risikofaktoren“ zu berücksichtigen³²¹, was sich ebenfalls in den genannten Kontext einbetten lässt. Schließlich ergibt sich daraus ein Geflecht aus modernisierungsinduzierten Risiken, die sich u. a. am epidemiologischen Übergangsmodell nachvollziehen lassen, und im Einzelfall – vorliegend also am Beispiel Südkoreas – geprüft werden müssen. An dieser Stelle stehen die theoretischen Überlegungen dazu im Vordergrund des Interesses.

³¹⁶ Hurrelmann / Richter 2013, S. 85.

³¹⁷ Land / Lamp 2008, S. 409; Siegrist 2005, S. 30f.

³¹⁸ Hurrelmann / Richter 2013, S. 86f.

³¹⁹ Ebd., S. 86.

³²⁰ Siehe hierzu Kap. 4.3.3 & 4.3.4 & 5.3ff.

³²¹ WHO 2009, S. 2.

Die Theorie des epidemiologischen Übergangs konzentriert sich auf den Wandel der Morbidität sowie allen damit verbundenen Ursachen und Konsequenzen in Abhängigkeit von der Zeit und der Region³²² und kann somit erklärend auf die Muster der Mortalität angewandt werden. Das theoretische Modell geht auf die Ausführungen von Abdel R. Omran aus dem Jahre 1971 zurück und ist der wohl meist zitierte Ansatz zum Übergang von Infektionskrankheiten zu chronisch-degenerativen Erkrankungen vor dem Hintergrund modernisierungsbedingter (im Modell als sozioökonomischer Wandel und Industrialisierung ausgewiesen) sowie vor allem auch demografischer Umwandlungen.³²³ Dieser Übergang lasse sich in den vergangenen einhundert Jahren mehr oder weniger stark ausgeprägt in allen modernen Gesellschaften feststellen. Krebserkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Unfälle und Suizide, Lungen- und Stoffwechselerkrankungen stehen dabei im Vordergrund. Weiterhin spielt hierbei die ausgeprägte Verbesserung der Lebenserwartung eine wichtige Rolle.³²⁴ Modernisierungsbedingte Entwicklungen bilden hierbei insofern den Ausgangspunkt, als dass Veränderungen in der Morbidität und in der Folge auch Mortalität das Resultat kultureller, gesellschaftlicher, ökonomischer, technischer, demografischer, biologischer, ökologischer, individueller etc. pp. Umwandlungen darstellt.³²⁵ Zu den Veränderungsprozessen zählen vor allem auch die Prozesse der Industrialisierung, Urbanisierung, Alphabetisierung, Wohlstands- und Sozialstaatentwicklung³²⁶, womit eindeutige Prozesse der Modernisierung genannt sind. Dieser epidemiologische Transformationsprozess ist dabei weder unidirektional noch in jeder Hinsicht universal. Denn einerseits kann es durchaus vorkommen, dass gewisse Infektionskrankheiten wie AIDS entgegen allgemeiner Entwicklungsmuster ein weltweites Ansteigen erfahren³²⁷, andererseits müssen es nicht immer die besten strukturellen Voraussetzungen sein, die zum besseren Ergebnis führen.³²⁸

Bezeichnend für die Theorie des epidemiologischen Übergangs ist vor allem auch der enge Bezug zur Demografie, was sich aus einem fundamentalen sowie selbsterklärenden Zusammenhang zwischen demografischen Prozessen, allen voran der Mortalität, ergibt.³²⁹ Ferner wird auch auf die Möglichkeit der Umkehrung und/oder Stagnation des epidemiologischen Wandels hingewiesen, was spätestens im Zusammenhang mit der fünften

³²² Weisz / Olszynko-Gryn 2009, S. 287; Land / Lamp 2008, S. 409; Rowland 2008, S. 185; Siegrist 2005, S. 30; Wahdan 1996, S. 8; Omran 1971, S. 732.

³²³ McKeown 2009, S. 19; Weisz / Olszynko-Gryn 2009, S. 288. Wenngleich der ursprüngliche Fokus ein anderer war (ebd., S. 19; S. 287).

³²⁴ Siegrist 2005, S. 30. Zur Entwicklung der Lebenserwartung in Südkorea siehe Kap. 5.4.3.2.

³²⁵ Ebd., S. 30f; Wahdan 1996, S. 9ff; Omran 1999, S. 99.

³²⁶ Siegrist 2005, S. 31.

³²⁷ Wahdan 1996, S. 9.

³²⁸ Siegrist 2005, S. 31. Siegrist führt den Zusammenhang zwischen Entwicklungsstand der medizinischen Versorgung und durchschnittlicher Lebenserwartung am Beispiel der USA und Japan an.

³²⁹ McKeown 2009, S. 19; Omran 1999, S. 99f. Hierbei sei auch die starke Orientierung am Konzept des demografischen Übergangs hervorzuheben (speziell zum demografischen Übergang siehe Kap. 5.4ff).

4.4.3 Das epidemiologische Übergangsmodell

Phase des epidemiologischen Übergangs schlüssig erscheint.³³⁰ Die nachstehende Abbildung (Abb. 3) belegt und weist die wichtigsten Dynamiken, Inhalte und Merkmale des epidemiologischen Übergangs aus. Basisbildend sind Erkenntnisse über gleichartige Veränderungsmuster in (zunächst) unterschiedlichen (westlichen) Regionen.³³¹ Es erscheint selbsterklärend, dass diese Aspekte nicht in gleichartiger Hinsicht für alle Regionen gelten. Individuelle Entwicklungsmuster dürfen deshalb nicht übergangen werden.

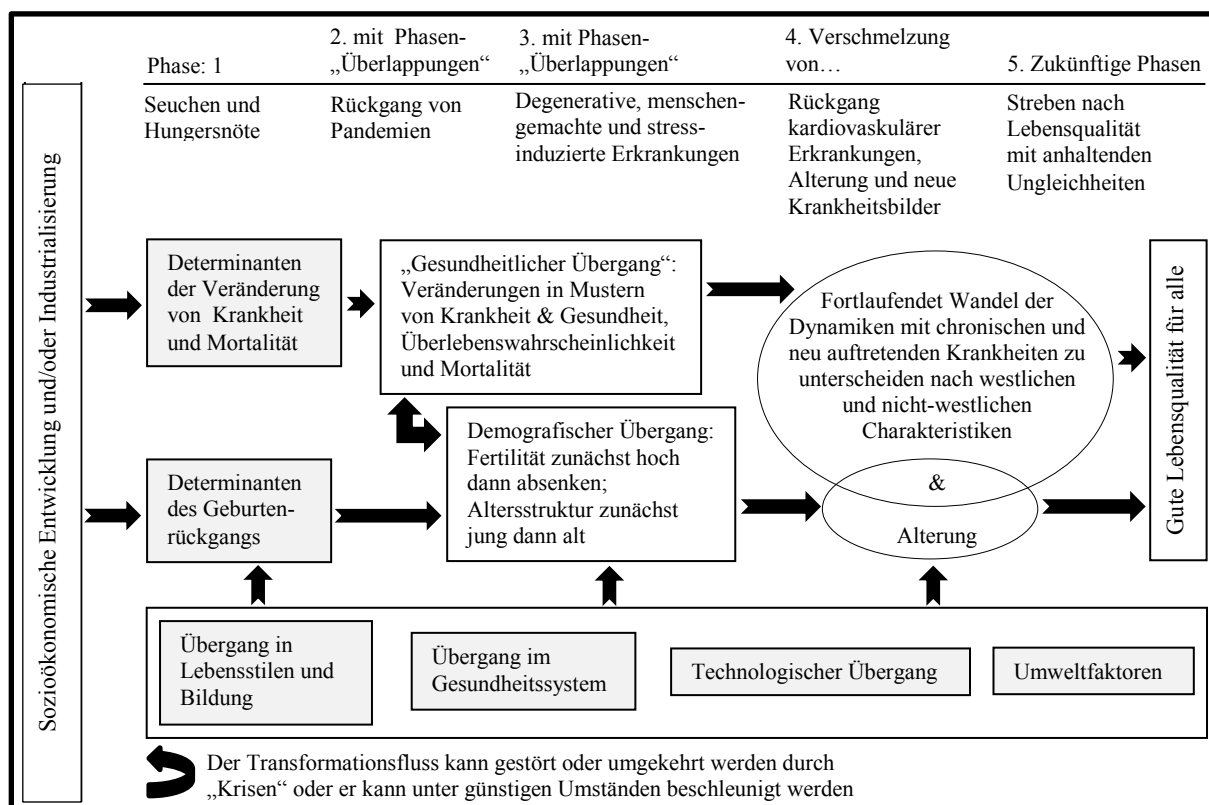


Abb. 3: Dynamik des epidemiologischen Übergangs (Quelle: Mit dem Original übereinstimmende Nachbildung aus dem Englischen nach Omran 1999 In: WHO 2000, S. 100)

Zu den Phasen des epidemiologischen Übergangs

Das vorliegende Modell postuliert fünf Transformationsphasen.³³² Die erste Phase ist bedingt durch Seuchen (Infektionskrankheiten), Hungersnöte und Kriege. Weiterhin kennzeichnend ist eine hohe und fluktuierende Sterblichkeit sowie Fertilität, einhergehend mit einer sehr niedrigen Lebenserwartung bei Geburt. Weitere bezeichnende Merkmale sind ein überwiegend niedriger Lebensstandard und mangelnde Hygiene am Arbeitsplatz und zu Hause, auffällige

³³⁰ Omran 1999 In: WHO 2000, S. 100ff.

³³¹ Ebd., S. 102. Hierzu muss ergänzt werden, dass diese Theorie anfänglich auf Basis der Umwandlungen in den Industrienationen erster Generation entwickelt wurde (vgl. auch Omran 1971).

³³² Omran 1999 In: WHO 2000, S. 99. Ursprünglich ist der epidemiologische Übergang in nur drei Phasen gegliedert (vgl. auch Omran 1971, S. 737f). Gegenwärtige Informationen und Erkenntnisse machen allerdings eine Aufteilung/Erweiterung des Modells in fünf Phasen erforderlich (Omran 1999 In: WHO 2000, S. 99.). Darüber hinaus wird damit auch die starke Anlehnung an das Phasenmodell des demografischen Übergangs sichtbar.

agrargesellschaftliche Strukturen, sowie die Verwendung überwiegend traditioneller Medizin und Behandlungsmethoden. Auf der anderen Seite aber auch starke soziale Bindungen und der Erhalt traditionaler Werte.³³³

Für Phase zwei kennzeichnend ist der deutliche Rückgang pandemischer Infektionskrankheiten auf Basis besserer Hygiene, gesünderer Ernährung sowie vor allem auch aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts (Impfstoffe etc.), sowie der Etablierung erster Public Health-Maßnahmen und gesundheitsversorgender Strukturen. Trotz des Rückgangs infektiöser Krankheiten vollzieht sich hier aber noch kein Wandel in den klassischen Mustern der Morbidität. Chronisch-degenerative Erkrankungen steigen zwar an, dominierend sich aber nach wie vor Infektionskrankheiten. Auf demografischer Ebene hingegen ist ein rapider Bevölkerungsanstieg und eine junge Altersstruktur kennzeichnend, und zwar als Resultat eines starken Rückgangs der Sterblichkeit (insbesondere der Säuglingssterblichkeit), einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt sowie auch der ferneren Lebenserwartung bei gleichzeitig immer noch hohen Geburtenziffern. Überdies gilt es die zunehmend besseren Lebensbedingungen, auf der anderen Seite aber auch den Beginn der Auflösung traditioneller Familienstrukturen, Werte und Normen zu erwähnen. Erst gegen Ende der zweiten Phase vollzieht sich der epidemiologische Übergang im engeren Sinne.³³⁴

Mit der dritten Phase wird das Zeitalter degenerativer und „menschengemachter“ Erkrankungen eingeleitet. Gesellschaftliche Veränderungen und Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit spielen nunmehr eine zentrale Rolle. Infektionskrankheiten sind auf Basis von effizienten Public Health-Maßnahmen sowie des medizinischen Fortschritts weitestgehend zurückgedrängt. Das Bild der nunmehr dominierenden chronischen Erkrankungen wird von (altersbedingten) Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie malignen Neubildungen angeführt. Der Mensch ist nicht nur aus gesellschaftlicher Sicht ein wesentlicher Einflussfaktor, sondern auch im Zusammenhang mit seiner Umwelt. Vom Menschen beeinflusste Umweltfaktoren wie eine fortschreitende ebenenübergreifende Umweltverschmutzung werden somit zu einem zusätzlichen Risiko. Ferner repräsentiert die dritte Phase des epidemiologischen Übergangs zugleich auch die dritte Phase des demografischen Übergangs und umgekehrt, was im Speziellen die Entwicklungen der Mortalität und Fertilität anbetrifft.³³⁵

³³³ McKeown 2009, S. 19f; Omran 1999 In: WHO 2000, S. 103.

³³⁴ Ebd. S. 3; Ebd., S. 103.

³³⁵ Ebd. S. 3f; Ebd., S. 103f. Für ausführlichere Angaben zu den Mustern der Morbidität in speziell dieser Phase siehe die Ausführungen von: Ebd., S.3f; Ebd., S. 104.

Bei Phase vier handelt es sich um eine Fortführung der dritten Phase, allerdings ist sie durch andere Muster in der Verteilung chronisch-degenerativer Erkrankungen geprägt. Diese Phase basiert einerseits auf den Auswirkungen der weiterhin gestiegenen Lebenserwartung sowie dem demografischen Alterungsprozess. Auf der anderen Seite sind der anhaltende soziokulturelle Wandel sowie weitere Veränderungen im individuellen Verhalten und in den Lebensstilen ausschlaggebend. Kennzeichnend ist die Verschiebung chronisch-degenerativer Erkrankungen in ein sehr spätes Alter, wobei die kardiovaskuläre Sterblichkeit allmählich an Bedeutung verliert. Es kommt zu neuartigen, gesellschaftlich verursachten Krankheitsbildern, darunter vor allem auch psychischen Erkrankungen und krankheitsunabhängigen Todesursachen wie beispielsweise Arbeits- oder Verkehrsunfälle. Außerdem sei auch ein (Wider-)Anstieg infektiöser und ein Aufkommen teils neuer parasitärer Erkrankungen zu beobachten (Viruserkrankungen, HIV, Hepatitis, Ebola, SARS, Vogel-/Schweinegrippe).³³⁶

Die fünfte Phase ist entgegen der fünften Phase des demografischen Übergangs empirisch sowie theoretisch zwar (immer) noch nicht komplett erschlossen, allerdings kann sich auf eindeutige Entwicklungsmuster bezogen werden. Dabei spiegeln sich in ihr wesentliche Merkmale vergangener Phasen, insbesondere der ersten Phase, wider.³³⁷ Die fünfte Phase basiert in erster Linie auf den zuvor erwähnten (Wider-)Anstieg von infektiösen Erkrankungen. Während des letzten Viertels des vergangenen Jahrhunderts zeigte sich eine wiederkehrende Dominanz solcher Krankheitsbilder.³³⁸ Die demografische Alterung bzw. der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung spielt hierbei eine ebenso entscheidende Rolle, wie die Ausbildung von beispielsweise multiresistenten Erregern.³³⁹ Gleichzeitig werde auch ein Anstieg parasitärer Erkrankungen deutlich.³⁴⁰ Allerdings zeichnen sich diese wiederkehrenden Muster auf einem deutlich kleineren Level ab, als es noch zu Beginn des Übergangsmodells der Fall war. Es handelt sich also nicht um eine Rückentwicklung.³⁴¹ Darüber hinaus gilt es gegenüber den vergangenen Phasen eine deutlich größere Vielfalt an Risiken, unterschiedlichen Ursprungs festzuhalten. Tatsächlich spielen hierbei auch der menschengemachte ebenenübergreifende Fortschritt eine entscheidende Rolle. Insofern sei es nicht nur wichtig die aktuellen Entwicklungen von Mortalität und Morbidität korrekt einzuordnen, sondern auf Basis kontextspezifischer Rahmenbedingungen exakt zu identifizieren und zu evaluieren.³⁴²

³³⁶ Ebd. S. 4; S. 104f.

³³⁷ McKeown 2009, S. 22; Olshansky et al. 2000, S. 213f.

³³⁸ Olshansky et al. 2000, S. 213.

³³⁹ Ebd. S. 207; S. 214.

³⁴⁰ Ebd. S. 214f.

³⁴¹ Ebd. S. 208ff.

³⁴² Ebd. S. 216.

Abbildung 3 (S. 69) sind allerdings noch weitere entscheidende Merkmale zu entnehmen. Vor allem wird deutlich, dass sozioökonomische Umwandlungen und/oder Industrialisierung – und damit auch ein Grundstein der Modernisierung – hierbei sowohl den Auslöser als auch einen ständigen Begleiter des epidemiologischen Übergangs bilden und damit den Wandel fortwährend determinieren. Darunter subsumieren sich sechs wesentliche Veränderungsprozesse: Wandel der Muster von Krankheit und Gesundheit; demografischer Wandel (in Teilen); Wandel der Lebensstile; technologischer Wandel; Wandel der medizinischen Versorgung; ökologischer Wandel.³⁴³ Inwiefern diese Aspekte auf das Beispiel Südkorea zutreffen lässt sich nicht mit einer pauschalisierten Stellungnahme beantworten, insbesondere auch nicht vor dem Hintergrund der Vielfalt des epidemiologischen Übergangs. Weiterhin ist nicht klar, inwieweit die Analyse der genannten Faktoren überhaupt möglich aber auch erforderlich ist. In jedem Fall gilt es den epidemiologischen Übergang in Südkorea als Grundvoraussetzung für entsprechende Muster in der Mortalität zu berücksichtigen und im besten Fall auch zu beschreiben. Und auch hierzu gilt es höchst individuelle Verlaufsmuster zu berücksichtigen, was im Folgenden unter dem in der Literatur leider nur bedingt behandelten Gesichtspunkt der Vielfalt des epidemiologischen Übergangs diskutiert werden soll.

Zu den vielfältigen Mustern des epidemiologischen Übergangs

Spätestens an dieser Stelle stellt sich die Frage inwiefern das Modell des epidemiologischen Übergangs in direkter Weise auf die Entwicklungen in Südkorea zu übertragen sei. Schließlich handelt es sich hierbei um einen Idealtypus nach westlichem Beispiel. Es muss allerdings in unterschiedliche Entwicklungsmuster differenziert werden. Tatsächlich wird seitens Omran auch ein Übergangsmodell vorwiegend für nicht-westliche Gesellschaften angeboten.³⁴⁴ Die Unterschiede seien fundamental.³⁴⁵ Allerdings sei darauf hingewiesen, dass das nicht-westliche Modell in erster Linie nur auf Entwicklungsländer bezogen ist. Sonderfälle, wie sie bspw. durch die Tigerstaaten repräsentiert werden, bleiben dadurch zunächst außen vor. Und im Modell des Autors für speziell nicht-westliche Regionen sind die Phasen des ursprünglichen Modells sogar auf nur drei komprimiert. Hierbei ist auch die Dynamik eine gänzlich andere. So vollzieht sich u. a. der Rückgang der Sterblichkeit deutlich schneller, als in westlichen Gesellschaften, und zwar in Folge einer nachholenden Modernisierung. Allerdings ist nach Omran die vierte Phase in Entwicklungsländern eher unwahrscheinlich. Es sei vielmehr wahrscheinlich, dass es bei einem gleichbleibend hohen Niveau an chronischen Erkrankungen bleibe.³⁴⁶

³⁴³ Omran 1999 In: WHO 2000, S. 99.

³⁴⁴ Ebd., S. 102ff.

³⁴⁵ Ebd., S. 105.

³⁴⁶ Ebd., 107.

Jedoch muss an dieser Stelle auf eine weitere, fundamentale Einschränkung des Modells hingewiesen werden. Denn da sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Ausgangslagen weder das westliche noch das nicht-westliche Modell in jedem Fall als allgemeingültig erweist, muss in weitere Szenarien der epidemiologischen Transition unterschieden werden. Diese weiterhin zu unterscheidenden Entwicklungsphasen werden vor allem bedingt durch: altersgruppenspezifische Unterschiede; geschlechterspezifische Differenzen; ethnische Differenzen; Differenzen in den sozialen Schichten und Klassen; Differenzen in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand eines Landes und im Vergleich zu anderen Ländern; geopolitische Differenzen; Differenzen zwischen der Landesbevölkerung und marginalisierten Bevölkerungsgruppen; Differenzen bedingt durch Kolonialperioden. Die meisten Verläufe werden zudem noch bedingt durch Ungerechtigkeiten.³⁴⁷

Vor diesem Hintergrund bzw. im Kontext systematischer Abweichungen vom Idealtypus in puncto Muster, Dynamik, Determinanten und Konsequenzen von und für die Gesundheit, müssen vielmehr unterschiedliche Modelle des epidemiologischen Übergangs konstatiert werden. Zwar können das westliche und das nicht-westliche Modell hierbei als Grundlage herangezogen werden, allerdings gilt es in der Folge jeweils noch zu differenzieren in (aufbauend auf dem westlichen Modell): das klassische westliche Transitionsmodell; das semi-westliche bzw. beschleunigte Transitionsmodell, und in (aufbauend auf dem nicht-westlichen Modell): das schnelle/rapide Transitionsmodell; das intermediäre Transitionsmodell (selbst noch einmal zu differenzieren in ober- und unter-intermediär); das langsame Transitionsmodell.³⁴⁸ Eine solche Feingliederung macht insbesondere vor dem Hintergrund Sinn, als dass sich die Tigerstaaten erster Generation, wie Südkorea es ist, weder genau in das westliche noch in das nicht-westliche Modell einordnen lassen. Dem entgegen lässt die erweiterte Modellbasis eine bessere Einordnung zu, wenngleich es auch hier gewisse Einschränkungen zu beachten gilt, was im Übrigen auch für den demografischen Übergang in Südkorea gilt.³⁴⁹

Sonach wäre Südkorea in das rapide Entwicklungsmodell einzuordnen.³⁵⁰ Eine Zuordnung in das klassisch-westliche Transitionsmodell sei bereits aus einem logischen Zusammenhang heraus nicht möglich. Angesichts der Entwicklungsdynamik in Südkorea, scheiden auch die intermediären Modelle sowie das langsame Modell aus. Eine Zuordnung in das rapide/schnelle Transitionsmodell erscheint logisch. Für eine endgültige Zuordnung wären zunächst aber noch

³⁴⁷ Ebd., 107ff.

³⁴⁸ Ebd., 112ff. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit den einzelnen Inhalten sei an dieser Stelle auf die Ausführungen des Autors hingewiesen. Im Vordergrund soll vielmehr die korrekte Zuordnung Südkoreas im Vordergrund stehen, sowie die Identifikation entsprechender Bestimmungsmerkmale.

³⁴⁹ Siehe hierzu Kap. 5.4.2.

³⁵⁰ Omran 1999 In: WHO 2000, S. 113.

4.4.4 Zur Theorie der Sterblichkeitsentwicklung

landesspezifische Entwicklungsmuster und Merkmale zu identifizieren, sodass an dieser Stelle nur eine temporäre bzw. hypothetische Zuordnung steht, was im weiteren Verlauf aber noch einmal aufgegriffen und abschließend klassifiziert werden soll.³⁵¹ An dieser Stelle steht vielmehr ein allgemeines Verständnis zum epidemiologischen Übergang und der verschiedenen Varianten sowie entsprechender Bedingungen im Vordergrund. Die nachstehende Abbildung (Abb. 4) visualisiert und belegt hierzu die unterschiedlichen und weltweit am häufigsten vorkommenden Übergangsvarianten und die entsprechenden Verlaufsmuster, was zur besseren Nachvollziehbarkeit und als Unterlegung der vorangegangenen Inhalte dienen soll.

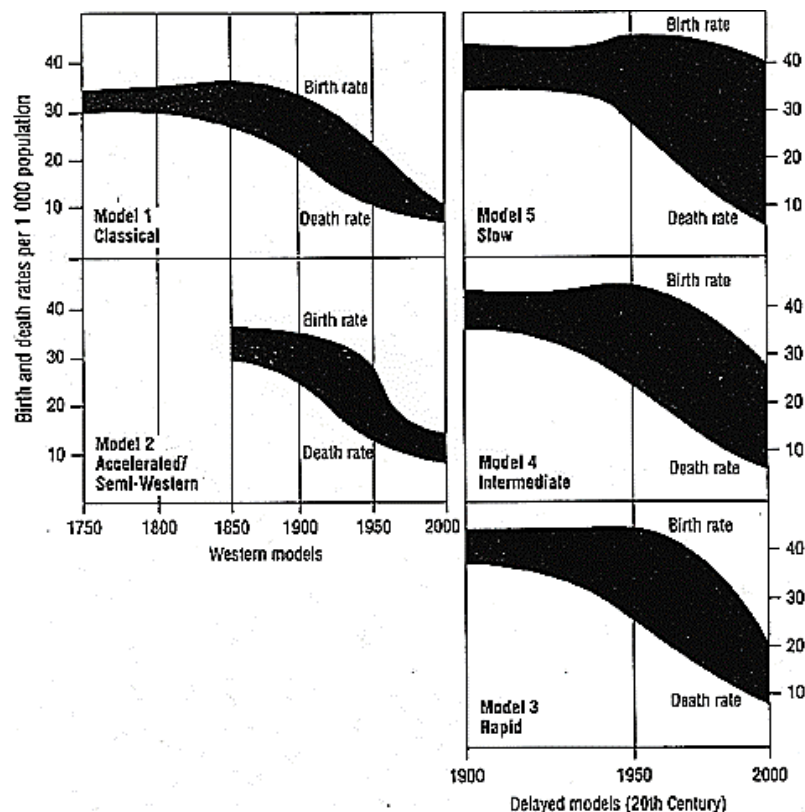


Abb. 4: Epidemiologische Transitionsmodelle (Quelle: Omran 1999 In: WHO 2010, S. 112)

4.4.4 Zur Theorie der Sterblichkeitsentwicklung

Die Ausführungen Francois Höpflingers ermöglichen es schließlich den Untersuchungsgegenstand aus einer bevölkerungssoziologischen Perspektive anzugehen. Basisbildend hierbei ist die Theorie der Sterblichkeit innerhalb derer modernisierungsinduzierte Prozesse eine wesentliche Rolle spielen. Ziel ist es nunmehr auch einen theoretischen Zusammenhang zwischen Modernisierung und Mortalität herauszuarbeiten. Bevor sich diesem speziellen Aspekt gewidmet wird, soll allerdings noch auf einige allgemeine Grundsätze zwischen Bevölkerungsdynamik und Modernisierung eingegangen werden.

³⁵¹ Siehe Kapitel 5.5.3.

Bevölkerungssoziologische Aspekte modernisierungsbedingten Wandels

Nach Höpflinger besteht die Kunst der korrekten Interpretation demografischer und gesellschaftlicher Entwicklungen darin, „(...) *quantitative Veränderungen bevölkerungsstatistischer Art mit qualitativen Veränderungen der Gesellschaft zu verknüpfen*.“³⁵² Hierbei müssen drei Grundprinzipien der Bevölkerungsentwicklung und gesellschaftlichen Wandels berücksichtigt werden: „*Die Folgen quantitativer demografischer Veränderungen (...) sind von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig*“; „(...) *Es handelt sich immer um Wechselbeziehungen, was einfache Kausalzuordnungen erschwert*“; „(...) *Es existiert in keinem Bereich paradigmischer Konsens*“.³⁵³ Im Grunde sind damit die Kernaspekte der vergangenen Abschnitte zusammengefasst, mit dem Unterschied, dass hier nun die bevölkerungssoziologische Perspektive ergänzt wird. Die inhaltliche Relevanz sei darin begründet, dass mit der Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea ein wesentlicher demografischer Prozess angesprochen wird. Darüber hinaus handelt es sich um elementare Hinweise für die Bewertung entsprechender Entwicklungsprozesse in Südkorea. Der Autor hebt hervor, dass sich die Bevölkerungsentwicklung in wirtschaftlich entwickelten Ländern gänzlich von der in vorindustriellen Gesellschaften unterscheidet, wobei alle Gesellschaften im Sinne des demografischen Übergangs die gleichen Entwicklungsmuster aufweisen.³⁵⁴ Wie allerdings bereits in den Ausführungen von Abdel R. Omran deutlich geworden sein sollte, sind durchaus auch wesentliche Unterschiede feststellbar. Diese beziehen sich zwar vorrangig auf den epidemiologischen Transformationsprozess, allerdings ergibt sich aus einer selbsterklärenden Logik heraus auch ein direkter Bezug zum Modell des demografischen Übergangs. Schließlich werden derartige Unterschiede im Entwicklungsverlauf auch von Höpflinger aufgegriffen und in einer kritischen Reflexion zum Übergangsmodell dargelegt.³⁵⁵

Das führt einmal mehr zum Schluss, dass abstrakt gehaltene Übergangsmodelle immer auch auf den Einzelfall angewendet und im Einzelfall überprüft werden müssen, was nicht zuletzt auch die Notwendigkeit einer entsprechenden Auseinandersetzung mit kontextspezifischen Rahmenbedingungen der interessierenden Region aufzeigt. Diese Notwendigkeit betrifft nicht allein die Bevölkerungsentwicklung, sondern vor allem auch den Zusammenhang zwischen demografischer Transformation und gesellschaftlicher Modernisierung. Dieser Zusammenhang erweist sich als „(...) *komplexer und weniger eindeutig*“, als ursprünglich postuliert, und gilt vor allem auch bei dem Versuch der Übertragung europäischer Entwicklungsverläufe auf Regionen außerhalb Europas, darunter auch Asien, als problematisch. Hierfür verantwortlich

³⁵² Höpflinger 2012, S. 19.

³⁵³ Ebd., S. 19f.

³⁵⁴ Ebd., S. 40f.

³⁵⁵ Ebd., S. 43f. Siehe auch die Ausführungen zum demografischen Übergang.

zeigen sich allen voran historische, kulturelle, soziale, wirtschaftliche und politische Unterschiede. Und in Regionen außerhalb Europas zeigen sich dynamischere und deutlicher ausgeprägte Entwicklungsverläufe als noch im historischen Europa.³⁵⁶ „Entsprechend waren und sind die demografischen Transformationen – auch aufgrund der welthistorischen Rahmenbedingungen – in europäischen, asiatischen, lateinamerikanischen und afrikanischen Ländern nur bedingt vergleichbar.“³⁵⁷ Nichtsdestotrotz müssen auch gewisse Konstanten festgehalten werden. Was die Sterblichkeit anbetrifft, finden sich in keiner modernisierten Region mehr hohe Sterbeziffern aufgrund einer geringen Lebenserwartung bei Geburt. Außerdem ist eine deutliche Zunahme der Lebenserwartung bei Geburt immer auch mit fundamentalen Modernisierungsprozessen in einer Region verbunden.³⁵⁸ Allerdings sollte man diesen Gemeinsamkeiten keinen zu hohen Wert bemessen, denn es zeigt sich, dass regionale Unterschiede deutlich überwiegen. Die Komplexität solcher Entwicklungszusammenhänge und damit auch die großen regionalen Differenzen können vor allem auch mithilfe der Theorie des zweiten demografischen Übergangs begründet werden, was an dieser Stelle allerdings nicht weiter ausgeführt werden soll. Denn die Aussage bleibt im Kern die gleiche: aus primär assoziativen Zusammenhängen dürfen keine Kausalschlüsse abgeleitet werden.³⁵⁹

Mortalitätsrelevante Faktoren im Kontext von Modernisierung

Bereits einleitend konfrontiert Francois Höpflinger den Leser mit dem Problem, dass „(...) bei der theoretischen Aufarbeitung des Sterblichkeitsverlaufs weiterhin auffallende Defizite“ bestehen.³⁶⁰ Der Wandel der Sterblichkeitsverhältnisse lasse sich zwar mit Modernisierung erklären, eine allgemeingültige Theorie, welche alle damit verbundenen Aspekte und vor allem auch die komplizierten Wirkungszusammenhänge ausweist, existiere bisher aber nicht. Diese Behauptung lässt sich mit einem Blick auf die vorhandene Literatur hierzu tatsächlich stützen. Zwar lassen sich viele faktorenspezifische Ansätze identifizieren³⁶¹, es mangelt aber immer noch an einem ganzheitlichen theoretischen Ansatz. Hierbei lasse sich an eine systematische Skizze zu mortalitätsrelevanten Faktoren nach Jürg A. Hauser aus den 1980er Jahren anknüpfen, die sich auch gegenwärtig noch als geeignet erweist. Modernisierung, bzw. modernisierungsbedingte Umwandlungsprozesse spielen hierbei eine entscheidende

³⁵⁶ Ebd., S. 45f.

³⁵⁷ Ebd., S. 46.

³⁵⁸ Ebd., S. 44f nach Schmid 1984. Aussagen zur Geburtenentwicklung wurden hier bewusst ausgespart.

³⁵⁹ Ebd., S. 47. Speziell zur Theorie des zweiten demografischen Übergangs siehe Ebd., S. 52 – 59.

³⁶⁰ Ebd., S. 167.

³⁶¹ Thomas Klein (1999) geht im speziellen auf den Zusammenhang zwischen sozialen Determinanten und Lebenserwartung ein. Jürg A. Hauser (1985) hingegen beschreibt den Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und sozialem Wandel. John Mirowsky & Catherine E. Ross (2000) diskutieren sozioökonomische Faktoren, während Lynn D. Nelson & Julie A. Honmold (1980) zudem noch demografische Determinanten einbeziehen. Und last-but-not-least bespricht Karla Gärtner (1990) die Sterblichkeit nach Familienstand.

Rolle.³⁶² Hauser identifiziert hierzu fünf grundlegende, für die Sterblichkeitsentwicklung relevante Faktorengruppen: genetisch-biologische Faktoren; Umweltfaktoren; Sozioökonomische Faktoren; Soziokulturelle Faktoren; spezifisches Verhalten. Und überdies werden von Hauser auch entsprechende Thesen zum Zusammenwirken der verschiedenen Faktorengruppen formuliert.³⁶³

Während auf eine inhaltliche Ausführung dessen an dieser Stelle verzichtet werden soll, um u. a. inhaltliche Redundanzen zu vermeiden, geht es vielmehr um die Tatsache, dass mit den Aussagen des Autors weitestgehend alle modernisierungsrelevanten Aspekte angesprochen werden. Dies rührt sicherlich auch daher, dass der Autor einen stark gesellschaftstheoretischen Ansatz anbietet, was gleichzeitig aber auch die größte Kritik an denselben Ausführungen sei. Denn durch seine stark gesellschaftstheoretische Orientierung weist der Ansatz große Lücken im Zusammenhang mit anderen Perspektiven auf. Eine Alternative hierzu scheint es aber nicht zu geben.³⁶⁴ Gleichwohl stellt sich die Frage, ob es vor dem Hintergrund der komplexen Wirkungszusammenhänge sowie kontextspezifischen Einflüsse überhaupt einen ganzheitlichen Ansatz zur Entwicklung der Sterblichkeit geben kann. In jedem Fall ist mit den Ausführungen Hausers sowohl die Identifikation von umfangreichen Einflussfaktoren, als auch eine differenzielle Betrachtung der entsprechenden Einflüsse auf die Entwicklung der Mortalität aus demografischer bzw. bevölkerungssoziologischer Sicht möglich.³⁶⁵ Überdies wird deutlich, dass von allen Einflussfaktoren insbesondere gesellschaftliche Prozesse einen elementaren Einfluss auf die Entwicklung der Sterblichkeit haben bzw. als Ausgangspunkt entsprechender Veränderungen angenommen werden können. Schließlich weisen die von Hauser beschriebenen Faktorengruppen sowie die hierzu ausgeführten theoretischen Inhalte wesentliche Schnittmengen zu gesellschaftlichen aber eben auch zu modernisierungstheoretischen und nicht zuletzt auch gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen auf, mit dem wesentlichen Unterschied, dass zusätzlich die Mortalität als eine gewichtige, endogene Variable angeführt wird. Zu guter Letzt verdeutlichen die Ausführungen, dass immer eine regionalspezifische Überprüfung der Sterblichkeitsentwicklung und der Einflüsse nötig ist.

Exkurs zur Differentiellen Mortalität

Vor diesem Hintergrund und die Mortalitätsdebatte abschließend soll noch auf einen im Laufe der vergangenen Jahrzehnte immer mehr an Bedeutung gewonnenen Aspekt hingewiesen werden. Differenzielle Mortalität ist einerseits im Zusammenhang mit regionalen

³⁶² Höpflinger 2012, S. 167f.

³⁶³ Ebd., S. 167ff nach Hauser 1983.

³⁶⁴ Ebd., S. 173.

³⁶⁵ Ebd., S. 173.

Unterschieden der Sterblichkeit von großer Relevanz. Vor allem aber hebt das Konzept den Aspekt der von unterschiedlichen Rahmenbedingungen beeinflussten Sterblichkeit hervor. Mit dem Begriff der differentiellen Mortalität werden vordergründig Sterblichkeitsunterschiede in der Bevölkerung bzw. die ungleiche Verteilung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt sowie ferneren Lebenserwartung im höheren Alter charakterisiert.³⁶⁶ Die Länge des Lebens variiert sehr stark zwischen Menschen. Sie ist einerseits durch individuelle Eigenschaften geprägt, die sowohl im genetischen Erbe als auch in den persönlichen Gewohnheiten und im Verhalten liegen können. Sie wird andererseits auch durch gesellschaftliche Strukturen beeinflusst. Hierzu gehört unter anderem der Staat in dem ein Mensch lebt, der Wohnort, das Lebenszeiteinkommen, der Zugang zur Bildung, die Qualität der öffentlichen Gesundheitsversorgung sowie geschlechterspezifische Unterschiede. So muss Mortalität immer als Arrangement individueller Ausgangszustände in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen verstanden werden, was in seiner Konsequenz zu gruppenspezifischen Differenzen führen kann.³⁶⁷ Diese Sichtweise stützt und erweitert den Blickwinkel erheblich und ermöglicht tief greifende Analysen.

Ein klassisches Beispiel im Zusammenhang mit differentieller Mortalität ist die Identifikation von Differenzen nach Geschlecht. Neben dem Geschlecht werden oftmals auch regionale Unterschiede thematisiert, insbesondere auch Unterschiede auf nationaler Ebene. Nicht zuletzt haben auch Merkmale wie Bildung, Beruf und Einkommen einen erwiesenermaßen starken Einfluss auf die Sterblichkeit des Menschen aus. Solche sozioökonomischen Faktoren wirken dabei in erster Linie auf den Lebensstil sowie die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ein, was in der Folge zu gruppenspezifischen Verhaltensmustern und schließlich zu den entsprechenden Mortalitätsunterschieden führt. Indikatoren wie Familienstand, ethnische Herkunft oder Gesellschaftsform haben ebenfalls einen nachweisbar großen Einfluss auf die Mortalität.³⁶⁸ Problematisch hingegen ist die Erfassung und empirische Auseinandersetzung potenzieller Zusammenhänge zwischen sozialstrukturellen Faktoren und Mortalität. Die zu einer adäquaten Analyse benötigten Daten werden i. d. R. unabhängig voneinander erfasst. Zusammenhänge lassen sich daher nur unter Heranziehung unterschiedlicher, meist unvollständiger Datensätze ableiten. Darüber hinaus ist man sich uneinig darüber, welche Determinanten entscheidenden Einfluss auf die Sterblichkeit ausüben.³⁶⁹

³⁶⁶ Lampert / Kroll 2014, S. 1f; UN 2011, S. 1f; Luy 2006, S. 1f.

³⁶⁷ Luy 2006, S. 1f.

³⁶⁸ Lampert / Kroll 2014, S. 2ff; Rowland 2008, S. 204f; Luy 2006, S. 6ff.

³⁶⁹ Rowland 2008, S. 205f; Luy 2006, S. 11ff. Zwar soll der differentiellen Mortalität in Südkorea vorliegend nicht weiter nachgegangen werden, allerdings kann es im Verlauf durchaus noch zu interpretierbaren Ergebnissen im Kontext dessen kommen.

4.5 Modellierung der theoretischen Zusammenhänge

Nach Vertiefung adäquater theoretischer Ansätze, Modelle, Konzepte etc., sollen diese nun abschließend bewertet werden. Die bisherigen Ausführungen haben das komplexe Zusammenhangsgefüge aus Modernisierung und Gesundheit, mit speziellem Fokus auf die Sterblichkeitsentwicklung in ROK dargelegt. Dieses Gefüge gilt es nunmehr in ein geeignetes, theoretisches Arbeitsmodell umzusetzen, was einerseits als Grundlage für die nachstehende Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen in Südkorea dienen soll. Andererseits aber auch den Rahmen für die Erarbeitung der empirischen Rahmenbedingungen sowie den Rahmen für eine entsprechende Analyse bildet.

Zusammenfassend also bestand das bisherige Ziel darin, theoretische Grundlagen zu erarbeiten, diese dann in einer theoretischen Vertiefung und Rahmenbildung weiter auszuführen, um damit schließlich ein strukturiertes und vor allem auch beherrschbares „Gerüst“ für die nachfolgenden Analyseschritte, einschließlich der Darstellung von kontextspezifischen und empirischen Rahmenbedingungen in Südkorea, zu modellieren. Vor diesem Hintergrund kann schließlich das nachstehende Modell zur inhaltlichen Interpretation und Strukturierung der Determinanten von Modernisierung, Mortalität und ferner auch Morbidität aufgestellt werden (Abb. 5, S. 80).

Dem Untersuchungsgegenstand entsprechend werden hier die Rahmenbedingungen auf Makroebene abgebildet. Die Mikroebene ist bewusst in den Hintergrund gerückt, ohne sie aber gänzlich auszulassen. Der Modellierung nachgestellt ist eine kurze inhaltliche Auseinandersetzung damit. Eine ausführliche Begründung ergibt sich aus den bisher erarbeiteten Inhalten. Das Modell zur inhaltlichen Interpretation und Strukturierung der Hauptthemenkomplexe dieser Arbeit ist in insgesamt drei übergreifende Analyseebenen aufgeteilt: Modernisierung in Südkorea bildet hierbei das „Dach“ unter dem der Wandel der Mortalität diskutiert werden soll. Gleichzeitig ist damit der zeitliche und räumliche Bezug eingegrenzt sowie seine wesentliche Rolle betont. Denn es geht ausschließlich um die modernisierungsbedingte Entwicklungen in Südkorea und deren Konsequenzen im Hinblick auf die Sterblichkeit. Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass vor dem Hintergrund der Zielsetzung(en) zunächst bei soziologischen Theorien, speziell bei der Modernisierungsforschung, angesetzt werden musste. Gleichzeitig verdeutlicht das Modell, dass Effekte auf die Sterblichkeit von direkten und indirekten Konsequenzen eines vielschichtigen Wandels beeinflusst werden. Modellhaft lediglich in Modernisierung und Mortalität zu unterscheiden wäre somit unzureichend. Dennoch wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Vielmehr soll das abstrakte Modell auch für die zukünftige Forschung ergänz- und erweiterbar bleiben.

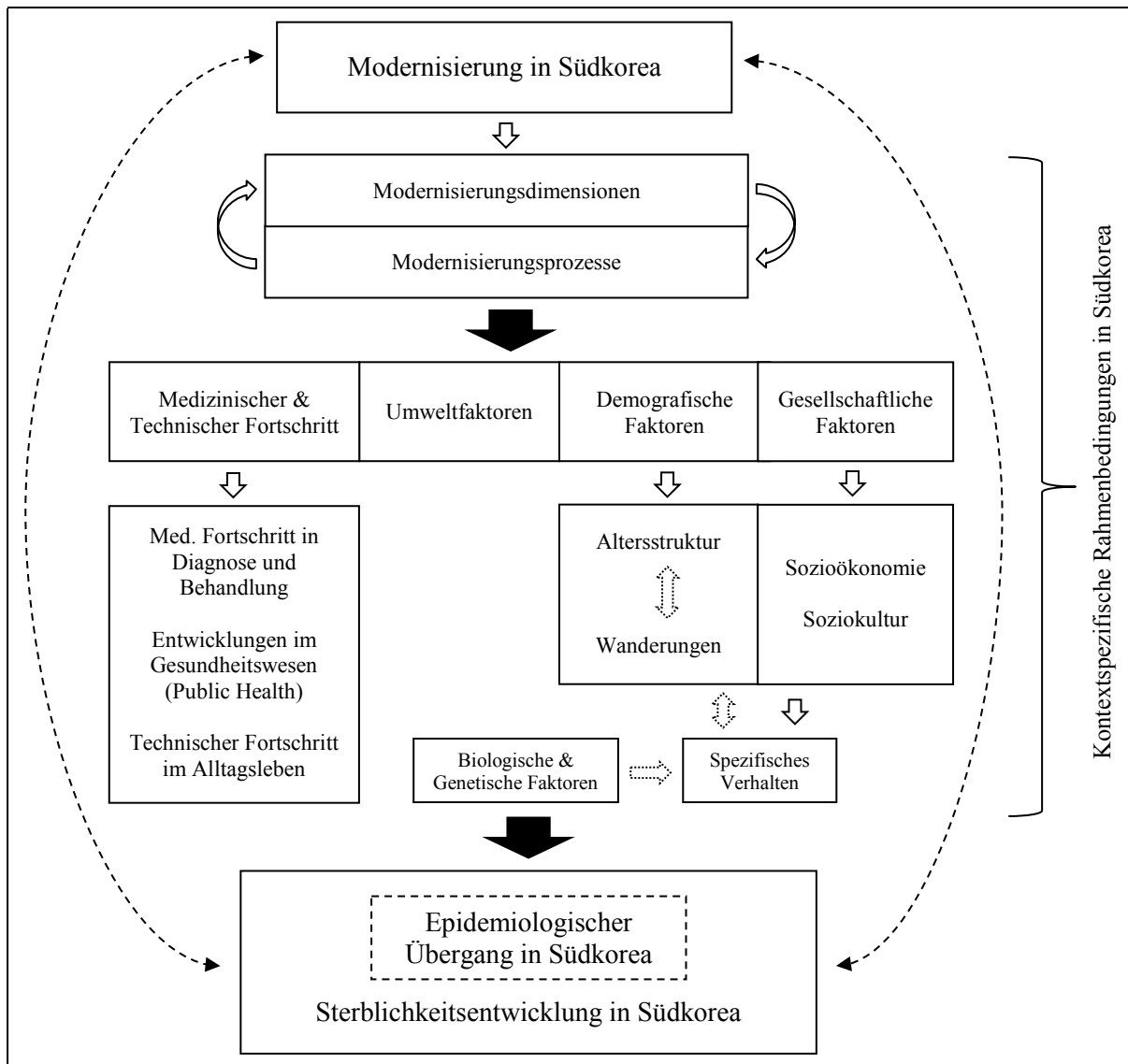


Abb. 5: Inhaltliche Interpretation und Strukturierung der Hauptthemenkomplexe (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Höpflinger 2012, S. 167ff & Omran 1999 In: WHO 2000, S. 100)

Modellbeschreibung

Modernisierung ist ein komplexes Zusammenhangsgefüge aus unterschiedlichen Prozessen, die seit jeher in entsprechende Dimensionen zugeordnet werden. Hierzu ist zwar immer noch kein theoretischer Konsens gefunden, allerdings kann sich auf grundlegende Ansätze bezogen werden, die sich in Ihren Grundannahmen stark ähneln. Auf Basis der modernisierungstheoretischen Auseinandersetzung ergeben sich für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand insgesamt vier übergreifende Dimensionen mit entsprechenden, im Modell nicht weiter ausformulierten Modernisierungsprozessen.³⁷⁰ Hierzu wird aus Gründen der Vollständigkeit zunächst visualisiert, dass die Modernisierungsdimensionen einerseits anhand

³⁷⁰ Eine ausführliche Auseinandersetzung dazu fand bereits statt. Beispiele für relevante Prozesse wären hierbei der Prozess der Urbanisierung, der Prozess der Alphabetisierung oder der Prozess Industrialisierung etc. pp.

der Prozesse definiert werden. Andererseits werden die Modernisierungsprozesse anhand der Dimensionen in sinnvolle Kategorien eingeteilt. Damit wird verdeutlicht, dass Modernisierung ein komplexes Gefüge voneinander abhängiger Voraussetzungen darstellt.

Ebenfalls hervorgehoben wird schließlich auch die im Vordergrund der Auseinandersetzung stehende Makroperspektive. Denn wie mehrfach erwähnt stehen vorliegend nicht mikro- und ferner auch meso-analytische Aspekte im Fokus. Diese Ebenen, und zwar insbesondere die Ebene der Person, werden zwar in der vorangestellten theoretischen Diskussion immer wieder angesprochen und sind grundsätzlich nicht zurückzuweisen. Allerdings erscheint die Umsetzung dessen bei einer vornehmlich makroanalytischen Herangehensweise nur bedingt möglich. Insofern wurde die modernisierungstheoretische Dimension der „Person“ durch die der „Bevölkerung“ ersetzt. Dabei sollen personenbezogene Einflussfaktoren wie individuelle Ressourcen oder Lebensstile auf die Ebene der Bevölkerung gehoben werden, bzw. auf Bevölkerungsebene analysiert werden, gewisse Querverweise nicht ausgeschlossen.

Mit der Identifikation entsprechender Prozesse und Dimensionen wird schließlich die Auseinandersetzung mit den kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea eingeleitet. Der Hauptthemenkomplex „Modernisierung“ bildet zwar den Rahmen, allerdings beginnt die Auseinandersetzung mit entsprechenden Rahmenbedingungen erst mit der Zuordnung modernisierungstheoretischer Bestandteile, bzw. mit der Festlegung auf entsprechende Prozesse und Analyseebenen von Modernisierung.

Die Rahmenbedingungen nehmen einen enorm starken Stellenwert ein. Sie verleihen der theoretischen und schließlich auch empirischen Analyse der modernisierungsbedingten Entwicklungen in Südkorea nicht nur seine Eigenständigkeit und damit Einzigartigkeit. Gleichwohl räumen sie mit dem längst überholten Irrglauben auf, dass Modernisierung und damit verknüpfte Ursachen und Konsequenzen immer nur nach vorgegebenen Mustern und Maßstäben verlaufen. Hierbei kommt es insbesondere darauf an, welche Wirkung diese Rahmenbedingungen entfalten, auch wenn von einer gewissen Kohärenz ausgegangen werden kann. Vorliegend wird allerdings die Meinung vertreten, dass trotz in Teilen vergleichbarer Entwicklungen, immer von höchst individuellen Voraussetzungen ausgegangen werden muss, was zu nur sehr eingeschränkt vergleichbaren Entwicklungsmustern führt. Tatsächlich sei an dieser Stelle unterstellt, dass modernisierungsbedingte Umwandlungen und die damit verbundenen ebenenübergreifenden Ursachen und Konsequenzen in keinsten Weise miteinander vergleichbar sind. Und hinsichtlich der Relevanz solcher kontextspezifischen Rahmenbedingungen leistet u. a. das Konzept über die Vielfalt der Moderne einen äußerst großen Beitrag.

Die Auseinandersetzung mit den kontextspezifischen Rahmenbedingungen beinhaltet aber nicht nur modernisierungstheoretische Aspekte, sondern vor allen Dingen auch die im nächsten größeren Analyseabschnitt dargestellten und von Modernisierung beeinflussten Determinanten der Sterblichkeit.

Dass der gesellschaftliche Modernisierungsprozess einen Einfluss auf die Gesundheit des Menschen hat ist ein unwiderlegbares Paradigma. Es stellt sich vielmehr die Frage in welcher Art und Weise das passiert. Eine direkte Konfrontation kann aus einer selbsterklärenden Logik heraus ausgeschlossen werden. Vielmehr sind es die modernisierungsbedingten und ebenenübergreifenden Folgen, welche Einfluss nehmen, bzw. haben. Modernisierung darf daher als Auslöser, allerdings nicht als einzige Ursache missverstanden werden. Vor diesem Hintergrund bilden die dargestellten Determinanten einen unverzichtbaren Anker auf dem Weg hin zu einem ganzheitlichen Verständnis über die Bedeutung und Wirkung von Modernisierung für die Sterblichkeitsentwicklung. Gleichwohl wird damit noch einmal die Komplexität aller Zusammenhänge verdeutlicht sowie die Notwendigkeit einer adäquaten theoretischen Basis.

Weiterhin ist eindeutig zu erkennen, dass Dimensionen und Prozesse der Modernisierung mit den Determinanten von Mortalität und Morbidität in Verbindung stehen. Auch hier stehen die makroanalytischen Aspekte im Vordergrund. Speziell zu diesem Zweck wurden auch demografische Faktoren mit entsprechenden Unterkategorien in das Schaubild mit aufgenommen. Hinzu kommen gesellschaftliche Aspekte, Faktoren der natürlichen Umwelt sowie der medizinische und technische Fortschritt.

Individuelle Faktoren können hierbei nicht gänzlich ausgeblendet werden, sollen inhaltlich aber wiederum auf die Ebene der Bevölkerung transferiert werden. Nichtsdestotrotz gilt es diese individuellen Aspekte auch einmal namentlich zu erwähnen. Im Schaubild sind es die genetischen und biologischen Faktoren, die das spezifische Verhalten von Menschen beeinflussen, wobei das spezifische Verhalten auch im starken Zusammenhang mit demografischen und gesellschaftlichen Faktoren steht. Die zweite Ebene beinhaltet schließlich auch die inhaltliche Verknüpfung von Determinanten der Modernisierung und Determinanten von Gesundheit, bzw. Mortalität. Ferner soll hier einmal mehr der disziplinübergreifende Charakter der Problemstellung herausgestellt sein.

Mit der dritten und letzten Stufe werden die Konsequenzen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht dargestellt, und zwar in Form der Analyse des Wandels der Mortalität. Wie hierzu bereits mehrfach erwähnt, stehen Muster der Mortalität aber auch im engen Zusammenhang mit der Morbidität, im Schaubild repräsentiert durch den theoretisch behandelten Aspekt des epidemiologischen Übergangs. Insofern gilt es das Hauptanliegen der Arbeit unter

Berücksichtigung entsprechender epidemiologischer Muster zu diskutieren. Insbesondere der empirisch-analytische Fokus liegt allerdings auf der Sterblichkeitsentwicklung.

Wie sich in ausführlicher Weise gezeigt hat, ist – vor dem Hintergrund der höchst individuellen Entwicklungen in Südkorea – eine komplexe Auseinandersetzung mit den dazugehörigen Voraussetzungen unvermeidbar. Auf Basis dessen gilt es nunmehr die kontextspezifischen und empirischen Rahmenbedingungen in Südkorea aufzuarbeiten, was den Kern der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand bildet. Hierbei soll der Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit, bzw. Sterblichkeitsentwicklung so ausführlich wie möglich erarbeitet werden, was schließlich in eine empirische Überprüfung einzelner Zusammenhänge mündet. Auf Basis der komplexen Zusammenhänge der Hauptthemenkomplexe wird davon ausgegangen, dass eine rein empirische Auseinandersetzung hierzu nicht ausreicht. Allein schon vor dem Hintergrund einer deduktiven Herangehensweise müssen zunächst alle inhaltstheoretischen Rahmenbedingungen erarbeitet werden. Dieser Schritt erscheint nicht zuletzt auch deshalb notwendig, als dass sicherlich nicht alle Einflussvariablen empirisch messbar sein können, und zwar einerseits aufgrund des Datenbestandes, andererseits aber auch aufgrund einiger grundsätzlich nur schwer messbarer Größen wie bspw. der kulturellen Aspekte. Der Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit in Südkorea kann daher nur auf möglichst allumfassendem Weg erarbeitet werden.

5. Kontextspezifische und empirische Rahmenbedingungen in Südkorea

Um sich der Ziele dieser Arbeit in adäquater Weise anzunähern, reicht es nicht aus nur messbare bzw. für die spätere Analyse verwertbare Faktoren oder Variablen zu berücksichtigen. Modernisierungsbedingte Veränderungen, wie sie sich seit mehreren Jahrzehnten in ausgeprägter und ebenenübergreifender Form im Süden der koreanischen Halbinsel abspielen, erscheinen überhaupt erst durch eine Vertiefung auch nicht empirisch messbarer Rahmenbedingungen vollständig versteh- und begreifbar. Die Kenntnis darüber sei also ebenfalls eine Voraussetzung, insbesondere auch für die abschließende Interpretation der modernisierungsbedingten Konsequenzen auf die Mortalität in Südkorea.

Im Kontext der spezifischen Rahmenbedingungen aber auch der Kontingenzerfahrung erscheint eine kurze Darstellung der historischen und politischen Voraussetzungen als unverzichtbar für das Gesamtverständnis. Denn wie erwähnt handelt es sich bei Gesundheit um ein Strukturmerkmal, was von vielerlei Faktoren abhängt. Aus diesem Grund gilt es möglichst viele potenzielle Rahmenbedingungen heranzuziehen. Und hierzu gehören auch historische und politische Entwicklungsmerkmale. Relevant hierbei sei vor allem die mehrfach thematisierte Kontingenz der Modernisierungspfade, was so viel wie eine prinzipielle Unbestimmtheit sowie Ungewissheit des Entwicklungsverlaufs meint.³⁷¹ Dieses Phänomen zeigt sich in Korea in außergewöhnlicher Weise, was eine zusätzliche Behandlung dieser speziellen Thematik erfordert.³⁷² Hinzu kommt, dass sich die soeben genannte Charakteristik der koreanischen Modernisierung auch vor dem Hintergrund der theoretischen Auseinandersetzung als erforderliche Maßnahme erweist. Überdies wird vorliegend davon ausgegangen, dass diese Kontingenz auch auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea angewandt werden kann. Ferner lassen sich damit weitere wichtige Aspekte zum Verständnis der koreanischen Sozialkultur identifizieren.

Bezug nehmend auf die zuvor genannten Aspekte ist es wichtig den Modernisierungsprozess in Südkorea immer als ein ganzheitliches Konzept zu begreifen, sodass eben nicht nur eine Auseinandersetzung mit jüngsten Entwicklungen in den Vordergrund gestellt werden darf, insbesondere dann nicht, soll es auch um ein lückenloses Verständnis der damit verbundenen Konsequenzen gehen. Ebenfalls soll erklärt werden, warum überhaupt erst die Entwicklungen seit den 1960/70er Jahren im Fokus der Arbeit stehen. Allein nur der Hinweis, dass der Modernisierungsprozess erst zu diesem Zeitpunkt in Südkorea eintrat erscheint unvollständig. Zu guter Letzt gilt es einen besseren Zugang zur Koreathematik zu verschaffen. Grundsätzlich

³⁷¹ Vgl. u. a. Holzinger 2007, S. 183f; Shin 2005, S. 9

³⁷² Shin 2005, S. 8ff. Kontingenz sei als Unbestimmtheit und Unvorhersehbarkeit des Geschichtsverlaufs, irgendwo angesiedelt zwischen Notwendigkeit und Zufälligkeit, zu interpretieren (Holzinger 2007, S. 183f) In Bezug auf Korea, ist es die Intensität der Kontingenzerfahrung, die den koreanischen Weg in die Moderne so besonders macht (Holzinger 2007, S. 183f; Shin 2005, S. 9).

aber handelt es sich bei der Modernisierungsgeschichte Koreas und dem damit verbundenen historischen und politischen Wandel um wesentliche Bedingungen im Zusammenhang mit den Untersuchungsebenen im Kontext der Problemstellung. Eine ausführlichere, wenngleich nicht gesamte Auseinandersetzung hierzu ist somit naheliegend.

Weiterhin sind aber auch alle anderen kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea zu prüfen, und zwar insbesondere solche, die als wesentliche Vorausbedingungen für die Muster der Mortalität angebracht werden können. Damit soll nicht nur der inhaltstheoretische Bezug hergestellt werden, sondern es handelt sich auch um eine vorläufige Analyse potenzieller Einflussfaktoren zur Entwicklung der Mortalität. Insofern werden nachstehend vor allem diejenigen Einflussfaktoren angesprochen, die im eindeutigen Zusammenhang mit der Modernisierung Südkoreas gebracht werden können. Des Weiteren sollen vor allem auch nur die Einflussfaktoren ausführlich diskutiert werden, die sich von denen anderer Länder, insbesondere von denen der westlichen Nationen, grundlegend unterscheiden. Gleichzeitig sollen damit gewisse theoretische Begrenzungen aufgehoben werden. Es geht also vor allem auch darum forschungsleitende theoretische Ansätze wie den der Vielfalt der Moderne, den der komprimierten Moderne sowie den der Risikogesellschaft und damit auch den Aspekt der Vielfalt an Ursachen und Konsequenzen von Modernisierung nachhaltig zu stützen und als zentrale Paradigmen in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs einzubetten.

5.1 Politische und historische Rahmenbedingungen

Der südliche Teil der koreanischen Halbinsel gehört unumstritten zu den am höchsten entwickelten Regionen der Welt. Gemessen am Human Development Index (HDI) der Vereinten Nationen, belegt Südkorea im Bezugsjahr 2015 den 17ten Rang unter allen geführten Regionen, mit steigender Tendenz. Damit liegt Südkorea im Jahr 2015 sogar vor Japan.³⁷³ Im Vergleich zur Entwicklungsgeschichte anderer Industrieländer setzte die Modernisierung in Südkorea allerdings zu einem verhältnismäßig späten Zeitpunkt ein.³⁷⁴ Zwar lassen sich bereits zu Beginn des 19ten Jhd. erste modernisierungsähnliche Veränderungen unter anderem auf Ebene der Gesellschaft, Politik und Bildung feststellen.³⁷⁵ Jedoch darf hier noch nicht von Modernisierung im engeren Sinne gesprochen werden.³⁷⁶

Tatsächlich ist Südkoreas Weg in die Moderne und der damit verbundene charakteristische Aufstieg des Landes überhaupt erst ab der späten Mitte des 20ten Jhd. ein Thema.³⁷⁷ Besondere

³⁷³ UN 2015a, S. 1ff; UN 2015b, S. 125.

³⁷⁴ Eggert / Plassen 2005, S. 9f.; Shin 2005, S. 8f.; Kim 2004, S. 176f.

³⁷⁵ Pechmann 2008, S. 4.

³⁷⁶ Choung 1991, S. 86f.

³⁷⁷ Engelhard 2004, S. 12ff. Bezeichnend ist, dass man als einer der vier Tigerstaaten erster Generation (vgl. Henke 2005) seine Mitstreiter bereits um Längen hinter sich gelassen hat (Kirchberg 2012, S. 62f). Der hohe Entwicklungsstand ließ sogar zu, dass man sowohl die Asienkrise der 1997/98er Jahre, als auch Weltwirtschaftskrise um 2007 vergleichsweise unbeschadet überstand (Kirchberg 2012, S. 68f).

Merkmale der Modernisierung Südkoreas sind jedoch nicht nur die unglaubliche Dynamik und extreme Effizienz. Dabei ist der Weg Südkoreas in die Moderne eine Geschichte voller Gegensätze und Hindernisse, sowie durch einen sehr hohen Grad an Inkonsistenz geprägt. Im Vordergrund steht ein über Jahrhunderte hinweg andauernder Konflikt von Isolation und Öffnung des Landes gegenüber der Außenwelt. Ein Konflikt, der kaum mit den Voraussetzungen anderer Länder Ostasiens, insbesondere auch der Voraussetzungen Japans, vergleichbar ist, obgleich gewisse Ähnlichkeiten feststellbar sind.³⁷⁸ In diesem Zusammenhang lässt sich auch nicht mit vollkommener Sicherheit sagen, ob Südkoreas Modernisierung nur extrinsischer Art ist. Viele Aspekte weisen auch auf ungenutzte Modernisierungspotenziale von innen heraus hin.³⁷⁹ Größere Einigkeit herrscht hingegen bei den Ursachen für die verspätete Modernisierung. Der koreanische Konfuzianismus scheint hierbei eine wesentliche Rolle zu spielen. Zugleich ist der Konfuzianismus als soziokulturelle Besonderheit zu bewerten. In diesem Zusammenhang sei auf den Anhang dieser Arbeit verwiesen, in dem sich eine erweiterte Auseinandersetzung zur Rolle des Konfuzianismus in der Modernisierungsgeschichte Koreas findet. Folgend soll sich in Kürze der Frage gewidmet, inwieweit der Konfuzianismus in Korea als „Modernisierungsbremse“ in Frage kommt, was in der Literatur oftmals als Ursache für die verspätete Modernisierung des Landes angebracht wird.³⁸⁰ Allerdings finden sich in der Literatur keine eindeutigen Hinweise darauf, dass der Konfuzianismus grundsätzlich für Modernisierungsprozesse hinderlich sei. Es scheint vielmehr auf die von Region zu Region unterschiedliche Auslegung der konfuzianistischen Wertelehre anzukommen.³⁸¹ Ferner hat der Konfuzianismus im Zuge der Modernisierung des Landes seine universale Vormachtstellung verloren, entscheidend aber ist, dass die sog. konfuzianistische Ethik³⁸² noch bis in die Gegenwart hinein Einfluss auf soziale und politische Denkweisen und Strukturen der koreanischen Bevölkerung hat.³⁸³ Diese Charakteristik wird auch von entsprechenden Studien gestützt, auf welche an dieser Stelle lediglich verwiesen sei.³⁸⁴

Ebenfalls weit verbreitet – wenngleich nicht empirisch belegbar – ist die Annahme, dass neben politischen Entwicklungen bzw. aufgrund einer von der konfuzianistischen Ethik beeinflussten

³⁷⁸ Auch Japan sollte sich lange Zeit der westlichen Welt gegenüber verschlossen halten. Doch die Öffnung und Modernisierung des Landes geht bereits auf die Meiji-Ära ab Mitte des 19. Jhd. zurück (vgl. Nicolaus 2007). Die Modernisierungsgeschichte Japans ist allerdings in keinster Weise mit derer Südkoreas zu vergleichen, auch wenn ein unmittelbarer Zusammenhang besteht.

³⁷⁹ Vgl. Pechmann 2008; Shin 2005.

³⁸⁰ Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem konfuzianistischen Weltbild, seiner Bedeutung, Weiterentwicklung sowie Wirkung auf den Transformationsprozess Koreas siehe u. a. Kim 2011, S. 87-155; Kim 2004, S. 121f.; An 2002, S. 1ff.

³⁸¹ Kim 2011, S. 153.

³⁸² Zwar ist nicht vollkommen geklärt, welche Werte genau mit der der konfuzianistischen Ethik verbunden sind. In Anlehnung an Francis Fukuyama (1995) aber lässt sich die konfuzianistische Ethik in sozial- und politisch-konfuzianistische Faktoren unterscheiden (Fukuyama 1995, S. 20ff).

³⁸³ Keel 2012, S. 4f.; Stoyke 2011, S. 27; Kim 2011, S. 147f.

³⁸⁴ Vgl. hierzu u. a. die Studien von Shin / Chung 2001, S. 51ff.

Politik insbesondere auch der Konfuzianismus als ein Motor für den wirtschaftlichen Aufstieg Ostasiens zu identifizieren sei.³⁸⁵ Tatsächlich lässt sich dieses Argument am Beispiel Südkoreas in besonderer Weise nachvollziehen.³⁸⁶ Insofern lässt sich der Konfuzianismus als ein grundsätzlicher Einflussfaktor auf die Bevölkerungsentwicklung und -gesundheit in Betracht ziehen, wenngleich die Messbarkeit dessen einen vor Schwierigkeiten stellt. Somit muss der Konfuzianismus als qualitatives bzw. erklärendes Merkmal herangezogen werden.

5.1.1 Exkurs zum Modernisierungsproblem in (Süd)Korea

Mit der 35-jährigen Kolonialzeit (1910-1945)³⁸⁷ geht die wohl dunkelste Phase in der Geschichte Koreas einher, auf die an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen sein soll, und welche Land und Leute nachhaltig bis in die Gegenwart hinein prägt.³⁸⁸ Trotz dieser in Südkorea immer noch prekären Thematik gilt es auf den Umstand hinzuweisen, dass es nicht abwegig scheint, dass Japan als Intendant für erste modernisierungsähnliche Entwicklungen auf koreanischem Boden in Frage kommt.³⁸⁹ Gleichwohl sind für Korea auch eigenständige Entwicklungen hin zu einer vormodernen Gesellschaft zu berücksichtigen, wobei sich gleichzeitig die Frage stellt, inwieweit der japanische Imperialismus diese behindert habe.³⁹⁰ Vor diesem Hintergrund gilt es auf ein grundsätzliches Problem hinsichtlich Koreas Modernisierung einzugehen. Wie bereits angedeutet, wird die erzwungene Öffnung des Landes sowie der damit zusammenhängende ebenenübergreifende Austausch mit Japan – und in der Konsequenz auch die Konfrontation mit westlichen Einflüssen – nicht selten auch als Startschuss für die „erste Modernisierung“ Koreas diskutiert.³⁹¹ Fakt ist, dass in dieser Periode gewisse wirtschaftliche Wachstumsmuster beobachtet werden können³⁹² und darüber hinaus auch „(...) eine Flut neuer Ideen, Werte und Institutionen nach Korea hereinströmten“.³⁹³ Hinzu kommen aber auch die kolonialen Interessen Japans, mit den dazugehörigen Handlungen, wie den Ausbau der Schwerindustrie oder Infrastruktur auf koreanischem Hoheitsgebiet.³⁹⁴ Dies erweckt nicht nur den Eindruck, dass Modernisierung in Korea bereits in der ersten Hälfte

³⁸⁵ Berger 1986, S. 162.

³⁸⁶ Vgl. Kim 2011, S. 151ff.

³⁸⁷ Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Ereignissen jeder Zeit siehe Kindermann 2005, S. 52; Kim 2004, S. 185f & S. 194; Eggert / Plassen 1991, S. 109f.

³⁸⁸ Pechmann 2008, S. 18ff. Siehe auch Eggert / Plassen 2005; Kim 2004; Park 1979.

³⁸⁹ Ebd., S. 47. Siehe auch die Ausführungen von Park 1979, S. 117ff.

³⁹⁰ Pechmann 2008, S. 163.

³⁹¹ Paradoxerweise wird die bis 1945 anhaltende Phase unter japanischer Gewaltherrschaft auch als Koreas erste Modernisierung diskutiert (vgl. Pechmann 2008; Shin 2005, S. 9f.; Kim 2004, S. 193f.; Choong 1991, S. 88).

³⁹² Kim 1977, S. 12 & 14ff. Verantwortlich für dieses wirtschaftliche Wachstum zeigt sich u. a. die durch Japan vorangetriebene und umgesetzte Reis-Produktion sowie die Industrialisierung in Korea (Kim 1977, S. 12).

³⁹³ Kindermann 2005, S. 61.

³⁹⁴ Pechmann 2008, S. 43ff; Eggert / Plassen 2005, S. 132ff; Kim 1977, S.12. Japan strebte zwar eine Moderne nach westlichen Vorbild an, aber ohne dabei die eigene Identität aufzugeben (Pechmann 2008, S. 43ff). So flossen nicht allein westliche Werte in die durch Japan intendierten Umwälzungen in Korea ein.

des 20ten Jhd. stattfand, sondern auch dass diese ersten modernisierungsähnlichen Umwälzungen überwiegend von exogenen Faktoren beeinflusst waren. Es ist aber eher fraglich, ob allein nur äußere Einflüsse die ersten modernisierungsähnlichen Entwicklungen herbeiführen sollten. So lassen sich auch zahlreiche endogene Antriebe identifizieren, die oftmals unterschätzt werden.³⁹⁵ Fakt ist, die Modernisierung Koreas war weder die Absicht Japans, noch fand sie aktiv statt. Korea wurde lediglich als Mittel zum Zweck eingesetzt.³⁹⁶ In jedem Fall sei die weit verbreitete These, dass Korea den Modernisierungsprozess nicht aus eigener Kraft heraus hätte herbeiführen können, weder haltbar noch zu verwerfen.³⁹⁷ Dennoch muss festgehalten werden, dass „*die Tragik (...) Koreas in der ausgehenden Dynastie darin besteht, weder die Gesellschaft aus eigener Kraft zu verändern, noch auf die veränderte Umwelt zu reagieren*“.³⁹⁸ Die konservativen Strukturen spielen hierbei eine große Rolle.³⁹⁹ Jedenfalls ist die Frage nach endogen oder exogen nicht gänzlich aufzuklären. Allerdings können die nachfolgenden Ergebnisse hinsichtlich Koreas Modernisierungsproblem festgehalten werden:

- Einerseits erkennbare Ansätze exogen-endogener Transformationen durch Modernisierung des Bildungssystems und Elitenrekrutierung⁴⁰⁰, was innerhalb relativ kurzer Zeit zum modernen Staat führen hätte können.⁴⁰¹
- Andererseits kaum relevante industrielle Entwicklungen durch Mangel an technischem und organisationalem Wissen (Korea war daher zum Zeitpunkt der Kolonialisierung noch ein Agrarstaat).⁴⁰²
- Schließlich eine erhöhte industrielle Produktion nach japanischer Besetzung, allerdings zunächst nicht mit einem Modernisierungsgedanken verknüpft und daher auch nicht als Modernisierung im engeren Sinne zu deuten.⁴⁰³

Ob die endogenen Ansätze vor der Kolonialisierung für einen grundlegenden Wandel ausgereicht hätten, bleibt also unbeantwortet. Denn alle Bestrebungen kamen mit der Annexion des Kaiserreichs gänzlich zum Erliegen.⁴⁰⁴ Aufgrund der starken historischen Ein- und Umbrüche um das Ende des 19ten bis hin zur Mitte des 20ten Jhd. , insbesondere aber infolge

³⁹⁵ Pechmann 2008, S. 3f. Siehe hierzu auch Sprenkel In: Schluchter 1983, S. 103f.

³⁹⁶ Ebd., S. 164f; Park 1979, S. 132ff.

³⁹⁷ Pechmann 2008, S. 161ff.

³⁹⁸ Kim 2011, S. 137.

³⁹⁹ Siehe hierzu auch Schneidewind 2010, S. 106ff.

⁴⁰⁰ Vgl. Pechmann 2008, S. 22ff.

⁴⁰¹ Ebd., S. 164.

⁴⁰² Ebd., S. 164.

⁴⁰³ Ebd., S. 164. Die durch Japan ausgelösten Veränderungen können ferner in drei Zeitabschnitte mit unterschiedlichen Schwerpunkten zusammengefasst werden (siehe auch Park 1979, S. 117).

⁴⁰⁴ Pechmann 2008, S. 165. Kim 1977, S. 14. Nichtsdestotrotz gelten die wirtschaftsstrukturellen Entwicklungen in Korea auch noch nach 1945 als stark beeinflusst durch die Kolonialzeit (Kim 1977, S. 13).

der langen Einflussnahme Japans und damit auch dem ersten Kontakt mit industriegesellschaftlichen Standards jener Zeit, kam es schließlich zur sog. kulturellen „Phasenverschiebung“ (Cultural Lag), was mit Anpassungsschwierigkeiten bzw. Fehlanpassungen in Südkorea verbunden ist.⁴⁰⁵ Dieses Phänomen rückte einen aktiven Modernisierungsprozess zwangsläufig in die Ferne, selbst wenn man mental dazu bereit gewesen wäre.⁴⁰⁶ Ferner kann dieses Phänomen auch bei den Entwicklungen in Südkorea ab 1960 angeführt werden.

5.1.2 Modernisierungsschub als Folge einer nachholenden Modernisierung

Die um 1945 gelungene Befreiung Koreas von der japanischen Schreckensherrschaft führte zunächst weder zur lang ersehnten Unabhängigkeit, noch zum längst überfälligen, allumfassenden Wandel im Sinne von Modernisierung. Vielmehr wurde das in allen Belangen geschwächte Land zum Austragungsort politischer Interessen der Siegermächte, was schließlich und infolge des Koreakriegs zwischen 1950 bis 1953 zur endgültigen Teilung und der bekannten Auseinanderentwicklung von Nord und Süd führen sollte.⁴⁰⁷ In der Folge dieser Ereignisse kann von Modernisierung im engeren Sinne überhaupt erst ab den späten 1960er Jahren gesprochen werden.⁴⁰⁸ Insbesondere auch dann, wenn man die eigenständige Industrialisierung und den damit verbundenen wirtschaftlichen Wachstum des Landes, als ursächliche Modernisierungscharakteristika heranzieht.⁴⁰⁹ Tatsächlich lassen sich hierzu sehr ausgeprägte Umwandlungen in Südkorea feststellen, was entsprechende Subprozesse aber nicht in den Hintergrund rücken sollte. Schließlich handelt es sich bei Modernisierung um ein äußerst komplexes Geflecht einander bedingender Faktoren. Industrialisierung und wirtschaftliches Wachstum sind hierbei zwei von vielen relevanten Merkmalen, wenngleich diese sich am Beispiel Südkoreas am deutlichsten präsentieren und ferner auch als am besten untersucht scheinen. Zudem und wie bereits mehrfach angesprochen sind Industrialisierung und wirtschaftliches Wachstum wesentliche Einflussfaktoren im Zusammenhang mit der Bevölkerungsgesundheit. Ein kurzer polithistorischer Abriss hierzu erscheint also nicht nur angemessen, sondern für das Gesamtverständnis als erforderlich.

⁴⁰⁵ Angelehnt an der Theorie der kulturellen Phasenverschiebung nach William F. Ogburn (1957).

⁴⁰⁶ Pechmann 2008, S. 160. Der Autor verweist in diesem Zusammenhang vor allem auch auf das durch Japan ausgelöste (ökonomische) Chaos in Korea nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs (Pechmann 2008, S. 148).

⁴⁰⁷ Kim 2004, S. 285ff. Die neu ausgerufene Republik wurde von der UNO als einzige rechtmäßige Vertretung Koreas anerkannt. Unter dem ersten Präsidenten (Syngman Rhee), entwickelte sich das Land immer mehr zu einem autoritären Polizeistaat mit in weiten Teilen des Landes herrschendem Kriegsrecht. Das kann als Folge politischer Unfähigkeit sowie auch dem Unvermögen zum ganzheitlichen Wandel angesehen werden. Und während sich der Norden Koreas zur DDR Asiens entwickelte, war man im Süden sogar auf Entwicklungshilfen (u. a. aus dem Norden) angewiesen (siehe hierzu Kim 2004, S. 296 – 308).

⁴⁰⁸ Vgl. u. a. Kirchberg 2012; Kim 2011; Lee 2007; Shin 2005; Werning 1988.

⁴⁰⁹ Industrialisierung sei für beinahe alle Modernisierungsforscher das Hauptmerkmal von Modernisierung (Pechmann 2008, S. 105f).

Polithistorischer Abriss zu Südkorea ab 1945

Modernisierung im erweiterten Sinne beginnt im Süden des Landes bereits unmittelbar nach Teilung der Halbinsel. Erhebliche finanzielle Hilfen und entsprechende politische Maßnahmen trugen zum Ausbau des sekundären Sektors bei.⁴¹⁰ Allerdings darf hier noch nicht von Modernisierung im engeren Sinne die Rede sein.⁴¹¹ Relevante Umwälzungen können erstmals ab den 1960er Jahren festgestellt werden.⁴¹² Damit gelang es weder der amerikanischen Militärverwaltung (1945-1948), noch der semidemokratischen Präsidialdemokratie der I. Republik unter Syngman Rhee (1948-1960), sowie auch nicht der höchst instabilen parlamentarisch-demokratischen II. Republik unter Chang Myon (1960-1961)⁴¹³ den für Südkorea so bezeichnenden Modernisierungsprozess in Gang zu setzen. Tatsächlich sind hierfür die polithistorischen Umwälzungen ab den 1960ern verantwortlich, allen voran das knapp 20 Jahre anhaltende Militärregime unter Park Chung Hee (1961-1979).⁴¹⁴ In den Zeitraum der Ära Park fallen eine Übergangsphase mit militärischer Führungsspitze (1961-1963), eine Militärdiktatur mit zivilen Ministern der III. Republik (1963-1972) sowie das autoritäre Yushin-Regime der IV. Republik (1973-1981).⁴¹⁵ Der wirtschaftliche Wandel vollzog sich im Wesentlichen in der Periode des autoritären Regimes.⁴¹⁶

Allerdings dürfen die Industrialisierung Südkoreas und der (damit verbundene) wirtschaftliche Wandel unter keinen Umständen als alleinige Modernisierungsfaktoren und damit losgelöst von allen anderen Dimensionen und Prozessen der Modernisierung betrachtet werden. Um dem Wandel der Mortalität und ferner auch der Morbidität im Zusammenhang mit der Modernisierung Südkoreas in adäquater Weise zu begegnen, gilt es wie erwähnt verschiedene Einflussgrößen in Betracht zu ziehen. So muss aus polithistorischer Perspektive beispielsweise auch auf den Demokratisierungsprozess des Landes hingewiesen werden, der um 1980 mit dem brutalen Vorgehen gegen die Demokratiebewegung in Gwang-ju zwar einen traurigen Höhepunkt erreichte.⁴¹⁷ Allerdings nahm der innenpolitische Druck und die Sehnsucht des Volkes nach Demokratie und Autonomie auf die um 1981 offiziell ausgerufene V. Republik, mit einem bürokratisch-militärischen Regime (1981-87), immer weiter zu.⁴¹⁸ Im Sommer 1987 leitete das schließlich die Demokratisierung Südkoreas ein und führte schließlich zur um 1987

⁴¹⁰ Kirchberg 2012, S. 69f.

⁴¹¹ Kirchberg 2012, S. 70f.

⁴¹² Siehe u. a. Kirchberg 2012, S. 71ff; Kim 2011, S. 168; Pechmann 2008, S. 4.

⁴¹³ Vgl. Croissant 2006, S. 356.

⁴¹⁴ Kirchberg 2012, S. 71; Croissant 2006, S. 356.

⁴¹⁵ Croissant 2006, S. 356ff (zwischen 1972 und 73 handelt es sich um eine systempolitische Übergangsphase). Zwar wurde die Ära Park bereits mit seiner Ermordung im Oktober 1979 beendet. Der politische Machtwechsel fand allerdings erst um 1981 infolge eines schleichenden Staatsstreichs unter Führung der Generäle Chun Doo-hwan und Roh Tae-woo statt (Ebd., S. 356f). Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit entsprechenden historischen Zusammenhängen siehe u. a. Kim 2011 oder Kim 2005.

⁴¹⁶ Kirchberg 2010, S. 71; Croissant 2006, S. 359f.

⁴¹⁷ Siehe hierzu auch die Schilderungen von Shin 2005, S. 245ff oder Lee 1988, S. 66ff.

⁴¹⁸ Sik 2009, S. 200; Croissant 2006, S. 356ff.

ausgerufenen VI. Republik mit Roh Tae Woo als ersten Vertreter einer bis zum heutigen Tage gültigen präsidentiellen Regierungsform.⁴¹⁹ Seither konnten umfassende Reformen die Modernisierung weiter vorantreiben⁴²⁰, und man schmiedete auch weiterhin große Pläne.⁴²¹

Inwiefern die polithistorischen Entwicklungen als Einflussfaktor auf die Gesundheit der Bevölkerung Südkoreas identifiziert werden können, kann an dieser Stelle noch nicht erschlossen werden. Allerdings sei damit der Modernisierungsschub in Südkorea erklärt, wengleich noch nicht komplett beschrieben. Dazu sollte klar geworden sein, warum überhaupt erst die Entwicklungen seit den 1960er Jahren von Relevanz für die vorliegende Untersuchung haben. Zudem sei einmal mehr darauf hingewiesen, dass das heutige Gesicht Südkoreas nicht ohne den polithistorischen Wandel vor Modernisierungsbeginn zu verstehen ist.

5.1.3 Kurze Zusammenfassung der polithistorischen Rahmenbedingungen

Bereits die Auseinandersetzung mit der Modernisierungsgeschichte Koreas verdeutlicht, dass hier gänzlich andere Voraussetzungen eine Rolle spielen, als es zur Zeit der Modernisierung in Westeuropa, aber auch anderen Regionen der Welt war und ist, was die Modernisierung in Südkorea zu einem einzigartigen Prozess macht.⁴²² Das gilt insbesondere für die Periode vor, als auch während der Modernisierung des Landes. Aber auch der modernisierungsbedingte Nachklang ist nicht vergleichbar. Tatsächlich hält der beschleunigte Modernisierungsprozess bis in die Gegenwart an und es ist sogar von einem „zweiten Wunder“ die Rede.⁴²³ Jedenfalls haben die polithistorischen Entwicklungen seit den 1960er Jahren die Situation im Süden der Halbinsel nachhaltig geprägt. Der damit einhergehende und ebenenübergreifende Wandel ist äußerst charakteristisch für die Region. Nicht selten wird von einem „Wunder“ gesprochen.⁴²⁴ Denn der Aufstieg in die Weltspitze gelang binnen weniger Jahrzehnte, und zwar hauptsächlich in der Periode des autoritären Regimes zwischen 1963 und 1988.⁴²⁵

Nun wäre es für die adäquate Beurteilung des Sterblichkeitswandels im Zusammenhang mit der Modernisierung Südkoreas wichtig zu ergründen, welchen Einfluss die politischen Umstände zur Zeit der ökonomischen Modernisierung auf die Entwicklung der Soziokultur genommen

⁴¹⁹ Ebd., S. 199f; Ebd., S. 362f. Es sei darauf hingewiesen, dass die erste durch das Volk gewählte Zivilregierung im Dezember 1992 entstand (Sik 2009, S. 202).

⁴²⁰ Dürkop / Ratzer 2010, S. 68ff; Sik 2009, S. 200 & 204f; Croissant 2006, S. 363ff.

⁴²¹ Dürkop / Ratzer 2010, S. 76.

⁴²² Vgl. Lee 1980, S. 284f.

⁴²³ Eggert / Plasse 2005, S. 177ff.

⁴²⁴ Marrit-Alers / Giese 2013; Dürkop / Ratzer 2010; Eberez 2010; Sik 2009; Kampeter 2008; Harvie / Lee 2003; Werning 1988.

⁴²⁵ Croissant 2006, S. 362f. Inwiefern Militärdiktaturen ein Garant für die Modernisierung eines Landes angenommen werden können, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden. Für eine ausführliche Auseinandersetzung zum Thema Militär und Modernisierung siehe Straßer 2013. In jedem Fall aber sollte die Modernisierung Südkoreas auch nicht ohne ihre Vorgeschichte und die dazugehörigen Schattenseiten bewertet werden.

haben, bzw. wie Kultur und Gesellschaft von der Modernisierung betroffen waren und sind. Einen Anhaltspunkt hierfür liefert u. a. der Übergang zur Demokratie in Südkorea, was bei der weiter folgenden Diskussion aber noch einmal aufgegriffen werden soll.

Insgesamt sollte deutlich geworden sein, dass sich der Weg Koreas in die Moderne durch einen hohen Grad an Kontingenz auszeichnet, was nicht nur als Hauptgrund für die späte Modernisierung angesehen werden kann, sondern auch noch bis ins späte 20te Jhd. hinein zu beobachten ist. Tatsächlich ist die Modernisierung in Südkorea ein einzigartiger und mit allen anderen entwickelten Ländern unvergleichbarer Prozess.⁴²⁶ Erst ab den 1990er Jahren kann auch in Sachen Kontingenz von Stabilität gesprochen werden, insbesondere auch auf politischer Ebene.⁴²⁷ Denkbar ist, dass sich diese bereits mehrfach erwähnte Kontingenz auch in der Entwicklung der Mortalität in Südkorea widerspiegelt. Hierbei kann die Kontingenz der Modernisierungspfade Koreas sowie alle dazugehörigen Charakteristika als erklärender Faktor für empirische Befunde herangezogen werden.

Im Zusammenhang mit der Modernisierung Südkoreas sind mit den polithistorischen Voraussetzungen bereits essenzielle Rahmenbedingungen erarbeitet worden. Gleichzeitig wurde versucht diese breit gefassten Vorausbedingungen auf die für den Untersuchungsgegenstand relevanten Gesichtspunkte zu reduzieren. Hierbei ging es vor allem um polithistorische Ursachen für eine verzögerte Modernisierung, sowie die Gründe für den beachtlichen Modernisierungsschub ab den 1960er Jahren. Darüber hinaus wurden mit Aspekten wie der Industrialisierung sowie der Demokratisierung, aber auch Einflüssen wie dem koreanischen Konfuzianismus, bereits wesentliche Charakteristika bzw. Alleinstellungsmerkmale der Modernisierung in Südkorea angesprochen. Und schließlich wurde auch der interessierende Beobachtungszeitraum nachvollziehbar eingegrenzt. Die empirische Annäherung kann sonach auf das vergangene halbe Jhd. eingegrenzt werden⁴²⁸ Erschlossen ist der kontextspezifische und empirische Rahmen damit aber bei Weitem noch nicht, aus politischer und historischer Sicht allerdings hinreichend begründet.

5.2 Zum wirtschaftsstrukturellen Wandel

Bereits mehrfach wurde der charakteristische strukturelle Wandel in Südkorea angesprochen und im Hinblick auf die polithistorischen (mitunter auch erste kulturelle) Voraussetzungen weitestgehend ausgeführt. Ebenfalls mehrmals betont wurde die zentrale Rolle wirtschaftsstruktureller Vorgänge im Zusammenhang mit Modernisierung und Gesundheit. Ferner wurde

⁴²⁶ Lee 1980, S. 284.

⁴²⁷ Allerdings kann beobachtet werden, dass die koreanische Gesellschaft beginnt die gleichen Probleme zu haben, die im Westen entstanden sind (Lee 1980, S. 286).

⁴²⁸ Vgl. hierzu auch Kwon 2010, S. 58f.

oft darauf hingewiesen, dass Ursachen und Konsequenzen modernisierungsbedingter Entwicklungen stark abhängig von kontextspezifischen Rahmenbedingungen sind und daher nur zu einem gewissen Maße mit anderen Regionen verglichen werden können. Vor diesem inhaltlichen Hintergrund soll der wirtschaftsstrukturelle Wachstums- und Transformationsprozess weiter ausgeführt und auch im Hinblick auf zusätzliche ebenenübergreifende Konsequenzen (Urbanisierung, Individualisierung, Globalisierung etc. pp.) diskutiert werden, womit weitere zentrale Modernisierungsprozesse angesprochen sind. Aus Gründen der Vollständigkeit gilt es hierzu zunächst noch einige wichtige strukturelle Voraussetzungen zusammenzufassen. Der Fokus liegt allerdings weniger auf der Wirtschaftsgeschichte, als vielmehr auf charakteristischen Merkmalen am Beispiel Südkoreas, sowie auf Merkmalen die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben können.

5.2.1 Das Wirtschaftswunder

Südkorea wird nicht selten als „Wirtschaftswunderland“ bezeichnet.⁴²⁹ Allerdings sind die Voraussetzungen für ein Wirtschaftswunder zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts noch alles andere als günstig. Nach Beendigung einer langjährigen, höchst unbeständigen Periode, ist die Gesellschaft Südkoreas noch bis in die 1950er Jahre hinein stark traditionell geprägt. Weite Teile des Landes sind zerstört. Und die infrastrukturellen Hinterlassenschaften Japans können kaum wiederverwendet werden. Lediglich der Agrarsektor zeigt sich intakt, was allerdings keine Voraussetzung für eine weitergehende Modernisierung ist. Und auch die Zukunftsprognosen für das einst ärmste Land der Welt standen mehr als schlecht.⁴³⁰ Dabei war die Wirtschaft Koreas unmittelbar nach der Kolonialisierungsperiode – und nicht zuletzt auch durch internationale Hilfen – noch nicht komplett zerstört. Fortwährende Flüchtlingsströme aus dem Norden, der Korea-Krieg und schließlich auch die Politik der ersten Republik besiegelten allerdings den wirtschaftlichen Ruin. Erst ab den 1960er Jahren nahm der Wachstums- und Entwicklungsprozess Fahrt auf, allerdings auf Grundlage einer stark zentralisierten Politik und militärdiktatorischen Führungsebene, die den Aufschwung Südkoreas um jeden Preis durchsetzen wollte.⁴³¹ An dieser Stelle gilt es die sog. 5-Jahres-Pläne zur wirtschaftlichen Entwicklung des Landes einzubringen. Sie wurden im Zeichen der intendierten Beschleunigung der wirtschaftlichen Reformpolitik etabliert.⁴³² Und erst „*durch die Implementierung einer staatlichen Entwicklungsstrategie wurden die Voraussetzungen für einen (...) Aufstieg Südkoreas geschaffen*“.⁴³³ Hinsichtlich der staatlichen Entwicklungsstrategie können zunächst

⁴²⁹ Vgl. u. a. Schwekendiek 2016; Marritt-Alers / Giese 2013; Schneidewind 2013; Kirchberg 2012; Ebercz 2010; Kwon 2010; Kampeter 2008; Harvie / Lee 2003; Kim 1991.

⁴³⁰ Schwekendiek 2016, S. 171.

⁴³¹ Ebd., S. 171ff; Schneidewind 2013, S. 109ff; Kirchberg 2012, S. 66ff; Kwon 2010, S. 57ff.

⁴³² Sik 2009, S. 193.

⁴³³ Kirchberg 2012, S. 75.

5.2.1 Das Wirtschaftswunder

die in Tab. 6 dargestellten Phasen und Ziele festgehalten werden. Überdies werden damit auch die Meilensteile der Industrialisierung Südkoreas beschrieben.⁴³⁴

Tab. 6: 5-Jahres-Pläne und damit verbundene Ziele hinsichtlich der wirtschaftlichen Entwicklung Südkoreas

Plan	Zeitraum	Hauptinhalte und -eigenschaften
1	1962-1965	Wachstum in Export und Leichtindustrie
2	1967-1971	Wirtschaftliche Selbstversorgung (Anfang der Schwerindustrie und chemische Industrie)
3	1972-1976	Entwicklung von Schwer- und chemischer Industrie (ständiger Exportzuwachs)
4	1977-1981	Wachstum der Schwer- und chemischen Industrie (stärkere Effizienz und Ausgleich)
5	1982-1986	Stabilisierung der Schwer- und chemischen Industrie (stärkere Effizienz und Selbstversorgung)
6	1987-1991	Verbesserung der Verteilung (soziale Gleichheit)
7	1992-1996	Entwicklung und Vorantrieb hochtechnologisierter Arbeitsfelder/Industrien

(Quelle: Sik 2009, S. 192 & 192ff)

Das erfolgreiche Prinzip der 5-Jahres-Pläne wurde trotz der politischen Umwälzungen ab den 1980er Jahren⁴³⁵ weiterverfolgt und sogar noch um eine siebte Phase (1992-1996) ergänzt.⁴³⁶ Nach der Asienkrise⁴³⁷ formulierte man die Wirtschaftsziele zwar nicht mehr in dieser Form, allerdings immer noch auf Basis staatlich formulierter Aktivitäten, obschon in Südkorea spätestens seit Ende der 1990er Jahre eine liberale Marktwirtschaft im Zeichen der Demokratie vorherrscht.⁴³⁸ Seitdem, allerdings auch aufbauend auf den siebten Fünfjahresplan, verzeichnet man vor allem auch durch den Export technischer und kultureller Güter einen hohen wirtschaftlichen Erfolg.⁴³⁹ Nicht zuletzt auch dadurch gehört man auch noch im 21te Jhd. zu den wirtschaftlich erfolgreichsten Ländern der Welt.⁴⁴⁰ In Zahlen ausgedrückt ist das BIP pro Kopf zwischen 1960 bis heute von 79 US-Dollar pro Kopf im Jahr 1960 auf 27.533,3 im Jahr 2016 sehr stark angewachsen. Auch polit- und wirtschaftshistorisch bedingte Umwälzungen oder Krisen beeinflussten diesen Wachstumstrend höchstens nur temporär, wenngleich in Teilen sogar sehr deutlich (vgl. Abb. 6, S. 95).⁴⁴¹

⁴³⁴ Für die tiefere Befassung siehe Schneidewind 2013, S. 113ff; Kirchberg 2012, S. 72ff; Sik 2009, S. 192ff.

⁴³⁵ Die 1980er Jahre stellen aus politischer und wirtschaftlicher Sicht einen Wendepunkt dar. Zwar wurde in dieser Phase der Grundstein für die Demokratisierung des Landes gelegt, allerdings wirkten sich die Ereignisse um 1980 zunächst auch negativ auf das Wirtschaftswachstum aus. Zudem machten sich auch strategische Fehler im Zusammenhang mit dem dritten Jahresplan bemerkbar (Kirchberg 2012, S. 80).

⁴³⁶ Sik 2009, S. 192ff.

⁴³⁷ In den Jahren 1997/1998 bricht in weiten Teilen Asiens eine Finanzkrise (in Südkorea aus einer ereignisgebundenen Interpretation heraus auch als IMF-Krise bezeichnet) aus. Zwar schaffte man es sich verhältnismäßig schnell wieder davon zu erholen, dennoch hatte dieses Ereignis kurz- und mittelfristig weitreichende Folgen für große Teile der Bevölkerung (Schneidewind 2013, S. 117; Kim / Jaffe 2010, S. 46ff), und zwar auch in gesundheitlicher Hinsicht (vgl. Kap. 5.5).

⁴³⁸ Schwekendiek 2016, S. 190; Kirchberg 2012, S. 71ff; Schneidewind 2010, S. 124; Sik 2009, S. 192f. Für eine Auseinandersetzung mit dem Weg Südkoreas in eine liberale Marktwirtschaft siehe u. a. Kirchberg (2012), S. 81ff. Für eine Auseinandersetzung mit der Wirtschaft Südkoreas im Zeichen der Demokratie siehe u. a. Schneidewind 2010, S. 116ff.

⁴³⁹ Schwekendiek 2016, S. 190f.

⁴⁴⁰ Kirchberg 2012, S. 92.

⁴⁴¹ KOSIS 2017e; Schwekendiek 2016, S. 171ff.

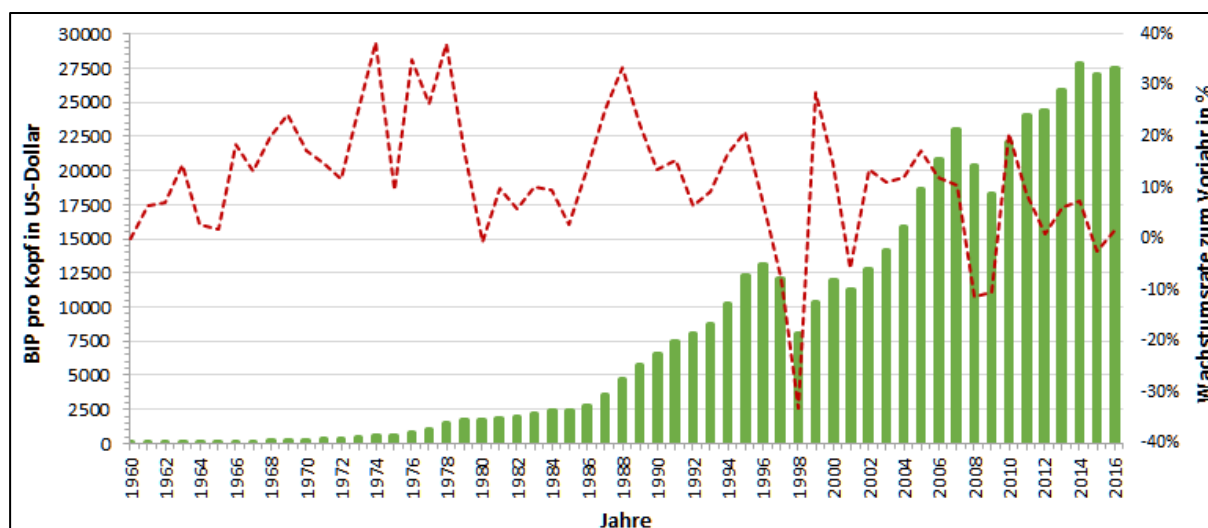


Abb. 6: BIP pro Kopf und prozentuales Wachstum zum Vorjahr in Südkorea, 1960 bis 2016 (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017e)

Zu diesem auch messbaren Erfolg beigetragen haben aber nicht nur die sog. „harten Faktoren“, sondern vor allem auch „weiche Faktoren“, die auch gegenwärtig noch einen entscheidenden Einfluss nehmen. *„Hier handelt es sich um die fast einmalige Vitalität und Dynamik eines Volkes, begleitet von seinem Nationalstolz und seinem Durchsetzungsvermögen.“*⁴⁴² Damit werden weitere kulturelle Alleinstellungsmerkmale angesprochen, denen es in Teilen noch inhaltlich zu begegnen gilt. An dieser Stelle ist es zunächst wichtig zu verstehen, dass die Ökonomie und die Kultur Südkoreas zwei eng miteinander verbundene Faktoren darstellen⁴⁴³ und dass sich der kulturelle Einfluss auf die Wirtschaft Südkoreas ebenso groß, wie erfolgreich zeigt.⁴⁴⁴ Bezeichnend hierbei ist auch der kulturpolitische Kontext, nach dem das Wirtschaftswachstum Südkoreas um jeden Preis durchgesetzt werden sollte.⁴⁴⁵ Das Abhängigkeitsverhältnis führt einerseits zu einzigartigen Entwicklungsverläufen, andererseits zeigt es den universalen Einfluss von Kultur, also auch auf mit der wirtschaftlichen Entwicklung unmittelbar verbundene Bevölkerungsprozesse wie die Mortalität.

Wie bereits erwähnt geht der wirtschaftsstrukturelle Wandel mit einer Vielfalt an Transformationsprozessen im Sinne von Modernisierung einher. Parallel zum wirtschaftlichen Wachstum Südkoreas laufen diese Prozesse ebenfalls sehr rasch ab. Diese auf allen Ebenen äußerst dynamisch ablaufende Entwicklung hat aber nicht nur Vorteile, sondern birgt auch unterschiedliche Gefahren, insbesondere bezogen auf entsprechende Anpassungsprozesse, wie sie u. a. mit dem Begriff der kulturellen Phasenverschiebung angesprochen werden, und natürlich auch im Zusammenhang mit Gesundheit.⁴⁴⁶ Einschneidend positive als auch negative

⁴⁴² Schneidewind 2010, S. 125. Für eine spezifische Auseinandersetzung damit siehe ebd., S. 125ff.

⁴⁴³ Inglehart 1998, S. 302ff.

⁴⁴⁴ Kwon 2010, S. 49ff.

⁴⁴⁵ Siehe Kap. 5.2.

⁴⁴⁶ Kwon 2010, S. 15.

Konsequenzen auf Ebene der Bevölkerungsgesundheit ergeben sich bereits aus einer inneren Logik heraus, können aber auch anhand entsprechender Theoreme wie bspw. beim Epidemiologischen Übergangmodell etc. nachvollzogen werden.⁴⁴⁷ Allerdings erscheint auch der wirtschaftsstrukturelle Wandel Südkoreas nicht ausreichend als Erklärungsfaktor für die Muster der Sterblichkeitsentwicklung. Hierfür gilt es noch weitere „harte Faktoren“ bzw. Transformationsprozesse in ihrer Entwicklung zu diskutieren. Die Diskussion mündet in einer Beschreibung gesundheitssystemspezifischer Strukturen und der Gesundheitspolitik Südkoreas, und zwar als direkte Konsequenz der Wachstums- und Transformationsprozesse des Landes, was schließlich eine weitere Basis für das Verständnis der Sterblichkeitsentwicklung darstellt.

5.2.2 Ausgewählte Transformationsprozesse im Kontext von Wirtschaftswachstum

Das Modernisierung und damit einhergehende Wachstums- und Transformationsprozesse Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit haben wurde bereits mehrfach und in diverser Weise diskutiert. Inwiefern sich der Einfluss auf die Entwicklung der Mortalität und Morbidität in Südkorea niederschlägt, wird noch an anderer Stelle deutlich gemacht. In diesem Abschnitt geht es vielmehr darum, welche weiteren Prozesse, die mit dem wirtschaftsstrukturellen Wachstum einhergehen, bzw. das wirtschaftliche Wachstum bedingen, eine Rolle spielen. Zur Beantwortung der Frage werden nachstehend die Modernisierungsprozesse diskutiert, die vor dem Hintergrund der raschen Umwälzungen in Südkorea den potenziell größten Einfluss aufweisen. Neben dem Wirtschaftswachstum handelt es sich vor allem um Prozesse wie Industrialisierung, Tertialisierung, Urbanisierung und Globalisierung.⁴⁴⁸

Industrialisierung und Tertialisierung

Die mit den 5-Jahres-Plänen forcierte Industrialisierung und die daraus folgende Tertialisierung gelten als wesentliche Triebkräfte für das wirtschaftliche Wachstum Südkoreas.⁴⁴⁹ Gemäß der strategischen Entwicklungsplanungen in Südkorea zwischen 1960 und 1990 lassen sich die industriellen Entwicklungsstadien des Landes einteilen in: Ausbau der Leichtindustrie; Ausbau der Schwerindustrie; Ausbau der chemischen Industrie. Die Produktivität hierzu ist als sehr hoch zu bewerten.⁴⁵⁰ Wenngleich damit entsprechende wirtschaftliche Erfolge einhergehen, ist auch von großen Risiken für die Gesundheit der Bevölkerung auszugehen, was sich zunächst auch aus Entwicklungen in Westeuropa erschließt. Denn mit der Industrialisierung geht auch ein erhöhter Krankheitszustand unter den Arbeitern, aber auch der allgemeinen Bevölkerung einher, und zwar bedingt durch Faktoren wie: „(...) hohe psychische und physische

⁴⁴⁷ Siehe Kap. 4ff.

⁴⁴⁸ Lee 2007, S. 15ff. Siehe u. a. auch Kap. 3.3.2.

⁴⁴⁹ Ebd., S. 25.

⁴⁵⁰ Kirchberg 2012, S. 75ff; Sik 2009, S. 192. Für eine Vertiefung dessen siehe Kirchberg 2012, S. 75ff.

Arbeitsbelastung; Intensivierung von Arbeitszeiten und –tempo; verpestete Luft in den Fabriken; fehlender Arbeitsschutz und minimale ärztliche Versorgung; Verelendung der Arbeiterschaft; mangelhafte Lebensumstände bedingt durch niedrige Löhne“.⁴⁵¹ Vor dem Hintergrund der beschleunigten Modernisierung in Südkorea treffen diese Faktoren sicherlich im gewissen Maße zu. Entsprechende Zusammenhänge scheinen aber noch nicht in ausreichender Weise dokumentiert oder evaluiert. Zumindest aber findet sich eine Analyse zum Zusammenhang von Industrialisierung und mentaler Gesundheit in Korea aus den späten 1980er Jahren, mithilfe derer gewisse Anhaltspunkte für den negativen Einfluss von Industrialisierung auf die (mentale) Gesundheit der Bevölkerung Südkoreas extrahiert werden können.⁴⁵²

Trotz der bisher erarbeiteten Rahmenbedingungen liegt es immer noch nahe, dass sich einige der Wirkungszusammenhänge aus Westeuropa auch auf das Beispiel Südkorea übertragen lassen, so dass es (zusätzlich zum Beschleunigungsfaktor) noch weitere kontextspezifische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und auszuführen gilt, um nicht zuletzt auch die Unterschiede im Sinne einer der Unterfragestellungen der Arbeit deutlicher herauszustellen. Ein spezifisches Beispiel für grundsätzlich gegensätzliche Voraussetzungen wäre u. a. eine fundamental entgegengesetzte Arbeitskultur der Koreaner.⁴⁵³ Zudem muss berücksichtigt werden, dass Südkorea nicht zu den Industrienationen erster Generation gehört, sondern im Sinne nachholender Modernisierungsvorgänge und damit auch nachholenden Industrialisierung auf bereits verfügbaren Technologien etc., sowie auch Erfahrungen etc. aufbaut. Bereits aus einer selbsterklärenden Logik heraus also sollten die Auswirkungen der Industrialisierung in Südkorea zu in Teilen anderen Mustern in Mortalität und auch Morbidität führen, auch wenn die Ausbildung gewisser „Wohlstandserkrankungen“ als unvermeidlich erscheint.⁴⁵⁴

Urbanisierung und Urbanisierungsgrad

Eine weitere Begleiterscheinung wirtschaftlichen Wachstums und bedeutender Faktor im Zusammenhang mit Gesundheit ist der Urbanisierungsprozess.⁴⁵⁵ Urbanisierung bezeichnet im weitesten Sinne die „(...) Ausbreitung und Verstärkung städtischer Lebens-, Wirtschafts-, und Verhaltensweisen“.⁴⁵⁶ Mit speziellen Bezug auf Gesundheit sind sowohl die direkten als auch indirekten Folgen der Urbanisierung von Interesse. So korreliert der Urbanisierungsgrad mit Aspekten wie Luftverschmutzung, Versorgungsdichte, medizinische und nicht-medizinische Infrastruktur, soziale Kontrolle und Unterstützung, womit wesentliche Einflussfaktoren

⁴⁵¹ Penk et al. 2009, S. 430.

⁴⁵² Siehe hierzu die Ausführungen von Lee 1986.

⁴⁵³ Siehe hierzu Kap. 5.3.3.

⁴⁵⁴ Penk et al. 2009, S. 423f.

⁴⁵⁵ WHO 2010, S. 145f; WHO 2005, S. 48; Lee 2007, S. 29.

⁴⁵⁶ Bähr 2004, S. 67.

insbesondere auch im Kontext von chronischen Erkrankungen genannt sind.⁴⁵⁷ Nach Schätzungen der UN leben gegenwärtig 82,6% der Bevölkerung ROKs im urbanen Raum (1970 waren es noch 40,7%).⁴⁵⁸

Ein weiterer entscheidender Aspekt wäre, dass die urbane Bevölkerung meist auf kleinstem Raum miteinander auskommen muss, was einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Verbreitung von u. a. Infektionskrankheiten haben kann. Je größer und je enger also der Kontakt von Personen untereinander ist, desto einfacher gestaltet sich dabei das Ansteckungsrisiko, was im ostasiatischen Raum u. a. an Japan sehr gut beobachtet werden kann.⁴⁵⁹

Neben dem Urbanisierungsgrad spielt also auch die urbane Bevölkerungsdichte eine wesentliche Rolle. Und diese ist auch in Südkorea verhältnismäßig hoch, was nicht nur an der „Megacity“ Seoul, festgemacht werden kann. Grundsätzlich ist die urbane Bevölkerungsdichte in Südkorea mit knapp 90% als sehr hoch einzustufen.⁴⁶⁰ Gleichwohl gibt es in fast keinem anderen Land eine so stark ausgeprägte Kluft im Alter der urbanen und ruralen Bevölkerung, was ebenfalls mit gewissen Risiken für die Gesundheit einhergeht.⁴⁶¹ Hinzu kommt die Tatsache, dass – gemäß der raschen Entwicklungen ab den 1960er Jahren – auch der Urbanisierungsprozess äußerst schnell abgelaufen ist, was die Auswirkungen von Urbanisierung verstärken kann.⁴⁶²

In diesem Zusammenhang sind auch Einflüsse auf die mentale Gesundheit zu benennen der urbanen Bevölkerung zu nennen. Zusammengefasst also sind Stadtbewohner unterschiedlichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt⁴⁶³, wobei es auch die positiven Aspekte nicht zu unterschlagen gilt. So bietet eine Stadt mehr *„Arbeits-, Aufstiegs-, und Partizipationschancen und zugleich Chancen eine bessere Ausbildung zu erhalten, die wiederum Zugang zu höheren ökonomischen, beruflichen und sozialen Positionen führt“*.⁴⁶⁴ In jedem Fall sollten die direkten und indirekten Folgen von Urbanisierung auch empirisch gut zu erkennen sein.

Globalisierung und Internationalisierung

Entgegen der charakteristischen Entwicklungsdynamik des Landes ist Globalisierung ein verhältnismäßig junger Modernisierungsaspekt in Südkorea.⁴⁶⁵ Da Globalisierung aber als ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Entwicklung von Mortalität und Morbidität gilt, und zwar

⁴⁵⁷ WHO 2005, S. 48ff; Schneider 2002, S. 78. Siehe auch Kap. 2.2.

⁴⁵⁸ United Nations 2014.

⁴⁵⁹ Nicolaus 2007, S. 163.

⁴⁶⁰ Yonhap 2016; Kim / Jang 2014, S. 1ff; Lee 2007.

⁴⁶¹ Lee 2017, S. 31.

⁴⁶² Kim / Jang 2014, S. 1ff; Lee 2007, S. 30; Manson et al. 1980, S. 391.

⁴⁶³ WHO 2010, S. 145f; WHO 2005, S. 48f; Moore et al. 2003, S. 269f.

⁴⁶⁴ Lee 2007, S. 30.

⁴⁶⁵ Kim 2005, S. 2.

insbesondere auch in Bezug auf chronische Erkrankungen⁴⁶⁶ – was sich u. a. auch an den Entwicklungen in Japan zeigt⁴⁶⁷ –, muss dieser Modernisierungsaspekt am Beispiel Südkoreas ebenfalls als Erklärungsfaktor herangezogen werden. In gesundheitsstruktureller Hinsicht bietet Globalisierung sowohl Chancen als auch Herausforderungen. Hierzu können Erfahrungen anderer Länder wichtige Informationen liefern. Demgegenüber steht aber auch ein wirtschaftlicher Wettbewerbsdruck, der durch Globalisierung ausgelöst wird, was dazu führen kann, dass die Herausforderungen der Globalisierung die Chancen überwiegen mit entsprechenden Negativfolgen in gesundheitsstruktureller Hinsicht.⁴⁶⁸ So bestehen vor allem noch in der älteren Bevölkerung deutliche Vorbehalte gegenüber Globalisierung, da damit vor allem auch entsprechende Nachteile in gesundheitlicher Hinsicht verbunden werden.⁴⁶⁹ Gleichwohl zeigt sich auch am Gesundheitssektor in Südkorea, dass während man die Globalisierung spätestens seit den 1980er Jahren erfolgreich vorantrieb, das Gesundheitssystem über viele Jahre vernachlässigt wurde.⁴⁷⁰

Ein weiterer wesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit Globalisierung in Südkorea ist auch die im Vergleich zu anderen ostasiatischen Ländern zunehmende Internationalisierung mit stark ausgeprägter Orientierung am „Westen“.⁴⁷¹ Hierbei ist denkbar, dass die Adaption westlicher Lebensweisen und -stile einen sehr starken Einfluss auf die Entwicklung der Mortalität und den epidemiologischen Wandel in Südkorea hat. Tatsächlich kann im Zuge der Modernisierung und damit einhergehenden Globalisierung Südkoreas von einer „Ausbreitung des Westens“ mit ungeahnten Folgen gesprochen werden.⁴⁷² Und diese ungeahnten Folgen einer zunehmenden Verwestlichung gewisser Lebensstile und Verhaltensweisen in Südkorea (auch wenn Kultur und Tradition nach wie vor eine zentrale Rolle spielen) könnten durchaus signifikanten Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit nehmen. Bspw. warnte man bereits in den 1990er Jahren vor einem zunehmenden Einfluss westlicher Ernährungsstile im Zuge der Globalisierung Südkoreas.⁴⁷³ In jedem Fall muss Globalisierung als ein Einflussfaktor im Kontext bestimmter chronischer Erkrankungen berücksichtigt werden.⁴⁷⁴

⁴⁶⁶ WHO 2005, S. 48 & 51ff.

⁴⁶⁷ Nicolaus 2007, S. 80ff.

⁴⁶⁸ Kwon 2002, S. 279.

⁴⁶⁹ Schneidewind, 2010, S. 232.

⁴⁷⁰ Kwon 2002, S. 279.

⁴⁷¹ Cho 1999.

⁴⁷² Berger 1986, S. 45.

⁴⁷³ Lee et al. 2002, S. 200.

⁴⁷⁴ WHO 2005, S. 48.

5.2.3 Zur Gesundheitspolitik im Kontext von Wachstum und Transformation

Spätestens an dieser Stelle gilt es auch auf die Entwicklung des Gesundheitssystems und damit im Zusammenhang stehender gesundheitssystemischer Voraussetzungen in Südkorea einzugehen. Die Einbettung in den Kontext von Wachstum und Transformation erscheint insofern sinnvoll, als dass das Gesundheitssystem Südkoreas parallel zu den Umwälzungen ab 1960er Jahren nachhaltig ausgebaut wurde. Zwar widmete man sich gesundheitspolitischen Problemen, wie der besseren Kontrolle von Infektionskrankheiten oder der Ausweitung von Gesundheitsdiensten auf unterversorgte Gebiete, bereits zur Gründung der Republik.⁴⁷⁵ Das Gesundheitssystem wurde allerdings über viele Jahre vernachlässigt. Tatsächlich erhöhten erst die Anforderungen der voranschreitenden Globalisierung die Notwendigkeit einer umfassenden Reformierung.⁴⁷⁶ Ausgangspunkt für eine nachhaltige Gesundheitspolitik bildet die Einführung eines Krankenversicherungsgesetzes sowie dessen grundlegende Überarbeitung und nachhaltige Umsetzung gegen Ende der 1970er Jahre.⁴⁷⁷ Die gesundheitspolitischen Prioritäten in Südkorea variieren seither sehr stark und spiegeln die sich schnell verändernden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen des Landes sehr gut wider.⁴⁷⁸ Insofern können das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik in Südkorea, vor allem aber die auch hierbei äußerst charakteristischen Entwicklungsmerkmale, als weitere Erklärungsfaktoren im Kontext der modernisierungsbedingten Sterblichkeitsentwicklung herangezogen werden. Bezeichnend hierbei ist vor allem auch der seit der Jahrtausendwende eingeschlagene Weg hin zu einer sog. „Single-Payer healthcare“, bzw. einem sog. „Single insurer system“ in Form einer allumfassenden „Volksgesundheitsversicherung“ (explizit nicht Krankenversicherung).⁴⁷⁹ Dieses gesundheitssystemspezifische Merkmal steht im Gegensatz zu den Trends in vielen anderen hoch entwickelten Ländern, insbesondere auch in Europa, wo der Versuch stattfindet, die öffentlichen Ausgaben durch Privatisierung auf Basis neoliberalistischer Prinzipien zu senken.⁴⁸⁰ In Südkorea hingegen schlägt man einen dem Neoliberalismus gegenläufigen Weg ein. Bei der Reformierung der in Südkorea aktuell gültigen gesundheitspolitischen und gesundheitssystemspezifischen Voraussetzungen, spielen die Erfahrungen anderer Länder mit anderen Systemen eine wesentliche Rolle.⁴⁸¹ Tatsache ist, in den letzten knapp 40 Jahren hat man sich von einer limitierten medizinischen Infrastruktur, einer fragmentierten Finanzierung und einer nur begrenzten Versorgung der Bevölkerung hin zu einem umfassenden Gesundheitssystem und einer umfassenden Gesundheitsversorgung weiterentwickelt, und wartet trotz

⁴⁷⁵ Jo / Choi 2002, S. 3.

⁴⁷⁶ Kwon 2002, S. 279.

⁴⁷⁷ Cho / Chu 2017, S. 235; Lee et al. 2017, S. 247; Lim 2013, S. 81; Lee 2003, S. 48; Jo / Choi 2002, S. 3.

⁴⁷⁸ Jo / Choi 2002, S. 3.

⁴⁷⁹ Lee et al. 2017, S. 247; Schneidewind 2010, S. 74.

⁴⁸⁰ Cho / Chu 2017, S. 235; Lee et al. 2017, S. 247.

⁴⁸¹ Kwon 2002, S. 279.

umfassender Erfolge auf Ebene der Bevölkerungsgesundheit – was sich u. a. auch am starken Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt sowie auch fernerer Lebenserwartung im hohen und höheren Alter widerspiegelt – mit den niedrigsten Gesundheitsausgaben unter den OECD-Ländern auf.⁴⁸² Insofern gilt die modernisierungsbedingte Entwicklung um das Gesundheitssystem in Südkorea als einen weiteren Erklärungsfaktor für Entwicklungen in Mortalität und ferner auch für den epidemiologischen Wandel anzubringen.

5.3 Ausgewählte kultargesellschaftliche Merkmale

Bereits mehrfach wurde der Einfluss kultargesellschaftlicher Faktoren auf die Gesundheit angeführt, sowie auch inhaltlich in das Modell zu den Hauptthemenkomplexen dieser Arbeit eingearbeitet. Während ein Zusammenhang also außer Frage steht, interessiert nunmehr wie er sich in Südkorea zeigt, bzw. welche besonderen Charakteristiken für Südkorea festgehalten werden müssen. Dieses immanente Abhängigkeitsverhältnis zwischen Soziokultur und Gesundheit soll im Folgenden anhand ausgewählter Lebensstile, Lebensformen und Lebensbedingungen ausgeführt werden. Im Fokus hierbei stehen vor allem solche Aspekte, die am Beispiel Südkoreas auffällige Ausprägungen im positiven wie auch negativen Sinne aufweisen.

5.3.1 Soziokulturell induzierte Lebensformen

Familialismus und Gruppenkultur

Als eine zentrale gesellschaftsstrukturelle Besonderheit gilt die Familie in Südkorea.⁴⁸³ Die Rollenverteilung innerhalb der koreanischen Familie ist seit jeher im historisch-traditionellen Kontext zu verstehen, und zwar deutlich orientiert am konfuzianistischen Leitbild.⁴⁸⁴ Über dem sozialen und individuellen Einfluss der Familie hinaus, haben Familienstrukturen in Südkorea aber auch sehr großen Einfluss auf die soziale Ordnung sowie Wirtschaft und Politik.⁴⁸⁵ Mit anderen Worten kann für Korea ein ebenenübergreifender „Familialismus“ konstatiert werden.⁴⁸⁶ Damit sind die Familienstrukturen in Südkorea weder vergleichbar mit westlichen Gesellschaften, noch innerhalb Ost- und Südostasiens.⁴⁸⁷

Eine Bedeutung der Familie sowie starker Familienstrukturen für die Gesundheit steht hierbei außer Frage, was bspw. an der Betreuung und Pflege im Kontext familialer Unterstützung festgemacht werden kann.⁴⁸⁸ Aber trotz einer in Teilen noch deutlich traditionell geprägten

⁴⁸² OECD 2016a, S. 1.

⁴⁸³ Shin 2004, S. 121ff; Choi 1987, S. 49ff; Lee 1980, S. 301ff. In diesem Zusammenhang spielt auch das Sozialverhalten insgesamt eine wichtige Rolle (siehe hierzu Kap. 5.3).

⁴⁸⁴ Chang 2010b, S. 1ff.; Choe 2006 S. 293; Shin 2004, S. 97ff;

⁴⁸⁵ Chang 2010b, S. 4.

⁴⁸⁶ Ebd., S. 1; Han / Choi 2004, S. 92.

⁴⁸⁷ Choe 2006 S. 293.

⁴⁸⁸ Hoff 2006; Klingebiel-Motel et al. 2002.

Gesellschaft – mit besonderem Bezug auf den sozialen Umgang mit- und untereinander⁴⁸⁹ – ist man auch in Südkorea nicht vor modernisierungsbedingten Einflüssen auf die Familie im engeren sowie auch weiteren Sinne gefeit. So führten und führen die Umwälzungen seit den 1960er Jahren zu teils offensichtlichen Veränderungen im traditionellen Familienleben und damit auch der Bedeutung der Familie, speziell auch im „sozialen Alltag“. Bspw. lassen sich deutliche Tendenzen hin zur Kernfamilie konstatieren, insbesondere im urbanen Raum.⁴⁹⁰ In der Literatur ist auch von einer „unbeabsichtigten Pluralisierung“ die Rede.⁴⁹¹

In jedem Fall sind als wesentliche Ursachen für diese Entwicklungen neben der Industrialisierung und des wirtschaftsstrukturellen Wandels auch die ausgeprägten Prozesse der Urbanisierung und Individualisierung in Südkorea zu benennen.⁴⁹² Allerdings ist der Wandel in der Bedeutung der Familie sowie der Wandel der Familienstrukturen deutlich schwächer ausgeprägt, als es die Dynamiken seit den 1960er Jahren vermuten lassen würden. In der Literatur wird dieses Phänomen sogar als entgegengesetzt zu modernisierungstypischen Abläufen des Westens beschrieben. Denn wie erwähnt lässt sich in Südkorea eine nach wie vor stark familienzentrierte Gesellschaftsstruktur beobachten.⁴⁹³ Damit sind die soziokulturellen Veränderungen in Südkorea auch nicht mit anderen asiatischen Gesellschaften – insbesondere den Tigerstaaten – vergleichbar, da konfuzianistische Werte in Südkorea weiterhin eine (wenngleich abgeschwächte und teils abgewandelte) Rolle spielen.⁴⁹⁴ Im Zusammenhang mit dem koreanischen Familialismus sei abschließend noch auf die koreanische Gruppenkultur hingewiesen. Auch hierbei bildet der Konfuzianismus die Grundlage, dessen Verhaltensnormen als Fundament zur Erhaltung der Harmonie und Zusammengehörigkeit auf allen Ebenen der koreanischen Gesellschaft dient. Das koreanische Verständnis von Familie ist unmittelbar damit verbunden.⁴⁹⁵

Sozialkapital

Eine weitere wichtige Rahmenbedingung bildet das sog. Sozialkapital. Es kann verstanden werden als „(...) *außerökonomische Voraussetzung wirtschaftlichen Handelns*“. ⁴⁹⁶ Im Fokus steht der Zusammenhang zwischen kulturellen Effekten und wirtschaftlichen Entwicklungen.⁴⁹⁷ Die maßgebliche Rolle des Sozialkapitals wurde lange Zeit unterschätzt und auch im Hinblick auf eine nähere (wissenschaftliche) Auseinandersetzung damit gemieden. Somit mangelt es an

⁴⁸⁹ Han / Choi 2004, S. 90.

⁴⁹⁰ Finch / Kim 2017, S. 136f & 146f; Shin 2004, S. 123f; Choi 1987, S. 53ff; Lee 1980, S. 301ff. Wobei es an dieser Stelle zu ergänzen gilt, das Konstrukt der Kernfamilie in Südkorea in erweiterter Form zu verstehen ist (Han / Choi 2004, S. 92).

⁴⁹¹ Chang 2010b, S. 14.

⁴⁹² Choi 1987, S. 53.

⁴⁹³ Chang 2010b, S. 3.

⁴⁹⁴ Shin 2004, S. 124; Lee 1980, S. 313.

⁴⁹⁵ Han / Choi 2004, S. 90ff

⁴⁹⁶ Badura et al. 2013, S. 26. Vgl. auch Schwekendiek 2016, S. 47.

⁴⁹⁷ Badura et al. 2013, S. 25ff; Vgl. auch Kwon 2010, S. 49ff.

einer Denn eine Analyse von außerökonomischen Voraussetzungen im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Entwicklungen ist komplex und lässt sich oftmals nur schwer quantifizieren.⁴⁹⁸ Allerdings zeigt sich, dass es ohne Sozialkapital kein wirtschaftliches Wachstum geben kann.⁴⁹⁹ Ferner richtet sich der Blick auch auf zivilgesellschaftliche Grundlagen, im Besonderen auf „(...) *zwischenmenschliche Beziehungen und gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln*“.⁵⁰⁰ Solche zivilgesellschaftlichen Bedingungen bzw. die Bedeutung der Zivilgesellschaft für die Entwicklungen in Südkorea seit den 1960er Jahren, sind zwar als eine nicht weniger wichtige Rahmenbedingung anzuführen.⁵⁰¹ In dieser Arbeit sollen die zivilgesellschaftlichen Merkmale allerdings im direkten Zusammenhang mit dem Sozialkapital abgehandelt werden, insbesondere auch deshalb, da ein Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Gesundheit als besser erforscht gilt, als zwischen Zivilgesellschaft und Gesundheit. In der Literatur wird sogar von einem unmittelbaren Einfluss des Sozialkapitals auf die Gesundheit ausgegangen.⁵⁰² Gleichwohl dient eine Auseinandersetzung, die das Sozialkapital Südkoreas in den Fokus stellt, dem gesamtheitlichen und damit endgültigen Verständnis der ökonomischen Entwicklungen des Landes. Das Sozialkapital Südkoreas ist hierbei von zentraler Bedeutung.⁵⁰³

Zwar steht die zentrale Rolle des Sozialkapitals als kulturgesellschaftliche Voraussetzung für Wirtschaft und Gesundheit steht außer Frage. Allerdings gilt es zu bedenken, dass mit den Transformationen auf der koreanischen Halbinsel zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts auch ein grundlegender Wandel des Sozialkapitals einhergeht.⁵⁰⁴ Weiterhin ist der Wandel des Sozialkapitals in Südkorea ein gänzlich anderer, als es beispielsweise in Westeuropa der Fall war. Beispielsweise ist die zunehmende Aufspaltung in privates und berufliches Sozialkapital in Südkorea weniger stark ausgeprägt als in der westlichen Welt.⁵⁰⁵ Verantwortlich hierfür zeigen sich einzigartige kulturgesellschaftliche Einflüsse auf das Sozialkapital Südkoreas, die in insgesamt fünf zentrale Einflussgrößen unterschieden werden können:

- Konfuzianismus
- Netzwerke
- Early-Adopter
- Halo-Effekt
- Militär⁵⁰⁶

⁴⁹⁸ Schwekendiek 2016, S. 47; Kwon 2010, S. 50.

⁴⁹⁹ Ebd., S. 47; Ebd., S. 52ff.

⁵⁰⁰ Badura et al. 2013, S. 26. Vgl. auch The World Bank 1998.

⁵⁰¹ Shin 2005, S. 12ff.

⁵⁰² Ebd., S. 30ff.

⁵⁰³ Schwekendiek 2016, S. 47.

⁵⁰⁴ Vgl. Badura et al. 2013, S. 28.

⁵⁰⁵ Vgl. Ebd., S. 28.

⁵⁰⁶ Schwekendiek 2016, S. 48; Kwon 2010, S. 52ff.

Während die zentrale kultargesellschaftliche sowie auch polithistorische Rolle des Konfuzianismus bereits mehrfach angesprochen wurde, erweist sich diese Lehre auch als wesentlicher Antriebsfaktor für die wirtschaftlichen Umwälzungen. Merkmale wie der bereits angeführte Familialismus und die Gruppenkultur, Kollektivismus, Konformismus („me-too“ Kultur), Nationalismus, extremes Bildungsstreben, Konkurrenzkampf (sowohl auf Marko- als auch auf Mikroebene) etc. sind hier von wesentlicher Bedeutung.⁵⁰⁷

Netzwerke spielen eine ebenfalls gewichtige Rolle im wirtschaftlichen Transformationsprozess Südkoreas. Sie basieren auf konfuzianistischen Einstellungen⁵⁰⁸ und können für ROK auf sozioökonomischer Ebene in drei wesentliche Formen unterschieden werden: blutsverwandtschaftliche Netzwerke; regionsabhängige Netzwerke; schulabhängige Netzwerke (inkl. Universitäten). In allen Formen werden zwischenmenschliche Beziehungen und Kontakte über viele Jahre aufgebaut und weitergeführt, mit entsprechenden Folgen für den persönlichen Lebenslauf. Somit ist Individualität dem zugehörigen sozialen Netzwerke untergeordnet.⁵⁰⁹ Ein wesentlicher Vorteil davon ist, dass Entscheidungen (hier mit speziellem auf die wirtschaftliche Ebene) deutlich schneller getroffen und mit deutlich mehr Engagement umgesetzt werden können.⁵¹⁰ Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass individuelle Anliegen, wie es bspw. der Gesundheitszustand ist, in einem solchen System vernachlässigt werden.

Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal im Zusammenhang mit dem Sozialkapital Südkoreas ist das sog. „Early-Adopter“ Prinzip. Im Grunde handelt es sich hierbei die frühe Anwendung, Umsetzung, Etablierung und (Weiter)Entwicklung neuer Trends, Modeerscheinungen, Technologien sowie anderer materialistischen Symbole.⁵¹¹ Dieses Merkmal erweist sich einerseits als äußerst förderlich für die wirtschaftliche Entwicklung Südkoreas.⁵¹² Andererseits sind damit aber auch gewisse Risiken verbunden. So sind ein übermäßiger Technologiekonsum und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit (beispielsweise Krebsrisiko bei übermäßiger Mobiltelefonnutzung) noch nicht gänzlich erforscht.⁵¹³ Weitere Beispiele mit speziellem Bezug auf potenzielle Gesundheitsrisiken ist der hohe Absatz an Diät- und Hormonpräparaten sowie Nahrungsergänzungsmitteln, vor allem aber die gewaltige Schönheitsindustrie und damit verbunden der wohl größte Markt an medizinisch nicht relevanten Schönheitsoperationen.⁵¹⁴ Ein weiteres Risiko geht von der mit dem Early-Adopter Prinzip im Zusammenhang stehenden sog. Imitationskultur aus. Zwar basieren auf der ebenfalls im Konfuzianismus verwurzelten Imitationskultur viele nahezu perfekte Weiterentwicklungen bereits vorhandener materieller

⁵⁰⁷ Ebd., S. 48ff; Ebd., S. 53.

⁵⁰⁸ Schwekendiek 2016, S. 51.

⁵⁰⁹ Ebd., S. 52.

⁵¹⁰ Ebd. S. 53.

⁵¹¹ Ebd., S. 53.

⁵¹² Ebd., S. 53f; Vgl. auch Kim / Jaffe 2010; Song 1990.

⁵¹³ Schwekendiek 2016, S. 55.

⁵¹⁴ Schwekendiek et al. 2013, S. 141f.

und immaterieller Güter, was sich schließlich auch auf den wirtschaftlichen Erfolg des Landes auswirkt⁵¹⁵, allerdings geht mit diesem extremen Perfektionsstreben auch ein großer individueller und gesellschaftlicher Stressfaktor einher.⁵¹⁶

Des Weiteren zeigt sich das Sozialkapital in Südkorea vom sog. Halo-Effekt beeinflusst, was im Gegensatz zum im Westen vorherrschenden Universalismus steht, und im weitesten Sinne mit induktivem Verhalten beschrieben werden kann. Allerdings gilt dieser Effekt als Hauptantrieb der koreanischen Wirtschaft und Gesellschaft.⁵¹⁷ In Südkorea schließt man also gerne vom Kleinen auf das große Ganze und vermeidet auf diese Weise unnötige Kosten (Zeit und Geld) durch die Auseinandersetzung mit bspw. asymmetrischen Informationen. Gleichzeitig werden damit auch das Zusammengehörigkeitsgefühl oder das Streben nach mehr Bildung und Erfolg gesteigert. Zwar erklären sich die Nachteile einer Halo-Effekt-Kultur wie Konkurrenzdenken, Stress, Mobbing, Stigmatisierung etc. fast von selbst, allerdings darf der damit einhergehende Erfolg nicht unterschlagen werden.⁵¹⁸

Schließlich ist noch auf die Rolle des Militärs bzw. den militärischen Einfluss auf das Sozialkapital und nicht zuletzt auch die Gesellschaft einzugehen.⁵¹⁹ Tatsächlich war der militärische Einfluss in Südkorea über Jahrzehnte übermäßig präsent. Daraus ist ergänzend zum konfuzianistischen Gesellschaftsbild auch eine militärisch geprägte Kultur entstanden, die sich nach wie vor in vielen Lebensbereichen wiederfinden lässt.⁵²⁰ Wesentliche Merkmale hierbei sind Disziplin, Ordnung, Hierarchie, Loyalität, Gehorsam etc., was als ein weiterer Antriebsmotor für die Wirtschaft interpretiert werden kann.⁵²¹

Wie sich zeigt, sind für das Sozialkapital Südkoreas gewisse Alleinstellungsmerkmale konstatierbar, was in der Summe als wesentlicher Antriebsmotor für die Wirtschaft des Landes herangezogen werden muss. Dennoch sind die damit einhergehenden Effekte nicht immer positiv, bedenkt man u. a. die potenziellen gesundheitlichen Auswirkungen.⁵²² Nichtsdestotrotz handelt es sich hierbei um eine wesentliche kontextspezifische Rahmenbedingung im Zusammenhang mit den Entwicklungen seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts. Ferner können mit dem Sozialkapital, insbesondere aber mit dessen Einflussgrößen alle weiteren hier vorgestellten kultargesellschaftlichen Besonderheiten besser nachvollzogen werden, insbesondere die wirtschaftlichen Umwandlungen.

⁵¹⁵ Schwekendiek 2016, S. 55f.

⁵¹⁶ Schwekendiek et al. 2013, S. 152f.

⁵¹⁷ Schwekendiek 2016 S. 57f.

⁵¹⁸ Ebd., S. 56.

⁵¹⁹ Ebd., S. 58 nach Lie 1998; Janelli / Yim 1993.

⁵²⁰ Schwekendiek 2016, S. 61.

⁵²¹ Ebd., S. 60f.

⁵²² Ebd., S. 62.

5.3.2 Soziokulturell induzierte Lebensstile

Alkoholkultur

Eine weitere gewichtige Eigenart im Zusammenhang mit den kulturgesellschaftlichen in der Folge aber auch gesundheitsbedenklichen Faktoren in Südkorea ist der ausgeprägte Alkoholkonsum, was zwar nicht nur in Südkorea als ein Mittel zur Flucht aus dem Alltag angesehen werden muss, sondern dort sogar sehr stark ausgeprägt ist.⁵²³ Laut WHO spielen hierbei vor allem auch einschlägige sozioökonomische Veränderungen in Südkorea eine gewichtige Rolle⁵²⁴, was somit auch auf einen eindeutigen Zusammenhang mit der Modernisierung des Landes hindeutet. Aus kulturanthropologischer Sicht aber ist es vor allem auch ein soziokulturelles Phänomen, welches zudem an der in Südkorea ebenfalls stark ausgeprägten Gruppenkultur festgemacht werden kann.⁵²⁵ In jedem Fall aber ist diese kulturelle Eigenart mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden, was am Beispiel Südkorea in offensichtlicher Weise nachvollzogen werden kann. Mithilfe der nächsten Abbildung (Abb. 7) wird hierzu der Alkoholkonsum pro Kopf für den Zeitraum 1961 bis 2016 sowie nach Art des alkoholischen Getränks aufgegliedert dargestellt. Anhand der Daten lässt sich nicht nur der vergleichsweise hohe Alkoholkonsum in Südkorea nachvollziehen, sondern insbesondere auch ein erster Zusammenhang zum Einfluss der Modernisierung herleiten. Denn es ist deutlich zu erkennen, dass der Alkoholkonsum während des hauptsächlich wirtschaftlichen Aufstiegs Südkoreas erhöht ist. Der weitere und plötzliche Anstieg gegen Ende der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts lässt sich derweil auf die Finanz-, Währungs- und Wirtschaftskrise Ostasiens zurückführen. Und seit Mitte der Nullerjahre verbleibt der Konsum auf einem vergleichsweise hohen Niveau. In jedem Fall sind damit natürlich auch erste theoretische Aussagen im Hinblick auf Mortalität und ferner auch Morbidität möglich.

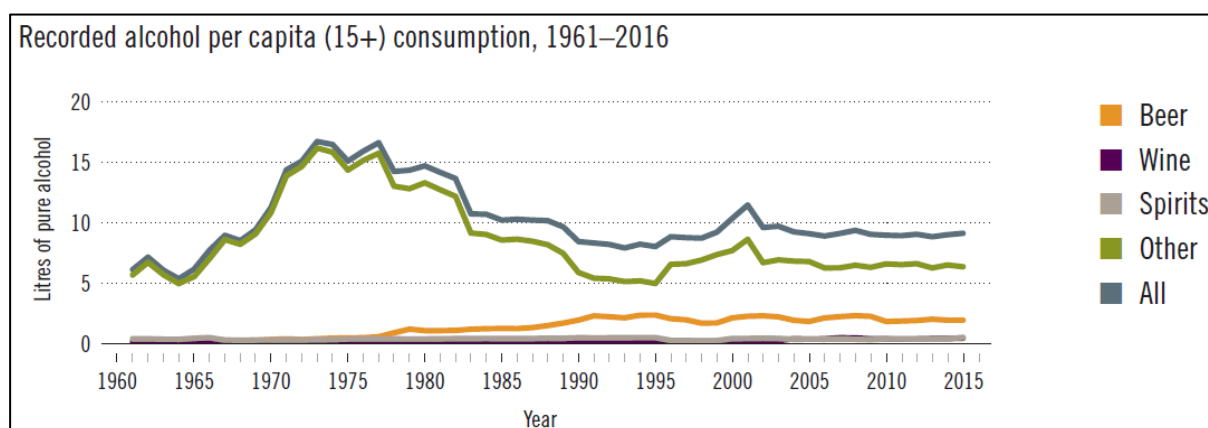


Abb. 7: Dokumentierter Alkoholkonsum pro Kopf im Alter 15 Jahre und älter nach Art des Alkohols, 1961 bis 2016 (Quelle: WHO 2018, S. 332)

⁵²³ Lee 1998, S. 29f, 33f; Sharpe et al 2001, S. 8f; Park et al. 1998, S. 170f.

⁵²⁴ WHO 2004, S. 1.

⁵²⁵ Lee 1998, S. 34f. Zur Gruppenkultur vgl. Kap. 5.3.1.

Nach Angaben der WHO liegt der dokumentierte, durchschnittliche Alkoholkonsum in den Jahren 2010-2016 bei knapp zehn Litern pro Kopf, wobei man von einer höher liegenden Dunkelziffer ausgeht. In jedem Fall liegt Südkorea damit knapp 3 Liter über dem ermittelten Durchschnitt für die gesamte westpazifische Region.⁵²⁶ Entscheidend aber ist auch die Art des Alkohols. Während beispielsweise in Deutschland der Alkoholkonsum für den gleichen Zeitraum bei etwas über elf Litern liegt und damit eigentlich höher ist, überwiegt in Südkorea der Konsum von höher- und hochprozentigen Destillaten. In Südkorea sind es im Beispieljahr 2016 etwa 76% an höher- und hochprozentigen Getränken. In Deutschland hingegen sind es insgesamt „nur“ 19%.⁵²⁷

Überdies ist der Konsum in Südkorea bei beiden Geschlechtern stark ausgeprägt, obgleich sich Männer abheben⁵²⁸ und auch stärker in das kulturgebundene Trinkverhalten einbezogen sind.⁵²⁹ In der logischen Folge ist auch die Inzidenz alkoholbedingter Erkrankungen und Unfälle entsprechend groß.⁵³⁰ Entscheidend erscheint auch der Entwicklungsverlauf, wobei die totale Entwicklung für sich spricht. Demnach ist mit Beginn der Modernisierung in Südkorea auch der Alkoholkonsum entsprechend stark angestiegen – was sicherlich auch eine Folge der polithistorischen Umstände ist – und sinkt mit der Demokratisierung des Landes wieder ab. Tatsächlich müssen modernisierungsbedingte Entwicklungen und damit einhergehende positive Effekte wie der wirtschaftliche Aufstieg nicht unbedingt auch Zufriedenheit steigernd innerhalb der Bevölkerung wirken.⁵³¹ Hierbei sei unterstellt, dass der Konsum von Alkohol mit der Zufriedenheit korreliert. Und tatsächlich waren die polithistorischen Voraussetzungen bis in das späte 20te Jhd. hinein alles andere als zufriedenstellend, was als ein Erklärungsansatz für den erhöhten Alkoholkonsum in den Jahren der Kernmodernisierung sein kann. Hingegen lässt sich der starke Anstieg zu Beginn der Jahrtausendwende womöglich auf die Auswirkungen der Asienkrise zurückzuführen. Das Niveau ist seitdem fast unverändert mit einer leichten Tendenz nach unten. Laut OECD liegt der dokumentierte Wert für das Jahr 2014 bei 9 Litern pro Kopf.⁵³² Den charakteristischen Alkoholkonsum gilt es als Einflussfaktor zu berücksichtigen.

Zigarettenkonsum

Auch der Zigarettenkonsum in Südkorea ist an kulturgesellschaftliche Voraussetzungen gebunden. Das betrifft vor allem entsprechende Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Frau und Mann.⁵³³ Die koreanische Gesellschaft steht dem Rauchen grundsätzlich negativ

⁵²⁶ Vgl. WHO 2018, S. 332.

⁵²⁷ Ebd, S. 212 & 332.

⁵²⁸ Sharpe et al 2001, S. 8f; Lee 1998, S. 30.

⁵²⁹ Lee 1998, S. 29ff.

⁵³⁰ WHO 2018, S. 332; Jung et al. 2012, S. 301f; Park et al. 1998, S. 170f.

⁵³¹ Lee 1980, S. 283.

⁵³² OECD 2017b.

⁵³³ Woo 2012, S. 18; Chung et al. 2010, S. 1969; Jee et al. 2004, S. 341.

gegenüber. Basierend auf der konfuzianistischen Ideologie sind Frauen von dieser abweisenden Einstellung aber stärker betroffen als Männer. Insbesondere für verheiratete Frauen in Südkorea wird Rauchen als inakzeptabel angesehen. Zwar neigen auch Männer eher dazu mit dem Rauchen aufzuhören, wenn sie in den Ehestand treten. Doch während der Konsum bei Männern insgesamt eine größere Akzeptanz erfährt, wird es bei Frauen generell nicht gerne gesehen, und zwar aufgrund der nach wie vor vom Konfuzianismus geprägten Erwartungsbilder gegenüber einer Frau in Südkorea.⁵³⁴ Nicht zuletzt ist bei Frauen in Südkorea aber auch ein bewussterer Umgang mit Gesundheit zu unterstellen.⁵³⁵

Trotz einer generell negativ behafteten Einstellung gegenüber dem Rauchen war und ist der Anteil an Männern mit täglichem Zigarettenkonsum weltweit am höchsten, was schließlich auch den Gesamtwert stark beeinflusst.⁵³⁶ Für Frauen hingegen ist ein seit jeher sehr niedriger Konsumwert zu konstatieren.⁵³⁷ Zwar ist das Konsumverhalten der Männer seit der Mitte der 1990er Jahre deutlich zurückgegangen, was nicht zuletzt auch auf entsprechende Anti-Raucher-Kampagnen sowie weitere Maßnahmen der Regierung zurückzuführen ist⁵³⁸, allerdings gehört man damit – und das insbesondere aufgrund der Raucherprävalenz der Männer – immer noch zu den weltweiten Spitzenreitern.⁵³⁹ Sorge bereitet vor allem auch der hohe Anteil an Rauchern unter den Minderjährigen. Im Vergleich zu anderen hoch entwickelten Nationen liegt Südkorea sogar deutlich über dem Durchschnitt.⁵⁴⁰ Ferner gilt es den in den Daten als eigentlich sehr niedrig ausgewiesenen Zigarettenkonsum von Frauen vor dem Hintergrund soziokultureller Merkmale weiter zu hinterfragen. In die Statistiken fließen nämlich nur gemeldete Fälle ein, sodass der Wert aufgrund einer nicht veräußerten Dunkelziffer in Wahrheit etwas höher sein.⁵⁴¹ In jedem Fall gehen mit dem Zigarettenkonsum entsprechende Gesundheitsrisiken für beide Geschlechter einher. So lässt sich parallel zum seit Ende des Korea-Krieges deutlich angestiegenen Zigarettenkonsum auch ein entsprechender Anstieg verschiedenartiger Arten von Bösartigen Neubildungen feststellen. Nachweisbare Risiken bestehen aber auch im Zusammenhang mit Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.⁵⁴² Davon betroffen sind zwar beide Geschlechter, allerdings lassen sich für die Männer in Südkorea deutlich stärkere und vielfältigere Zusammenhänge konstatieren als es bei den Frauen der Fall ist. Für die letztgenannte Bevölkerungsgruppe korreliert vor allem der Anstieg von Lungenkrebsraten.⁵⁴³

⁵³⁴ Woo 2012, S. 17f; Chung et al. 2010, S. 1969ff.

⁵³⁵ Jee et al. 2004, S. 346.

⁵³⁶ OECD 2017f; Jee et al. 2004, S. 341.

⁵³⁷ OECD 2017f.

⁵³⁸ Lim et al. 2015, S. 941ff.

⁵³⁹ OECD 2017f.

⁵⁴⁰ Eriksen et al. 2015a, S. 1; Choi et al. 2014, S. 1ff.

⁵⁴¹ Eriksen et al. 2015b, S. 34.

⁵⁴² Choi et al. 2014, S. 1.

⁵⁴³ Jee et al. 2004, S. 341 & 346.

Nichtsdestotrotz – und auch entgegen der vergleichsweise hohen Raucherprävalenz in ROK – scheinen die Risikoausprägungen in westlichen Nationen deutlich größer zu sein. Einerseits konsumieren Raucher in Südkorea durchschnittlich deutlich weniger Zigaretten. Andererseits werden in Südkorea nach wie vor überwiegend heimische Produkte mit einer geringeren Dosierung an gefährdenden Inhaltsstoffen konsumiert.⁵⁴⁴ Insgesamt lassen sich jedenfalls auch im Zusammenhang mit dem Rauchverhalten kulturspezifische Merkmale feststellen. Diesen Abschnitt abschließend sei noch die Tatsache erwähnt, dass der Anstieg der männlichen Raucherprävalenz schließlich auch parallel zur Modernisierung des Landes stattfand und auch erst seit den stabilen politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen der 1990er sinkt.

Esskultur

Als eine weitere Besonderheit ist die koreanische Esskultur zu benennen. Der Fokus soll dabei auf Veränderungen im Ernährungsverhalten im Kontext der rasanten Umwandlungen liegen. Im Zuge der Globalisierung orientierte man sich in Südkorea spätestens ab den 1980er Jahren zunehmend an westlichen Lebensstilen.⁵⁴⁵ Hinzu kommen grundsätzliche Zusammenhänge zwischen Modernisierung und Ernährung.⁵⁴⁶ Es wäre also nicht verwunderlich, wenn sich die modernisierungsbedingten Entwicklungen auch auf die Esskultur der Südkoreaner ausgewirkt hätten, mit wiederum entsprechenden Folgen für die Mortalität. Zwar ist der Wandel in den Ernährungsweisen in Südkorea deutlich schwächer ausgeprägt, als in anderen OECD-Ländern. Tatsächlich ist Südkorea nach Japan das Land mit dem geringsten Anteil an Übergewichtigen und Fettleibigen Personen.⁵⁴⁷ Denn trotz entsprechender Umwälzungen und Globalisierungsprozesse konnte die traditionelle Ernährungsweise bis heute weitestgehend bewahrt werden, was als eine weitere besondere Charakteristik in der Modernisierung des Landes gilt.⁵⁴⁸ Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse Veränderungen in Ernährungsgewohnheiten unbewusst stattgefunden haben, berücksichtigt man bspw. den deutlichen Anstieg in der Körpergröße von Kindern seit den 1970er Jahren⁵⁴⁹, aber auch Aspekte des epidemiologischen Wandels in Südkorea.⁵⁵⁰

Hinsichtlich der negativen Auswirkungen im modernisierungsbedingten Wandel der Ernährung in Südkorea – auch einhergehend mit der Internationalisierung oder drastischer ausgedrückt der zunehmenden „Verwestlichung der Esskultur“ – war man bereits ab den späten 1980er Jahren um eine konsequente Umsetzung präventiver Maßnahmen bemüht.⁵⁵¹ Hierzu lassen sich bis hin

⁵⁴⁴ Ebd., S. 346.

⁵⁴⁵ Leerik 1980, S. 286.

⁵⁴⁶ Vgl. Popkin / Ng 2006; Popkin 2006; Popkin 2003.

⁵⁴⁷ OECD 2017a, S. 3ff.

⁵⁴⁸ Lee et al. 2002, S. 197 & 200; Kim et al. 2001, S. S48.

⁵⁴⁹ Schwekendiek 2016, S. 96ff.

⁵⁵⁰ Kim et al. 2001, S. S. 53.

⁵⁵¹ Lee et al. 2002, S. 197.

zur Jahrtausendwende keine nennenswert negativen Veränderungen in der Prävalenz von Übergewicht oder Fettleibigkeit sowie dadurch induzierter Erkrankungen feststellen. Hierzu trägt auch ein bis hin zur Jahrtausendwende geringer Konsum fettreicher Nahrungsmittel bei⁵⁵², was im deutlichen Kontrast zu weltweiten Entwicklungen im Zusammenhang mit Modernisierung und Ernährungsverhalten steht, insbesondere auch bezogen auf den ostasiatischen Raum.⁵⁵³ Eine positive Konsequenz hieraus ist ein nach wie vor geringer Level an übergewichtigen Personen in Südkorea. Die Gründe hierfür können also zusammengefasst werden in: eine (nach wie vor) ausgewogene, eiweiß- und kohlenhydratreiche sowie fettarme Ernährung; unterschiedliche Maßnahmen zum Erhalt dieser traditionellen koreanischen Ernährungsweisen.⁵⁵⁴

Aktuelle Entwicklungen weisen allerdings auch auf erste negative Trends hin. So ist der Anteil an übergewichtigen und fettleibigen Personen in Südkorea seit der Jahrtausendwende und insbesondere in der männlichen Bevölkerung leicht angestiegen.⁵⁵⁵ Ein Grund hierfür kann der größer gewordene Fettanteils in der Ernährung der Südkoreaner sein.⁵⁵⁶ In jedem Fall liegt man im OECD-Vergleich in Bezug auf Übergewicht und Fettleibigkeit immer noch an unterster Stelle⁵⁵⁷, was nicht zuletzt auch auf den positiven Entwicklungstrend bei Frauen zurückzuführen ist.⁵⁵⁸ Und insgesamt betrachtet gilt der hohe Alkohol- und Zigarettenkonsum in Südkorea als deutlich größeres Gesundheitsrisiko als das Essverhalten.⁵⁵⁹ Somit sind mögliche Veränderungen im Essverhalten auch nicht als einer der Hauptgründe für den bereits seit den 1970er Jahren immer weiter voranschreitenden epidemiologischen Wandel anzuführen. Neben weiteren Aspekten im Risikoverhalten erscheint auch der demografische Wandel als der zunächst wesentlich bessere Erklärungsansatz.⁵⁶⁰ Schreitet der Wandel im Essverhalten aber voran, ist ein Anstieg in der Prävalenz und Inzidenz Übergewichts-induzierter Erkrankungen nicht mehr auszuschließen.⁵⁶¹ Aktuelle Entwicklungen zum Übergewicht und Fettleibigkeit sprechen jedenfalls für sich.⁵⁶²

⁵⁵² Ebd., S. 199; Kim et al. 2001, S. S51f.

⁵⁵³ Kim et al. 2001, S. S54.

⁵⁵⁴ Ebd., S. S54.

⁵⁵⁵ Vgl. Schwekendiek 2016, S. 101f & 105f; Kim et al. 2001; OECD 2017a, S. 3ff; OECD 2017c.

⁵⁵⁶ KCDC 2016

⁵⁵⁷ OECD 2017a, S. 3ff; OECD 2017c. Nur noch Japan weist geringere Werte auf (vgl. OECD 2017a, S. 3)

⁵⁵⁸ KCDC 2016.

⁵⁵⁹ Schneidewind 2010, S. 81.

⁵⁶⁰ Kim et al. 2001, S. S. 53f.

⁵⁶¹ Lee et al. 2002; Kim et al. 2001.

⁵⁶² KCDC 2016; Schwekendiek 2016, S. 105ff; Kim et al. 2001, S. S53f.

5.3.3 Weitere soziokulturell induzierte Merkmale

Arbeitskultur und Arbeitsbedingungen

Für Südkorea sind die längsten Arbeitszeiten unter den hoch entwickelten Ländern der Welt nachweisbar.⁵⁶³ Auch liegt Südkorea weit über dem OECD-Schnitt und unter anderem auch weit vor Japan. Schlusslicht bildet Deutschland.⁵⁶⁴ Die nachstehende Abbildung (Abb. 8) gewährt hierzu einen Einblick.

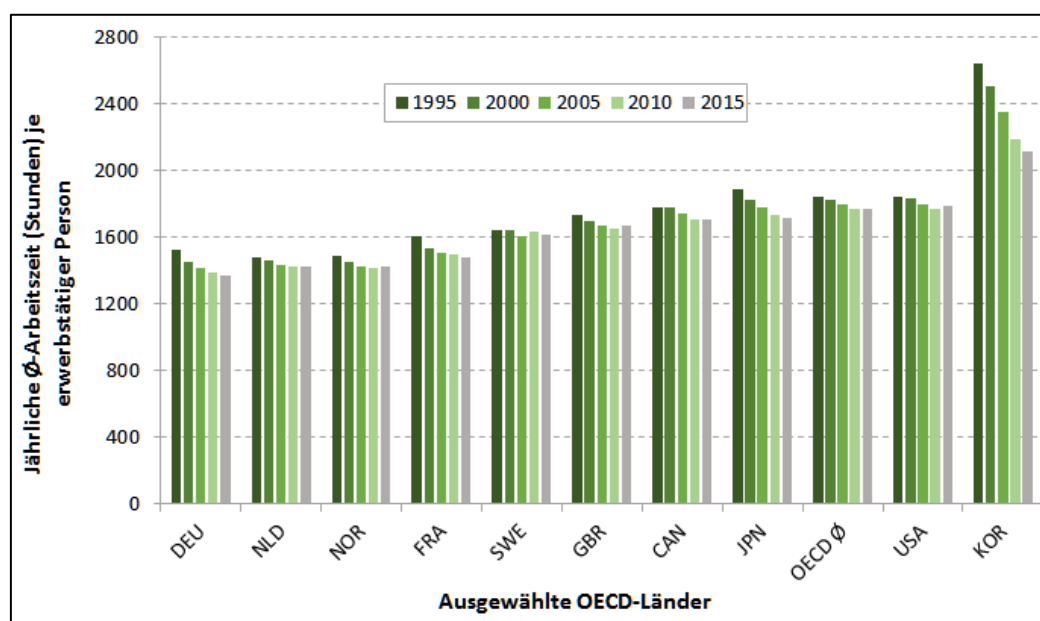


Abb. 8: Arbeitsstunden in Südkorea im Vergleich zu ausgewählten OECD-Ländern, 1995-2015 (Quelle: Eigene Darstellung nach OECD 2017d)

Zwar sind die Werte für Südkorea in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gesunken⁵⁶⁵, allerdings bleibt die Spitzenreiterrolle des Landes unangefochten. Sicherlich können die Arbeitszeiten oder vielmehr die koreanische Arbeitsethik/-moral⁵⁶⁶ als ein wesentlicher Antriebsmotor für den rasanten Aufstieg Südkoreas betrachtet werden. Entscheidend in diesem Zusammenhang ist aber auch, dass sich derartig lange Arbeitszeiten – im Fall von Südkorea ist sogar die Rede von einer „extremen Arbeitskultur“⁵⁶⁷ – nachhaltig auf die Sicherheit und im Speziellen auf die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung auswirken.⁵⁶⁸ Zwar versucht man dem Problem spätestens seit der Jahrtausendwende u.a. auch mit entsprechenden politischen Maßnahmen entgegenzuwirken, was sich auch auf die abgebildete Entwicklung zur durchschnittlichen Arbeitszeit in Südkorea ausschlägt. Nichtsdestotrotz sind hohe und (sektor-

⁵⁶³ Park et al. 2017; S. 1; Schwekendiek 2016, S. 138.

⁵⁶⁴ OECD 2017d.

⁵⁶⁵ Siehe hierzu auch die Angaben der OECD 2017d.

⁵⁶⁶ Vgl. Kim / Jaffe 2010, S. 178ff. Siehe hierzu auch den vorangestellten Abschnitt zum Sozialkapital.

⁵⁶⁷ Schwekendiek 2016, S. 138.

⁵⁶⁸ Park et al. 2017, S. 1; Kim et al. 2015, S. 85.

bzw. branchenbedingt) auch extreme Arbeitszeiten nach wie vor keine Seltenheit, wobei ein wesentliches Problem hierbei auch Überstunden darstellen.⁵⁶⁹ In der logischen Folge führt die Kombination aus zu hohen Arbeitszeiten und nicht immer angemessenen Arbeitsbedingungen (Sicherheit, Arbeitsplatzumgebung, Arbeitsintensität etc.) zu vielfältigen physischen als auch psychischen Gesundheitsdefiziten.⁵⁷⁰

Bildungsgrad und Bildungsstreben

Bildung hat einen nachweisbaren Einfluss auf Gesundheit und in Folge auch auf entsprechende Entwicklungen in der Mortalität, aber auch Morbidität. Das kann bspw. anhand der beruflichen Stellung festgemacht werden, die einerseits mit dem Bildungsgrad korreliert, andererseits aber auch mit Arbeitsplatzbedingungen, die in höheren beruflichen Stellungen besser sein sollten.⁵⁷¹ Mit einem hohen Bildungsstand werden also vor allem positive Effekte auf Mortalität und Morbidität assoziiert. Am Beispiel Südkorea müssen diese allgemeinen Aussagen aber einmal mehr relativiert werden. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass der Bildungsgrad in Südkorea und insbesondere der Bevölkerung unter 50 Jahren sehr hoch ist, was nicht zuletzt auf den hohen Bildungseifer der Koreaner zurückzuführen ist.⁵⁷² Zudem gelten der Bildungseifer und die damit einhergegangene rasche Bildungsexpansion der Koreaner als treibende Kraft in der wirtschaftlichen Entwicklung des Landes.⁵⁷³ Ferner steht das Bildungsstreben der Koreaner auch im Zusammenhang mit nach wie vor konfuzianistisch geprägten Werten und Normen.⁵⁷⁴ Am Beispiel Südkorea sind aber auch negative Aspekte des Bildungseifers zu nennen, wie z. B. ein hoher Grad an Bildungskonkurrenz und die hohen privaten Bildungskosten.⁵⁷⁵ Zudem täuscht der hohe Bildungsstand der jungen und mittelalten Bevölkerung über den vergleichsweise niedrigen Bildungsstand der höheren Altersklassen hinweg. Auch bestehen große Unterschiede zwischen Stadt und Land, wobei anzumerken ist, dass das mittlere Alter der Landbevölkerung weitaus höher ist, als im urbanen Raum.⁵⁷⁶ Somit kann der Bildungsgrad und das hohe Bildungsstreben der Koreaner einerseits als positiv für die Entwicklungen der Mortalität und Morbidität erachtet werden, andererseits aber können damit auch negative Aspekte wie bspw. die erhöhten Freitodraten unter jungen Erwachsenen assoziiert werden.⁵⁷⁷ Das widerspricht dem gemeinhin als positiv zu bewertenden Effekt von Bildung⁵⁷⁸ und macht Bildung in ROK zu einer ambivalenten Angelegenheit.

⁵⁶⁹ Park et al. 2017, S. 4. Siehe hierzu auch die Ausführungen von Eurofound 2012.

⁵⁷⁰ Kim et al. 2015, S. 87f. Siehe hierzu auch die Ausführungen von Park / Lee 2008.

⁵⁷¹ Schneider 2002, S. 44.

⁵⁷² Schneidewind 2013, S. 71; Lee 2007, S. 22ff.

⁵⁷³ Lee 2007, S. 24.

⁵⁷⁴ Schneidewind

⁵⁷⁵ Lee 2007, S. 24.

⁵⁷⁶ Schneidewind 2013, S. 72; Lee 2007, S. 22f.

⁵⁷⁷ Lee 2007, S. 24.

⁵⁷⁸ Vgl. u. a. die Ausführungen von Becker 1998.

Religiosität und Wertelehre

Die soziokulturellen Besonderheiten Südkoreas abschließend soll noch auf die Religiosität und Wertelehre des Landes eingegangen werden. In beiden Aspekten unterscheidet man sich nicht nur von der westlichen Welt, sondern gilt auch innerhalb Asiens als Einzelfall. So ist bspw. die religiöse Vielfalt ein wesentliches Merkmal des Landes.⁵⁷⁹ Darüber hinaus sind auch hier charakteristische Merkmale (im Laufe der Zeit) und potenzielle Einflüsse festzuhalten.

Gemeinhin wird angenommen, dass Religiosität einen positiven Einfluss auf Mortalität und Morbidität haben kann. Hierfür sprechen nicht nur theoretisch formulierte Netzwerk-, Support- oder Stabilisierungseffekte⁵⁸⁰, die dazu führen, dass konfessionell Gebundene wahrscheinlich geringeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, als Konfessionslose.⁵⁸¹ Solche positiven Effekte wurden sogar bereits in (allerdings nicht repräsentativen) Studien zum Zusammenhang zwischen Religion und mentaler Gesundheit nachgewiesen.⁵⁸² Ferner wird angenommen, dass vor allem auch der christliche Glaube gesundheitlich stabilisierend wirken kann⁵⁸³, was aber höchst spekulativ erscheint. Dennoch ist positiver Zusammenhang nicht auszuschließen. Allerdings wird dieser Zusammenhang im Kontext von Mortalität und Morbidität nur wenig beachtet und ist daher noch nicht in umfassender Weise erforscht.⁵⁸⁴ Positive Effekte auf die mentale Gesundheit lassen sich aber nicht nur im Kontext von Religiosität feststellen, sondern sind auch im Zusammenhang von Wertelehren wie dem Konfuzianismus nachweisbar.⁵⁸⁵ Und sowohl Religiosität als auch die konfuzianistische Wertelehre bilden in Südkorea der Gegenwart eine soziokulturelle Vorausbedingung, die es – unter der Annahme einer positiven Wirkungsweise auf Prozesse wie Mortalität und Morbidität – als erklärenden Einflussfaktor zu berücksichtigen gilt. Allerdings ist man gleichzeitig auch mit dem Problem konfrontiert, dass bspw. die konfuzianistischen Normen und Werte sowie deren Wandel über die Zeit nur schwer messbar gemacht werden können und daher wahrscheinlich auch nur in indirekter Weise auf Muster der Mortalität und Morbidität anzuwenden sind. Nichtsdestotrotz gilt es den koreanischen Konfuzianismus als einen nicht unwesentlichen soziokulturellen Einflussfaktor zu berücksichtigen, und zwar nicht nur im Kontext wirtschaftsstrukturellen Wandels.⁵⁸⁶

Konfessionalität lässt sich zwar besser erfassen. In ROK bilden der Buddhismus mit 15,5%, der Katholizismus mit 7,9% und der Protestantismus mit 19,7% die drei Hauptreligionen. Knapp 56,1% der Bevölkerung ist allerdings ohne Konfession mit aktuell steigender Tendenz.⁵⁸⁷

⁵⁷⁹ Kim 2002.

⁵⁸⁰ Schneider 2002, S. 62f.

⁵⁸¹ Ebd., S. 65.

⁵⁸² Seonmun et al. 2017, S. 3.

⁵⁸³ Schneider, S. 65.

⁵⁸⁴ Seonmun et al. 2017, S. 12; Schneider 2002, S. 61.

⁵⁸⁵ Vgl. u. a. Wang et al. 2016.

⁵⁸⁶ Vgl. Schwekendiek 2016, S. 48.

⁵⁸⁷ Seonmun et al. 2017, S. 2.; Statistics Korea 2016, S. 4. Für eine Darstellung zum Wandel über die Zeit sie auf den Anhang der Arbeit verwiesen. Tatsächlich ist die Datenlage hierzu nur unvollständig.

Spätestens aber bei der Interpretation der gelebten religiösen Werte im Zusammenhang mit Mortalität und Morbidität stößt man auch hier auf Grenzen. Und auch wenn eine aktuelle Studie aus und für Südkorea für positive Effekte der verschiedenen Religionen auf die mentale Gesundheit spricht⁵⁸⁸, bleiben Fragen zur Konfessionslosigkeit, der anderen Religionen sowie der Vielfalt an religiösen Untergruppierungen etc. offen. Insofern bleibt Religiosität und die konfuzianistische Wertelehre in Südkorea schwierig zu bewerten.

5.4 Bevölkerungsdynamik und Vitalstruktur in Südkorea

Der im Fokus stehende Prozess der Mortalität kann nicht vollkommen losgelöst von anderen demografischen Prozessen und Entwicklungen diskutiert werden. Denn grundsätzlich gilt, dass sich nicht allein nur Mortalität für das Zustandekommen und die Veränderung der Struktur der Bevölkerung und Gesundheit verantwortlich zeigt.⁵⁸⁹ Aber auch darüber hinaus ist in Bezug auf Südkorea nicht nur die Mortalität, sondern eben die gesamte demografische Dynamik des Landes ein leitender Aspekt.⁵⁹⁰ Bevor sich also den spezifischen Mustern der Mortalität gewidmet wird, soll ein grundlegendes Verständnis über die demografischen Vorgänge, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Modernisierung in Südkorea, geschaffen werden.

Um die Bevölkerungsentwicklung und -struktur in Südkorea gänzlich nachzuvollziehen, kann nicht allein nur auf die Dynamiken seit Teilung der koreanischen Halbinsel Bezug genommen werden, insbesondere auch deshalb nicht, da sich der Süden seit Gründung bereits inmitten demografischer Umwälzungen befindet, unter anderem erkennbar am Prozess der demografischen Transition.⁵⁹¹ Der Einfluss auf entsprechende Muster in der Mortalität ist dabei unmittelbar, wenngleich davon ausgegangen werden muss, dass die modernisierungsbedingten Umwandlungen ab den 1960er Jahren verstärkten Einfluss genommen haben. Somit muss für die konsequente Beurteilung demografischer Prozesse, mit Fokus auf mortalitätsspezifische Entwicklungen, chronologisch bereits weit vor der Teilung Koreas angesetzt werden, wobei darauf hingewiesen sei, dass sich im Rahmen der Untersuchung natürlich nicht im Detail mit den Prozessen des alten Koreas auseinandergesetzt werden kann. Vielmehr gilt es einige stichhaltige und zusammenhangsbegründende Aspekte aufzuarbeiten, beginnend bei der Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsstruktur. Darüber hinaus gilt es auch auf gewisse Abweichungen in der statistischen Dokumentation hinzuweisen, was insbesondere die Bevölkerungsprozesse vor Teilung der koreanischen Halbinsel betrifft.

⁵⁸⁸ Vgl. Seonmun et al. 2017; Statistics Korea 2016.

⁵⁸⁹ Feichtinger 1973, S. 54.

⁵⁹⁰ Mason et al. 1980, S. 379.

⁵⁹¹ Kim 1994, S. 138ff; Mason et al. 1980, 383ff; Kwon 1980, S. 52ff; Kwon et al. 1975, S. 3ff.

Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, das vorliegende Kapitel in drei gedankliche Abschnitte zu unterteilen, und zwar orientiert an den Ausführungen entsprechender Literatur⁵⁹², wobei es den Fokus anzupassen gilt. In ihrer Auseinandersetzung zum Bevölkerungswachstum in Korea gliedern die Autoren in historische und gegenwärtige Trends.⁵⁹³ Allerdings erscheint vor dem Hintergrund der Untersuchung die Einteilung in vergangene, neuzeitliche und zukünftige Trends als sinnhafter. Speziell die Umformulierung der gegenwärtigen Trends in neuzeitliche Trends sei wesentlich vorteilhafter. Der erste Abschnitt zu den vergangenen Trends widmet sich der Periode um die Jahrhundertwende bis in die späten 1950er Jahre hinein. Im Abschnitt zu den neuzeitlichen Trends werden die Entwicklungen seit den 1960er Jahren bis in die Gegenwart behandelt, was neben gegenwärtigen Entwicklungen ausdrücklich auch die Periode der charakteristischen Modernisierung in Südkorea einschließt. Im letzten Abschnitt über die zukünftigen Trends wird in Kürze noch auf Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung eingegangen.

Historische Trends

Die Bevölkerungsentwicklung Koreas ist bis in das 15te Jahrhundert hinein verhältnismäßig gut nachvollziehbar. Spätestens ab dem 17ten Jhd. kann sogar von äußerst konsistenten Daten gesprochen.⁵⁹⁴ Im Großen und Ganzen entspricht das Bevölkerungswachstum den typischen Mustern vorindustrieller Gesellschaften, wenngleich es auf spezifische Schwankungen, bedingt durch kontextuelle Rahmenbedingungen, hinzuweisen gilt.⁵⁹⁵ Dramatische Verläufe sind erst ab dem frühen 20ten Jhd. festzustellen, insbesondere zur Kolonialisierung der Halbinsel.⁵⁹⁶ Spätestens hier muss auch vom langsamen Beginn des demografischen Übergangs in Korea gesprochen werden. Die nachstehende Abbildung (Abb. 9, S. 116) fasst hierzu die Bevölkerungsentwicklung ab 1910 bis 1959 zusammen. Die visualisierten Daten sind in die Bevölkerungsentwicklung vor und nach Spaltung der koreanischen Halbinsel untergliedert. Der graue Balken um 1945 symbolisiert somit sowohl das Ende des Zweiten Weltkrieges, als auch die Teilung des Landes. Ab 1945 sind also nur noch Daten für den Süden der Halbinsel umgesetzt, was den Bevölkerungseinbruch erklärt. Zum Ende des Zweiten Weltkriegs lag die Bevölkerung Gesamtkoreas bei geschätzten 25,16 Millionen.⁵⁹⁷ Mit 16,13 Millionen⁵⁹⁸ verbleiben immerhin fast zwei Drittel (64,2%) der Gesamtbevölkerung im Süden der Halbinsel.

⁵⁹² Vgl. u.a. Kwon et al. 1975.

⁵⁹³ Ebd., S. 1ff.

⁵⁹⁴ Kwon 1980, S. 52; Kwon et al. 1975, S. 1f.

⁵⁹⁵ Kwon et al. 1975, S. 1f.

⁵⁹⁶ Kwon 1980, S. 52.

⁵⁹⁷ Statistics Korea 1970, S. 27.

⁵⁹⁸ Kim 1994, S. 136.

5.4 Bevölkerungsdynamik und Vitalstruktur in Südkorea

Bereits zur Kolonialzeit kann von einem Bevölkerungswachstum gesprochen werden.⁵⁹⁹ Innerhalb von 35 Jahren kommt es fast zu einer Verdopplung der Bevölkerungszahl, von 13,13 Mill. um 1910 auf 25,12 Mill. um 1944.⁶⁰⁰ Nicht amtlichen Quellen zufolge handelt es sich für diesen Zeitraum jedoch um ein Plus von (nur) knapp neun Millionen (von 17,43 Millionen im Jahr 1910 auf 25,12 Millionen im Jahr 1944).⁶⁰¹

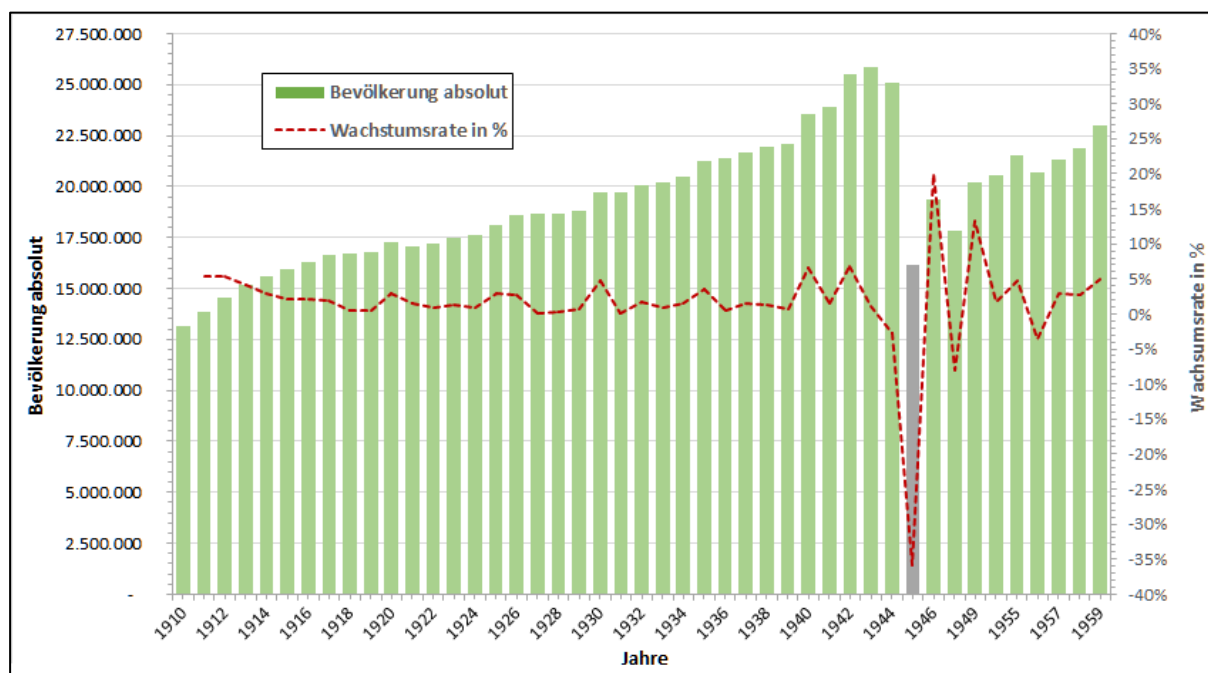


Abb. 9: Bevölkerungswachstum in Südkorea, 1910 bis 1959 (Quelle: Eigene Darstellung nach Statistics Korea 1960, S. 11; Statistics Korea 1970, S. 27; Kim 1994, S. 136)⁶⁰²

An dieser Stelle gilt es kurz auf die bereits angesprochenen Diskrepanzen in den Angaben zur Bevölkerungsentwicklung einzugehen, dargestellt in der nachstehenden Tabelle (Tab. 7, S. 117). Die deutlichsten Unterschiede sind für den Zeitraum 1910 bis 1925 feststellbar, was vermutlich an unterschiedlichen Schätzungsverfahren liegt. Prinzipiell aber ändert sich damit nichts an der Tatsache eines verhältnismäßig starken Bevölkerungszuwachses während der Kolonialperiode. Als primäre Ursache hierfür gelten vor allem stark sinkende Sterblichkeitsverhältnisse infolge der Adaption von Public Health Maßnahmen und präventiver Medizin⁶⁰³, was schließlich auch ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel sowie für die Entwicklungen der Mortalität darstellt.⁶⁰⁴

⁵⁹⁹ Kwon 1980, S. 52; Mason et al. 1980, S. 380. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Bevölkerungsdynamik zur und vor Kolonialzeit siehe Schwekendiek 2016, S. 63f; Kim 1994, S. 135ff; Kwon 1980, S. 51ff; Mason et al. 1980, S. 379ff; Kwon et al. 1975, S. 1ff.

⁶⁰⁰ Statistics Korea 1960, S. 1; Statistics Korea 1970, S. 27.

⁶⁰¹ Kwon et al. 1975, S. 7.

⁶⁰² Daten bis 1959 auf Basis von amtlichen und nicht-amtlichen Schätzungen für die Gesamtbevölkerung sowie adjustiert nach Zensusdaten (ausländerbereinigt und verfügbar für 1920, 1925, 1930, 1935, 1940, 1944, 1949, 1955). Wachstumsraten auf Basis eigenständiger Berechnungen auf Basis der absoluten Bevölkerungsziffern.

⁶⁰³ Kwon 1980, S. 52.

⁶⁰⁴ Siehe u. a. Kap. 5.4 & 5.5.

Tab. 7: Unterschiede in Bevölkerungsabgaben zwischen 1910 und 1925.

Jahr	Bevölkerung (in 1.000)	← Angaben der amtlichen Statistik	Bevölkerung (in 1.000)
1910	13.129		17.427
1915	15.958	Angaben nicht amtlicher Quellen →	17.656
1920	17.264		18.072
1925	19.020		19.020

(Quelle: Eigene Darstellung nach Statistics Korea 1960, S. 11; Statistics Korea 1970, S. 27; Kwon et al. 1975, S. 7)

In Bezug auf Abbildung 9 (S. 116) ist das Wachstumsverhalten zwischen 1945 und 1959 besonders auffällig. Hierbei kann von einer äußerst unruhigen Entwicklung gesprochen werden.⁶⁰⁵ Zugleich sei darauf hingewiesen, dass für die Jahre 1948, 1950, 1951, 1953 und 1954 keine verlässlichen Daten vorliegen, was die Lücken in der Grafik erklären soll. Die Datenlage ist jedoch ausreichend für entsprechende Zusammenhangsbeschreibungen. Zwischen 1945 und 1959 kann zwar eine deutliche Zunahme der absoluten Bevölkerung festgestellt werden, u. a. bedingt durch einen zweifachen Nachkriegsbabyboom. Allerdings gilt es vor allem auch Faktoren wie Flüchtlingsströme oder interne politische Umwälzungen (Bevölkerungsunruhen, Bürgerkrieg, polizeistaatliche Strukturen und Maßnahmen etc.) zu berücksichtigen, was u. a. zu entsprechenden Umverteilungen der Bevölkerung zwischen Nord und Süd geführt hat.⁶⁰⁶ Schließlich gilt es auch auf den Korea-Krieg (1950-1953) mit den typischen Effekten für das Bevölkerungswachstum hinzuweisen. So führte der Korea-Krieg selbsterklärend zu einer erhöhten Sterblichkeit (Kriegsopfer, schlechte gesundheitliche Versorgung etc.) und zu sinkenden Geburten (mitunter bedingt durch illegale Abtreibungen), wobei verstärkte Flüchtlingsströme aus dem Norden der hohen Sterblichkeit und niedrigen Fertilität relativ gut entgegenwirkten.⁶⁰⁷ Zwischen 1955 bis in die 1960er Jahre hinein nimmt schließlich auch der Nachkriegsbabyboom deutlichen Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung. Weitere wichtige Faktoren sind schließlich auch verbesserte Ernährungsbedingungen sowie die medizinische Versorgung.⁶⁰⁸ Insgesamt betrachtet wächst die Bevölkerung Südkoreas innerhalb von 15 Jahren um knapp neun Millionen (von 16,14 Mill. im Jahr 1945 auf ein Niveau von 24,99 Mill. im Jahr 1960) an, was als ein äußerst rapides Wachstum beschrieben werden kann.⁶⁰⁹ Von stabilen Wachstumsverhältnissen darf aber noch keine Rede sein. Die Schwankungen der Wachstumsraten sprechen für sich.

⁶⁰⁵ Kwon 1980, S. 55. Das gilt überdies auch für politische, soziale und ökonomische Ebene.

⁶⁰⁶ Kwon 1980, S. 55f. Der Autor gibt an, dass zwischen 1945 und 1949 in etwa zweieinhalb Millionen Koreaner in den Süden reimmigrierten.

⁶⁰⁷ Kwon 1980, S. 56; Mason et al. 1980, S. 380f; Kwon et al. 1975, S. 5. Für eine ausführliche Auseinandersetzung siehe Kwon 1980, S. 55ff.

⁶⁰⁸ Schwekendiek 2016, S. 64.

⁶⁰⁹ Ebd., S. 63; Mason et al. 1980, S. 379ff.

Neuzeitliche Trends

Die 1960er markieren einen zentralen Wendepunkt in der demografischen Entwicklung Südkoreas.⁶¹⁰ Die Bevölkerung hat sich seither mehr als verdoppelt. Die 50 Millionen-Marke wurde entsprechend der Erwartungen bereits im Jahr 2012 überschritten.⁶¹¹ Zwar kann der absolute Bevölkerungszuwachs als „Bevölkerungsexplosion“ bezeichnet werden⁶¹², allerdings nimmt das relative Wachstum seit den 1960er Jahren stetig ab und strebt aktuell deutlich gegen Null. Dabei liegt die Wachstumsrate vor den 1970er Jahren noch teils deutlich über zwei Prozent⁶¹³, sinkt aber bereits zwischen 1971 bis 1985 auf unter einen Prozent und erreicht bis in das Jahr 2005 hinein ihr erstes Minimum von 0,2%. Danach erholt sich die Wachstumsrate kurzzeitig wieder auf ein Niveau von knapp 0,8%, sinkt bis 2016 nach kurzem Intermezzo aber wieder auf 0,4%.⁶¹⁴ Die nachstehende Abbildung (Abb. 10) zeigt hierzu die jährliche absolute Bevölkerungsentwicklung sowie die dazugehörige Wachstumsrate ab 1960.

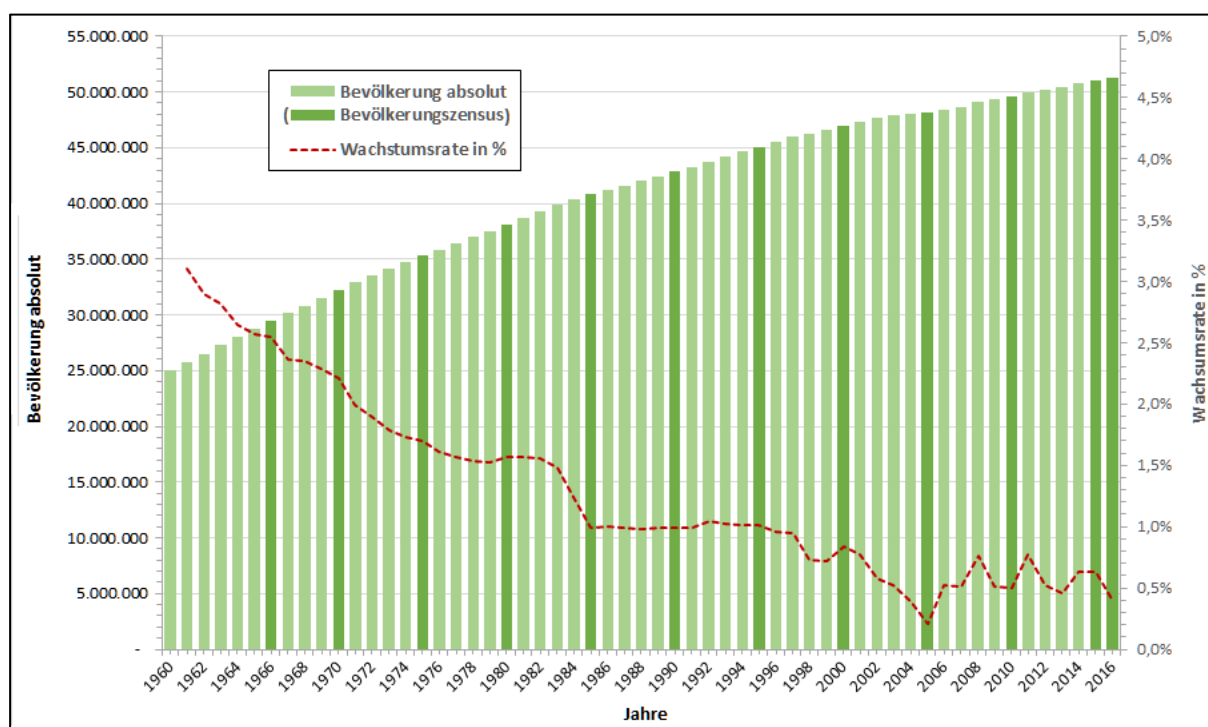


Abb. 10: Bevölkerungswachstum in ROK seit 1960 (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017a; KOSIS 2017b)⁶¹⁵

⁶¹⁰ Choe / Byun 2002, S. 4f; Kwon 1980, S. 56f.

⁶¹¹ Cho 2012, S. 1.

⁶¹² Schwekendiek 2016, S. 63.

⁶¹³ Statistics Korea 1970, S. 27.

⁶¹⁴ KOSIS 2017a.

⁶¹⁵ Daten bis 2016 auf Basis von amtlichen Schätzungen für die Gesamtbevölkerung, adjustiert nach Zensusdaten (verfügbar für 1966, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2016). Wachstumsraten auf Basis eigenständiger Berechnungen auf Basis der absoluten Bevölkerungsziffern.

Das ab den 1960er Jahren weiterhin ansteigende Bevölkerungsniveau lässt sich nicht mehr allein mit der Geburtenentwicklung erklären. Denn auch die Geburtenziffern sind spätestens ab diesem Zeitpunkt deutlich rückläufig.⁶¹⁶ Einerseits versiegen die Effekte des Nachkriegsbabybooms. Andererseits wurde die Geburtenentwicklung nunmehr auch von der nationalen Familienpolitik und Geburtenplanung eingedämmt.⁶¹⁷ Denn auf dem Weg hin zu einem modernen Staat strebte man u. a. danach ein eigentlich für Entwicklungsländer typisches Bevölkerungswachstum schnellstmöglich auszubremsen, um vor allem auch der zunehmenden sozialen Unsicherheit und Bevölkerungsarmut entgegenzuwirken.⁶¹⁸ So ist das absolute Bevölkerungswachstum ab den 1960er Jahren vielmehr mit Veränderungen in den Sterblichkeitsverhältnissen sowie der weiterhin ansteigenden Lebenserwartung erklärbar. Gründe hierfür liegen u. a. in stetig verbesserten Public Health Maßnahmen sowie dem medizinischen Fortschritt.⁶¹⁹ Denn die politischen Maßnahmen sahen nicht nur vor sozial- und wirtschaftsstrukturelle Probleme zu bekämpfen. Auch galt es die immer noch bedenklichen Mortalitätsverhältnisse, speziell auch vor dem Hintergrund der schlechten Gesundheitsstruktur und -versorgung, unter Kontrolle zu bekommen.⁶²⁰ Zusätzlich dazu muss das gezielte vorantreiben der Industrialisierung und Modernisierung des Landes erwähnt werden.⁶²¹ Der damit einhergehende sozioökonomische Wandel spielt eine tragende Rolle im Zusammenhang mit dem Rückgang der Wachstumsraten in Südkorea.⁶²²

Zukünftige Trends

Aktuelle Schätzungen (mittlere Variante) gehen davon aus, dass die Bevölkerungsgröße Südkoreas bereits im Jahr 2031 mit knapp 52,96 Millionen ihr Maximum erreicht und bis 2065 auf unter 43,02 Millionen schrumpft. Folglich werden auch die Wachstumsraten mittelfristig in den negativen Bereich fallen. Bei der niedrigen Variante tritt das negative Wachstum bereits sehr zeitnah ein. Demnach wäre auch das Bevölkerungsmaximum bereits in den frühen 2020er Jahren erreicht. In der hohen Variante schrumpft die Bevölkerung spätestens gegen Ende der 2030er Jahre.⁶²³ Die drei Varianten (niedrig, mittel hoch) sind in der nachstehenden Grafik nachvollziehen (Abb. 11, S. 120).

⁶¹⁶ Schwekendiek 2016, S. 65.

⁶¹⁷ Ebd., S. 64ff; Lee 2007, S. 50; Choe / Byun 2002, S. 3; Kim 1994, S. 140.

⁶¹⁸ Choe / Byun 2002, S. 3; Kim 1994, S. 138f.

⁶¹⁹ Choe / Byun 2002, S. 4; Kwon 1980, S. 52.

⁶²⁰ Kwon 1980, S. 58; Mason et al. 1980, S. 382.

⁶²¹ Jun 2005, S. 28.

⁶²² Kim 2005, S. 6.

⁶²³ KOSIS 2017a.

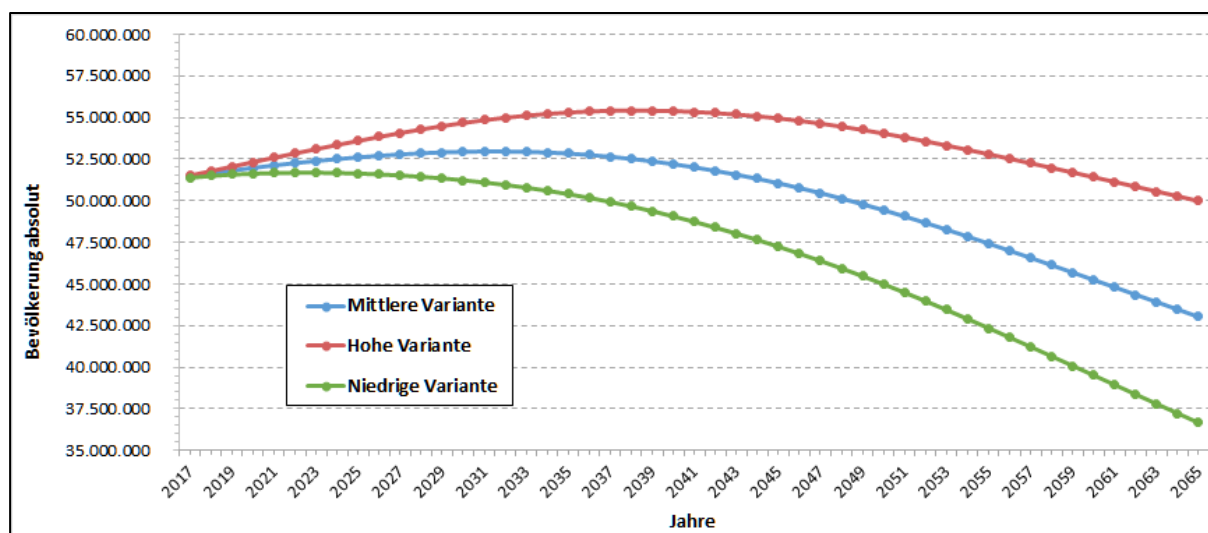


Abb. 11: Bevölkerungsprojektionen für Südkorea in drei Varianten (hoch, mittel, niedrig), 2017 bis 2065 (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017a)

Als wesentliche Ursache für den unausweichlichen Bevölkerungsrückgang kann die bereits seit den 1960er Jahren stetige Abnahme der Geburtenraten angebracht werden.⁶²⁴ In Kombination mit einer rapide angestiegenen Lebenserwartung wird sich auch der demografische Übergang alsbald vollzogen haben.⁶²⁵ Immigration wird diesen Vorgang nicht aufhalten können. Denn einerseits handelt es sich um Südkorea bis dato um kein ein typisches Einwanderungsland, wie es beispielsweise die Bundesrepublik Deutschland ist. Andererseits spielt Immigration wenn überhaupt erst seit den späten 1980er Jahren eine Rolle.⁶²⁶ Tatsächlich gilt Südkorea nach wie vor als homogen⁶²⁷, wengleich zu erwarten ist, dass der Anteil an Migranten in den kommenden Jahren anwächst, und zwar nicht zuletzt auch als strategische Maßnahme um der demografischen Alterung ein wenig entgegenzuwirken.⁶²⁸ Allerdings steht nicht zur Diskussion, ob der Bevölkerung Südkoreas alsbald ein negatives Wachstum bevorsteht, sondern welche Faktoren den größten Einfluss darauf nehmen und mit welchen Maßnahmen man den Konsequenzen entgegenwirken möchte. Denn eine fortschreitende Alterung der Gesellschaft – und somit auch damit verbundene Konsequenzen für die Entwicklung der Morbidität mit u. a. entsprechenden Auswirkungen auf das Gesundheitssystem – ist unausweichlich.⁶²⁹

In jedem Fall sind anhand der Bevölkerungsdynamik in Südkorea nicht nur Besonderheiten im Wachstumsverlauf zu erkennen. Zunächst einmal muss konstatiert werden, dass die charakteristischen Umwandlungsprozesse um die Mitte des vergangenen Jahrhunderts einen

⁶²⁴ Lee 2007, S. 50; Choe / Byun 2002, S. 3.

⁶²⁵ Siehe Kap. 5.4.1.

⁶²⁶ Schwekendiek 2016, S. 90ff.

⁶²⁷ Schwitzer 2010, S. 68ff.

⁶²⁸ Kim / Jaffe 2010, S. 211.

⁶²⁹ Die Kombination aus sinkenden Geburtenziffern und steigender Lebenserwartung führt konsequenterweise zu einer fortschreitenden Alterung der Gesellschaft und kann sogar den Bevölkerungsrückgang zur Folge haben (Ulrich 2012 In: Hurrelmann / Razum 2012, S. 323f).

nachhaltigen Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung nahmen, nehmen und auch in Zukunft noch nehmen werden. Auch sind erste Annahmen über entsprechende Verlaufsmuster zu den wichtigsten demografischen Prozessen, mit Fokus auf der Mortalitätsentwicklung, möglich. Um die bisher gewonnen Eindrücke weiter zu stützen, wird sich im Folgenden der Altersstruktur in Südkorea gewidmet werden. Denn die demografischen Prozesse spiegeln sich nicht nur in der Bevölkerungsentwicklung, sondern auch im Altersaufbau wider.⁶³⁰

5.4.1 Demografische Alterung im Kontext von Modernisierung und Gesundheit

Im Zusammenhang mit der Bevölkerungsdynamik einer Region, gilt es immer auch die Altersstruktur zu thematisieren.⁶³¹ Für die vorliegende Auseinandersetzung lassen sich auf diese Weise aber auch weitere modernisierungsbedingte Einflüsse und Konsequenzen auf die Bevölkerungsentwicklung erörtern, sowie damit im Zusammenhang stehende Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitssystem, mit speziellem Bezug auf die Mortalität und Morbidität, erarbeiten. Zunächst aber gilt es die Altersstruktur in Südkorea, sowie entsprechende Veränderungen über die Zeit, grundlegend zu beschreiben. Ein bewährtes Instrument hierfür sind Alterspyramiden.⁶³² Daran lassen sich nicht nur die Altersstruktur und der Alterungsprozess einer Gesellschaft ablesen. Gleichzeitig können Veränderungen in der Geschlechtsstruktur sowie der Einfluss von Fertilität, Sterblichkeit und Wanderungen identifiziert werden.⁶³³ Zudem können historische Auswirkungen und Ereignisse besser zugeordnet und durch eine Gegenüberstellung verschiedener Entwicklungsstadien auch in ihrem Entwicklungsverlauf noch besser beobachtet und nachvollzogen werden.⁶³⁴

Die nachgestellte Abbildung (Abb. 12, S. 122) zeigt die Altersstruktur der Bevölkerung Südkoreas zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Bereits auf den ersten Blick lassen sich klare Bezüge zu einigen der bisher angesprochenen historischen Ereignisse herstellen. So zeichnen sich nicht nur die Effekte und Nachwirkungen der Kolonialzeit und des Korea-Kriegs deutlich ab. Auch jüngere Ereignisse wie die Asienkrise lassen sich am Altersaufbau ablesen. Besonders deutlich aber wird die rasche Alterung der Gesellschaft in Südkorea, was nicht nur einmal mehr die charakteristischen Dynamiken des Landes betont. Gleichzeitig werden damit die u. a. bei der theoretischen Auseinandersetzung zum epidemiologischen Übergang diskutierten Gesichtspunkte gestützt.⁶³⁵

⁶³⁰ Grünheld / Fiedler 2013, S. 10

⁶³¹ Ulrich 2012, S. 337.

⁶³² Ebd., S. 338.

⁶³³ Grünheld / Fiedler 2009, S. 3 & 7.

⁶³⁴ Nicolaus 2007.

⁶³⁵ Siehe hierzu Kap. 4.4.3.

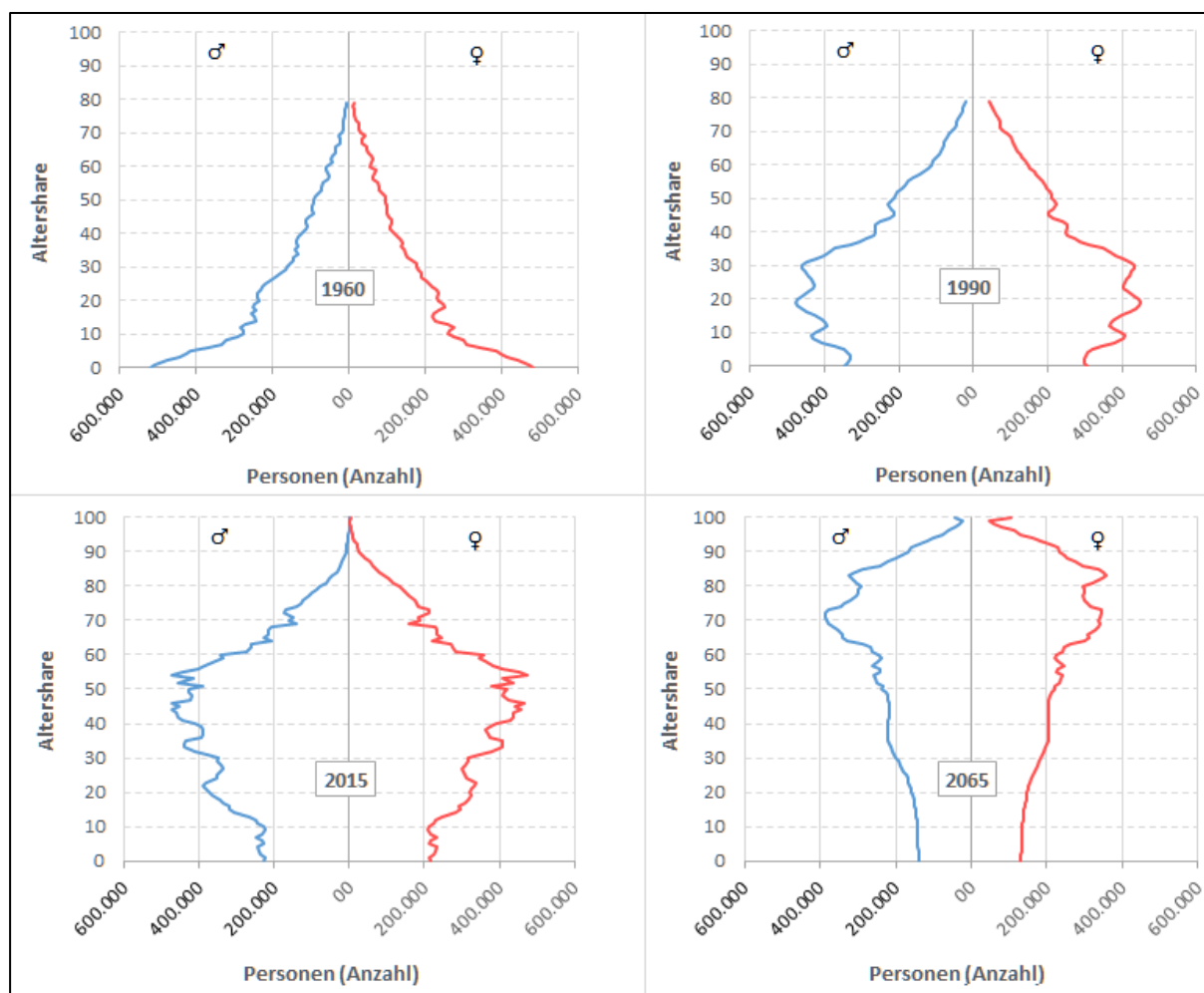


Abb. 12: Bevölkerungspyramiden für ROK (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017a; KOSIS 2017b)

Bevölkerungspyramide 1960

Die Veränderungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur ab den 1960er Jahren sind erheblich. Vergleicht man die Strukturänderungen mit denen der westlichen Welt, wird sofort deutlich, dass sich die Entwicklungen in Südkorea in einem erheblich kürzeren Zeitraum vollzogen haben. So ist die Altersstruktur Südkoreas um 1960 beispielsweise vergleichbar mit der Altersstruktur Deutschlands zu Beginn des 20ten Jahrhunderts. Vergleicht man nunmehr die aktuelle Altersstruktur Südkoreas mit der aktuellen Altersstruktur für Deutschland, verhält es sich für die beiden Länder nahezu gleich.⁶³⁶ Für eine Entwicklung, für die es in Deutschland knapp 100 Jahre brauchte, benötigte es in Südkorea somit deutlich weniger Zeit, was die Entwicklungsdramaturgie in Südkorea aus demografischer Perspektive unterstreicht. Derartig dramatische Veränderungen werden sich wahrscheinlich auch auf Ebene der Mortalität und Morbidität erkennen lassen. Erste Anhaltspunkte hierfür wurden bereits erarbeitet. Eine datengestützte Analyse hierzu erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt. An dieser Stelle gilt es vielmehr auf weitere Konsequenzen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht einzugehen.

⁶³⁶ Grünheld / Fiedler 2013, S. 10.

Die Altersstruktur im Jahr 1960 weist eine deutliche Pagodenform⁶³⁷ auf. Kennzeichnend hierbei ist ein breites Fundament der jüngeren Jahrgänge, was im Falle Südkoreas knapp zehn Jahre umfasst. Darin abgebildet sind die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsjahre (Koreakrieg). Ein solcher Nachkriegsbabyboom lässt sich im Ansatz auch für die Geburtenjahrgänge zwischen 1945 bis 1950 erkennen, was aber aufgrund der instabilen Verhältnisse jener Zeit weniger stark ausgeprägt ist. Dazwischen liegen kriegsbedingte Geburteneinschnitte. Nichtsdestotrotz handelt es sich hierbei um typische Verlaufsmuster auf Basis der chaotischen Zustände zwischen 1945 und 1960, aber auch in Bezug auf die Kolonialzeit.⁶³⁸ Weitestgehend typisch sind auch die Geschlechterproportionen, wenngleich für Südkorea einige Besonderheiten gelten.⁶³⁹ Weitere Gründe für die hier noch deutlich junge Bevölkerung sind eine immer noch geringe Lebenserwartung bei Geburt sowie auch im Alter.⁶⁴⁰ So verwundert auch nicht, dass für die Bevölkerung im Alter von 80+ keine weiteren Angaben existieren.⁶⁴¹ Nicht zuletzt sei auf die abhängige Bevölkerung im Jahr 1960 hingewiesen.⁶⁴² Für die Gesamtlast im Jahr 1960 ergibt sich ein Wert von 0,82 (für die Altersgrenzen 15 bis 65 Jahre). Der Jugendquotient beträgt im Jahr 1960 beachtliche 0,77.⁶⁴³

Bevölkerungspyramide 1990

Die Altersstruktur um 1990 kann als eine Mischung aus Pagoden- und Glockenform beschrieben werden, mit bereits leichter Tendenz zur Urne.⁶⁴⁴ Demnach liegen zwischen 1960 und 1990 liegen fast drei Entwicklungsstufen, was bei einer Zeitspanne von nur 30 Jahren auf sehr dramatische Veränderungen rückschließen lässt. Im direkten Vergleich ähnelt die Altersstruktur Südkoreas um 1990 der Altersstruktur Deutschlands zur Mitte des 20ten Jhd.⁶⁴⁵ Dabei benötigte es in Deutschland deutlich mehr Zeit für entsprechende Entwicklungen. Die dramatischen Veränderungen in der Altersstruktur Südkoreas übersteigen sogar die Entwicklungen in Japan.⁶⁴⁶ Für die Jahrgänge 1960 bis 1990 sind einige größere Schwankungen zu erkennen, was u. a. die rasche Modernisierung des Landes, insbesondere auch den Prozess der Industrialisierung ab den 1970er Jahren, widerspiegelt. Entscheidend hierbei ist u.a. der

⁶³⁷ Vgl. Birg 2004, S. 62. Die Pagodenform als typisches Merkmal von Entwicklungsländern bezeichnet werden (Birg 2004, S. 62.), was für Südkorea und für diesen Zeitraum uneingeschränkt zutrifft (Engelhard, K. 2004). Somit darf an dieser Stelle auch noch nicht von Modernisierung im engeren Sinne gesprochen werden.

⁶³⁸ Vgl. Schwekendiek 2016, S. 64.

⁶³⁹ Vgl. Ebd., S. 67ff.

⁶⁴⁰ Siehe Kap. 5.4.3.2.

⁶⁴¹ Vgl. KOSIS 2017a.

⁶⁴² Für das Jahr 1960 sei die abhängige Bevölkerung zusammengesetzt aus den 0 bis 15-jährigen und Personen im Alter von 65 und älter. Die gleiche Zusammensetzung wurde für die Berechnung der entsprechenden Quotienten angewandt (weiter unten im Haupttext). Die definitorische Basis hierzu bilden die Ausführungen von Hoßmann / Lettow / Münz 2009, S. 1, 3 & 20.

⁶⁴³ Eigene Berechnungen auf Basis von KOSIS 2017a.

⁶⁴⁴ Vgl. Birg 2004, S. 62.

⁶⁴⁵ Vgl. Grünheld / Fiedler 2013, S. 10.

⁶⁴⁶ Vgl. Nicolaus 2007, S. 95ff.

Geburtenrückgang für die Altersklasse 20 Jahre und jünger, was sich auf die Programme zur Familienplanung zurückführen lässt.⁶⁴⁷

Hingegen ist das Geburtentief zwischen den Altersklassen 20 bis 30 ein „Echoeffekt“ der konfliktreichen Jahren um 1950.⁶⁴⁸ Weitere Faktoren für das langsam zurückgehende Bevölkerungswachstum sind neue Verfahren in der Schwangerschaftsdiagnostik sowie gestiegene Abbruchraten.⁶⁴⁹ Ferner liegt die Vermutung nahe, dass die Lebenserwartung im Vergleich zu 1960 deutlich zugenommen haben muss.⁶⁵⁰ Der Gesundheitsstatus der Südkoreaner verbesserte sich allerdings erst ab den 1970er Jahren signifikant.⁶⁵¹

Die Abhängigkeit unter den Altersgruppen betreffend beträgt der Gesamtlastquotient für 1990 nur noch 0,43 (bei einer Altersgrenze von 15 bis 65 Jahren). Den stärksten Einfluss auf diese Entwicklung nimmt der Jugendquotient. Dieser sank zwischen 1960 und 1990 von 0,77 auf 0,37. Der Altenquotient hingegen wuchs von 0,05 auf 0,06.⁶⁵²

Bevölkerungspyramide 2015

Die Veränderungen ab den 1990er Jahren bis in die Gegenwart hinein sind weiterhin dramatisch. Die Gesamterscheinung kann allerdings nicht mehr klar zugeordnet werden, was die Entwicklungsdramaturgie unterstreicht. So handelt es sich um ein Konglomerat aus unterschiedlichen Pyramidenformen (Pagode, Glocke und Urne). Für 2015 ist die Basis klar zusammengeschrumpft, scheint aber konstant. Nur die dahinterstehenden Zahlen verraten eine leicht abnehmende Tendenz.⁶⁵³ Es wird deutlich, dass die Geburten seit 1990 extrem abgenommen haben müssen, was u. a. mit den deutlich gestiegenen Kosten für ein Kind zusammenhängt. Hinzu kommen die Auswirkungen der Asienkrise zu Ende der 1990er Jahre sowie auch der Weltwirtschaftskrise um 2008.⁶⁵⁴ Auch was die Abhängigkeit anbetrifft sind deutliche Veränderungen festzustellen. So ist der Anteil der Bevölkerung im Alter 65+ deutlich angestiegen. Der Anteil der jungen Bevölkerung hingegen hat weiter abgenommen. Die Gesamtlast beträgt nunmehr 0,49, mit steigender Tendenz.⁶⁵⁵ Der Jugendquotient beträgt nunmehr 0,3. Der Altenquotient hingegen klettert zwischen 1990 und 2015 von 0,06 auf 0,19. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass der Alterungsprozess in Südkorea nicht bereits ab den 1960er Jahren einsetzte. Hohe Geburtenziffern bei gleichzeitig hoher Sterblichkeit führten für noch fast zwei Jahrzehnte zu einer mehr oder weniger stabilen Altersstruktur, was

⁶⁴⁷ Schwekendiek 2016, S. 65.

⁶⁴⁸ Ebd., S. 65.

⁶⁴⁹ Ebd., S. 66.

⁶⁵⁰ Zwar sind die Angaben der amtlichen Statistik für die Bevölkerung um Alter von 80+ leider unvollständig, die Altersstruktur für diese Altersjahre ist aber bereits eine deutlich breitere, als noch um 1960.

⁶⁵¹ Choe / Byun 2002, S. 6.

⁶⁵² Eigene Berechnungen auf Basis von KOSIS 2017a; KOSIS 2017b.

⁶⁵³ KOSIS 2017a.

⁶⁵⁴ Schwekendiek 2016, S. 66.

⁶⁵⁵ Eigene Berechnungen auf Basis von KOSIS 2017a; KOSIS 2017b.

schließlich auch im Kontrast zu den Entwicklungen in westlichen Industrienationen steht.⁶⁵⁶ Tatsächlich wurde der Alterungsprozess in Südkorea erst ab den späten 1970er Jahren eingeleitet.⁶⁵⁷ Die Gründe hierfür liegen in einem drastischen Geburtenrückgang, sowie in einer nunmehr deutlich gestiegenen Lebenserwartung.⁶⁵⁸ Dazu kann ergänzt werden, dass die Bevölkerung in Ländern mit dem höchsten Pro-Kopf-Einkommen i. d. R. auch am stärksten altert.⁶⁵⁹ Und tatsächlich steigt das Pro-Kopf-Einkommen in Südkorea erst ab den späten 1970er Jahren in signifikanter Weise.⁶⁶⁰

Bevölkerungspyramide 2065

In Prognosen wird davon ausgegangen, dass sich der Trend eines immer kleiner werdenden Sockels weiter fortsetzt. Zudem sterben die einst geburtenstarken Jahrgänge langsam aber sicher ab. Dies führt für das Jahr 2065 zu einer nunmehr deutlich ausgeprägten Urnenform, gekennzeichnet durch einen verhältnismäßig hohen Anteil der Älteren und Hochaltrigen. Zudem wirken die Übergänge weiterhin äußerst sprunghaft. Insgesamt muss von einer stark erhöhten Sterblichkeit bei einer nahezu konstant geringen Fertilität ausgegangen werden. Der Alterungsprozess in Südkorea würde damit seinen Höhepunkt erreichen. Für die Gesamtlast ergibt sich ein Wert von 1,25, also knapp 125 Jungen und Alten, die von 100 Personen im erwerbstätigen Alter (15 bis 65 Jahre) versorgt werden müssten. Der Altenquotient trägt mit einem Wert von 0,95 den größten Teil dazu bei. Der Jugendquotient hingegen wird sich in den nächsten fünf Jahrzehnten nur unwesentlich verändert haben.⁶⁶¹

Es gilt festzuhalten, dass Südkorea bereits seit der Jahrtausendwende eine alternde Gesellschaft darstellt.⁶⁶² Auffallend ist vor allem die Geschwindigkeit, mit der Südkorea diesen Status erreichte, was im unmittelbaren Zusammenhang mit der Modernisierungsgeschichte des Landes steht.⁶⁶³ Die dramatischen Entwicklungen in Südkorea bestärken die These, dass qualitative Veränderungen der Gesellschaft stark mit quantitativen Phänomenen bevölkerungsstatistischer Art zusammenhängen.⁶⁶⁴ Ebenfalls sollte deutlich geworden sein, dass die zweite Hälfte des 20ten Jhd. als einer der wichtigsten Wendepunkte auch in der demografischen Entwicklung Südkoreas angeführt werden muss.⁶⁶⁵ Überdies liefern alle bisher genannten Dynamiken eindeutige Hinweise auf charakteristische Verlaufsmuster der Mortalität sowie auch Morbidität, was im Folgenden nun vertieft werden soll. Dem vorangestellt sei ein nicht

⁶⁵⁶ Lee 2007, S. 51; Choe / Byun 2002, S. 6.

⁶⁵⁷ Choe / Byun 2002, S. 10.

⁶⁵⁸ Lee 2007, S. 52; Choe / Byun 2002, S. 10.

⁶⁵⁹ Betz 2012, S. 3.

⁶⁶⁰ Siehe Kap. 5.2f.

⁶⁶¹ Eigene Berechnungen auf Basis von KOSIS 2017a; KOSIS 2017b.

⁶⁶² Lee 2007, S. 55.

⁶⁶³ Lee 2007, S. 54ff.

⁶⁶⁴ Höpflinger 2012, S. 19f.

⁶⁶⁵ Kwon et al. 1975, S. 19.

nur für das Gesamtverständnis erforderlicher Exkurs zum demografischen Übergang in Südkorea. Schließlich muss die demografische Entwicklung unbedingt bei den Verlaufsmustern von Mortalität und Morbidität als berücksichtigt werden.

Dieses Kapitel beschließend sei noch einmal erwähnt, dass eine Auseinandersetzung zu den Geschlechterproportionen zunächst bewusst ausgegliedert wurde, um u. a. nicht den inhaltlichen Rahmen zu sprengen. Nichtsdestotrotz weisen die Geschlechterproportionen in Südkorea gewisse Alleinstellungsmerkmale auf, die auch in Hinblick auf die Entwicklungen der Mortalität und Morbidität eine Rolle spielen könnten, was an entsprechender Stelle als entsprechender Einflussfaktor aufgegriffen wird.

5.4.2 Zum demografischen Übergang in Südkorea

Der langfristige Wandel von hohen zu tiefen Geburten- und Sterbeziffern wird mit dem Konzept des demografischen Übergangs beschrieben. Diese Art des Wandels vollzieht sich über kurz oder lang in allen Gesellschaften, welche modernisierungsbedingten Umwandlungsprozessen unterliegen.⁶⁶⁶ Das Konzept selbst ist außerdem eine für internationale Vergleiche und die historische Einordnung wichtige Anwendung.⁶⁶⁷ Diesbezüglich sind im Laufe des 20ten Jhd. vermehrt Modelle und Theorien aufgestellt worden, von denen das bereits in den 1970er Jahren durch die UN entwickelte „Fünf-Phasen-Modell demografischer Transition“ bis in die Gegenwart hinein angewendet wird, wenngleich es bei seiner Anwendung gewisse Limitationen zu berücksichtigen gilt.⁶⁶⁸ So weicht der reale Verlauf in einzelnen Ländern und/oder verschiedenen Zeitperioden zum Teil erheblich vom Idealtypus ab.⁶⁶⁹ Fokussiert man die einzelnen Phasen des Übergangs in Südkorea, so können zum Teil sogar sehr deutliche Normabweichungen festgestellt werden.

Aus entwicklungshistorischer Sicht stellt bereits die Teilung der koreanischen Halbinsel eine Abweichung von der Norm ab. So befindet man sich zum Zeitpunkt der Landesteilung bereits im Übergang zur dritten Transformationsphase, wobei der damit einhergehende Sterblichkeitsrückgang während dieser dritten Phase keineswegs auf den sozio-ökonomischen Wandel zurückzuführen ist. Denn wie erwähnt spielt der ebenenübergreifende Wandel in

⁶⁶⁶ Höpflinger 2012, S. 41. Der Autor unterscheidet in diesem Zusammenhang in zwei generelle Entwicklungsstufen: vorindustrielle Gesellschaften und industrialisierte, bzw. post-industrielle Gesellschaften, mit entsprechenden Merkmalen hinsichtlich der demografischen Entwicklung (Ebd., S. 40f).

⁶⁶⁷ Ulrich 2012, S. 330.

⁶⁶⁸ Höpflinger 2012, S. 42ff.

⁶⁶⁹ Ebd., S. 43; Ulrich 2012, S. 331. *„Die Grundidee war vereinfacht folgende: Mit der sozio-ökonomischen Entwicklung einer Gesellschaft verbessern sich die Lebensverhältnisse der Bevölkerung mit der Konsequenz, dass sich die Lebenserwartung erhöht. Das Absinken der Sterbeziffer und namentlich die Reduktion der Säuglings- und Kindersterblichkeit führen zu einem Wachstum der Bevölkerung, was Gesellschaft und Familien unter Anpassungsdruck setzt. Sie lösen diesen Anpassungsdruck durch eine bewusste Geburtenbeschränkung“* (Höpflinger 2012, S. 41f.).

5.4.2 Zum demografischen Übergang in Südkorea

Südkorea erst ab den 1960er Jahren eine relevante Rolle. Darüber hinaus sind bereits zur Kolonialzeit Dynamiken zu beobachten, die nach idealtypischer Auslegung eigentlich nur auf solche Länder zutreffen sollten, die sich inmitten eines ebenenübergreifenden Modernisierungsprozesses befinden, was für Korea allerdings nicht konsensuell festgestellt werden kann. In jedem Fall nehmen Kolonialisierung und Landesteilung eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der demografischen Transition ein, sodass die einzelnen Transformationsphasen nicht immer genau zugeordnet werden können.

Eine ausführliche Tabelle, mithilfe derer der aktuelle Forschungsstand zu den Stadien des demografischen Übergangs in (Süd)Korea ab dem 20ten Jhd. zusammengefasst ist, findet sich im Anhang dieser Arbeit. Derweil visualisiert die folgende Abbildung (Abb. 13) den demografischen Übergang in Südkorea noch einmal eigens getrennt nach CDR, CBR und NC. Sowohl die dazugehörige Tabelle (siehe Anhang), als auch die folgende Abbildung sind basisbildend für die an dieses Kapitel anschließende Diskussion zur Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea. Mithilfe dessen sollen erklärende Faktoren für den Wandel der Mortalität und Morbidität im Zusammenhang mit Modernisierung erarbeitet werden. Schließlich sei damit auch an epidemiologischen Übergang in ROK angeknüpft.

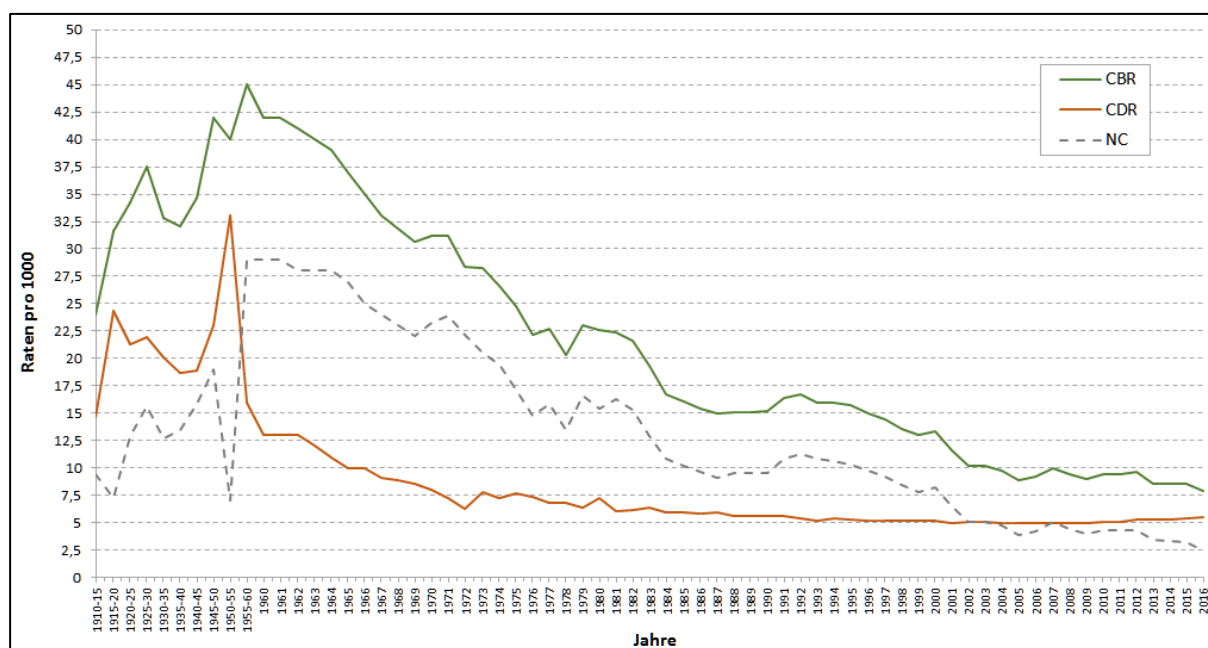


Abb. 13: Demografischer Übergang in (Süd)Korea, 1910 - 2016 (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017c; Kim 1994, S. 137; Kwon et al. 1975, S. 23; Statistics Korea 1970, S. 82)⁶⁷⁰

⁶⁷⁰ Bis 1945 Daten für Korea gesamt. Ab 1945 Daten für Südkorea. Aufgrund von Inkonsistenzen in der Datenlage, insbesondere die Entwicklungen bis 1960 betreffend, kann die interne Konsistenz nicht immer gewährleistet werden. Je nach Quelle kann es daher zu unterschiedlichen Darstellungen kommen. Soweit verfügbar wurden vorliegend überwiegend amtliche Daten herangezogen.

Gegenstandsbezogene Besonderheiten im Transformationsmodell seit Mitte des 20. Jhd.

Das insgesamt hohe Fertilitätsniveau, im Speziellen der deutliche Anstieg der Geburten zum Beginn der zweiten Transformationsphase, geht – wie auch der Rückgang in der Sterblichkeit – aus einem verbesserten Gesundheitsstatus der Bevölkerung hervor.⁶⁷¹ Zwar sinkt das Geburtenniveau zur Mitte der zweiten Transformationsphase leicht ab, steigt danach jedoch weiter an. Als ein Grund für den zeitweisen Rückgang wird der Anstieg im durchschnittlichen Heiratsalter genannt, was sich spätestens ab Mitte der 1920er Jahre auch auf die altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten auswirkte.⁶⁷² Im Zusammenspiel mit der rückläufigen Sterblichkeitsentwicklung führte dies zu einem Wachstum der Bevölkerung während der zweiten Transformationsphase, mit Ausnahme der letzten Jahre unter japanischer Kolonialherrschaft. Denn wie bereits erwähnt brachen um das Ende der Kolonialzeit fast alle bis dahin geschaffenen Strukturen zusammen, was sich nicht nur in der Mortalität, sondern auch in der Geburtenentwicklung widerspiegelt.

Der Übergang zur dritten Transformationsphase erfolgt auf Basis unterschiedlicher Ereignisse: dem Ende des zweiten Weltkriegs sowie dem Ende der Kolonialisierung und damit Befreiung Koreas, zugleich aber auch der ideologischen Landesteilung. In den ersten Jahren stagnieren Fertilität und Mortalität. Gleichzeitig sind keinerlei Anzeichen für einen ebenenübergreifenden Wandel feststellbar. Im Gegenteil, das Land wird durch soziale Unruhen und wirtschaftliche Not geschwächt. Die durch die USA provisorisch eingerichtete Regierung reagierte nur langsam auf die Zustände im Landesinneren, sodass die ökonomische Rehabilitation äußerst verspätet anläuft und schließlich vom Koreakrieg unterbrochen wird.⁶⁷³ Das es in der unwirklichen Periode 1945/50 dennoch nicht zu einem weitaus höheren Anstieg der Mortalität gekommen ist, sei auf die Versorgung mit Medizin und Nahrungsmitteln seitens der USA zurückzuführen.⁶⁷⁴

Im Zuge des Koreakriegs kommt es zu einem kurzzeitigen Rückgang der Fertilität und einem Aufbäumen der Sterblichkeit. Während die Sterberate unmittelbar danach rapide zu sinken beginnt, erfährt die Geburtenentwicklung zunächst noch einen Anstieg (Nachkriegsbabyboom).⁶⁷⁵ Auf die Bevölkerungsentwicklung haben diese chaotischen Zustände kaum negativen Einfluss. Während der dritten Transformationsphase wächst diese rapide an. Ein nicht zu unterschätzender Faktor hierbei sind auch die Flüchtlingsströme. Bereits zum Ende der Kolonialzeit immigrieren sehr viele Menschen zurück in Ihre Heimat, hauptsächlich in den

⁶⁷¹ Mason et al. 1980, S. 383; Kwon et al. 1975, S. 3. Die durch Japan eingeführten Public Health-Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten nahmen natürlich nicht nur Einfluss auf die Entwicklung in der Mortalität. Allerdings sind die Effekte im Hinblick auf die Mortalitätsentwicklung deutlich stärker, als in der Fertilität (Mason et al. 1980, S. 383f).

⁶⁷² Mason et al. 1980, S. 383

⁶⁷³ Kwon et al. 1975, S. 22. Für eine ausführliche Auseinandersetzung siehe Kwon et al. 1975, S. 21f.

⁶⁷⁴ Ebd., S. 22.

⁶⁷⁵ Ebd., S. 12f. Hierbei handelt es sich bereits um den zweiten Babyboom nach Ende der Kolonialisierung.

Süden des Landes. Hinzu kommen Flüchtlingsströme aus Nordkorea, was während und unmittelbar nach dem Koreakrieg in verstärkter Weise zu beobachten ist.⁶⁷⁶ Somit wären nicht nur Entwicklungen in der Mortalität und Fertilität für den starken Anstieg der Bevölkerung in der Periode 1945/60 verantwortlich. Gleichzeitig wird klar, dass die dritte Transformationsphase nicht ohne Grund in der Literatur auch als chaotische Etappe bezeichnet wird.

Spätestens an dieser Stelle gilt es auf eine weitere Besonderheit im Zusammenhang mit dem demografischen Übergang in (Süd)Korea hinzuweisen. Es betrifft die zuvor angesprochenen Abweichungen vom theoretischen Übergangsmodell. Als die Mortalität zu Beginn des Jahrhunderts und schließlich nach Ende des Koreakriegs deutlich sinkt, steigt die Fertilität zunächst noch deutlich an. Das widerspricht in gewisser Weise der Annahme, dass der Rückgang der Mortalität immer auch den Rückgang der Fertilität zur Folge hat.⁶⁷⁷ Die verbesserten Sterblichkeitsbedingungen scheinen also zunächst nur marginalen Einfluss auf das Geburtenverhalten zu haben. Der Kausalzusammenhang zwischen Mortalität und Fertilität erscheint somit noch verhältnismäßig schwach, bzw. indirekt.⁶⁷⁸ Hierbei werden die Entwicklungen in der Migration als Faktor für den verzögerten Rückgang der Fertilität gehandelt.⁶⁷⁹ Erst ab 1960 entspricht die demografische Transformation in Südkorea dem Idealtypus. Für eine ausführliche Auseinandersetzung hierzu sei auf entsprechende Literatur verwiesen. Im Vordergrund sollen nunmehr die Entwicklungen ab den 1960er Jahren stehen.

Ab den 1960er Jahren kam es schließlich zu ebenübergreifenden Umwandlungen mit dem primären Ziel des wirtschaftlichen Erfolgs.⁶⁸⁰ Geburtenkontrolle war ein fester Bestandteil der nationalen Planung zur wirtschaftlichen Stärkung des Landes. Dabei ging man von einem starken Zusammenhang zwischen Bevölkerungswachstum, Modernisierung und wirtschaftlichem Erfolg aus. Es galt also das bis dahin rapide Bevölkerungswachstum auszubremsen, was schließlich auch den Anstoß zum ersten rapiden Rückgang in der Fertilität während der vierten Transformationsphase bildet.⁶⁸¹ Während dieser Phase fällt die CDR von 42 Punkten im Jahr 1960 auf 16,1 im Jahr 1985.⁶⁸² Infolgedessen erfährt auch die Gesamtfruchtbarkeitsrate einen drastischen Rückgang von etwa 6 Punkten zu Beginn der 1960er Jahre auf 1,66 im Jahr 1985⁶⁸³, was bereits deutlich unter dem Bestanderhaltungsniveau von 2,1

⁶⁷⁶ Mason et al. 1980, S. 384f.

⁶⁷⁷ Kim 2005, S. 6f.

⁶⁷⁸ Ebd., S. 7.

⁶⁷⁹ Ebd., S. 7.

⁶⁸⁰ Vgl. hierzu u. a. Kap. 5.2.

⁶⁸¹ Mason et al. 1980, S. 386f. In der Literatur wird gemeinhin in zwei Stadien des Fertilitätsrückgangs in ROK unterschieden. Der erste Fertilitätsrückgang fand zwischen 1960 und 1985 statt und der zweite beginnt um 1985 und dauert bis heute an (Kim 2005, S. 5).

⁶⁸² KOSIS 2017c; Statistics Korea 1970, S. 82.

⁶⁸³ KOSIS 2017c; Kwon et al. 1975, S. 12.

Punkten liegt. Das Niveau wurde bereits zwischen den Jahren 1982/83 unterschritten.⁶⁸⁴ Weitere Gründe für den starken Rückgang in der Fertilität sind das steigende Einkommen pro Kopf, verbesserte Bildungschancen und die Tatsache, dass nun auch für Frauen mehr Möglichkeiten zur Erwerbstätigkeit zur Verfügung gestellt waren.⁶⁸⁵ Die nachstehende Abbildung (Abb. 14) zeigt und belegt den Kausalmechanismus zum ersten Fertilitätsrückgang in Südkorea. Das Modell gewährt gleichzeitig den Blick auf die Einflussfaktoren weiterer demografischer Prozesse, allen voran der Mortalität, die es zu fokussieren gilt.

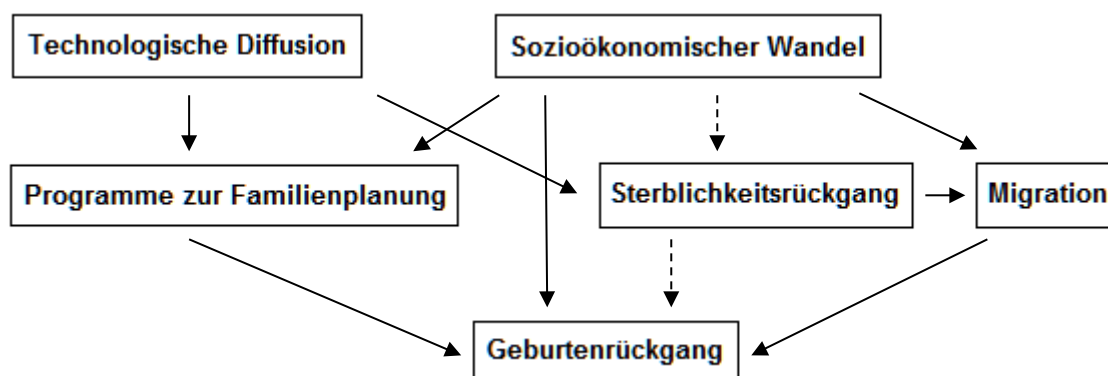


Abb.14: Kausalmechanismus zum ersten Fertilitätsrückgang in Südkorea (Quelle: Aus dem Englischen in Anlehnung an Kim 2005, S. 5)⁶⁸⁶

Bezüglich der Mortalität wird spätestens an dieser Stelle deutlich, dass die Entwicklungen sehr stark von technischen Innovationen beeinflusst sind, weniger stark aber vom sozioökonomischen Wandel. Wie erwähnt waren die sozioökonomischen Bedingungen anfangs nicht gerade günstig für eine „positive“ Steuerung der Sterblichkeit. Insbesondere die Wiederherstellung der Wirtschaft verlief anfangs – bedingt durch die Jahre der Kolonialherrschaft und der darauf folgenden chaotischen Phase – nur äußerst langsam.⁶⁸⁷ Dies ändert sich in etwa ab den 1970er Jahren, die Mortalität beginnt sich zu diesem Zeitpunkt aber bereits zu stabilisieren. Die Entwicklungen legen nahe, dass der rapide Rückgang der Mortalität vornehmlich durch die Vorstellung und Verbreitung neuer Medizin und Medizintechnik bedingt ist.⁶⁸⁸ Darüber hinaus verdeutlicht das Schaubild den zuvor angedeuteten schwachen Zusammenhang zwischen Mortalität und Fertilität. Gleichzeitig ist der starke Einfluss von Familienplanung und Migration auf die Fertilität visualisiert, mit entsprechenden Vorausbedingungen. Der Einfluss der Migration zeigt sich insbesondere auf nationaler Ebene. So nimmt die Urbanisierungsquote zur vierten Transformationsphase drastisch zu, wobei

⁶⁸⁴ KOSIS 2017c. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Maßnahmen zur Geburtenkontrolle siehe u. a. Kim 2005, S. 1ff; Mason et al. 1980, S. 388f.

⁶⁸⁵ Mason et al. 1980, S. 389f.

⁶⁸⁶ Durchgezogene Pfeile stehen für einen direkten Zusammenhang und die gestrichelten für einen indirekten.

⁶⁸⁷ Kim 2005, S. 7.

⁶⁸⁸ Ebd., S. 7.

grundsätzlich belegt ist, dass die Fertilität in urbanen Räumen deutlich geringer ist, als bei denen in ländlichen Gebieten.⁶⁸⁹ Die internationale Migration ist derweil zu vernachlässigen. Spätestens zur vierten Transformationsphase kann die Gesellschaft Südkoreas als in sich geschlossen betrachtet werden.⁶⁹⁰ Somit sind alle Schlüsselaspekte im Zusammenhang mit der vierten Phase des demografischen Übergangs in Südkorea dargelegt.

Seit Mitte der 1980er Jahre befindet sich Südkorea in der letzten Phase des demografischen Übergangs. Zwar ist die CDR noch rückläufig, insgesamt betrachtet aber weitestgehend stabilisiert. Gründe hierfür liegen wie erwähnt in der Adaptierung einer nationalen Krankenversicherung und der Erweiterung des Zugangs zu medizinischen Einrichtungen.⁶⁹¹ Hingegen erfährt die CBR den zweiten rapiden Rückgang – wie erwähnt insbesondere auch zu Lasten der TFR – und stabilisiert sich erst zur Jahrtausendwende. Die Gründe hierfür unterscheiden sich in Teilen deutlich von denen des ersten Fertilitätsrückgangs. Neben sozioökonomischen Faktoren, werden Arbeitsmarktunsicherheit, Ansätze zur Geschlechtergleichstellung, Veränderungen in der traditionellen Familienstruktur und nicht zuletzt auch Globalisierung genannt. Entwicklungen in der Mortalität und Migration spielen derweil keine Rolle mehr.⁶⁹² Gleichzeitig ist eine weiterhin stringente Familienpolitik zu benennen und das, obwohl alle damit zusammenhängenden Ziele bereits erreicht waren. Während die nationale Familienplanungskampagne anfangs noch als unerlässlich galt, um das Wirtschaftswachstum und die Modernisierung voranzutreiben, was auch in der Bevölkerung allgemein Zustimmung fand, gelten die Pläne bereits seit Mitte der 1980er Jahre als überfüllt, mit entsprechenden Konsequenzen für die Bevölkerungsstruktur in Südkorea.⁶⁹³ Erst im Jahr 2005 reagierte die südkoreanische Regierung und schaffte die Grundlage für eine geburtenfördernde, kinderfreundlichere Politik.⁶⁹⁴ Den Alterungsprozess werden die jüngsten Maßnahmen allerdings nicht mehr aufhalten können.⁶⁹⁵ Auch in Sachen internationale Migration bleibt der Level zu Beginn der vierten Transformationsphase weiterhin niedrig, wenngleich leicht ansteigend.⁶⁹⁶ Erst in jüngster Zeit gewinnt die internationale Migration mehr an Bedeutung, sowohl in puncto Fort- als auch Zuzügen. Die Zahlen bleiben allerdings weitestgehend überschaubar.⁶⁹⁷

⁶⁸⁹ Ebd., S. 8f.

⁶⁹⁰ Kim 1994, S. 140.

⁶⁹¹ Ebd., S. 140. Siehe auch Kap. 5.2.3.

⁶⁹² Ebd., S. 11. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem zweiten Fertilitätsrückgang siehe Kim 2005, S. 10ff. Für die erweiterte Auseinandersetzung mit entsprechenden Kausalzusammenhängen siehe Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2010, S. 5ff.

⁶⁹³ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2010, S. 6.

⁶⁹⁴ Ebd., S. 7.

⁶⁹⁵ Ebd., S. 8; Kim 2005, S. 17.

⁶⁹⁶ Kim 1994, S. 141.

⁶⁹⁷ Kim 2009.

Zusammengefasst beginnt der demografische Übergang auf der koreanischen Halbinsel bereits in den ersten Jahren unter japanischer Kolonialherrschaft mit steigenden Geburtenziffern bei gleichzeitig sinkender Mortalität. Es folgt eine äußerst chaotische Phase mit entsprechenden Spezifika. Gemeinhin erfährt die Mortalität einen rapiden Rückgang, während die Fertilität auf einem hohen Niveau verbleibt. In der vierten Transformationsphase ist die CBR weiterhin rückläufig, den größten Einbruch aber erfährt nunmehr die Fertilität, was sich in dieser Form auch während letzten Phase des demografischen Übergangs fortsetzt. Dabei ist die CDR bereits zum Übergang in die letzte Transformationsphase weitestgehend stabilisiert, während die CBR zunächst noch rapide fällt. Die CDR wird aktuell noch nicht von der CBR unterschritten, entsprechende Hochrechnungen lassen aber auf eine Unterschreitung innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte schließen. Seither erfährt die Bevölkerung Südkoreas auch einen rapiden Alterungsprozess. Das Bevölkerungswachstum ist spätestens ab den 1960er Jahren rückläufig und kratzt derzeit an der Nullmarke. Auch der internationalen Migration kommt seither kaum größere Bedeutung zu. Erst in jüngster Zeit zeichnet sich eine gewisse (verhaltene) Wende ab. Vielmehr von Bedeutung ist die nationale Migration in Form von Urbanisierung und den entsprechenden Folgen für Fertilität und Mortalität.

Die demografische Entwicklung in Südkorea ähnelt insgesamt betrachtet zwar den Entwicklungen anderer Industrienationen. Bei genauerer Betrachtung des Entwicklungsverlaufs und entsprechender Kausalzusammenhänge werden einmalige Charakteristika deutlich. Wesentliche Aspekte sind der kurze und dadurch auch äußerst dramatische Entwicklungsverlauf. Im Fokus stehen zwar die Entwicklungen auf Ebene der Sterblichkeit, diese sind allerdings – wie sich gezeigt hat – nicht ohne eine Betrachtung aller demografischen Prozesse nachvollziehbar. Ferner konnten dadurch weitere Einflussfaktoren auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea herauskristallisiert werden, bzw. in Ihrem Gewicht betont werden. Alle bisherigen Erkenntnisse bilden schließlich auch die Basis für die noch ausstehende theoretische Vertiefung. Allerdings sei bereits an dieser Stelle auf eine auch heute noch berechtigte Aussage hingewiesen, wonach *„die Lücken bei der theoretischen Erklärung des Sterblichkeitsverlaufes weitaus größer sind als bei der Fruchtbarkeitsentwicklung, (...) so kennen wir hier lediglich einige partielle Erklärungen und verfügen über keinen synthetischen Ansatz, es sei denn, dass wir uns mit der Feststellung zufrieden geben, dass Modernisierung zu einer Sterblichkeitssenkung führe“*.⁶⁹⁸ In der Folge kann nur auf Erklärungsmodelle etc. zurückgegriffen werden, nicht aber auf eine allgemeingültige Theorie. Aufbauend darauf erfolgt nunmehr eine Auseinandersetzung mit ausdifferenzierten Aspekten der Sterblichkeit in Südkorea.

⁶⁹⁸ Höpflinger 2012, S. 167 nach Hauser 1983, S. 159.

5.4.3 Allgemeine Sterblichkeitsmuster

Mit der Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea sei ein wesentlicher und weitreichender Prozess angesprochen. Für Public Health als u. a. bevölkerungsbezogene Wissenschaft, sowie für entsprechende gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen, liefern Veränderungen in der Mortalität einen wichtigen Bezugs- und Ausgangspunkt.⁶⁹⁹ Ferner handelt es sich nicht nur bei Modernisierung, sondern auch bei Mortalität um ein vielschichtig komplexes Phänomen, was es in adäquater Weise darzustellen gilt. Nicht zuletzt aber handelt es bei Mortalität um einen der Hauptthemenkomplexe dieser Arbeit, den es nach reichlicher demografischer Grundlagenerarbeitung weiter zu fokussieren gilt. Fakt ist, dass die Entwicklung der Mortalität in Südkorea eine ausgeprägte Eigendynamik aufweist. Hierbei markieren die 1950er Jahre einen entscheidenden Wendepunkt im Entwicklungsverlauf.⁷⁰⁰ Der im Fokus stehende Beobachtungszeitraum kann allerdings nicht vollkommen unabhängig von den anderen Vorausbedingungen betrachtet werden. Insofern ist es erforderlich, auch auf einige vorausgehende Entwicklungsstadien sowie ursächliche Faktoren einzugehen. Ferneres Ziel ist es die Sterblichkeitsentwicklung im Kontext der bereits dargestellten allgemeinen Bevölkerungsdynamik und Vitalstruktur sowie vor dem Hintergrund des demografischen Übergangs in Südkorea zu diskutieren. Die Abbildungen aus Kapitel 5.4.2 dienen als Bezug.

Aus Sicht der Mortalität ist zur Landesteilung bereits das Ende der frühtransformativen Phase im Sinne des demografischen Übergangs erreicht.⁷⁰¹ Bereits ab dem frühen 20ten Jhd. sinkt die CDR allmählich. Als Hauptursache hierfür wird der Wandel in der Gesundheitsstruktur genannt.⁷⁰² Das wiederum sei auf modernisierungsähnliche Prozesse zurückführbar.⁷⁰³ Hierbei gilt es auf einen wesentlichen Unterschied zu den Entwicklungen in den Industrienationen erster Generation hinzuweisen.⁷⁰⁴ I. d. R. geht ein längerfristiger Rückgang der CDR mit Industrialisierung und wirtschaftsstrukturellem Wandel einher. Korea verzeichnet diesen Rückgang aber schon zur ersten Hälfte des 20ten Jhd. In einer Phase also, in der noch nicht von Industrialisierung und wirtschaftsstrukturellem Wandel im engeren Sinne gesprochen werden kann. Tatsächlich lassen sich bereits zur Kolonialperiode modernisierungsähnliche Umwandlungen feststellen, die letztendlich auch zu Fortschritten im Public Health-Sektor führten, mit entsprechend positiven Effekten auf die Sterblichkeit.⁷⁰⁵ Um das Ende des Zweiten

⁶⁹⁹ Ulrich 2012, S. 323

⁷⁰⁰ Choe / Byun 2002, S. 18; Park 1998, S. 67f; Kim 1994, S. 139; Kwon 1980, S. 57f; Mason et al. 1980, S. 383f; Kwon et al. 1975, S. 19.

⁷⁰¹ Kim 1994, S. 138f; Kwon et al. 1975, S. 23. Da das klassische Modell des demografischen Übergangs nicht in vollständiger Weise auf die Entwicklungen in Südkorea zutrifft, sei die sog. Frühtransformativ Phase hauptsächlich auf die Mortalitätsverhältnisse bezogen.

⁷⁰² Park 1998, S. 67; Kwon 1980, S. 52. Mason et al. 1980, S. 383f.

⁷⁰³ Kwon et al. 1975, S. 21.

⁷⁰⁴ Gemeint sind die westlichen Modernisierungspioniere sowie ferner auch Japan.

⁷⁰⁵ Park 1998, S. 67; Kwon et al. 1975, S. 21.

Weltkrieges, bzw. um das Ende der Kolonialzeit aber brachen fast alle bis dahin geschaffenen Strukturen zusammen, was sich schließlich auch in den Verhältnissen der Sterblichkeit widerspiegelt.⁷⁰⁶ Nichtsdestotrotz setzt sich dieser rückläufige Trend auch nach Teilung der koreanischen Halbinsel fort, wenngleich sich die Mortalitätsziffern bedingt durch den Koreakrieg noch einmal aufbäumen.⁷⁰⁷ Unmittelbar nach dem Maximum zur Periode 1950/55, folgt ein rapider Abfall der Sterberaten. Zur Periode 1955/60 liegt die CDR bereits bei 16, was im Vergleich zur Periode 1950/55 einem Rückgang von 17 Einheiten entspricht. Selbst wenn man das kriegsbedingte Maximum temporär ausklammern würde, wäre der Rückgang gemessen an der Zeit immer noch markant. Damit ist klar, dass sich der Übergang von der zweiten in die mitteltransformativ Transformationenphase⁷⁰⁸ bereits zur Teilung des Landes vollzogen hat. Tatsächlich wird die dritte Phase der Transformation in der koreanischen Literatur oftmals auch als „chaotic stage“ (chaotische Phase) bezeichnet, und zwar in Anlehnung an die chaotischen Zustände in der Anfangsphase, bedingt durch die Befreiung und Teilung des Landes, den Korea-Krieg, soziale Unruhen und ökonomische Nöte.⁷⁰⁹

Spätestens an dieser Stelle gilt es auch auf gewisse Inkonsistenzen sowie Abweichungen in der (demografischen) Datengrundlage einzugehen. Davon unbetroffen sind die qualitativen Entwicklungen. Bezüglich der Sterblichkeit aber existieren kontroverse Meinungen unter den führenden Demografen Südkoreas. Problematisch sei es vor allem für die Periode 1960/70.⁷¹⁰ Ferner der Hinweis, dass für die Periode 1945/60 von amtlicher Seite aus überhaupt keine Daten zur Verfügung gestellt werden, was mit mangelnder Verlässlichkeit in der Datengrundlage begründet wird.⁷¹¹ Zwar lassen sich die Lücken mit entsprechenden Schätzungen aus der koreanischen Literatur schließen⁷¹², diese gelten allerdings als unbestätigt. In der Folge ist die Interpretation der quantitativen Entwicklungen bis in die 1970er Jahre hinein immer mit gewissen Limitationen verbunden, bzw. sollte nicht als endgültig betrachtet werden. Der beschriebene Datenkonflikt wird folgend anhand der ungleichen Datenlage zur Sterblichkeit für die zuvor als problematisch benannte Periode 1960/70 aufgezeigt, was in der Chronologie der Ereignisse gleichzeitig auch den Beginn der Modernisierung in Südkorea markiert. Für das Jahr 1960 wird die CDR amtlicherseits mit einem Wert von 13 angegeben und erreicht innerhalb von nur zehn Jahren ein Niveau von 8 für das Jahr 1970.⁷¹³ In der koreanischen

⁷⁰⁶ Kwon et al. 1975, S. 21. Für eine Vertiefung der Mortalitätsentwicklung zur ersten Hälfte des 20ten Jhd. siehe Kim 1994, S. 138ff; Kwon et al. 1975, S. 19ff.

⁷⁰⁷ Park 1998, S. 67; Kwon et al. 1975, S. 23.

⁷⁰⁸ Vgl. Höpflinger 2012, S. 42.

⁷⁰⁹ Vgl. u. a. Kim 1994, S. 143).

⁷¹⁰ Kwon et al. 1975, S. 24.

⁷¹¹ Statistics Korea 1970, S. 82.

⁷¹² Siehe hierzu Kim 1994, S. 137; Kwon et al. 1975, S. 23.

⁷¹³ Statistics Korea 1970, S. 82.

Literatur schätzt man für die Periode 1960/65 derweil eine CDR von knapp 15 und für die Periode 1965/70 eine CDR von knapp 13.⁷¹⁴ Der Rückgang startet demnach nicht nur bei einem etwas höheren Niveau, sondern wäre für den angegebenen Zeitraum etwas langsamer. Diese Diskrepanz trifft selbst noch für die Periode 1970/75 zu. In aktuellen amtlichen Ausführungen wird davon ausgegangen, dass die CDR bis 1975 auf ein Niveau um 7,7 herabsinkt.⁷¹⁵ In der Literatur hingegen wird die CDR für die Periode 1970/75 auf 10 geschätzt.⁷¹⁶ Erst ab Mitte der 1970er Jahre herrscht nahezu Einigkeit in den Angaben zu den Sterblichkeitsverhältnissen. Sowohl amtlicherseits, als auch in alternativen Schätzungen wird die CDR nunmehr mit einem Niveau um 6 angegeben.⁷¹⁷

Bezüglich der Abweichungen im Beobachtungszeitraum 1960/70 findet sich der Hinweis, dass die amtlichen Schätzungen den tatsächlichen Entwicklungsverlauf womöglich überbewerten, bzw. den Rückgang für diesen Zeitraum als zu stark angeben.⁷¹⁸ Während sich damit grundsätzlich nichts an der Aussage einer in jeder Hinsicht rapiden Entwicklung ändert, wäre der Sterblichkeitsrückgang ab Mitte den 1960er Jahren bis hin zur Mitte der 1970er aus Sicht der nicht-amtlichen Schätzungen als weniger dramatisch einzustufen. Inwiefern die These, dass die amtlichen Angaben überbewertet sind, zutrifft, soll an dieser Stelle nicht weiterverfolgt werden. Es finden sich allerdings Hinweise, dass sich amtlicherseits möglicherweise zu stark am Tempo des sozio-ökonomischen Wandels orientiert wurde.⁷¹⁹ In der Literatur hingegen geht man davon aus, dass die Effekte des ebenenübergreifenden Wandels auf die Sterblichkeit zu Beginn weniger dramatisch waren, was sich u. a. mit Angaben zur Kinder- und Säuglingssterblichkeit nachvollziehen lässt.⁷²⁰ Diese alternativen Schätzungen scheinen von offizieller Seite weder bestätigt noch abgewiesen. Umso schwieriger fällt die Handhabung der verschiedenen Daten. Für eine weiterführende Auseinandersetzung zur Datenbasis sei u. a. auf das Methodenkapitel dieser Arbeit verwiesen.

Verantwortlich für den rapiden Rückgang der CDR seit Ende des Koreakriegs sind auf der einen Seite natürlich die globalen Fortschritte in der Medizin sowie dessen Umsetzung in ROK. So initiieren Truppen der Vereinten Nationen noch während des Koreakriegs den Einsatz von Antibiotika, was bereits in den ersten Jahren nach Kriegsende zu einem äußerst starken Rückgang der Mortalität – im Speziellen von infektiösen Erkrankungen mit Todesfolge – führt.⁷²¹ Dieser Abwärtstrend setzt sich auch in den Folgejahren fort. Entscheidend hierbei ist,

⁷¹⁴ Kim 1994, S. 137; Kwon et al. 1975, S. 23.

⁷¹⁵ KOSIS 2017c.

⁷¹⁶ Kim 1994, S. 137.

⁷¹⁷ KOSIS 2017c; Kim 1994, S. 137.

⁷¹⁸ Kwon et al. 1975, S. 24.

⁷¹⁹ Ebd., S. 24.

⁷²⁰ Ebd., S. 24.

⁷²¹ Kwon 1980, S. 57f. Der Autor weist darauf hin, dass sich dieser substanzielle Mortalitätsrückgang in westlichen Ländern bereits unmittelbar nach Ende des Zweiten Weltkriegs vollzogen hat. Die Ursachen seien

dass der Rückgang in der Mortalität bis zum Ende der 1950er Jahre ohne jegliche Verbesserungen in der sozio-ökonomischen Ausgangslage einherging.⁷²² Mit anderen Worten, ein Zusammenhang zwischen Mortalität und Modernisierung kann für diesen Zeitraum definitiv ausgeschlossen werden. Spätestens ab den 1960er Jahren aber ist die Sterblichkeitsentwicklung nunmehr durch ebenenübergreifende und eigenständig herbeigeführte Umwandlungsprozesse bedingt.⁷²³ Zwischen 1960 und 1985 führt das zu profunden soziodemografischen Veränderungen.⁷²⁴ Das rapide ökonomische Wachstum Südkoreas kann hierbei als „Zugpferd“ angesehen werden. Hierbei kommt es ab den 1960er Jahren zu einem signifikanten Ausbau der medizinisch-technischen Infrastruktur (auch personell); einem deutlich breiterem Angebot und einer deutlich verbesserten Servicequalität (im Gesundheitssektor); einem verbesserten Zugang, bzw. einer immer besser werdenden Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen; sowie ferner auch einer immer niedriger werdenden finanziellen Schwelle.⁷²⁵ Nicht zuletzt gilt es auch die Entwicklungen in der Fertilität hinzuweisen.⁷²⁶ Grundsätzlich gilt, dass die extremen demografischen (sowie gesellschaftlichen Veränderungen) ab den 1960er bis in die späten 1980er Jahre hinein im unmittelbaren Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Wandel und damit der Modernisierung des Landes stehen.⁷²⁷

Die 1960er Jahre markieren aber noch einen weiteren äußerst wichtigen Wendepunkt in der demografischen Entwicklung Südkoreas.⁷²⁸ Aus Sicht der Mortalität erreicht man noch während der 1960er Jahre den Übergang in die spättransformative Phase⁷²⁹, mit einer immer langsamer sinkenden Sterblichkeit, die sich nunmehr auch auf einem niedrigen Niveau zu stabilisieren beginnt. Der Rückgang der Mortalität wirkt dabei vergleichsweise moderat, bzw. ist nicht annähernd so dramatisch wie in der chaotischen dritten Phase. Diese Aussage betrifft insbesondere die Entwicklungen ab den 1970er Jahren. Für die Periode 1960/70 hingegen ist noch ein substanzieller Rückgang festzustellen. Der fortwährende Rückgang ist wie erwähnt auf die Expansion von Medizin und Gesundheitsleistungen sowie entsprechende Public Health-Maßnahmen zurückzuführen, bedingt durch den sozioökonomischen Wandel.⁷³⁰

die gleichen. Die Bereitstellung und der flächendeckende Einsatz der neuen Medikationsverfahren erfolgt in Südkorea aber erst einige Jahre später.

⁷²² Kwon 1980, S. 58. Während des Koreakrieges wurden das Land und damit u. a. auch die industrielle Infrastruktur verwüstet (Kwon et al. 1975, S. 23).

⁷²³ Choe / Byun 2002, S. 18; Park 1998, S. 67f; Kwon 1980, S. 57f.

⁷²⁴ Park 1998, S. 67.

⁷²⁵ Choe / Byun 2002, S. 18; Kwon 1980, S. 58.

⁷²⁶ Für eine ausführliche Auseinandersetzung hierzu siehe u.a. Schwekendiek 2016.

⁷²⁷ Park 1998, S. 67f.

⁷²⁸ Kim 1994, S. 137; Kwon et al. 1975, S. 23.

⁷²⁹ Vgl. Höpflinger 2012, S. 42.

⁷³⁰ Kim 1994, S. 140. Eine wesentliche Rolle hierbei spielt auch die Urbanisierungsquote und damit für viele die bessere Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

Der Übergang zur posttransformativen Phase⁷³¹ kann auf die Mitte der 1980er Jahre datiert werden. Seither stabilisieren sich die Sterblichkeitsverhältnisse auf einem relativ niedrigen Niveau. Zur Jahrtausendwende erreicht die CDR schließlich auch ihr Minimum von 5 und beginnt ab 2010 langsam wieder zu steigen. Im Jahr 2014 liegt die CDR bei einem Niveau von 5,3. Die nunmehr marginalen Veränderungen in der Mortalität sind u. a. auf Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung zurückzuführen.⁷³² Aus einer selbsterklärenden Logik heraus ist anzunehmen, dass die Sterblichkeit in den kommenden Jahren sogar weiter ansteigt, und zwar wenn die geburtenstarken Jahrgänge beginnen abzusterben.

Die bisher angesprochenen Inhalte sollen nunmehr anhand weiterer wesentlicher Sterblichkeitskomponenten wie der Kinder- und Säuglingssterblichkeit, der Lebenserwartung, entsprechender Todesursachen und nicht zuletzt auch anhand weiterer kontextspezifischer Charakteristiken diskutiert werden. Epidemiologische Muster werden im entsprechenden Kapitel zur Entwicklung der Morbidität thematisiert.

5.4.3.1 Entwicklung der Säuglings- und Kindersterblichkeit

Im Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung und -gesundheit spielt der Rückgang der Sterblichkeit in jungen Jahren eine zentrale Rolle.⁷³³ So gilt vor allem die Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit als grundlegend für die Verbesserung der Lebenserwartung. Eine niedrige Lebenserwartung hingegen geht i. d. R. von einer hohen Sterblichkeit in jungen Jahren aus.⁷³⁴ Säuglings- und Kindersterblichkeit repräsentieren zudem den Lebensstandard (ökonomischen und kulturgesellschaftlichen Level) und sind damit zentrale Größen im Zusammenhang mit der Bevölkerungsgesundheit.⁷³⁵ Eine Auseinandersetzung hiermit erscheint somit zwingend, speziell auch im Kontext der allgemeinen Sterblichkeitsentwicklung. Obgleich aber Entwicklungen in der Säuglings- und Kindersterblichkeit eine besondere Rolle im Zusammenhang mit der Gesundheit einer Bevölkerung spielen, und darüber hinaus ein wichtiges Bezugsmaß bei der Beantwortung von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsfragen darstellen, ist die amtliche Datenlage für Südkorea vergleichsweise schlecht. Daten zur Entwicklung der IMR und CM und ferner auch der neonatalen Sterblichkeit (NMR) liegen erst ab den 1990er Jahren vor.⁷³⁶ Frühere Ziffern basieren größtenteils auf Schätzungen (privater) in- und ausländischer Institute oder Organisationen.⁷³⁷ Die NMR hingegen wird überhaupt erst

⁷³¹ Vgl. Höpflinger 2012, S. 42.

⁷³² Kim 1994, S. 141.

⁷³³ Höpflinger 2012, S. 167; Chang et al. 2011 S. 1115; Rowland 2008, S. 198f; Birg 2004, S. 86f.

⁷³⁴ Höpflinger 2012, S. 177; Rowland 2008, S. 198f; Birg 2004, S. 86f.

⁷³⁵ Schwekendiek 2016, S. 83; Chang et al. 2011, S. 1115.

⁷³⁶ Chung et al. 2011, S. 443.

⁷³⁷ Chang et al. 2011, S. 1115f.

5.4.3.1 Entwicklung der Säuglings- und Kindersterblichkeit

seit den 1990er Jahren beziffert. Anhand der nachstehenden Tabelle (Tab. 8) wird das Problem der unbeständigen und in Teilen variablen Datenlage zur IMR und NMR deutlich.

Tab. 8: Entwicklung der IMR (und NMR) in Südkorea ab 1945

Jahr	IMR	NMR	Referenz	Jahr	IMR	NMR	Referenz
1945-49	166	-	zitiert nach 5	1990	12,8	-	zitiert nach 5
1946-50	132	-	zitiert nach 5	1991	10,0	-	zitiert nach 5
1949-53	97	-	zitiert nach 5	1993	9,9	6,6	zitiert nach 5
1950-54	109	-	zitiert nach 5	1996	9,9	4,1	zitiert nach 5
1951-55	79	-	zitiert nach 5	1999	6,2	3,8	zitiert nach 5
1955-59	60	-	zitiert nach 5	2002	5,3	3,3	zitiert nach 5
1956-60	64	-	zitiert nach 5	2005	4,2	2,8	zitiert nach 4;5
1960-64	59	-	zitiert nach 5	2006	3,8	2,5	zitiert nach 4;5
1961-65	60	-	zitiert nach 5	2007	3,5	2,0	zitiert nach 3;5
1965-69	50	-	zitiert nach 5	2008	3,4	1,8	zitiert nach 3;5
1966-70	50	-	zitiert nach 5	2009	3,2	1,7	zitiert nach 2;5
1970-72	46	-	zitiert nach 5	2010	3,2	-	zitiert nach 2
1974	26	-	zitiert nach 5	2011	3,0	-	zitiert nach 2
1974-75	28,4	-	zitiert nach 5	2012	2,9	-	zitiert nach 2
1984-85	13,9	-	zitiert nach 5	2013	3,0	-	zitiert nach 2
1986-87	15,4	-	zitiert nach 5	2014	3,0	-	zitiert nach 2
1986-87	14,7	-	zitiert nach 5	2015	2,7	-	zitiert nach 1
1986	12,5	-	zitiert nach 5	2016	2,8	-	zitiert nach 1

¹Statistics Korea 2017a; ²Statistics Korea 2015; ³Statistics Korea 2014a;
⁴Statistics Korea 2011; ⁵Chang et al. 2011

(Quelle: Eigene Darstellung nach Statistics Korea 2017a, S. 2; Statistics Korea 2015, S. 4; Statistics Korea 2014a, S. 4; Statistics Korea 2011, S. 4; Chang et al. 2011, S. 1116f)

Zwar ermöglicht die lückenhafte und zum Teil auch unterschiedliche Datenlage eine erste allgemeine Beurteilung der Entwicklungen auf der koreanischen Halbinsel, die Heranziehung konsistenterer Datenquellen, wie beispielsweise der Weltbank, UN oder OECD, erscheint als deutlich ergiebiger. Abweichungen sind marginaler Natur, aber vorhanden, was sich einmal mehr mit unterschiedlichen Schätzverfahren begründen lässt. Für eine allgemeine Beurteilung erscheint dies allerdings nicht weiter hinderlich. Dennoch sei nachdrücklich auf die Problematik der in Teilen vagen Datenlage für Südkorea hingewiesen. Letztendlich soll sich für die nachfolgende Diskussion zur Entwicklung der Sterblichkeit in jungen Jahren hauptsächlich auf die konsistenteren Daten der Weltbank bezogen werden. Eine Abbildung, welche die Entwicklung der IMR, CM und NMR in Südkorea ab den 1960er Jahren bis in die Gegenwart hinein visualisiert, findet sich im Anhang der Arbeit. An dieser Stelle soll vielmehr auf den grundsätzlichen Entwicklungsverlauf eingegangen werden.

Aus einem logischen Zusammenhang heraus haben die Säuglings- und Kindersterblichkeit in ROK rapide abgenommen und bewegen sich auf einem vergleichsweise sehr geringen Level.⁷³⁸ Auch die Sterberaten von Kindern über fünf Jahren, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

⁷³⁸ Schwekendiek 2016, S. 83; Chang et al. 2011, S. 1115. Die altersspezifischen Sterberaten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sind ebenfalls sehr gering (Schwekendiek 2016, S. 83).

5.4.3.1 Entwicklung der Säuglings- und Kindersterblichkeit

sind sehr gering.⁷³⁹ Allerdings sind die Ziffern bis in die späten 1970er Jahre hinein noch verhältnismäßig hoch.⁷⁴⁰ Erst ab den 1990er Jahren erreichen die Ziffern ein Niveau, bei von modernen Verhältnissen gesprochen werden kann.⁷⁴¹ Was die IMR anbetrifft, so liegt Südkorea nicht nur längst unter dem Schnitt aller OECD-Mitglieder⁷⁴², sondern belegt für das Jahr 2015 Rang acht im OECD-Vergleich und liegt damit sogar neun Plätze vor Deutschland.⁷⁴³ Auch wenn also bereits ab den 1960er Jahren gewisse Schritte zur Verbesserung der Sterblichkeitsverhältnisse in jungen Jahren unternommen wurden⁷⁴⁴, konzentriert sich die Mehrheit der Maßnahmen auf die vergangenen drei Jahrzehnte. Vor allem ab den 1990er Jahren also lässt sich eine Vielzahl von Programmen und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Versorgung von Säuglingen und Kindern – sowie auch Schwangeren – identifizieren.⁷⁴⁵ In der nachstehenden Tabelle (Tab. 3) findet sich eine Übersicht zu wichtigen Programmen und Maßnahmen ab 1990.

Tab. 9: Ausgewählte Programme und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Schwangeren, Säuglingen und Kindern etc. in Südkorea seit den 1990er Jahren.⁷⁴⁶

Jahr	Ausgewählte Programme und Maßnahmen
1991	- Tests für Enzymdefekte bei Ungeborenen - Pflege und Betreuung kranker Säuglinge und Kleinkinder
2000	- Registrierung von Frühgeburten und angeborenen Fehlbildungen bei Frühgeborenen - Unterstützung für medizinische Kosten im Zusammenhang mit Frühgeburten - Kampagne zur Prävention von Erblindung bei Vorschulkindern
2002	- Prävention von Hepatitis B Infektionen bei Schwangeren und Müttern
2005	- Projekt zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen im gebärfähigen Alter - Präventionsmaßnahmen zu künstlichem Schwangerschaftsabbruch - Präventionsmaßnahmen zu Infektionen und Unfällen in Wochenbettkliniken
2006	- Programm zur Förderung der reproduktiven Gesundheit von Frauen (mit Bereitstellung von Informationen zu Schwangerschaft, Geburt, Versorgung von Säuglingen etc.) - Projekt zur Unterstützung von unfruchtbaren Paaren
2007	- Frühdiagnose von Taubheit
2008	- Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Kinder (mit Bereitstellung von Nahrungsergänzungsmitteln und Standard-Mutterpass)
2008 - 2011	- Nationalweite Förderung von sog. „Neonatal Intensive Care Units“ (NICUs) ⁷⁴⁷
2011	- Weitere Kampagnen zur Versorgung von Schwangeren - Unterstützung für medizinische Kosten im Zusammenhang mit Teenagerschwangerschaften
2012	- Projekt zur Etablierung eines medizinischen Zentrums für Frauen mit Risikoschwangerschaften und Neugeborenen einer Risikoschwangerschaft

(Quelle: In Anlehnung an Chang et al. 2011, S. 1119f)

⁷³⁹ Schwekendiek 2016, S. 83; Chang et al. 2011, S. 1115.

⁷⁴⁰ Park 1998, S. 69.

⁷⁴¹ Die temporäre Erhebung um die Jahrtausendwende ist als Folge der Asienkrise zu betrachten.

⁷⁴² Chang et al. 2011, S. 1118.

⁷⁴³ OECD 2017e.

⁷⁴⁴ Lee et al. 2013, S. 23ff. Erwähnt werden u.a. spezielle Schulungen von medizinischen Personal sowie auch erste auf Säuglinge und Mütter spezialisierte Zentren (Ebd., S. 34).

⁷⁴⁵ Chang et al. 2011, S. 1119.

⁷⁴⁶ Für eine vollständige Betrachtung siehe die Ausführungen von ebd., S. 1119f

⁷⁴⁷ Der Begriff „NICU“ steht für Intensivstationen, die auf die Versorgung von kranken und frühgeborenen Säuglingen spezialisiert sind (vgl. u.a. Yaffe 1985, S. 1).

Über diese genannten Programme und Maßnahmen hinaus erhalten Kinder in Südkorea bis einschließlich zum sechsten Lebensjahr einen 90% Nachlass bei medizinischen Behandlungen, müssen nur 35% der Kosten einer ambulanten Versorgung zahlen und werden in der neonatalen Periode sogar kostenlos versorgt, und zwar bereits seit Einführung des Krankenversicherungssystems in Südkorea in den 1960er Jahren.⁷⁴⁸ Außerdem zu erwähnen ist das nationale Immunisierungsprogramm für Kinder, was nicht nur noch weiter in die Vergangenheit zurückreicht, sondern auch ein im Zuge der Modernisierung Südkoreas grundlegend erneuert und gefördert wurde.⁷⁴⁹

Aber auch wenn sich Südkorea mit diesen speziellen Gesundheitsangeboten auf einem sehr hohen Level bewegt, sei das Gesundheitssystem in noch vielen Aspekten ausbaufähig, insbesondere im Vergleich zu Nachbarstaaten wie Japan, wo die Säuglings-, Kinder- und Schwangerengesundheit bereits viel früher in den Fokus gerückt wurde.⁷⁵⁰ Somit lässt sich der Rückgang der IMR seit den 1960er Jahren auch nicht mit speziell auf diese Sterblichkeitsformen gerichteten Interventionen zurückführen. Tatsächlich zeigen sich hierfür auch allgemeinere Verbesserungen in Medizin und Technik verantwortlich.⁷⁵¹ In jedem Fall sind die charakteristischen Entwicklungen in der IMR und NMR in den vergangenen knapp 60 Jahren ein deutliches Zeichen für die umfassende Verbesserung der nationalen Gesundheitsversorgung mit besonderem Bezug auf die Gesundheit von Säuglingen, Kleinkindern etc., sowie auch Schwangeren.⁷⁵² Und gleichzeitig werden damit auch wichtige Aspekte im Zusammenhang mit der Lebenserwartung angesprochen. Denn wie erwähnt trägt die Verbesserung der Sterblichkeit in jungen Jahren, vor allem aber der neonatalen und Säuglingssterblichkeit, wesentlich zur Erhöhung der Lebenserwartung bei Geburt bei.

Darauf aufbauend behandelt der folgende Abschnitt die Entwicklung der Lebenserwartung und Sterbewahrscheinlichkeit bei Geburt sowie auch im ferneren Lebensalter in Südkorea ab Mitte des vergangenen Jahrhunderts.

5.4.3.2 Entwicklung der Lebenserwartung

Analog zur Sterblichkeitsentwicklung kann die Entwicklung der Lebenserwartung in Südkorea ebenfalls als äußerst charakteristisch eingestuft werden.⁷⁵³ Gleichwohl muss in Teilen auch auf untypische Muster hingewiesen werden, die sich einmal mehr aus den kontextspezifischen Rahmenbedingungen Südkoreas ergeben und sich damit nicht allein anhand der Betrachtung

⁷⁴⁸ Vgl. Kap. 5.2.3

⁷⁴⁹ Lee et al. 2013, S. 22ff. Immunisierungsprogramme können tatsächlich bis hin in das letzte Kaiserreich Koreas zurückverfolgt werden (Ebd., S. 22).

⁷⁵⁰ Chang et al. 2011, S. 1120.

⁷⁵¹ Schwekendiek 2016, S. 83; Lee et al. 2013, S. 23 & 25.

⁷⁵² Chang et al. 2011, S. 1122.

⁷⁵³ Schwekendiek 2016, S. 84; Schneidewind 2013, S. 209; Yang et al. 2010, S. 896.

von Kennziffern identifizieren lassen. Insgesamt handelt es sich bei der Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Lebenserwartung in Südkorea um eine Vervollständigung der Sterblichkeitsthematik sowie entsprechender Einflüsse vor dem Hintergrund der modernisierungsbedingten Umwälzungen. Allerdings ist man einmal mehr mit einer unvollständigen Datenproblematik konfrontiert. Während die Gründe für die Entwicklungsverläufe gut eruiert sind oder sich notfalls auch aus Entwicklungskontexten erschließen lassen, sind verlässliche amtliche Daten erst ab den 1970er Jahren verfügbar. Daten früherer Zeitpunkte lassen sich zwar mithilfe nicht-amtlicher Quellen ermitteln, allerdings führt dies in Teilen zu nur schwer erklärbaren Diskrepanzen und Sprüngen. Insofern werden für die nachfolgenden Ausführungen zur Entwicklung der Lebenserwartung hauptsächlich amtliche Quellen herangezogen. Nicht-amtliche Daten werden ggf. bei der weiteren Beschreibung und Interpretation herangezogen. Zudem sei darauf hingewiesen, dass einige Aussagen zur Lebenserwartung in Südkorea bereits in anderen Kontexten getätigt wurden, sodass auf eine Wiederholung dessen größtenteils verzichtet werden soll. Ferner der Hinweis, dass an dieser Stelle auf eine zusätzliche Visualisierung zur Entwicklung der Lebenserwartung verzichtet wird. Die nachfolgend beschriebenen Entwicklungen in der Lebenserwartung können allerdings anhand entsprechender Darstellungen im Anhang nachvollzogen werden.

Abriss über die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt und ferneren Lebenserwartung

Zwar werden Ziffern zu den Entwicklungen der Lebenserwartung amtlicherseits erst ab den 1970er Jahren angeboten, aber bereits bezogen auf diesen relativ kurzen Beobachtungszeitraum kann von einer äußerst charakteristischen Entwicklung gesprochen werden.⁷⁵⁴ Zwar stellt sich ein ansteigender Trend bereits ab Mitte des vergangenen Jahrhunderts ein.⁷⁵⁵ Allerdings handelt es sich zunächst um andere Kausalzusammenhänge als es ab den 1960er/70er Jahren der Fall ist. So sind die Entwicklungen in der Lebenserwartung, um und nach dem Korea-Krieg u. a. auf den Einsatz von Antibiotika zurückzuführen.⁷⁵⁶ Erst ab den 1960er/70er Jahren kann vom modernisierungsbedingten Einfluss gesprochen werden. Bei der genaueren Analyse werden je nach Altersgrenze allerdings auch einige Unterschiede im Entwicklungsverlauf deutlich. Zwar ist die Lebenserwartung für alle Altersklassen konstant ansteigend, allerdings entwickelt sich diese nicht für jedes Alter gleich stark. Zudem sind auch geschlechterspezifische Unterschiede zu berücksichtigen. So entwickelte sich die Lebenserwartung für beide Geschlechter ebenfalls gleich stark, allerdings erscheint die in Teilen auffällige Differenz in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen erklärungsbedürftig. Nichtsdestotrotz sind zunächst die positiven Entwicklungen in der Lebenserwartung zu betonen.

⁷⁵⁴ Schwekendiek 2016, S. 84.

⁷⁵⁵ Vgl. u.a. The World Bank 2017.

⁷⁵⁶ Kwon et al. 1975, S. 23.

Noch um 1960 lag die Lebenserwartung bei Geburt in Südkorea mit 52,4 Jahren knapp 16 Jahre unter dem OECD-Schnitt.⁷⁵⁷ Bis 1970 stieg der Wert um zehn Punkte auf 62,3 Jahre an. Wie erwähnt zeigt sich hierfür vor allem der verstärkte Einsatz von Antibiotika verantwortlich. Gleichzeitig aber handelt es sich bereits hier um erste Auswirkungen des wirtschaftlichen Wandels. Ab den 1970er Jahren kann der wirtschaftliche Aufstieg Südkoreas schließlich als einer der Hauptgründe angebracht werden. Weitere Faktoren sind die stetige Verbesserung der Lebensstandards, Verbesserungen in der Ernährung und Verbesserungen in der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge. Bemerkenswerterweise scheinen selbst die Wirtschaftskrisen der 1980er, 1990er und schließlich auch die 2000er keinen wesentlichen Einfluss auf diese rasante Entwicklung zu haben.⁷⁵⁸ Insgesamt stieg die Lebenserwartung bei Geburt zwischen 1970 und 2015 stieg die um weitere 20 Punkte auf einen Wert von 82,1 Jahre. Den OECD-Schnitt überschritt Südkorea bereits um 2005.⁷⁵⁹

Der höchste Anstieg innerhalb der Lebenserwartung lässt sich somit in der Lebenserwartung bei Geburt feststellen, was als logische Folge der bereits im vorangegangenen Kapitel genannten Aspekte zurückgeführt werden kann. Hingegen fällt auf, dass sich die Entwicklung der Sterblichkeit im Alter von fünf Jahren weniger stark entwickelte. Tatsächlich fokussieren sich die Maßnahmen zur Vermeidung der Sterblichkeit in jungen vor allem auf die neonatale und in Teilen auch pränatale Phase. In der Kindersterblichkeit aber gibt es für Südkorea noch Nachholbedarf.⁷⁶⁰ Die fernere Lebenserwartung im Alter 60 und 80 erfährt erst ab den 1980er Jahren einen deutlich Schub, was vermutlich auch mit der Demokratisierung des Landes und der damit einhergehenden Verbesserung der Lebensumstände der älteren Bevölkerungsteile zusammenhängt.

Abriss über geschlechterspezifische Merkmale der Lebenserwartung

Differenziert nach Geschlecht kann ergänzt werden, dass entsprechende Unterschiede zwischen Mann und Frau im jungen sowie im mittleren Alter am höchsten sind.⁷⁶¹ Zwar ist die Lebenserwartung der angesprochenen Altersklassen und für beide Geschlechtern konstant ansteigend, bei den Frauen allerdings zunächst deutlich schneller, als bei den Männern. Erst ab den 1990er Jahren nehmen diese Unterschiede allmählich ab. Bei der Entwicklung der Lebenserwartung höherer Altersklassen (60+) sind etwas andere Entwicklungen zu beobachten. Hier kommt es bereits ab den 1980er Jahren zu einer Rückbildung der Geschlechterschere. Dabei sind Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung im Vergleich mit allen anderen

⁷⁵⁷ Yang et al. 2010, S. 896.

⁷⁵⁸ Ebd., S. 869. Vgl. hierzu u. a. auch das

⁷⁵⁹ Ebd., S. 869.

⁷⁶⁰ Chang et al. 2011, S. 1120.

⁷⁶¹ Vgl. hierzu auch Yang et al. 2012, S. 1282.

Industrienationen nicht weiter ungewöhnlich, allerdings erweisen sich einige Muster in Südkorea als einmalig. Und dementsprechend differieren auch die Kausalzusammenhänge.⁷⁶²

Für die angesprochenen Differenzen sind einerseits die unterschiedlichen Lebensstile der Männer und Frauen ausschlaggebend. So wird u. a. ein reichhaltiger Alkohol- und Zigarettenkonsum der Männer als ein wesentlicher Grund für diese Unterschiede angeführt, was sogar noch in die Gegenwart hinein einen großen Einfluss nimmt. Hinzu kommen kulturgesellschaftliche Aspekte, wie bspw. dass sich die Lebensstile zwischen südkoreanischen Frauen und Männern damals wie heute noch deutlicher voneinander unterschieden, als es in westlichen Ländern der Fall ist.⁷⁶³ Das führt schließlich auch zu größeren Differenzen im Risikoverhalten.⁷⁶⁴ Insofern ist auch der Rückgang der Schere in der Lebenserwartung zwischen Frau und Mann auf andere Gründe als in anderen Industrienationen zurückzuführen.⁷⁶⁵ Andererseits gilt es aber auch auf entsprechende Wirkungszusammenhänge mit der Industrialisierung und somit auch Modernisierung des Landes hinzuweisen. Beispielsweise kann beobachtet werden, dass die Anzahl arbeitsbedingter Verletzungen noch bis in die späten 1980er Jahre am höchsten ist.⁷⁶⁶

Die bisher erarbeiteten Mortalitätsverhältnisse sowie entsprechende kontextspezifische Kausalzusammenhänge – und ferner auch geschlechter- und altersspezifische Muster – sollen nunmehr um eine Diskussion zur Entwicklung der häufigsten Todesursachen ausgeweitet werden. Deutlich geworden ist, dass die Entwicklungen in der Mortalität unbedingt auch im Zusammenhang mit der Modernisierung des Landes weiterdiskutiert werden müssen. Erste Hinweise darauf, dass sich die Entwicklungen in der Sterblichkeit entsprechend der charakteristischen Umwälzungen in Südkorea verhalten (wenngleich eine nähere Beurteilung der Todesursachen sowie der epidemiologischen Muster noch aussteht), wurden bereits ermittelt. Die nachfolgende Auseinandersetzung zu den häufigsten Todesursachen in Südkorea knüpft dabei direkt an die zuvor erörterten Sterblichkeitsverhältnisse sowie mögliche Kausalzusammenhänge an. Basisbildend sind zudem auch alle bisher ermittelten kontextspezifischen Rahmenbedingungen.

⁷⁶² Schneidewind 2013, S. 81; Yang et al. 2012, S. 1286.

⁷⁶³ Schneidewind 2013., S. 81.

⁷⁶⁴ Yang et al. 2012, S. 1284f.

⁷⁶⁵ Ebd., S. 1286.

⁷⁶⁶ Ebd., S. 1284.

5.5 Ursachenspezifische Mortalität und Modernisierung

Ursachenspezifische Mortalität sowie entsprechende Entwicklungsverläufe und temporäre Effekte, liefern weitere wichtige Hinweise und Details zu den Umwandlungen in einer Region, vor allem in Bezug auf gesundheitswissenschaftliche Forschungsfelder und Fragestellungen wie Veränderungen im Gesundheitssystem, in der Gesundheitsversorgung oder in der Gesundheitsprävention.⁷⁶⁷ Mit anderen Worten kann durch eine nähere Auseinandersetzung mit den Todesursachen und deren Entwicklung in einer Region der Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit noch näher bestimmt werden. Üblicherweise wird hierzu zunächst auf die führenden Todesursachen eingegangen, um darauf aufbauend weitere Details zu erschließen. Amtlicherseits werden Daten zu den (häufigsten) Todesursachen in Südkorea allerdings erst seit 1983 in konsequenter Weise erfasst. Zwar wird damit der im inhaltlichen Fokus stehende Beobachtungszeitraum nicht im Ganzen abgedeckt. Nichtsdestotrotz gewährt das verfügbare Datenmaterial einen ausreichenden Blick auf insbesondere die unmittelbaren Auswirkungen des modernisierungsbedingten Wandels in Südkorea. Für eine über diesen Zeitraum hinaus gehende Interpretation können u. a. entsprechende Muster in der allgemeinen Mortalitätsentwicklung sowie die kontextspezifischen Rahmenbedingungen Südkoreas herangezogen werden. Damit wird dennoch eine fast lückenlose Deutung des epidemiologischen Übergangs in Südkorea möglich. Lediglich für die rein empirische Auseinandersetzung ist der Untersuchungszeitraum zwangsläufig gekürzt. Vor diesem Hintergrund werden nachstehend zunächst die führenden Todesursachen in Südkorea sowie deren Entwicklung seit 1983 aus unterschiedlichen Perspektiven dargestellt.⁷⁶⁸ Bei der Erarbeitung der Ursachen und Konsequenzen auf Basis aktueller Literatur hierzu, sollen zudem auch epidemiologische Muster identifiziert werden. Bezug nehmend auf das Modell zur inhaltlichen Strukturierung und Interpretation der Hauptthemenkomplexe dieser Arbeit werden damit gleichzeitig entsprechende Aspekte zur Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea erweitert und ergänzt. Mortalität und Morbidität werden – gemäß der inhaltlichen Interpretation und Strukturierung der Hauptthemenkomplexe dieser Arbeit – als zwei unmittelbar miteinander verknüpfte Prozesse interpretiert. Hierzu muss beachtet werden, dass (...) *eine Todesursache vielleicht nur am Ende eines ganzen Krankheitskomplexes stand*.⁷⁶⁹ Nicht zuletzt deshalb sind Entwicklungen in der Mortalität immer auch in Abhängigkeit von Mustern der Morbidität zu betrachten. Und blickt man auf die Veränderungen der letzten Jahrzehnte, lässt sich auch bei der Morbidität ein unbedingter Zusammenhang mit der Modernisierung Südkoreas vermuten. Das wird vor allem auch im Zusammenhang mit solchen Erkrankungen deutlich, die als Folge

⁷⁶⁷ Lim et al. 2014, S. 1597.

⁷⁶⁸ Für die inhaltliche Darstellung der häufigsten Todesursachen in Südkorea wurde sich an den amtlichen Angaben orientiert. So werden u. a. Krebs- oder Herzerkrankungen nachstehend zunächst als Gesamtgruppen definiert und dargestellt. Eine Feingliederung dessen erfolgt im Anschluss daran.

⁷⁶⁹ Kramer 2014, S. 167.

von Globalisierung und (am Beispiel Südkoreas) von „Verwestlichung“ gelten, sowie auch bei Krankheiten, die als Volks- oder Zivilisationskrankheiten, bzw. als sog. „Wohlstandserkrankungen“ bezeichnet werden. So wird beispielsweise der Anstieg gewisser chronischer Erkrankungen als Konsequenz des wachsenden wirtschaftlichen Wohlstandes moderner bzw. modernisierter Gesellschaften diskutiert.⁷⁷⁰ In welcher Form dieser Kausalzusammenhang auch für Südkorea zutrifft, soll im Folgenden anhand aktueller Forschung dazu diskutiert werden. Im Vordergrund aber steht die Betrachtung der ursachenspezifischen Sterblichkeit.

5.5.1 Zu den führenden Todesursachen in Südkorea

In der aktuellen amtlichen Statistik Südkoreas sind die Todesursachen klassifiziert nach ICD-10-CM.⁷⁷¹ Für die zehn führenden Todesursachen 2016 (geschlechts- und altersübergreifend) ergeben sich daraus die folgenden Klassifizierungen: Bösartige Neubildungen (C00-C97); Diabetes mellitus (E10-E14); Hypertonie (I10-I13); Krankheiten des Herzens (I20-I51); Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69); Pneumonie (J12-J18); Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47); Krankheiten der Leber (K70-K76); Transportmittelunfälle (V01-V99); Vorsätzliche Selbstschädigung (X60-X84).⁷⁷² Im Jahr 2016 lassen sich mit 69,5% knapp zwei Drittel aller Todesfälle auf diese „Top 10“ zurückführen. Abbildung 15 (S. 146) visualisiert die genannten zehn führenden Todesursachen in Südkorea im Jahr 2016, absteigend sortiert nach Häufigkeit und in Raten pro 100.000.

Auffällig ist zunächst die Dominanz der bösartigen Neubildungen. Zwar muss auf diese Krankheitsgruppe noch differenzierter eingegangen werden, denn dieser hohe Wert ergibt sich natürlich auch aus der Zusammenfassung aller Arten von bösartigen Neubildungen. Nichtsdestotrotz handelt es eindeutig um den mit Abstand höchsten Wert im vorliegenden Ranking.

Mit fast 100 Fällen pro 100.000 weniger folgt die Klasse der Herzerkrankungen, wobei darauf hingewiesen sei, dass hier die Klasse der ischämischen Herzkrankheiten (I20-I25) und die zur Klasse der sonstigen Formen der Herzkrankheit (I26-I51) in eine Gesamtgruppe zusammengefasst sind.⁷⁷³

⁷⁷⁰ Schumpelick / Vogel 2009.

⁷⁷¹ Vgl. KOSIS 2017a. Siehe auch Lim et al. 2014, S. 1597. Limitierend sei darauf hingewiesen, dass die Daten vor dem Jahr 1995 noch nach ICD-9 kodiert sind, was den tatsächlichen Entwicklungsverlauf einzelner Todesursachen verfälschen kann (Lim et al. 2014, S. 1602; Lindenauer et al. 2012, S. 1405ff).

⁷⁷² Vgl. hierzu auch Statistics Korea 2017a, S. 3.

⁷⁷³ Die zusammengefasste Darstellung der Herzkrankheiten, sowie aber auch der bösartigen Neubildungen, erfolgt orientiert an den Umgang mit diesen Krankheitsklassen in entsprechender Literatur (vgl. hierzu Statistics Korea 2017a, S. 3; Lim et al. 2014, S. 1597ff.). Nichtsdestotrotz ist eine ausdifferenzierte notwendig. Ferner der Hinweis, dass KOSIS die ICD-10-Klasse der sonstigen Formen der Herzkrankheit (I26-I51) nicht weiter in die Klasse der pulmonalen Herzkrankheiten und Krankheiten des Lungenkreislaufes (I26-I28), wie es nach internationalem Standard eigentlich vorgesehen wäre (vgl. CDC 2017).

5.5.1 Zu den führenden Todesursachen in Südkorea

Es folgen die Klassen der zerebrovaskulären Krankheiten und Pneumonien. Letztere Krankheitsgruppe ist der einzige Vertreter von Infektionskrankheiten innerhalb dieser „Top 10“. Auf dem fünften Rang – und sogar vor Diabetes mellitus mit Rang sechs – finden sich vorsätzliche Selbstschädigungen, was u. a. einen wesentlichen Unterschied zu anderen hoch entwickelten Nationen darstellt und daher ebenfalls noch weiter ausgeführt werden muss. Auch die übrigen Platzierungen der aktuellen „Top 10“ weichen in Teilen stark von internationalen Werten ab, was zugleich aber auch als Indiz für eine stark von kontextspezifischen Rahmenbedingungen abhängige und damit nur bedingt mit anderen Nationen vergleichbare Entwicklung hindeutet.

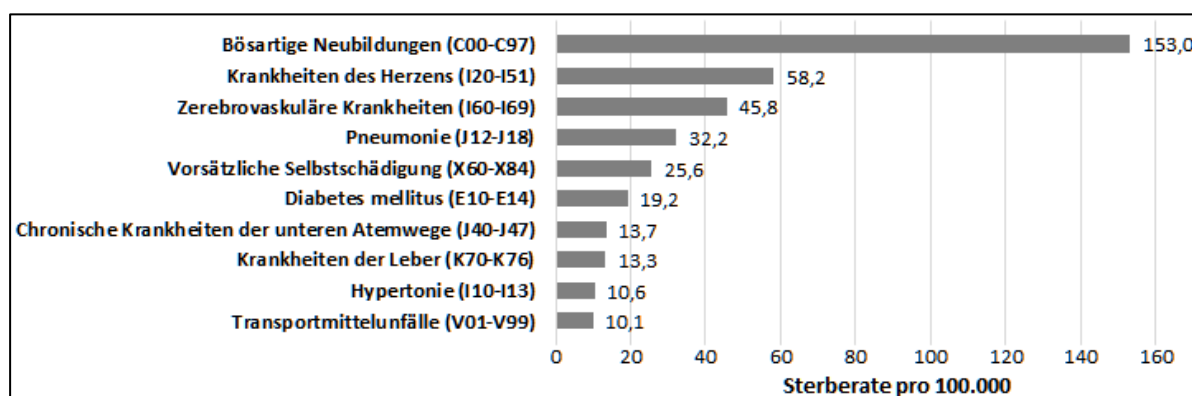


Abb. 15: Zehn häufigste Todesursachen in Südkorea 2016 (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017d)

Geschlechterspezifische Unterschiede in den aktuell führenden Todesursachen in Südkorea

Erweitert man die Perspektive um zusätzliche Determinanten wie bspw. das Geschlecht, werden weitere charakteristische Unterschiede deutlich. Abbildung 16 (S. 148) visualisiert zusätzlich hierzu die Geschlechterunterschiede im „Top 10“-Ranking für das Jahr 2016. Je nach Geschlecht müssen weitere Todesursachen ergänzt, bzw. substituiert werden. Speziell bei Männern belegen nunmehr auch Stürze (W00-W19) den zehnten Platz im geschlechterspezifischen Ranking.⁷⁷⁴ Hypertonie (I10-I13) hingegen fällt bei den Männern mit einer Rate von 6,5 pro 100.000 nicht mehr ins Gewicht. Bei Frauen hingegen zählen zu den führenden Todesursachen auch Alzheimer (G30) auf Platz acht und Sepsis (A40-A41) auf Platz zehn.⁷⁷⁵ Die Klassen K70-K76 und V01-V99 kommen hingegen nicht mehr im Ranking der Frauen vor.

⁷⁷⁴ Grundsätzlich scheinen äußere Einwirkungen einen deutlich stärkeren Einfluss bei Männern zu haben als bei Frauen. Ferner der Hinweis, dass die Klasse V01-Y89 (alle anderen externen Gründe) mit 12,7 pro 100.000 angegeben, was sogar noch vor W00-W19 einzuordnen wäre. Da allerdings aus dem vorliegenden Daten nicht klar hervorgeht, auf welche Ursachen genau sich die Klasse V01-Y89 bezieht (so können hiermit auch Stürze und Transportmittelunfälle gemeint sein), wurde diese Todesursache aus dem Ranking zunächst ausgelassen. Nichtsdestotrotz sei damit auf einen wesentlichen Geschlechterunterschied hingewiesen.

⁷⁷⁵ Auch hier sei auf das Problem zur Auslegung der Klasse V01-Y89 hingewiesen (vgl. Fußnote zuvor). Diese Klasse wird daher ebenfalls nicht in das Ranking der Frauen aufgenommen. Theoretisch aber wäre der zehnte Platz an die Klasse V01-Y89 zu vergeben, mit einer Rate von 9,6 pro 100.000, und damit 1,5 Punkten vor Sepsis. Nichtsdestotrotz gilt es im weiteren Verlauf auch auf die externen Gründe näher einzugehen.

5.5.1 Zu den führenden Todesursachen in Südkorea

Alle anderen Ursachen sind dieselben wie im Ranking für beide Geschlechter, wobei selbsterklärend je nach Geschlecht auch andere Häufigkeiten zustande kommen. Bei den Männern unterscheiden sich die ersten drei Plätze vor allem in Bezug auf die Höhe der Rate, nicht aber hinsichtlich der Platzierung. Der wesentlichste Unterschied betrifft die bösartigen Neubildungen. So liegt der Wert bei Männern hinsichtlich die Todesursache nicht nur deutlich über den Durchschnittswert, sondern auch klar über dem Wert der Frauen. Bei den nachfolgenden beiden Ursachen dominieren hingegen die Frauen, wobei die Abweichung vom Durchschnittswert, sowie auch vom Wert der Männer, deutlich geringer ausgeprägt ist wie bei den Bösartigen Neubildungen.

Vorsätzliche Selbstschädigungen (X60-X84) finden sich bei den Männern bereits auf Platz vier wider. Bei den Frauen belegt diese Todesursache noch den sechsten Platz. Die Rate der Männern ist hierbei zwar mehr als doppelt so hoch, am Beispiel Südkoreas aber stellt diese Todesursache nicht allein nur eine geschlechterspezifische Problematik dar, sondern beschreibt auch ein gesellschaftsübergreifendes Phänomen, dem sich noch näher gewidmet werden soll. Pneumonien (J12-J18) belegen bei den Männern den fünften Platz und bei den Frauen Platz vier, wobei sich die Werte nicht gravierend voneinander unterscheiden. Das gilt insbesondere auch für Diabetes mellitus (E10-E14). Zwar sind auch hier die Platzierungen zwischen den Geschlechtern unterschiedlich, allerdings ist die jeweilige Rate im Jahr 2016 dieselbe. Krankheiten der Leber (K70-K76) belegen bei Männern nunmehr den sechsten Rang. Diese Ursache ist im „Top 10“-Ranking der Frauen allerdings irrelevant, was zugleich aber auch auf das hohe Gewicht dieser Todesursache bei Männern hinweist.

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47) sind bei Männern auf Platz acht und bei Frauen auf Platz neun. Hier weichen die Raten wiederum deutlicher voneinander ab. Transportmittelunfälle (V01-V99) belegen Platz neun im Ranking der Männer und sind auch nur im Ranking für diese Bevölkerungsgruppe relevant. Während Hypertonie (I10-I13) im Ranking der Männer nicht weiter aufgeführt ist, findet sich diese Ursache bei Frauen auf Platz sieben wider, was nicht zuletzt auch wesentlich zur Platzierung dieser Todesursache in der Gesamtbevölkerung beiträgt. Im Jahr 2016 lassen sich 73,4% aller Todesfälle innerhalb der männlichen Bevölkerung Südkoreas auf die führenden Todesursachen der Männer zurückführen. Im geschlechterspezifischen Ranking der Frauen sind es 66,9%.

5.5.1 Zu den führenden Todesursachen in Südkorea

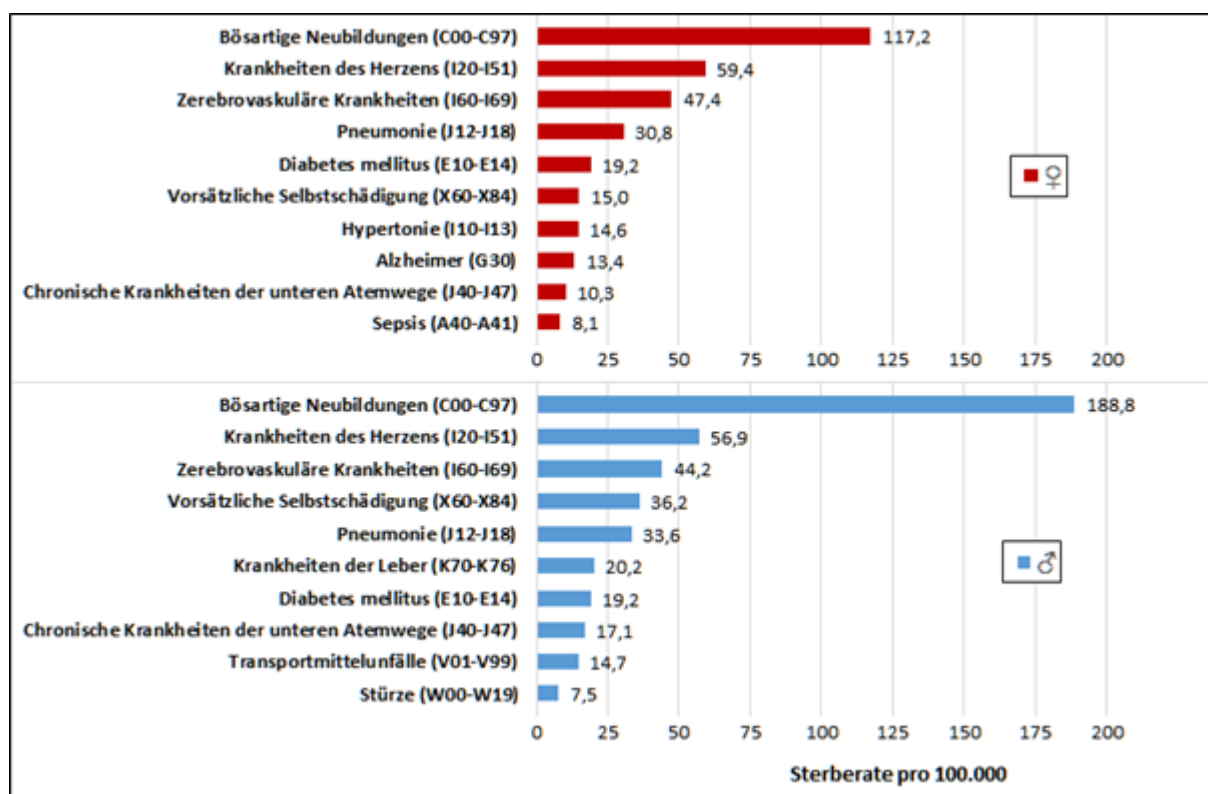


Abb. 16: Zehn häufigste Todesursachen in Südkorea 2016, differenziert nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017d)

Zwischenfazit zu den aktuell führenden Todesursachen in Südkorea

Wie bereits vermutet – und wie auch anhand der hier im Ansatz beschriebenen Unterschiede (aber auch Ähnlichkeiten) ersichtlich – fördert eine geschlechterspezifische Unterscheidung der Todesursachen weitere Charakteristika zutage. Und im Kontext des Forschungsvorhabens stellt sich hierzu vielmehr auch die Frage nach dem Einfluss modernisierungsbedingter Umwälzungen. Allein anhand einer Querschnittsbetrachtung kann ein solcher Einfluss natürlich nicht ausreichend bestimmt werden. Insofern gilt es den Fokus nunmehr um den Faktor Zeit zu erweitern. Daher wird sich dem Gegenstand im Folgenden nunmehr unter dem Aspekt der Entwicklung der aktuell führenden Todesursachen in Südkorea – vor dem Hintergrund modernisierungsbedingter Einflüsse, sowie weiterhin auch unter Berücksichtigung von Geschlecht und ferner auch altersspezifischen Aspekten, und nicht zuletzt auch Bezug nehmend auf die bisher erarbeiteten kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea – näher gewidmet. Ziel ist es weitere (charakteristische und auch potenzielle) Zusammenhänge zwischen Modernisierung und Gesundheit zu identifizieren, die es dann mithilfe einer empirischen Auseinandersetzung zu prüfen gilt.

Sicherlich sind einige der Entwicklungen bereits zu diesem Forschungsstand auf Faktoren wie dem Fortschritt in der Diagnostik und in der medizinischen Technologie, einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsleistungen und verbesserte Public Health-Maßnahmen sowie dem

wirtschaftsstrukturellen Wandel rückführbar, damit aber nicht gänzlich erklärbar.⁷⁷⁶ Insofern benötigt es eine zusätzliche Vertiefung, und zwar mit speziellem Bezug auf den modernisierungsbedingten Wandel, sowie auch weiterer kontextspezifischer Rahmenbedingungen. Um den inhaltlichen Rahmen dabei nicht zu überdehnen, werden im Folgenden nur ausgewählte Todesursachen näher betrachtet, und zwar speziell diese, die den größten Erkenntnisgewinn im Zusammenhang mit der Forschungsvorhaben darbieten. Ferner sei der nachstehende Abschnitt basisbildend für die Betrachtung der Morbidität.

5.5.2 Führende Todesursachen im Kontext von Modernisierung

Abbildung (Abb. 17, S. 150) visualisiert die altersstandardisierte Entwicklung der zehn führenden Todesursachen in Südkorea 2016 (altersstandardisiert auf die Gesamtbevölkerung Südkoreas im Jahr 2016).⁷⁷⁷ Entsprechende Daten, insbesondere auch im Zusammenhang mit bevölkerungsstrukturellen Aspekten, werden folgend auszugsweise zitiert und können schließlich auch im Anhang zu dieser Arbeit nachvollzogen werden.

Gemäß dem epidemiologischen Übergangsmodell sind zwar fast alle mit chronisch degenerativen Leiden verbundenen Todesursachen in den vergangenen über 30 Jahren rückläufig, vereinzelt aber müssen äußerst charakteristische Entwicklungsverläufe sowie bezeichnende Schwankungen konstatiert werden.⁷⁷⁸ Einige der Todesursachen sinken erst seit jüngster Zeit und in Teilen auch nachdem sie zunächst einen deutlichen Anstieg erfuhren. Andere wiederum sinken bereits seit Beginn der Aufzeichnungen. Lediglich Pneumonien sind seit der Jahrtausendwende ansteigend. Ferner fallen natürlich auch weitere geschlechterspezifische Besonderheiten auf.

⁷⁷⁶ Vgl. Lim et al. 2014, S. 1599.

⁷⁷⁷ In Anlehnung an die Ausführungen von Lim et al. 2014. Zur besseren Vergleichbarkeit der Daten aus unterschiedlichen Jahre aber wird vorliegend eine Altersstandardisierung angewandt (zum Zweck der Eliminierung von altersstrukturbedingten Effekten). Andernfalls wären die Mortalitätsraten nur bedingt miteinander vergleichbar. Gleichwohl spielt das Alter im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen eine wichtige Rolle. Ferner sei zu beachten, dass damit „nur“ eine hypothetische Interpretation der Verläufe ermöglicht wird (vgl. GBE Bund 2019).

⁷⁷⁸ Lim et al. 2014, S. 1599.

5.5.2 Führende Todesursachen im Kontext von Modernisierung

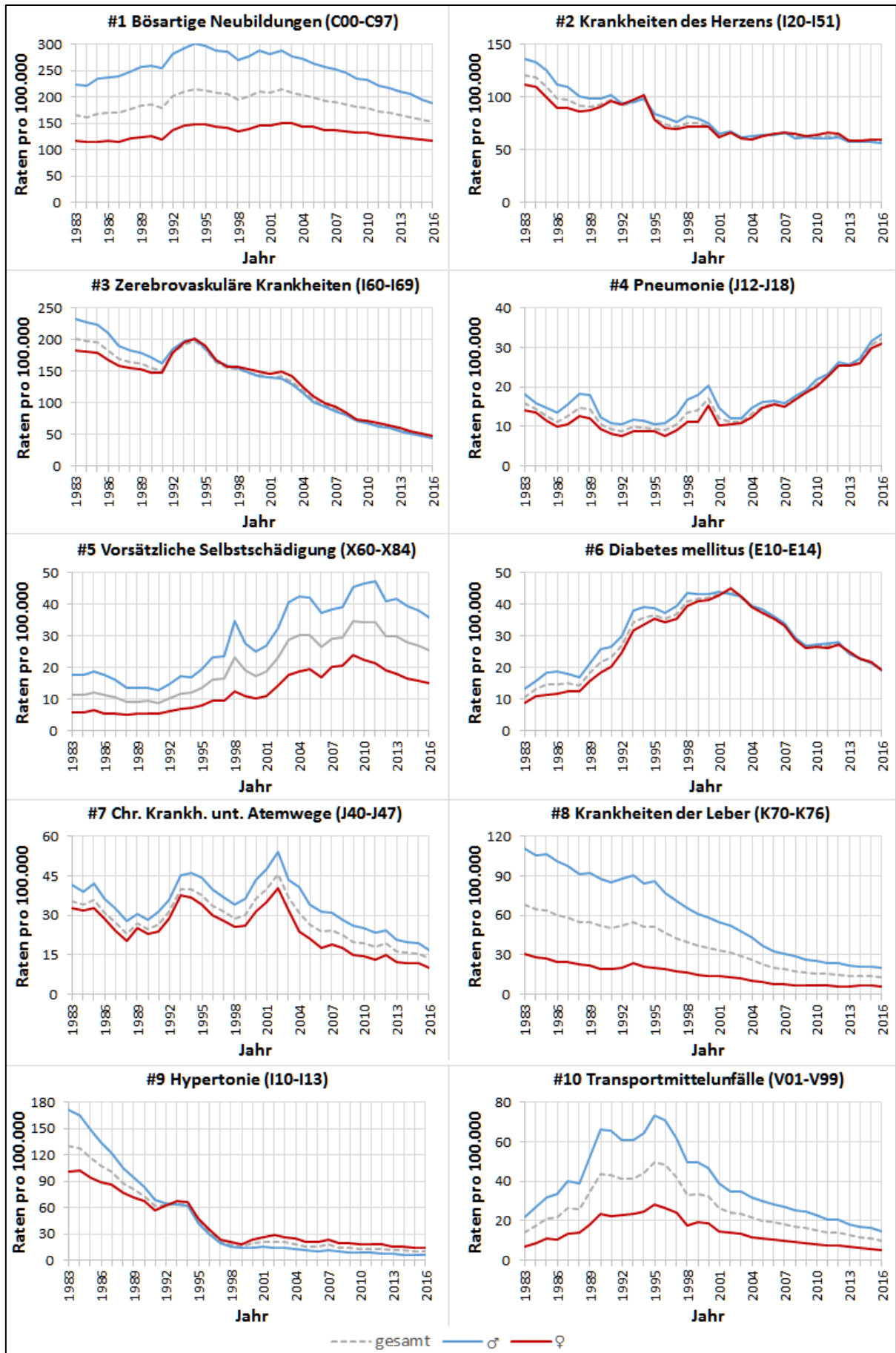


Abb. 17: Altersstandardisierte (auf Bev. 2016) Entwicklung der führenden Todesursachen in Südkorea, 1983 bis 2016 und nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017a; 2017b; 2017d)

Mortalität aufgrund von bösartigen Neubildungen

Wie erwähnt stellen bösartige Neubildungen einerseits die aktuell mit Abstand häufigste Todesursache in Südkorea dar. Andererseits handelt es sich damit auch um eine der größten Public Health-Herausforderungen.⁷⁷⁹ Die altersstandardisierte Entwicklung hierzu zeigt, dass bösartige Neubildungen zu Beginn der Aufzeichnungen in Teilen noch von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems übertroffen werden, aber spätestens seit der Mitte der 1990er Jahre handelt es sich um die ausnahmslos führende Ursache.⁷⁸⁰ Gleichzeitig ist eine große und noch bis zur Jahrtausendwende zunehmende Differenz zwischen den Geschlechtern zu erkennen. Und tatsächlich sind die Geschlechterdifferenzen bei keiner anderen der aufgeführten Todesursachen derartig charakteristisch. Ferner handelt es sich bereits zu Beginn der 1980er Jahre um die häufigste Todesursache bei Männern und die zweithäufigste Ursache bei Frauen.⁷⁸¹ Erst zur Mitte der 1990er (und unter Berücksichtigung kurzzeitiger Schwankungen um die Jahrtausendwende) sinken die Werte allmählich und auch die Geschlechter nähern sich wieder aneinander an. Aktuell sind ähnliche Verhältnisse wie zu Beginn der Aufzeichnungen zu konstatieren, allerdings mit dem wesentlichen Unterschied, dass die Rate der Männer in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen starken Rückgang aufweist, während sich die Rate der Frauen seither nur unwesentlich änderte.⁷⁸²

Die „Geschlechterschere“ betreffend sind die bereits angesprochenen unterschiedlichen Lebensstile von Frauen und Männern – vor allem bezogen auf Ernährung, Bewegung oder den Konsum von Zigaretten und Alkohol – sicherlich ein wesentlicher Erklärungsfaktor. Vor dem Hintergrund der Modernisierung Südkoreas ist damit aber noch nicht das gesamte Spektrum an Einflüssen erfasst. Und auch wenn einige Entwicklungsverläufe (insbesondere auch ab den Nullerjahren) u. a. auf neue Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden, sowie unterschiedliche (durch die Regierung geförderte) Public Health-Maßnahmen zurückgeführt werden können⁷⁸³, erklärt das den modernisierungsbedingten Einfluss nur in Teilen. Zudem variieren die Einflussfaktoren in Abhängigkeit von der Krebserkrankung.⁷⁸⁴ Ferner liegt die Vermutung nahe, dass sich natürlich nicht alle Arten von bösartigen Neubildungen gleichermaßen für den insgesamten Rückgang der letzten Jahre verantwortlich zeigen. Mithilfe einer Einzelbetrachtung also können weitere charakteristische Merkmale und nicht zuletzt auch weitere potenzielle Einflüsse im Kontext von Modernisierung herausgestellt werden. Im Folgenden werden hierzu ausgewählte Unterklassen Bösartiger Neubildungen näher betrachtet.

⁷⁷⁹ Lim et al. 2015, S. 939; Lim et al. 2014, S. 1599. Die Ausführungen der hier genannten Autoren wurden vorliegend um einen aktuellen Datenbestand ergänzt und erweitert (nach KOSIS 2017a; 2017b; 2017d).

⁷⁸⁰ Lim et al. 2014, S. 1599.

⁷⁸¹ Ebd., S. 1599

⁷⁸² Lim et al. 2015, S. 941; Lim et al. 2014, S. 1599.

⁷⁸³ Ebd., S. 941; Ebd., S. 1599.

⁷⁸⁴ Lim et al. 2015, S. 941.

Der aktuell rückläufige Trend der Todesursache der bösartigen Neubildungen steht vor allem mit der Rückentwicklung der Sterblichkeit aufgrund von Magen-, Speiseröhren- und Uteruskarzinomen (C16; C15; C53-C55), ferner auch Leber- und Lungenkarzinomen (C22; C33-C34), in Verbindung.⁷⁸⁵ Innerhalb bösartiger Neubildungen erfahren diese fünf Unterklassen den größten Rückgang in den vergangenen Jahrzehnten, wobei der Rückgang bei der Sterblichkeit aufgrund von Magenkarzinomen am höchsten ist.⁷⁸⁶ Dem insgesamt rückläufigen Trend kann die angestiegene Sterblichkeit aufgrund von Darm-, Bauchspeicheldrüsen-, Prostata- oder Brustkarzinomen (C18-C21; C25; C61; C50) aktuell nicht entgegenwirken. Weiterhin wird deutlich, dass der insgesamt stärkere Rückgang von bösartigen Neubildungen bei Männern vor allem auf die Sterblichkeit bedingt durch Speiseröhren-, Leber- und Lungenkarzinomen zurückzuführen ist. Diese Todesursachen spielen bei Frauen in Südkorea traditionell eine eher untergeordnete Rolle.⁷⁸⁷

Der vor allem bei Männern rückläufige Trend in der Sterblichkeit durch Speiseröhrenkarzinome (C15) kann mit einem signifikanten Rückgang des Konsums von Zigaretten in Verbindung gebracht werden, und zwar u. a. im Zusammenhang mit entsprechenden Anti-Raucher-Programmen und Kampagnen der Regierung.⁷⁸⁸ Aktuell steht sogar zur Diskussion das bereits bedingt geltende Konsumverbot von Zigaretten in der Öffentlichkeit noch weiter auszuweiten.⁷⁸⁹ Allerdings sind damit nur Entwicklungen ab den 1990er Jahren erklärt. Zuvor unterlagen die entsprechenden Raten sogar einem starken Aufwärtstrend. Hierbei ist ein Zusammenhang mit dem Rauchverhalten und u. a. politisch-historischen sowie auch sozioökonomischen Verhältnissen denkbar. Hinzu kommen vor allen Dingen auch kulturgesellschaftliche Aspekte.

Die für beide Geschlechter relevante Sterblichkeit durch Magenkarzinome (C16) ist bereits seit Beginn der Aufzeichnungen sowohl bei Frauen, als auch bei Männern rückläufig. Verbesserte sozioökonomische Voraussetzungen, Veränderungen in der Ernährung (insbesondere die Reduktion salz- und nitrathaltiger Nahrung) und auch der Rückgang von Erkrankungen im Zusammenhang mit *Helicobacter pylori* nehmen hier den größten Einfluss. Gleichzeitig müssen auch entsprechende Fortschritte in der Diagnostik und in der Behandlung erwähnt werden. Nichtsdestotrotz handelt es sich aktuell um die dritthäufigste Todesursache innerhalb bösartiger Neubildungen, und zwar sowohl geschlechterübergreifend, als auch differenziert nach Geschlecht.⁷⁹⁰

⁷⁸⁵ Ebd., S. 941; Lim et al. 2014, S. 1599.

⁷⁸⁶ Lim et al. 2015, S. 942f.

⁷⁸⁷ Ebd., S. 941.

⁷⁸⁸ Lim et al. 2015, S. 941; Jee et al. 2004, S. 341ff.

⁷⁸⁹ Kim 2017.

⁷⁹⁰ Lim et al. 2015, S. 942.

Dagegen steht ein bei beiden Geschlechtern bis in die Nullerjahre hinein starker Aufwärtstrend in der Sterblichkeit infolge von Darmkrebs (C18-C21). Seit etwa zwei Jahrzehnten wirken diesem Trend zwar Verbesserungen in der Diagnose und Behandlung entgegen, nichtsdestotrotz sind die Fallzahlen bei den Männern in den vergangenen 15 Jahren kaum gesunken und bei den Frauen nur gering rückläufig. Interessanterweise wird an dieser Stelle, vor allem auch die zunehmende Adaption westlicher Ernährung, eine Zunahme an übergewichtigen Personen und eine zunehmende körperliche Inaktivität angeführt.⁷⁹¹

Ein ähnlicher Entwicklungsverlauf wie bei der Sterblichkeit im Zusammenhang mit Darmkrebs ist auch bei Bauchspeicheldrüsenkrebs (C25) zu beobachten. Hier endet der zunächst steile Aufstieg der Raten aber bereits zur Mitte der 1990er Jahre. Ein weiterer Unterschied ist, dass die Männer seither auf fast unverändertem Niveau verweilen, während die Raten der Frauen sogar weiter ansteigen bzw. sich denen der Männer annähern. Der Entwicklungsverlauf bei den Männern kann u. a. mit dem rückläufigen Zigarettenkonsum als ein anerkannter Einflussfaktor für Bauchspeicheldrüsenkrebs in Verbindung gebracht werden.⁷⁹² Der anhaltende Anstieg bei Frauen wird damit aber nicht gänzlich erklärt, außer man unterstellt eine Zunahme des Zigarettenkonsums bei Frauen. Allerdings besteht ein großer Unterschied im Zigarettenkonsum zwischen Männern und Frauen in Südkorea, was nicht zuletzt auch an soziokulturellen Aspekten liegt.⁷⁹³

Wie bereits deutlich geworden ist, kann ein erhöhter Zigarettenkonsum mit vielen bösartigen Neubildungen in Verbindung gebracht werden⁷⁹⁴, erweist sich im Zusammenhang mit Lungenkrebs aber als der wohl einflussreichste Risikofaktor, und zwar in den allen entwickelten Regionen der Welt.⁷⁹⁵ Ein entsprechend starker Zusammenhang lässt sich daher auch am Beispiel Südkoreas konstatieren, wenngleich regionsspezifische Charakteristika zu berücksichtigen sind.⁷⁹⁶ In Südkorea verdoppelte sich die Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen der Trachea, Bronchien und der Lunge (C33-C34) seit Beginn der Aufzeichnungen. Von dieser Entwicklung betroffen sind beide Geschlechter, wenngleich bei Frauen ein deutlich weniger dramatischer Verlauf vorliegt. Speziell für die Männer kann um die Jahrtausendwende sogar eine Verdreifachung der Werte festgestellt werden. Zwar sind die Werte seither rückläufig, nichtsdestotrotz handelt es sich aktuell um die mit Abstand führende Todesursache bei Männern. Aber auch bei Frauen ist diese Todesursache noch führend. Entsprechende Zusammenhänge zum Rauchverhalten in Südkorea wurden bereits ausführlich diskutiert. Ergänzt sei der Aspekt, dass der jüngste Rückgang der Raten weniger auf verbesserte

⁷⁹¹ Ebd., S. 943.

⁷⁹² Ebd., S. 943.

⁷⁹³ Woo 2012, S. 17f; Chung et al. 2010, S. 1966ff; Jee et al. 2004, S. 341ff. Siehe hierzu auch Kap. 5.2.2.

⁷⁹⁴ Choi et al. 2014, S. 1.

⁷⁹⁵ Jee et al. 2004, S. 341.

⁷⁹⁶ Choi et al. 2014, S. 1ff; Chung et al. 2010, S. 1966ff; Jee et al. 2004, S. 341ff. Siehe hierzu auch Kap. 5.2.2.

Behandlungsmethoden zurückzuführen sei, sondern vor allem Anti-Raucher-Kampagnen und -Gesetzen zugeschrieben werden kann.⁷⁹⁷

Leberkarzinome (C22) gehören zur insgesamt zweithäufigsten Todesursache innerhalb von bösartigen Neubildungen. Diese Platzierung ist vor allem durch die Werte der Männer geprägt. Bei Frauen ist diese Todesursache zwar ebenfalls relevant, aber seit Beginn der Aufzeichnungen unverändert klein. Bei Männern hingegen sinken die Fallzahlen erst seit Mitte der 1990er Jahre allmählich.⁷⁹⁸ Ein wesentlicher Grund für den positiven Trend ist der Rückgang von Hepatitis-Erkrankungen, die als Hauptursache für Leberkarzinome in Ländern Asiens, insbesondere auch ROK, angesehen werden. Behandlungsansätze im Zusammenhang mit Leberkrebs sind hingegen zu vernachlässigen.⁷⁹⁹

Während speziell bei Frauen die Sterblichkeit aufgrund von Karzinomen der weiblichen Genitalorgane (C53-C55), allen voran Uteruskarzinome, seither rückläufig ist, erfahren die Raten im Zusammenhang mit Brustkrebs einen kontinuierlichen Anstieg (C50).⁸⁰⁰ Dieser Anstieg steht nicht nur im Kontrast zu Entwicklungen in der westlichen Welt. Auch im Vergleich zu Ländern Asiens weist Südkorea den höchsten Anstieg auf. Zwar zählte Südkorea einst zu den Ländern mit der niedrigsten Mortalität im Zusammenhang mit Brustkrebs.⁸⁰¹ Allerdings scheint es, dass die vom modernisierungsbedingten Wandel beeinflussten Veränderungen in den Lebensstilen – wie eine Verschiebung des Eintritts in den Ehestand und die Geburtenverlagerung ins höhere Alter⁸⁰² oder eine bei jungen Mädchen immer früher auftretende Menarche⁸⁰³ – den konstanten Anstieg der Sterberate stark begünstigen. Und diesen seit den 1980er Jahren fortwährenden Trend wirken neue Screening- und Behandlungsmethoden nur bedingt entgegen.⁸⁰⁴ Der Rückgang in der Sterblichkeit aufgrund von C53-55 lässt sich hingegen sehr wohl mit modernisierungsbedingten Umwälzungen, insbesondere dem wirtschaftsstrukturellen Wandel, in Beziehung bringen. Ein wichtiger Faktor in diesem Zusammenhang ist auch der Rückgang bakterieller Infekte, die diese Art von Neubildung begünstigen.⁸⁰⁵

Innerhalb der männlichen Bevölkerung ist der charakteristische Anstieg hinsichtlich Prostatakarzinomen (C61) äußerst besorgniserregend. Zwar ist der starke Aufwärtstrend seit Beginn des 21ten Jhd. und infolge verbesserter Diagnose- und Behandlungsmethoden

⁷⁹⁷ Lim et al. 2015, S. 944; Jee et al. 2004, S. 341ff. Für eine ausführlichere Auseinandersetzung zum Rauchverhalten in Südkorea siehe Kap. 5.3.2.

⁷⁹⁸ KOSIS 2017d.

⁷⁹⁹ Lim et al. 2015, S. 934.

⁸⁰⁰ KOSIS 2017d.

⁸⁰¹ Lim et al. 2015, S. 944; Shin et al. 2010, S.

⁸⁰² Vgl. u. a. Kap. 5.4.2.

⁸⁰³ Cho et al. 2009, S. 169ff. Die Autoren benennen fernerhin den Einfluss der Ernährung und des Übergewichts als zusätzliche Faktoren einer Verschiebung ins jüngere Alter (Cho et al. 2009, S. 169).

⁸⁰⁴ Lim et al. 2015, S. 944.

⁸⁰⁵ Ebd., S. 944.

ausgebremst. In den ersten zwei Dekaden der Aufzeichnungen werden der Anstieg an Übergewicht, körperlicher Inaktivität und schlechter Ernährungsweisen, und zwar in Folge des wirtschaftsstrukturellen Wandels, als Hauptgrund angenommen.⁸⁰⁶

Auch für die übrigen Unterklassen im Zusammenhang mit bösartigen Neubildungen werden immer wieder die gleichen Gründe für einen Anstieg bzw. Rückgang oder Stagnation genannt.⁸⁰⁷ Es wird deutlich, dass der modernisierungsbedingte Einfluss bzw. die damit einhergehenden Umwälzungen, einen wesentlichen Einfluss nehmen, und das sowohl in positiver, als auch negativer Hinsicht. In jedem Fall lässt sich ein entsprechender Einfluss der Modernisierung in Südkorea herleiten. Gleichwohl wird auch der Einfluss kontextspezifischer Rahmenbedingungen deutlich, wie beispielsweise im Zusammenhang mit dem Zigarettenkonsum in Südkorea. Dennoch handelt es sich nicht immer nur um empirisch nachgewiesene Zusammenhänge mit Modernisierung, sondern in vielerlei Hinsicht auch nur um Annahmen oder Hinweise. Diesen Annahmen und Hinweise soll nunmehr auch im Zusammenhang mit weiteren führenden Todesursachen in Südkorea nachgegangen werden.

Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems

Die kardiovaskuläre Sterblichkeit in Südkorea verliert bereits seit den 1980er Jahren zunehmend an Bedeutung. Die altersstandardisierten Sterberaten im Zusammenhang mit Krankheiten des Herzens (I20-I51), zerebrovaskulären Krankheiten (I60-I69) und Hypertonie (I10-I13) sind seither signifikant gefallen. Ferner ist der rückläufige Trend bei Männern anfangs noch stärker ausgeprägt, als bei Frauen.⁸⁰⁸ Insgesamt ist damit nicht nur ein weiterer eindeutiger Hinweis auf den sich bereits vollzogenen epidemiologischen Übergang in Südkorea gefunden.⁸⁰⁹ Zudem wird dadurch die Zuordnung Südkoreas in ein rapides Übergangsmodell gestützt.⁸¹⁰ Sondern es können auch weitere modernisierungsbedingte Zusammenhänge identifiziert werden. Auch sind weitere regionalspezifische Merkmale etc. festzuhalten.

Die vorliegend positiven Trends sind zunächst auf kontinuierlich verbesserte Behandlungsmethoden (Medikalisierung und invasive Chirurgie etc.) zurückzuführen. Das betrifft insbesondere die Sterblichkeit durch Hypertonie, aber auch die davon beeinflussten Folgeerkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.⁸¹¹ Hingegen lässt sich der Rückgang in der Sterblichkeit aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten u. a. mit einer zunehmend bewussteren Ernährung erklären.⁸¹² Grundsätzlich scheint der in Teilen positive Wandel der Lebensstile, und

⁸⁰⁶ Edb., S. 944.

⁸⁰⁷ Edb., S. 944f.

⁸⁰⁸ KOSIS 2017d; Lee et al. 2015, S. 202; Lim et al. 2014, S. 1601.

⁸⁰⁹ Vgl. hierzu auch Suh 2001, S. 75ff.

⁸¹⁰ Siehe Kap. 4.4.3.

⁸¹¹ Lee et al. 2015, S. 202; Lim et al. 2014, S. 1601.

⁸¹² Lim et al. 2014, S. 1601.

damit die Vermeidung entsprechender Risiken, eine tragende Rolle im Zusammenhang mit den beschriebenen Entwicklungen zu spielen.⁸¹³

Speziell im Zusammenhang mit Krankheiten des Herzens (I20-I51) ist allerdings auch auf einen divergenten Trend hinzuweisen. Denn während die altersstandardisierte Todesrate bei sonstigen Formen der Herzkrankheit (I26-I51) seit Beginn der Aufzeichnungen signifikant sinken, ist der Rückgang bei ischämischen Herzkrankheiten (I20-I25) eher verhalten. Nichtsdestotrotz ist auch hier ein beständiger Rückgang zu erwarten.⁸¹⁴

Der zuvor angesprochene, in den ersten Jahren noch stärker ausgeprägte rückläufige Trend bei Männern, lässt sich u. a. mit dem Rückgang lebensstilinduzierter Risikofaktoren innerhalb der männlichen Bevölkerung in Verbindung bringen. Der aktuell bei allen aufgeführten Todesursachen im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankungen erkennbare leichte Überhang bei den Raten der Frauen, ist aller Wahrscheinlichkeit nach auf die höhere Lebenserwartung dieser Bevölkerungsgruppe zurückzuführen.⁸¹⁵ In jedem Fall werden einmal mehr von kontextspezifischen Rahmenbedingungen abhängige Kausalitäten angesprochen, die schließlich auch von modernisierungsbedingten Umwälzungen beeinflusst sind. Gleichartige Voraussetzungen sind auch für alle weiteren Todesursachen wahrscheinlich. Nichtsdestotrotz lassen sich vereinzelt auch Abweichungen bzw. äußerst charakteristische Veränderungen feststellen, die den Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit in Südkorea mehr und mehr als nicht, bzw. nur bedingt vergleichbar erscheinen lassen.

Mortalität aufgrund von Diabetes mellitus

Zwar ist die altersstandardisierte Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus seit der Jahrtausendwende rückläufig, allerdings gilt es bei Aussagen zu dieser Todesursache gewisse Besonderheiten zu berücksichtigen, die diesen rückläufigen Trend relativieren können. So muss im Kontext von Diabetes mellitus u. a. von Multimorbiditäten ausgegangen werden, was schließlich auch einen großen Einfluss auf die Mortalität anderer Ursachen haben kann.⁸¹⁶ Ein weiteres Problem sind nicht diagnostizierte Fälle.⁸¹⁷ Für eine vollständige Interpretation der vorliegenden Entwicklungen mangelt es allerdings entsprechenden Studien über Südkorea. In jedem Fall gilt Diabetes mellitus – sowie die damit einhergehenden Konsequenzen – als eine weitere Public Health-Herausforderung, die in Ländern Asiens allerdings einen sehr großen Impaktfaktor aufweist.⁸¹⁸ Das liegt speziell auch an den genetischen Voraussetzungen asiatischer Bevölkerungsgruppen, aufgrund derer die Neigung zu Diabetes mellitus erhöht

⁸¹³ Lee et al. 2015, S. 207.

⁸¹⁴ KOSIS 2017d; Lee et al. 2015, S. 204.

⁸¹⁵ Lee et al. 2015, S. 207.

⁸¹⁶ Kang et al. 2016, S. 1; Noh 2016, S. 349.

⁸¹⁷ Ebd., S. 8; Ebd., S. 351.

⁸¹⁸ Noh 2016, S. 349; Ha & Kim 2015, S. 142; Kim 2011, S. 303.

ist.⁸¹⁹ Weitere Einflussfaktoren wären Übergewicht, körperliche Inaktivität und nicht zuletzt auch die zunehmende Urbanisierung⁸²⁰, womit wiederum auch modernisierungsbedingte Veränderungen in den Lebensstilen angesprochen werden. Was die geschlechterspezifische Entwicklung anbetrifft, so lassen sich bis auf die ersten Jahre keine größeren Unterschiede feststellen. Jedoch sei darauf hingewiesen, dass einmal mit Diabetes mellitus diagnostiziert, scheint weibliche Bevölkerung Südkoreas gefährdeter, was die mit dieser Erkrankung einhergehenden Konsequenzen anbetrifft.⁸²¹

Mortalität aufgrund von Erkrankungen der Leber

Der deutliche Rückgang in der Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Leber steht vor allem im Zusammenhang mit einer seither zunehmend effizienten Behandlung von Hepatitis-Erkrankungen.⁸²² Entsprechende Kausalzusammenhänge lassen sich auch im weltweiten Vergleich konstatieren.⁸²³ Differenziert nach Geschlecht, erfuhren die Raten der Männer einen deutlich stärkeren Rückgang in den vergangenen Jahrzehnten, liegen aber immer noch über denen der Frauen. In diesem Kontext ist die Alkoholkultur Südkoreas als ein wesentlicher Einflussfaktor anzuführen. Ein beständig hoher Alkoholkonsum verhindert aber das weitere Absinken der Todesraten im Zusammenhang mit Lebererkrankungen. Dieses Argument kann sogar für beide Geschlechter angebracht werden, ist aber entsprechend der Alkoholkultur in Südkorea vor allem für die Männer relevant. Generell sind alkoholinduzierte Erkrankungen und Todesursachen in Südkorea nach wie vor verbreitet (auch Unfälle etc.), wenngleich der Einfluss in den vergangenen Jahrzehnten und insbesondere bei Männern zurückgegangen ist.⁸²⁴ Entsprechende Zusammenhänge sind für das Land aber noch nicht zu genüge untersucht.⁸²⁵

Mortalität aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems

Innerhalb der zehn führenden Todesursachen in Südkorea finden sich gleich zwei Klassifizierungen im Zusammenhang mit Krankheiten des Atmungssystems. Allerdings unterscheiden sich die jeweiligen Entwicklungsverläufe in Teilen sehr stark voneinander, und zwar insbesondere seit der Jahrtausendwende. Pneumonien (J12-J18) erfahren seitdem einen deutlichen Anstieg, während Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege (J40-J47) einen eher rückläufigen Trend ausweisen. Vor der Jahrtausendwende sind in beiden Fällen in Teilen große Fluktuationen festzustellen. Bei Pneumonien lassen sich die Fluktuationen in Südkorea u. a. mit wirtschaftlichen oder politischen Krisen in Verbindung bringen, wobei die Raten bei

⁸¹⁹ Nicolaus 2007, S. 83f.

⁸²⁰ Noh 2016, S. 349.

⁸²¹ Kang et al. 2016, S. 6.

⁸²² Lim et al. 2015, S. 934.

⁸²³ Lim et al. 2014, S. 1601.

⁸²⁴ Bang et al. 2015, S. 94f.

⁸²⁵ Lim et al. 2014, S. 1601.

schlechter Ausgangslage insbesondere auch bei der älteren Bevölkerung ansteigen.⁸²⁶ Hingegen lässt sich der charakteristische Aufwärtstrend seit den Nullerjahren vor allem mit einer stark gealterten und stark alternden Bevölkerung erklären. Denn je älter die Bevölkerung ist, bzw. je schneller eine Bevölkerung altert, umso größer ist die Chance, dass Pneumonien einen Wiederanstieg erfahren.⁸²⁷ Und nicht zuletzt können die genannten Faktoren einmal mehr in Verbindung mit modernisierungsbedingten Umwälzungen gebracht werden. Dieser Grundsatz gilt ferner auch für die Todesursache (J40-J47), wobei hier auch andere Einflüsse eine wesentliche Rolle spielen, allen voran auch ein Wandel in den Lebensstilen.⁸²⁸ Kausalzusammenhänge am Beispiel Südkoreas sind allerdings noch nicht zu Genüge untersucht. Zudem weichen die Entwicklungen in Südkorea teils deutlich von denen in anderen Industrienationen ab, sodass Vergleiche schwierig sind.⁸²⁹ Und nicht zuletzt handelt es sich um eine von sehr unterschiedlichen Faktoren beeinflusste Diagnosegruppe.⁸³⁰

Mortalität aufgrund von äußeren Ursachen

Transportmittelunfälle (V01-V99) und Vorsätzliche Selbstschädigung (X60-X84) werden unter der Hauptgruppe der Äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität geführt.⁸³¹ Die jeweilige Entwicklung könnte allerdings nicht unterschiedlicher sein. Die Platzierung innerhalb der führenden Todesursachen in Südkorea spricht ebenfalls für sich. Trotz des Wirtschaftswachstums und der hohen Urbanisierungsquote seit den 1970er Jahren war die private Motorisierung anfangs noch gering. Erst ab den 1980er Jahren stiegen die Verkaufszahlen. Ab den 1990er Jahren setzte sich der Konsum schließlich verstärkt fort.⁸³² Mit der zunehmenden Motorisierung kam es anfangs noch zu deutlich erhöhten Unfallvorkommen mit Todesfolge. Spätestens aber seit der Jahrtausendwende ist diese Entwicklung rückläufig. Zwar werden nach wie vor zunehmend mehr Autos etc. verkauft. Parallel dazu sinkt aber die Sterblichkeit aufgrund von Transportmittelunfällen, was nicht zuletzt auf hohe Investitionen in die Sicherheit im Straßenverkehr zurückzuführen ist. Nichtsdestotrotz besteht hierbei noch Verbesserungspotenzial.⁸³³ Auch wenn die Sterblichkeit im Zusammenhang mit Transportmittelunfällen nicht zu vernachlässigen ist. Immerhin belegt diese Todesursache noch den zehnten Platz im Gesamtranking und Platz neun im Ranking der Männer.⁸³⁴ Unter den OECD-Mitgliedern gehört man damit ebenfalls noch zu den Spitzenreitern in negativer Hinsicht.⁸³⁵ Ferner weist

⁸²⁶ Lim et al. 2014, S. 1601; Yoo et al. 2013, S. 888f & 891ff; Torres et al. 2013, S. 1061ff.

⁸²⁷ Lim et al. 2014, S. 1601.

⁸²⁸ Torres et al. 2013, S. 1062.

⁸²⁹ Lim et al. 2014, S. 1601.

⁸³⁰ Torres et al. 2013, S. 1061ff.

⁸³¹ Vgl. CDC 2017.

⁸³² Adler / Ahrend 2017, S. 4; Yang / Kim 2003, S. 89.

⁸³³ Lim et al. 2014, S. 1601; Yang / Kim 2003, S. 94.

⁸³⁴ KOSIS 2017d.

⁸³⁵ Adler / Ahrend 2017, S. 4; OECD 2016b, S. 25ff.

Südkorea hierzu auch die höchsten tödlichen Unfallquoten im Zusammenhang mit Fußgängern auf.⁸³⁶ Innerhalb der Mortalität aufgrund von äußeren Ursachen erscheinen die Entwicklungen im Zusammenhang mit Vorsätzlichen Selbstschädigungen aber als deutlich alarmierender. Gleichwohl handelt es sich an dieser Stelle um ein weiteres höchst charakteristisches Alleinstellungsmerkmal. Diese Todesursache betreffend ist Südkorea bereits seit Jahrzehnten führend innerhalb der OECD-Nationen.⁸³⁷ Darüber können auch die temporären Fluktuationen nicht hinwegtäuschen. Denn der insgesamt Trend ist seit Beginn der Aufzeichnungen dramatisch gestiegen.⁸³⁸ Die zwischenzeitlichen Erhebungen im Entwicklungsverlauf können vor allem mit temporären Krisen (wirtschaftlich und politisch) in Verbindung gebracht werden, während der seither anhaltende Trend vor allem auch soziokulturelle und sozioökonomische Einflussfaktoren widerspiegelt.⁸³⁹

Des Weiteren gehört Selbstmord in Südkorea zur häufigsten Todesursache für Menschen im Teenageralter, sowie für Personen in ihren Zwanzigern und Dreißigern. Darüber hinaus ist es die zweithäufigste Todesursache für alle Menschen in den Vierzigern und Fünfzigern, unmittelbar hinter bösartigen Neubildungen.⁸⁴⁰ Und als eine Hauptursache für diesen negativen Trend werden die charakteristischen Umwälzungen in Südkorea diskutiert. So können vor allem die rasanten wirtschaftsstrukturellen Entwicklungen zusammen mit einer rapiden Urbanisierung und bedeutenden soziodemografischen Veränderungen sowie Veränderungen sozialer Werte etc. zu einer Schwächung des sozialen Zusammenhalts mit der Folge ansteigender Suizidraten geführt haben.⁸⁴¹ Die systematische Erforschung von Ursachen und Zusammenhängen am Beispiel Südkoreas wird allerdings erst in jüngster Zeit forciert.⁸⁴² Im Fokus dabei stehen vor allem auch Zusammenhänge mit der mentalen Gesundheit, insbesondere auch im Zusammenhang mit einem in Südkorea verbreiteten Konkurrenzgedanken und den daraus resultierenden gesellschaftlichen Druck sowie arbeitsbedingten Stress.⁸⁴³ Ergänzend dazu zeigt die internationale Forschung auf, dass sozioökonomische Krisen einen deutlich größeren negativen Effekt auf das Suizidverhalten innerhalb asiatischer Populationen ausweisen, als es im „Westen“ der Fall ist.⁸⁴⁴ Nicht zuletzt sei damit ein weiteres eindeutiges Indiz für den kulturbedingten Einfluss auf die Gesundheit innerhalb einer Bevölkerung gefunden, und wie dieser Einfluss von modernisierungsbedingten Entwicklungen abhängen kann.

⁸³⁶ Adler / Ahrend 2017, S. 4; Korea Herald 2013; Yang / Kim 2003, S. 89f.

⁸³⁷ Singh 2017; OECD 2017g; Noah et al. 2016, S. 617; Lim et al. 2014, S. 1601.

⁸³⁸ KOSIS 2017d. Lim et al. 2014, S. 1601.

⁸³⁹ Singh 2017; Lee 2016, S. 119; Noah et al. 2016, S. 620f; Chan et al. 2014, S. 246f; Lim et al. 2014, S. 1601; Kwon et al. 2009, S. 5ff.

⁸⁴⁰ Noah et al. 2016, S. 617; Lim et al. 2014, S. 1601; Ha 2011, S. 792f.

⁸⁴¹ Ebd., S. 621; Ebd., S. 793f.

⁸⁴² Ha 2011, S. 792.

⁸⁴³ Lee 2016, S. 119; Noah et al. 2016, S. 622.

⁸⁴⁴ Noah et al. 2016, S. 622.

5.5.3 Zum epidemiologischen Übergang in Südkorea

Die Sterblichkeitsthematik abschließend soll noch auf den epidemiologischen Übergang als grundlegende Voraussetzung für den Wandel in den Mustern der Mortalität eingegangen werden. Die theoretischen Grundlagen hierzu wurden bereits eruiert. Aus Basis dessen gilt es Südkorea auch noch in ein entsprechendes Übergangsmodell einzuordnen. Leider aber finden sich im deutsch- und englischsprachigen Raum nur wenige einschlägige Quellen, die den epidemiologischen Übergang Südkoreas in aller Ausführlichkeit behandeln. Immerhin finden sich einige Ansätze in der koreanischsprachigen Literatur. Insofern beschränkt sich dieses Kapitel auf eine grundlegende Darstellung dessen anhand der wenigen einschlägigen Quellen aus Südkorea. Der Aussagegehalt soll schließlich mithilfe entsprechender Zahlen und Fakten aus der amtlichen Statistik gestützt werden. Hierzu dienen natürlich auch die bereits zuvor vorgestellten Inhalte und Zusammenhänge.

Für die nähere Bestimmung des epidemiologischen Übergangs ist die Identifikation komplex miteinander verbundener Einflussgrößen, bzw. des Wandels dieser, erforderlich. In Bezug auf Südkorea wurden hierzu bereits wesentliche Einflussgrößen wie der soziale, ökonomische, kulturelle, demografische und gesundheitsstrukturelle Wandel beschrieben.⁸⁴⁵ Insofern kann eine Vorausbedingung zur Identifikation des epidemiologischen Übergangs in Südkorea als gegeben betrachtet werden. Ebenfalls beschrieben wurden die aktuellen Sterblichkeitsmuster in Südkorea, anhand derer die Vermutung nahe liegt, dass sich Südkorea aktuell bereits in der letzten oder vorletzten Phase des epidemiologischen Übergangs befindet. Zur welcher Zeit und zu welchen Bedingungen die Transition im engeren Sinne stattgefunden hat, wurde allerdings noch nicht angesprochen. Ebenfalls noch nicht angesprochen wurde der Wandel in den Mustern der Morbidität. Tatsächlich erweist sich Letzteres vor dem Hintergrund der Datenlage in und für Südkorea als eine gewisse Herausforderung, denn die Erfassung von Inzidenz und Prävalenz übertragbarer und nicht übertragbarer Krankheiten, sowie entsprechender Todesraten hierzu, ist über die Zeit weder konsistent noch vollständig verfügbar. Somit stehen die nachfolgenden Aussagen zum epidemiologischen Übergang in Südkorea unter dem Aspekt einer unvollständigen und damit limitierten Datenlage.⁸⁴⁶ Nichtsdestotrotz reicht das verfügbare Material dazu aus, den epidemiologischen Übergang in Südkorea anschaulich zu bestimmen und schließlich auch anhand des Wandels entsprechender Einflussgrößen auf Mortalität und Morbidität nachvollziehbar zu machen. Und schließlich können damit die bereits in Kapitel 4.3.3. erarbeiteten Vorüberlegungen zum epidemiologischen Übergang in Südkorea zu Ende geführt werden.

⁸⁴⁵ Siehe hierzu Kap. 4.4.3.

⁸⁴⁶ Siehe hierzu Kap. 6.1.1.

In der seitenübergreifenden Tabelle 10 (S. 162f) ist der Wandel der führenden Todesursachen in Südkorea ab Beginn des 20ten Jhd. abgetragen. Wie erwähnt sind die Angaben aufgrund der inkonsistenten Datenlage vor den 1980er Jahren nicht in allen Aspekten als endgültig zu betrachten. So fehlen oftmals genaue Angaben zu Fallzahlen oder Raten. Meist mangelt es auch an einer alters- und/oder geschlechterspezifischen Differenzierung. Auch sind die Bezeichnungen nicht immer einheitlich und/oder Definitionen nicht eindeutig. Schließlich muss beachtet werden, dass sich die Bezeichnungen aus der Vergangenheit natürlich nicht nach den aktuellen ICD-Codes richten. Eine Begründung hierfür könnten die nicht immer stabilen Verhältnisse sein, wodurch eine konsequente Erhebung von bevölkerungsbezogenen Daten behindert werden kann. Insgesamt also ist nur eine limitierte Interpretation der Angaben möglich. Nichtsdestotrotz genügen die Überlieferungen für eine schemenhafte Darstellung des epidemiologischen Wandels in Südkorea und können spätestens ab den 1980er Jahren durch adäquat erfasste Ziffern erweitert werden.⁸⁴⁷ In jedem Fall ist der Übergang von übertragbaren zu nicht übertragbaren Erkrankungen eindeutig nachvollziehbar und hat sich spätestens zur Mitte der 1970er Jahre endgültig vollzogen. Zudem lässt sich der epidemiologische Übergang in Südkorea eindeutig dem rapiden Modell zuordnen. So benötigte es in Bezug auf die dritte Phase der Transition in etwa nur 35 bis 40 Jahre.⁸⁴⁸ Die Beobachtungen unterstreichen schließlich auch die bereits theoretisch erarbeiteten Inhalte zum epidemiologischen Übergang in Südkorea. Gleichwohl sprechen einige Gesichtspunkte auch für eine zumindest in Teilen mögliche Zuordnung in das semi-westliche Modell.⁸⁴⁹ Denn einige der von Abdel R. Omran am Beispiel Japans angeführten Entwicklungsmerkmale sind durchaus auch mit den Entwicklungen in Südkorea vergleichbar, insbesondere in dem Aspekt, dass man verhältnismäßig schnell zum westlichen Transitionsmodell aufschloss.⁸⁵⁰ Das lässt sich schließlich auch mit den dargestellten Entwicklungen ab den späten 1970er Jahren nachvollziehen. Der Grund für die insgesamt sehr schnelle Transition ist natürlich der rasche Wachstums- und Transformationsprozess infolge einer dynamischen Industrialisierung und Modernisierung des Landes. Hierbei spielt vor allem auch der Modernisierungsprozess der Urbanisierung eine entscheidende Rolle, welcher den epidemiologischen Übergang aus einem sachlogischen Zusammenhang heraus zusätzlich beschleunigte. Einen weiteren wesentlichen Einfluss bildet auch das seither konsequent ausgebauten Gesundheitssystem in Folge einer forcierten Gesundheitspolitik. Zusätzlich dazu ist auch der demografische Wandel als Einflussfaktor zu benennen.⁸⁵¹

⁸⁴⁷ Für die Darstellung der häufigsten Todesursachen ab 1980 wurde sich an polithistorisch und ökonomisch relevanten Entwicklungen wie der Demokratisierung und Regressionen orientiert.

⁸⁴⁸ Lee / Kim 1982, S. 89.

⁸⁴⁹ Siehe hierzu Kap. 4.4.3.

⁸⁵⁰ Omran 1999, S. 113.

⁸⁵¹ Lee 1985, S. 2ff; Lee / Kim 1982, S. 89.

5.5.3 Zum epidemiologischen Übergang in Südkorea

Tab. 10: Wandel der häufigsten Todesursachen in (Süd)Korea

Jahr Rang	1920	1930	1935	1938-42	1953	1960
#1	Infektionen (weitere) ¹⁾	Krankheiten des Nervensystems	Infektiöse Krankheiten des Verdauungstraktes	Infektiöse Krankheiten des Verdauungstraktes	Tuberkulose	Krankheiten (weitere) ⁶⁾
#2	Infektiöse Krankheiten des Verdauungstraktes	Infektiöse Krankheiten des Verdauungstraktes	Krankheiten des Nervensystems	Infektiöse Atemwegserkrankungen	Magen-Darm-Entzündungen	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, und Senilität ⁷⁾
#3	Infektiöse Atemwegserkrankungen	Infektiöse Atemwegserkrankungen	Infektiöse Atemwegserkrankungen	Krankheiten des Nervensystems	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Pneumonien
#4	Krankheiten des Nervensystems	Infektionen (weitere)	Infektionen (weitere)	Tuberkulose	Pneumonien und Bronchitis	Tuberkulose
#5	Erkrankungen des gesamten Organismus ²⁾	Influenza	Influenza	Infektionen (weitere)	Krankheiten des Nervensystems	Infektiöse Krankheiten des Verdauungstraktes
#6	Erkrankungen des Kreislaufsystems	Senilität	Senilität	Erkrankungen des Kreislaufsystems	Senilität	Krankheiten des Nervensystems
#7	Senilität ³⁾	Erkrankungen des Kreislaufsystems	Erkrankungen des Kreislaufsystems	Infektiöse Krankheiten der Harnwege	Krankheiten des Herzens	Influenza
#8	Infektiöse Krankheiten der Harnwege	Infektiöse Krankheiten der Harnwege	Erkrankungen des gesamten Organismus	Bösartige Neubildungen und Unterernährung	Infektionen (weitere) und parasitäre Erkrankungen	Bösartige Neubildungen
#9	Influenza	Erkrankungen des gesamten Organismus	Infektiöse Krankheiten der Harnwege	Unfälle	Bösartige Neubildungen	Unfälle
#10	Beriberi ⁴⁾	Dermatitis	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind ⁵⁾	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	unbekannte Ursachen	Scharlach

¹⁾ nicht näher definierte Infektionskrankheiten

²⁾ nicht näher definierte Erkrankungen

³⁾ nicht näher definierte altersbedingte Erkrankungen

⁴⁾ Krankheitsbilder, die auf den Mangel von Vitamin B1 zurückgeführt werden

⁵⁾ nicht näher definierte Gründe

⁶⁾ weitere nicht näher definierte Krankheiten

⁷⁾ siehe 3) und 5)

5.5.3 Zum epidemiologischen Übergang in Südkorea

1974	1979	← →	1983	1998	2007	2016
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Angaben vor 1980 entnommen aus der Literatur (s. Quelle) Angaben nach 1980 entnommen aus der amtlichen Statistik (s. Quelle)	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Bösartige Neubildungen	Bösartige Neubildungen	Bösartige Neubildungen
Bösartige Neubildungen	Zerebrovaskuläre Erkrankungen		Bösartige Neubildungen	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Krankheiten des Herzens
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Bösartige Neubildungen		Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Transportmittelunfälle	Ischämische Herzkrankheiten	Zerebrovaskuläre Erkrankungen
Hypertonie	Herzkrankungen (weitere)		Hypertonie	Erkrankungen der Leber	Vorsätzliche Selbstschädigung	Pneumonie
Unfälle (weitere)	Hypertonie		Herzkrankungen (weitere)	Herzkrankungen (weitere)	Diabetes mellitus	Vorsätzliche Selbstschädigung
Tuberkulose	Unfälle (weitere)		Erkrankungen der Leber	Diabetes mellitus	Transportmittelunfälle	Diabetes mellitus
Bronchitis, Asthma und Lungenemphyseme	Tuberkulose		Tuberkulose	Vorsätzliche Selbstschädigung	Erkrankungen der Leber	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
Pneumonien	Leberzirrhose		Transportmittelunfälle	Ischämische Herzkrankheiten	Herzkrankungen (weitere)	Erkrankungen der Leber
Herzkrankungen (weitere)	Pneumonien		Pneumonien	Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege	Hypertonie	Hypertonie
Leberzirrhose	Bronchitis, Asthma und Lungenemphyseme		Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege	Hypertonie	Pneumonie	Transportmittelunfälle

(Quelle: Eigene Darstellung nach Lee / Kim 1982, S. 75f. Ergänzt und erweitert durch Angaben nach KOSIS 2017d)

In Bezug auf die in der Theorie bislang noch nicht gänzlich erfasste fünfte Phase des Übergangmodells können aufgrund der Datenlage über Südkorea leider keine konkreten Aussagen getroffen werden. Allerdings deuten gegenwärtige Muster der Morbidität – im speziellen Bezug auf die Entwicklung von Infektionskrankheiten – darauf hin, dass auch Südkorea bereits das Ende der vierten Phase im Sinne der Übergangstheorie erreicht hat. Aufgrund einer nur dünnen Sachlage hierzu, soll dieser Aspekt allerdings nicht weiter ausgeführt werden. Vielmehr gilt es festzuhalten, dass der epidemiologische Übergang als Grundvoraussetzung für die Muster der Mortalität hiermit ebenfalls erklärt ist.

5.6 Kurzes Zwischenfazit

Die Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen in Südkorea und in Bezug auf die Entwicklung der Mortalität verdeutlicht nicht nur den vielschichtigen Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit. Gleichzeitig wird deutlich, dass sich die im dritten Kapitel, vor allem aber im vierten Kapitel der Arbeit bereits theoretisch erarbeiteten Zusammenhänge im Hinblick auf einen höchst individuellen Entwicklungsverlauf stützen lassen. Ebenfalls wird deutlich, dass für das Gesamtverständnis entsprechender Wechselwirkungen Raum/Zeit spezifische Aspekte eine ausgesprochen wichtige Rolle spielen. Die modernisierungsbedingten Umwälzungen in Südkorea sind nicht mit denen anderer Länder vergleichbar. Unter Berücksichtigung kontextspezifischer Rahmenbedingungen ergeben sich daraus universelle Muster in der Sterblichkeitsentwicklung, und zwar auch wenn gewisse Aspekte wie bspw. die sog. Wohlstandserkrankungen für eine mit anderen Nationen vergleichbare Entwicklung sprechen. Denn selbst hierbei sind für Südkorea in Teilen höchst individuelle Trends in den Verhaltensweisen der Bevölkerung festzustellen. Für das Grundverständnis solcher Voraussetzungen spielt der theoretisch erarbeitete Rahmen der Arbeit also eine gewichtige Rolle.

Anhand der erarbeiteten Raum/Zeit spezifischen Rahmenbedingungen lassen sich die zuvor erarbeiteten Konzepte, Theorien und Modelle schließlich auch in der Praxis nachvollziehen, was an dieser Stelle nur kurz angesprochen werden soll, in der Abschlussdiskussion dann aber noch einmal ausführlicher behandelt wird. Am praktischen Beispiel Südkoreas lässt sich zunächst einmal die Vielfalt der Moderne sehr gut nachvollziehen. Gleichwohl spielt der Aspekt der komprimierten Moderne eine zentrale Rolle. Die Entwicklungen in Südkorea sind in Teilen nicht nur höchst individuell, sondern unterliegen eben auch einer charakteristischen Dynamik. Das wiederum mündet in charakteristische Formen des Risikoverhaltens. Sozio-kulturelle Merkmale spielen hierbei eine äußerst wichtige Rolle, denn am Beispiel Südkorea zeigt sich, dass sich u. a. die Besinnung auf traditionelle Lebensformen und Verhaltensweisen auch äußerst positiv auf die Gesundheit auswirken kann. Nichtsdestotrotz stehen sich Tradition und Moderne oftmals gegenüber, was in ausgeprägtes und in Teilen auch nicht mit anderen Nationen vergleichbares Risikoverhalten münden kann. Das zeigen auch gewisse Muster der Mortalität. Gleichwohl spiegelt sich darin die unglaubliche Dynamik des Landes wieder.

Ebenfalls deutlich geworden ist, dass sich Modernisierung nicht im direkten Maße auf die Sterblichkeitsentwicklung auswirkt, sondern nur anhand ebenenübergreifender Auswirkungen zu erklären ist. Diese werden mit dem Konzept des epidemiologischen Übergangs sehr gut zusammengefasst und was es dann aber in individueller Form zu ergründen gilt. Am Beispiel

Südkorea zeigen sich jedenfalls sehr individuelle, nur schwer vergleichbare Entwicklungen. Das beruht insbesondere auch auf der Kontingenz der Modernisierungspfade Südkorea. Ein deutliches Beispiel hierfür sei auch die erwähnte „chaotic stage“.⁸⁵² Vor allem aber zeigt sich, dass ohne eine adäquate Erarbeitung theoretischer Grundlagen, die Annäherung an den Untersuchungsgegenstand Überlegungen unvollständig gewesen wäre.

Ferner wird deutlich, dass anhand der bis hierher erarbeiteten Inhalte die Forschungsfragestellungen bereits an dieser Stelle beantwortet werden könnten. Allerdings wurde sich dem Untersuchungsgegenstand bisher nur theoretisch, bzw. auf Basis entsprechender Literatur gewidmet. Zwar ergeben sich daraus eindeutige Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsziele der Arbeit, allerdings wäre damit nur ein Teil der Zielsetzung erreicht. Der Anspruch besteht vor allem auch darin, den Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit, bzw. Sterblichkeitsentwicklung auch empirisch messbar zu machen. Daher soll anhand der nachfolgenden quantitativen Auseinandersetzung weiterhin überprüft werden, welchen statistisch nachweisbaren Einfluss die Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea im Laufe der Zeit hat. Ziel ist es also, möglichst viele der bisher recherchierten Wirkungszusammenhänge auch statistisch zu überprüfen um dem umfassenden Forschungsanliegen der vorliegenden Auseinandersetzung vollständig und abschließend nachgehen zu können. Erst im Anschluss daran erfolgt eine übergreifende Synthese aus allen erarbeiteten inhaltstheoretischen und empirischen Zusammenhängen.

⁸⁵² Vgl. Kap. 5.4.3.

6. Daten- und Methodenbeschreibung

Das vorliegende Kapitel legt den Schwerpunkt auf sämtliche quantitativen Aspekte. Unter anderem ist damit die Vorstellung und Erklärung des zugrunde liegenden Datenmaterials gemeint. Insbesondere aber soll die Wahl der empirisch analytischen Verfahren und deren Anwendung beschrieben und erklärt werden. Des Weiteren der Hinweis, dass beschreibende Verfahren nur dann eingesetzt werden, wenn dadurch keine inhaltlichen Redundanzen zu vorangegangenen Kapiteln entstehen. Im Vordergrund steht vor allem die Prüfung auf statistische Adäquanz der vorliegenden Daten, wovon schließlich auch die Wahl der empirischen Analysemethoden abhängig ist. Univariate Verfahren liefern hierzu wichtige Informationen zur Beschaffenheit der Daten, insbesondere auch dann, wenn Variablen stark voneinander abweichende Koeffizienten aufweisen, was bei metrischen Ausprägungen denkbar ist. Danach richtet sich schließlich auch die Entscheidung zur Transformation der Variablen. Kernstück der Analyse aber bildet der Einsatz multivariater Analyseverfahren. Denn vorliegend wird von einem Zusammenwirken vieler unterschiedlicher Faktoren der Modernisierung auf die Mortalität ausgegangen, was sich schließlich auch aus der theoretischen Modellierung des Zusammenhangs zwischen Modernisierung und Mortalität ergibt. Und in so einem Fall sind multivariate Verfahren vorzuziehen.⁸⁵³ Bivariate Verfahren können zwar Hinweise auf Zusammenhänge liefern.⁸⁵⁴ Die Aussagekraft einer rein bivariaten Auseinandersetzung wäre vorliegend allerdings nicht zielführend, denn es geht um die Ermittlung der Art des Zusammenhangs und der Größe des Einflusses vieler parallel ablaufender Prozesse. Bevor sich der Methodenbeschreibung im engeren Sinne gewidmet wird, gilt es zunächst aber das Datenmaterial zu beschreiben und hierzu auch auf erste Limitationen hinzuweisen. Aus der Beschaffenheit der Daten ergibt sich schließlich auch die Operationalisierung und die endgültige Festlegung auf eine adäquate Analysemethode.

6.1 Datengrundlage

Die primäre Datengrundlage für die in dieser Arbeit durchgeführte Analyse bildet das Datenmaterial der amtlichen Statistik Südkoreas. Durch den staatlichen Informationsservice Statistics Korea (KOSTAT) werden alle wichtigen nationalen Statistiken auf der einheitlichen Plattform KOSIS (Korean Statistical Information Service) – ähnlich zum Konzept des deutschen Datenbanksystems GENESIS⁸⁵⁵ – zusammengetragen und verfügbar gemacht.⁸⁵⁶

⁸⁵³ Blasius / Baur 2014, S. 999.

⁸⁵⁴ Ebd., S. 998.

⁸⁵⁵ Siehe hierzu u. a. Fleck 2004, S. 1101ff; Rahm / Zipse 2004, S. 1092ff.

⁸⁵⁶ Statistics Korea 2014b

Während die Datenbank Ihren Namen seit 1991 trägt, begann man mit der Konstruktion bereits im Jahr 1976 und startete den Service (mit Zugang zunächst nur für interne Mitarbeiter) im Jahr 1980. Ende der 1990er Jahre dann erweiterte man das Angebot um eine englischsprachige Version und schließlich auch um eine öffentlich zugängliche Datenbank. Seither wird an der Weiterentwicklung der Datenbank gearbeitet.⁸⁵⁷ Die Datenbank blickt also auf eine über 40-jährige Geschichte zurück und kann somit nicht nur im Kontext der amtlichen Statistik als eine angemessene Datenquelle geltend gemacht werden. Gegenwärtig sind auf KOSIS Statistiken von mehr als 120 statistischen Ämtern und Institutionen zu mehr als 500 Themen verfügbar. Weiterhin werden auch internationale Statistiken internationaler Organisationen angeboten (IWF, Weltbank, OECD etc.). Ferner sei darauf hingewiesen, dass Statistiken in der englischen Version nur zu 226 Themen angeboten werden.⁸⁵⁸ Aufgrund der Tatsache, dass in Originalsprache deutlich mehr Daten zu Verfügung stehen, wurde auch das in Originalsprache verfügbare Datenmaterial gesichtet und ggf. zusammengetragen. Für einen Eindruck zu den Unterschieden im Datenbestand in englischer und koreanischer Version sei auf den Anhang der Arbeit verwiesen. Die Übersetzung aus dem Koreanischen ins Deutsche erfolgte in Eigenverantwortung. Gleiches gilt auch für Übersetzungen aus dem Englischen ins Deutsche. Weiterhin wurde das zur Verfügung stehende Datenmaterial hinsichtlich drei wesentlicher Kriterien ausgewählt: die verfügbare Zeitreihe; die für eine adäquate empirische Vertiefung mit dem Forschungsgegenstand benötigten und verfügbaren Themenbereiche; ein lückenloser Datenbestand der Zeitreihe. Ferner wurde die Auswahl der Daten dadurch bestimmt, als dass die lückenlose statistische Erfassung von für die Analyse relevanten Themen über möglichst viele Jahre vorliegen sollte. Der Anspruch hierbei lag bei mindestens 30 Jahren, um u. a. auch wesentliche Ereignisse wie die Einführung der Demokratie oder Rezessionen abzudecken. Bezogen auf den Untersuchungsgegenstand kann in vielen Fällen auf Daten zurückgegriffen werden, die bereits ab den 1970er Jahren lückenlos erfasst sind. Einige wesentliche Themengebiete werden aber erst ab den 1980/90er Jahren in konsequenter Weise erfasst. Da vorliegend aber davon ausgegangen wird, dass gewisse modernisierungsbedingte Effekte auf die Sterblichkeitsentwicklung auch zeitverzögert eintreten, braucht es nicht in jeder Hinsicht Daten zum frühestmöglichen Zeitpunkt, wenngleich ein derartig ausführlicher Datenbestand wünschenswert wäre. Zwar ist die amtliche Statistik in Südkorea bereits seit den 1950er Jahren aktiv, allerdings werden Daten erst ab den 1970er Jahren in der vorliegenden Weise zusammengetragen.⁸⁵⁹ Zusätzlich zu dem über KOSIS verfügbaren Datenmaterial wurde daher auch das Material statistischer Jahressbücher und vergleichbarer Literatur ab den 1950er Jahren

⁸⁵⁷ Ebd. Für die vollständige KOSIS-Historie siehe ebd.

⁸⁵⁸ Ebd.

⁸⁵⁹ Ebd.

gesichtet und je nach inhaltlichen Mehrwert zusammengetragen. Der literaturbasierte Schritt galt u. a. auch der Überprüfung noch nicht digitalisierter Datenbestände. Und tatsächlich konnten einige Merkmale damit ergänzt und erweitert werden.⁸⁶⁰ Zum Schluss wurde eine stichprobenartige Überprüfung einiger Ämter und Institutionen, die als Datenquelle für KOSIS dienen, durchgeführt. Dieser Schritt diente einerseits der Validierung der über KOSIS verfügbaren Daten, andererseits sollten damit mögliche Lücken im Datenmaterial aufgedeckt und geschlossen werden. In der nachstehenden Abbildung (Abb. 18) ist die Erarbeitung der Datengrundlage in abstrakter Form visualisiert.

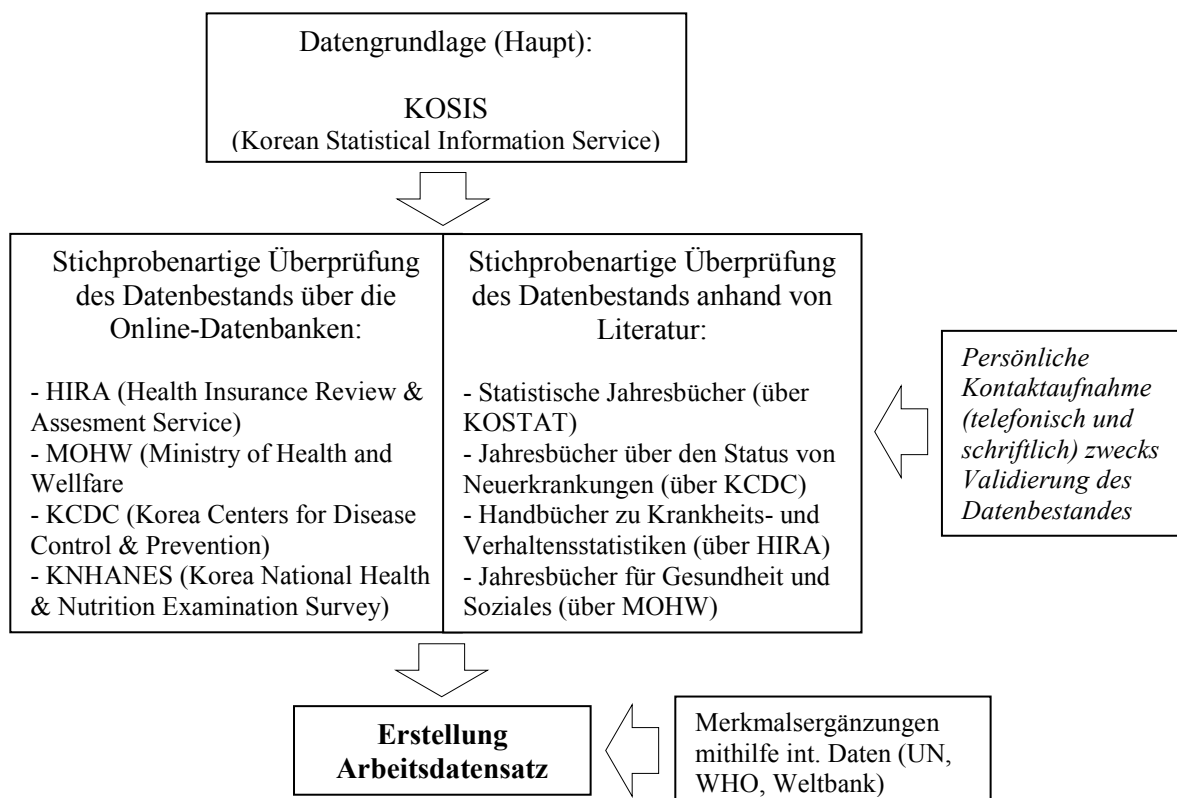


Abb. 18: Vorgehensweise bei der Erstellung des Arbeitsdatensatzes (Quelle: Eigene Darstellung)

Der Abbildung ist ebenfalls zu entnehmen, dass in wenigen Fällen auch auf den Datenbestand internationaler Organisationen zurückgegriffen wurde, insbesondere auch bei Merkmalen, in denen die offiziellen Statistiken Südkoreas keine Daten zur Verfügung stellen, dadurch aber ein empirischer Mehrwert für die Analyse entsteht. Diese zusätzlichen Quellen sind ebenfalls entsprechend gekennzeichnet. Insgesamt aber wurde versucht den Datenbestand in Bezug auf seine Quelle so einheitlich wie möglich zu halten, bzw. in erster Linie auf das offiziell verfügbare Datenmaterial der amtlichen Statistik Südkoreas zurückzugreifen, sei es in Papier- oder digitaler Form. Um diesen Anspruch gerecht zu werden, fanden schließlich auch

⁸⁶⁰ Siehe hierzu u. a. auch die Ausführungen zum epidemiologischen Übergang in Südkorea (Kap. 5.5.3).

Gespräche (schriftlich und mündlich) mit ausgewählten Dateninhabern statt. Dieser letzte Arbeitsschritt diente der abschließenden Vergewisserung, dass im verfügbaren Datenbestand nichts übersehen wurde. Alle für die Analyse interessierenden Daten wurden schließlich in zunächst einen Arbeitsdatensatz zusammengefasst. Daraufhin erfolgte die Weiterbearbeitung, wie im Abschnitt zur Konstruktion und Operationalisierung beschrieben.

Ferner der Hinweis, dass die händisch übertragenen Daten aus den statistischen Jahressbüchern immer mit der Quelle Statistics Korea (KOSTAT) gekennzeichnet sind, auch wenn sich der Name der Institution über die Jahre änderte.⁸⁶¹ Diese Entscheidung dient der einheitlichen Kennzeichnung und dadurch auch besseren Übersicht zu speziell dieser Datenquelle. In Bezug darauf visualisiert die nachstehende Tabelle den Namensgebungsprozess dieser staatlichen Einrichtung.⁸⁶² Gleiches gilt auch für die Online-Datenbank KOSIS. Alle hieraus entnommenen Daten werden vorliegend der Quelle KOSIS zugeordnet. Dieses Vorgehen orientiert sich an Veröffentlichungen, die ebenfalls mit dem über KOSIS Datenbestand arbeiten. Nichtsdestotrotz sei einmal mehr darauf hingewiesen, dass das über KOSIS verfügbare Datenmaterial eine Zusammenstellung unterschiedlichster Bezugsquellen darstellt. Und wenngleich die Plattform dem Prinzip von GENESIS ähnelt, so ist die Verwaltung und Erhebung bevölkerungsbezogener Statistiken in Südkorea nur bedingt mit der Herangehensweise in Deutschland zu vergleichen, was in den nachstehenden Limitationen zum Datenbestand weiter ausgeführt ist.

Tab. 11: Namensgebungsprozess KOSTAT.

Datum	Chronologische Namensgebung (KOSTAT)
ab 06.11.1948	Bureau of Statistics, Government Information Agency
ab 17.02.1955	Bureau of Statistics, Ministry of Home Affairs
ab 16.12.1963	National Bureau of Statistics, Economic Planning Board
ab 27.12.1990	National Statistical Office
ab 06.06.2009	Statistics Korea

(Quelle: Eigene Darstellung nach KOSTAT 2018)

6.1.1 Limitationen zum Datenmaterial und Datenbestand

Bereits an dieser Stelle soll auf gewisse und offensichtliche Limitationen zum Datenbestand und damit auch im Zusammenhang mit der empirischen Analyse hingewiesen werden. Diese betreffen vor allem die Verfügbarkeit und Vollständigkeit der für die angestrebte empirische Auseinandersetzung erforderlichen Zeitreihen-Daten zur Modernisierung und Mortalität. Bei den folgenden Aussagen kann sich nicht auf Literatur gestützt werden, sondern es werden in Kürze die eigenen Erfahrungen sowie auch die Korrespondenz im Zusammenhang mit der

⁸⁶¹ Vgl. Tab. 11 (gleiche Seite).

⁸⁶² Für eine vollständige historische und inhaltliche Betrachtung siehe die Ausführungen KOSTAT 2018.

Datenrecherche wiedergegeben. Grundsätzlich fällt auf, dass nicht alle Makro- und Mikrodaten seit Gründung der Republik Korea in systematischer und konsequenter Weise erfasst, bzw. verfügbar sind. Bezogen auf den Untersuchungsgegenstand betrifft es vor allem Daten im Zusammenhang mit Gesundheit, und zwar im Speziellen die Mortalität und ferner auch die Morbidität, sowie Merkmale im Zusammenhang mit Modernisierung, die über wirtschaftsstrukturelle Aspekte hinausgehen. Dadurch wird auch der Analysezeitraum auch begrenzt, bzw. mit der empirischen Analyse kann nicht bereits ab den 1950er Jahren angesetzt werden. Und nicht zuletzt deshalb erscheint eine literaturbasierte Auseinandersetzung mit den kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea als grundlegend für eine vollständige Interpretation der Forschungsergebnisse. Über die Datenlage in und zu Südkorea wurde sich auch mittels direkter Korrespondenz vergewissert. Und tatsächlich hat sich der Eindruck zur Datenlage nach Korrespondenz mit den Institutionen KOSTAT und MOHW bestätigt. Zwar wurde auf Literatur verwiesen, anhand derer auch die bisher noch nicht digitalisierten Datenbestände nachvollzogen werden können. Allerdings geht damit nur bei wenigen Merkmalen ein Mehrwert für die vorliegende Analyse einher. Die Literaturangaben konnten jedoch die Erarbeitung der kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea bereichern.

In Bezug auf die in Teilen unbeständige Datenlage liegt die Vermutung nahe, dass gewisse polithistorische Umbrüche und Gegebenheiten dazu geführt haben müssen. Zwar kann dieser Verdachtsmoment nicht anhand von Literatur belegt werden, allerdings lassen gewisse Merkmale in der Erfassung bevölkerungsbezogener Daten darauf schließen, vor allem auch wenn man ältere nur in koreanischer Sprache verfügbaren Aufzeichnungen begutachtet.

Interessanterweise wurden bereits zur Kolonialzeit Statistiken über Korea geführt, die auf eine Initiative durch Japan schließen lassen. So kann im koreanischsprachigen Angebot von KOSIS u. a. bereits auf Daten zwischen 1908 bis 1943 zurückgegriffen werden. Die Erfassung von Daten ab Mitte bis zum Ende der 1940er Jahre ist hingegen nur bruchstückhaft. Das scheint auch auf den Datenbestand zwischen den 1950er und 1970er Jahren zuzutreffen. Ab den 1970/80er Jahren schließlich scheint die Erfassung konsequent zu sein. Zudem wurden im Laufe der Zeit gewisse Statistiken nicht immer konsequent weitergeführt. Andere Merkmale hingegen werden erst seit jüngster Zeit erfasst.

Die genannten Aspekte lassen sich wie gesagt nur unter Heranziehung der Originaldaten und Quellen in Originalsprache in vollständiger Weise nachvollziehen. Wie erwähnt unterscheidet sich der verfügbare Datenbestand in englischer und koreanischer Sprache. Das trifft auch auf entsprechende Literatur zu. An dieser Stelle wird versichert, dass bei der Auseinandersetzung mit dem fremdsprachigen Material so präzise wie möglich vorgegangen wurde. Dennoch sei

damit kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Nichtsdestotrotz soll die umfassende und multilinguale Auseinandersetzung mit dem Datenbestand in und zu Südkorea als adäquat für die empirische Auseinandersetzung geltend gemacht werden.

6.1.2 Konstruktion und Operationalisierung

Ausgehend vom beschriebenen Untersuchungsgegenstand umfasst das Untersuchungsobjekt die gesamte Bevölkerung Südkoreas (Grundgesamtheit). Im Vordergrund steht also eine bevölkerungsübergreifende und damit makroperspektivische Auseinandersetzung. Bestimmte Bevölkerungsgruppen werden nur in Bezug auf Geschlechterdifferenzen behandelt und vereinzelt auch altersspezifisch. Grundsätzlich aber steht die Betrachtung globaler Zusammenhänge im Vordergrund. Hierfür wurden entlang des theoretischen Modells zu den Hauptthemenkomplexen dieser Arbeit stellvertretende Daten in den bereits beschriebenen Datenbanken recherchiert und zwecks Weiterverarbeitung in einer SPSS-Arbeitsdatei zusammengetragen. Wichtige Entscheidungsfaktoren für die Aufnahme waren einerseits der inhaltliche Gehalt und die Vollständigkeit der Daten. Gleichwohl war aber auch die Fallzahl bzw. die Länge der vorliegenden Zeitreihe entscheidend. Wie erwähnt werden Daten zu bestimmten Themengebieten erst seit jüngster Zeit konsequent in Südkorea erfasst. Allerdings sollte auch bei der Analyse von Zeitreihendaten eine gewisse Güte, die sich u. a. an der Fallzahl bemisst, gewährleistet werden. Zwar werden vorliegend keine Querschnitte im engeren Sinne betrachtet, nichtsdestotrotz erhöht die Einhaltung einer Mindestfallzahl die Präzision und damit die Aussagekraft geschätzter Modelle.⁸⁶³ Der Anspruch hierbei bestand darin eine Fallzahl von mindestens 30 Fällen, bzw. Jahren zu garantieren, also im besten Fall vollständige und gehaltvolle Daten ab den 1980er Jahren vorliegen zu haben, was sachlogisch mit einer Zeitverzögerung gewisser Effekte von Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung begründet werden kann. Folglich benötigt es nicht in jeder Hinsicht Daten zum frühestmöglichen Zeitpunkt, also bereits ab den 1950er Jahren. Der Startpunkt der Zeitreihe darf aber auch nicht zu spät gewählt werden, wenn also der Einfluss der Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung anhand von Ziffern kaum noch wahrzunehmen ist. Das kann beispielsweise bei der Entwicklung der Säuglingssterblichkeit der Fall sein. Ferner sei darauf hingewiesen, dass *„die Bandbreite und der Einsatz unterschiedlicher Methoden viel wichtiger ist als große Fallzahlen“*.⁸⁶⁴ Anders ausgedrückt ist die Beantwortung der Forschungsfragen nicht allein an die empirische Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand gebunden, sondern nur mithilfe der inhaltlichen und theoretischen Vertiefung erreichbar.

⁸⁶³ Vgl. Schneider et al. 2010, S. 781; Pallant 2005, S. 142.

⁸⁶⁴ Akremi 2014, S. 273 nach Flick 2010, S. 260.

Einige der zu erklärenden und erklärenden Variablen erfüllen aber selbst die genannte Mindestanforderung nicht und fallen somit aus dem Raster. Nichtsdestotrotz konnten genügend aussagekräftige und vollständige Zeitreihen zur Weiterverarbeitung identifiziert werden. Die Mindestfallzahl konnte zu einigen Themengebieten sogar um weitere Fälle aufgestockt werden. So können in einigen Fällen sogar bis zu 47 Zeitpunkte in die Analyse einbezogen werden (1970 bis 2016). Für die meisten Themengebiete aber stehen vollständige Zeitreihen erst ab 1983 bis 2016 zur Verfügung, was noch einer Fallzahl von 34 entspricht und damit den höchstmöglichen Analysezeitraum darstellt. Vor diesem Hintergrund werden nachstehend repräsentative Variablen im Hinblick auf das empirische Forschungsanliegen in Kürze vorgestellt.

Abriss zur Variablenauswahl vor dem Hintergrund der gesetzten Voraussetzungen

Mortalität wird vorliegend vertreten durch (geschlechterspezifische) Variablen zur Lebenserwartung bei Geburt, zur ferneren Lebenserwartung und zur Säuglingssterblichkeit, sowie durch ausgewählte Todesursachen. Bei Letzteren liegt der Fokus vor allem auch auf den Todesursachen, die im deutlichen Unterschied zu westlichen Entwicklungen stehen. Es werden aber auch ausgewählte Todesursachen analysiert.

Modernisierung wird durch ausgewählte modernisierungsbedingte Einflussfaktoren auf die Mortalität vertreten, was sich einerseits aus inhaltstheoretischen Aspekten zum modernisierungsbedingten Wandel in Südkorea ergibt, andererseits aber auch an die Datenlage gebunden sind (s. o.). Vor diesem Hintergrund konnten u. a. Variablen zu den Themen Urbanisierung, Nuptialität, Fertilität, Arbeitszeiten, Ernährungsverhalten, ökonomische Größen, Gesundheitsausgaben und Bildung zusammengetragen werden. Natürlich können damit nicht alle Zusammenhänge zwischen Modernisierung und Mortalität in vollständiger Weise statistisch erklärt werden. Jedoch können zu jeder Zeit auch die im Vorfeld erarbeiteten inhaltstheoretischen Aspekte herangezogen werden, um die Ergebnisse sachlogisch und im Kontext weiterer Rahmenbedingungen interpretieren zu können. Der Anspruch besteht also nicht allein darin, allen Hinweisen auf einen Zusammenhang zwischen Modernisierung und Mortalität statistisch nachzugehen, sondern von konkreten Ergebnissen abstrahieren zu können. Denn wie erwähnt ist die empirische Annäherung als Erweiterung der bereits inhaltstheoretisch erarbeiteten Zusammenhänge zu verstehen. Nicht zuletzt sei darauf verwiesen, dass sich in den späteren Analysen auch einige Modell-endogene Prädiktoren wiederfinden, Variablen also die selbst von unterschiedlichen Größen abhängen (wie z. B. Urbanisierung) und daher einerseits von einem hohen Einfluss dieser Prädiktoren auf die Mortalität auszugehen ist, andererseits aber auch eine statistische Überprüfung solcher Variablen möglich wäre, was im Rahmen dieser Ausarbeitung allerdings nicht geleistet werden kann, allerdings bei weiteren Analysen zu diesem Gesamtkomplex zur Anwendung kommen sollte.

6.2 Methodik

Für die Analyse des Einflusses von Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung wird eine multivariate lineare Regressionsanalyse im Kontext zeitreihenanalytischer Strukturmodelle angewandt, da vorliegend einerseits von einem linearen Kausalzusammenhang zwischen einer abhängigen Variable und mehreren unabhängigen Variablen ausgegangen wird. Es sei also unterstellt, dass zeitlich bedingte Veränderungen eines Regressands stets mit einer dazu proportionalen Veränderung eines Regressors einhergehen und umgekehrt. Gleichwohl besteht die Absicht darin, den Entwicklungsverlauf einer endogenen Größe wie z. B. der Lebenserwartung anhand von exogenen Variablen zu erklären. Um derartige Beziehungen im Sinne einer zeitabhängigen kausalen Wirkungsbeschreibung statistisch zu ermitteln und schließlich auch erklären zu können (und zwar sowohl beschreibend, als auch schätzend), stellen Regressionsanalysen die flexibelsten und am häufigsten eingesetzten statistischen Analyseverfahren dar.⁸⁶⁵

Diese hohe Flexibilität regressionsanalytischer Verfahren erweist sich insbesondere vor dem Hintergrund der vorliegenden Datenlage als dienlich. Zwar werden mithilfe derartiger Regressionsanalysen i. d. R. Querschnitte betrachtet oder miteinander verglichen. Vorliegend aber sollen Einflüsse anhand von Daten untersucht werden, die zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden. Es läge somit nahe auf klassische Zeitreihenanalysen auszuweichen. Allerdings dienen Zeitreihenanalysen vorwiegend der *„Beschreibung und Erklärung der zeitlichen Entwicklung einer Variable (...) insbesondere auch deren Prognose, d. h. der Schätzung von Werten (...) für zukünftige Zeitpunkte oder Perioden“*.⁸⁶⁶ Derartige Modelle können den Verlauf von Zeitreihen aber nicht erklären, *„(...) d. h. sie berücksichtigen nicht die Faktoren, die den Verlauf der Zeitreihe beeinflussen, bzw. ihr kausal zugrunde liegen.“*⁸⁶⁷ Vorliegendes Ziel aber ist es den Einfluss und Kausalzusammenhang zwischen ausgewählten endogenen und exogenen Größen zu beschreiben und zu schätzen. Klassische Zeitreihenanalysen wären hierfür nur bedingt geeignet. Regressionen hingegen bieten den zusätzlichen Vorteil, *„(...) dass sich die Modelle leicht durch Einbeziehung weiterer Variablen, die den Verlauf der Zeitreihe möglicherweise erklären, erweitern lassen und somit theoretische Überlegungen in die Modellbildung einbezogen werden können.“*⁸⁶⁸ Hierbei wird in der Literatur auch von regressionsanalytischen Strukturmodellen gesprochen, die eine Untergruppe

⁸⁶⁵ Backhaus et al. 2016, S. 64 & 162; Schneider et al. 2010, S. 776.

⁸⁶⁶ Backhaus et al. 2016, S. 136.

⁸⁶⁷ Ebd., S. 162.

⁸⁶⁸ Ebd., S. 162.

zeitreihenanalytischer Verfahren darstellen. Regressionsanalysen bilden hierbei die Basis, werden aber durch zeitreihenanalytische Aspekte bereichert.⁸⁶⁹

In Anlehnung an die genannten regressionsanalytischen Strukturmodelle ergibt sich für die angestrebte Analyse eine Vorgehensweise aus vier Arbeitsschritten:

1. ...der Visualisierung der Zeitreihendaten
2. ...der Formulierung und Begründung eines Regressionsmodells
3. ...der Schätzung des Modells und Interpretation der Ergebnisse
4. ...der Beurteilung der Modellgüte und Modellprämissen. Hierbei handelt es sich um einen Methodenmix aus regressions- und zeitreihenanalytischer Vorgehensweise.⁸⁷⁰

Im ersten Schritt wird sich ein „Bild“ von den vorliegenden Zeitreihendaten gemacht, was unerlässlich für die Formulierung eines passenden Modells ist. In einfachster Form eignen sich hierfür Streudiagramme oder – speziell bezogen auf die Beschreibung von Zeitreihen – sog. Sequenzdiagramme. Hierbei bietet sich immer eine Visualisierung der Daten über die Zeit an, d. h. es werden keine linearen Zusammenhänge zwischen Regressand und Regressor visualisiert, sondern die Entwicklung der einzelnen Querschnitte über die Zeit, also im Längsschnitt. Die Modellformulierung und -schätzung stützt sich einerseits auf den Eindruck, den man sich über die Daten gemacht hat, andererseits auf sachlogische und theoretische Überlegungen.⁸⁷¹

Im darauf aufbauenden zweiten Schritt gilt es nunmehr ein geeignetes Regressionsmodell zu formulieren. Speziell zu Zeitreihendaten heißt es, dass aufgrund der unterschiedlichen Formen von Zeitreihen eine schier unerschöpfliche Zahl an Modelltypen existiert.⁸⁷² Allerdings wird vorliegend ein multiples lineares Modell angestrebt, was im Vorgang auch bereits begründet worden ist und sich schließlich auch sachlogisch aus dem Forschungsvorhaben ergibt. Bislang nur inhaltstheoretisch formulierte Zusammenhänge gilt es schließlich anhand einer Schätzung zu überprüfen und zu interpretieren.⁸⁷³ Wie hierzu bereits erwähnt können aber nicht alle im Vorfeld erarbeiteten Zusammenhänge endgültig geprüft werden. Die Ergebnisse werden daher entsprechend abstrahiert, bzw. es wird ebenfalls theoretisch und sachlogisch argumentiert.

⁸⁶⁹ Ebd., S. 162ff.

⁸⁷⁰ Vgl. ebd., S. 140.

⁸⁷¹ Ebd., S. 140f.

⁸⁷² Ebd., S. 142.

⁸⁷³ Ebd., S. 69.

Im dritten Schritt wird die eigentliche Schätzung der Regressionsfunktion durchgeführt, welche – bei Annahme eines Modells – in einer abschließenden Interpretation der Ergebnisse mündet. Die Notwendigkeit einer Modellschätzung ergibt sich aus der Tatsache, dass i. d. R. nicht alle empirischen Werte genau auf einer Regressionsgeraden liegen, sondern vielmehr darum streuen. Insofern gilt es eine Regressionsgerade zu finden, die diese Abweichungen minimiert.⁸⁷⁴ Primäres Ziel hierbei ist es also das Regressionsmodell bestmöglich an die Daten anzupassen.⁸⁷⁵ Diese Anpassung, bzw. die Schätzung eines oder mehrerer Modelle, welche die hypothetischen Kausalitäten am besten erklären können, ist schließlich an gewisse Gütekriterien und Prämissen gebunden, welche sich auf die Annahme eines Modells auswirken. Sind also gewisse Kriterien nicht oder nur teilweise erfüllt, sollte ein neues Modelle geschätzt oder sogar formuliert werden. Aber auch bei der Annahme eines Modells werden die Kriterien geprüft und in abschließende Interpretation einbezogen.⁸⁷⁶

Die Überprüfung und Beurteilung der Modellgüte und Modellprämissen, inklusive der endgültigen Annahme des Modells stellen den vierten Schritt in der Vorgehensweise dar. Um welche Kriterien es sich hierbei genau handelt, wird in den folgenden Abschnitten näher erläutert. An dieser Stelle gilt es vielmehr darauf hinzuweisen, dass sich Kausalitäten statistisch nicht zweifelsfrei nachweisen lassen, denn wie bereits erwähnt dürfen statistisch ermittelte Beziehungen nicht darüber hinwegtäuschen, dass *„es sich bei der in einer Regressionsanalyse unterstellten Kausalbeziehung oft nur um eine Hypothese handelt (...), die immer auf ihre Plausibilität geprüft werden muss, und dazu bedarf es außerstatistischen Wissens, d. h. theoretischer und sachlogischer Überlegungen.“*⁸⁷⁷

6.2.1 Anpassung und Güte

Relevante Maße zur Prüfung der Regressionskoeffizienten

Eine der wichtigsten Voraussetzungen auf dem Weg zur bestmöglichen Anpassung ist die Vergleichbarkeit der Regressionskoeffizienten, denn die Werte verschiedener Koeffizienten lassen sich nur dann sinnvoll miteinander vergleichen, wenn sie in gleichen Einheiten vorliegen. Zwar beinhaltet der Arbeitsdatensatz ausschließlich metrisch skalierte Variablen, trotzdem ist die Vergleichbarkeit zwischen bspw. dem Einfluss der Urbanisierung und dem Bruttoinlandsprodukt aufgrund der doch unterschiedlich ausgeprägten Einheiten nur eingeschränkt möglich.

⁸⁷⁴ Janssen / Laatz 2017, S. 405; Backhaus et al. 2016, S. 73.

⁸⁷⁵ Backhaus et al. 2016, S. 62.

⁸⁷⁶ Ebd., S. 81ff.

⁸⁷⁷ Ebd., S. 65.

Die Vergleichbarkeit kann durch eine sog. Z-Transformation, bzw. Z-Standardisierung der Werte erreicht werden. Hierzu wird der Mittelwert der Verteilung der Variable davon abgezogen und durch die Standardabweichung der Verteilung geteilt. Als Resultat erhält man einen Erwartungswert von Null und eine Varianz von Eins. Bei einer Regression wird dadurch die Größe des Einflusses der Koeffizienten direkt miteinander vergleichbar. Zur Interpretation wird dann der sog. Beta-Koeffizient herangezogen.⁸⁷⁸

Weiterhin stellt der sog. T-Wert ein elementares Gütekriterium des geschätzten Modells dar.⁸⁷⁹ Im Grunde kann davon ausgegangen werden, dass wenn der T-Wert verschieden von Null ist, die immer implizierte Null-Hypothese verworfen werden kann, es damit also einen erwarteten Einfluss auf die unabhängige Variable gibt. Ist $T=0$, dann nimmt man H_0 an, wonach es keinen zu erwartenden Einfluss gibt.⁸⁸⁰ Ein (standardmäßig mit 5% Irrtumswahrscheinlichkeit) signifikanter Einfluss eines Koeffizienten besteht, wenn $t \geq 2$, also der zugehörige T-Wert größer Zwei ist.⁸⁸¹ Vorliegend wird dazu immer auch der entsprechende p-Wert interpretiert.

Relevante Maße zur Prüfung der Regressionsfunktion

Speziell in Bezug auf die Güte der Regressionsfunktion bildet das sog. Bestimmtheitsmaß R^2 eine elementare Interpretationsgröße.⁸⁸² Damit wird der Gesamtzusammenhang zwischen den Einflussvariablen und der Zielvariable erklärt, bzw. wie viel Prozent der Varianz, bzw. Streuung man mit den unabhängigen Variablen von der abhängigen Variable erklären kann (Vorhersagegüte).⁸⁸³ Je höher das R^2 also, desto höher die Güte des Modells, wobei der Wertebereich zwischen Null und Eins liegt (Null=0% ; Eins=100%).⁸⁸⁴ Bei mehr als einer unabhängigen Variablen sollte allerdings das korrigierte Bestimmtheitsmaß zur Beurteilung heranziehen.⁸⁸⁵ Im Kontext der vorliegenden Daten ist zudem zu erwarten, dass das Bestimmtheitsmaß in allen Modellen einen verhältnismäßig hohen Wert aufweist, was nicht allein für die Güte des Modells spricht, sondern vor allem auch darauf zurückzuführen ist, dass keine Querschnitte, sondern Längsschnitte, bzw. Zeitreihen beobachtet werden, die zudem nicht auch nicht trendbereinigt sind, was in der Folge zu „besseren“ Ergebnissen führen kann. Trendbereinigte Variablen könnten hingegen zu einer sehr niedrigen Güte führen. Zudem kann es vorkommen, dass dadurch nicht mehr alle Einflüsse erklärbar werden. Fehlt der Trend,

⁸⁷⁸ Ebd., S. 80.

⁸⁷⁹ Ebd., S. 82.

⁸⁸⁰ Ebd., S. 93.

⁸⁸¹ Ebd., S. 115.

⁸⁸² Ebd., S. 82.

⁸⁸³ Janssen / Laatz 2017, S. 406; Schneider et al. 2010, S. 779. Die nicht erklärbare Varianz sollte anhand zusätzlicher Einflusskriterien hypothetisch besprochen werden.

⁸⁸⁴ Backhaus 2016, S. 84.

⁸⁸⁵ Schneider et al. 2010, S. 779.

kommt es ggf. zu einer verzögerten Ursache-Wirkungs-Beziehung. Einflüsse können daher zunächst positiv sein (denn im Querschnitt wirkt alles sofort), obwohl sie im Laufe der Zeit eigentlich ins Negative verfallen (und umgekehrt). Da vorliegend aber keine querschnittliche Betrachtung unternommen wird, sondern Zeitreihen untersucht werden, sollten Trends beibehalten werden, um schließlich auch verzögerten Ursache-Wirkungsbeziehungen, die sich im Kontext der Betrachtung eines Kausalzusammenhangs zwischen Modernisierung und Mortalität aus einer selbsterklärenden Logik heraus ergeben, adäquat zu begegnen.

Als weitere wichtige Voraussetzung gilt die F-Statistik (unter ANOVA). Mit der F-Statistik wird eine an dieser Stelle implizit immer formulierte Null-Hypothese geprüft. Wird hierbei ein kritischer F-Wert überschritten, dann kann die H_0 verworfen werden, bzw. dann kann von einer Gültigkeit des Modells für die Grundgesamtheit ausgegangen werden. Ferner besagt eine verworfene Null-Hypothese, dass das R^2 nicht zufällig ist.⁸⁸⁶ In der Praxis wird die F-Statistik über den p-Wert überprüft (Signifikanz), was eine deutliche Vereinfachung darstellt.⁸⁸⁷

Schließlich dienen die hier erwähnten Maße, bzw. die Überprüfung dieser, der Modellanpassung und endgültigen Modellbildung. Speziell hierbei gilt es zu beachten, dass je komplexer ein Modell ist, umso schwieriger oder gar unmöglich wird seine Handhabung. Insofern bildet die Modellformulierung immer auch eine Gratwanderung zwischen Schlichtheit und Komplexität. Ein wichtiger Entscheidungsfaktor hierbei ist neben dem Verwendungszweck aber auch die Datenlage.⁸⁸⁸ Tatsächlich können anhand der vorliegenden Daten nur abstrakte Modelle geschätzt werden, die es dann sachlogisch auf Basis der erarbeiteten theoretischen Zusammenhänge zu interpretieren gilt. Die Kombination aus Modell und inhaltstheoretischer Auseinandersetzung soll die Realität sodann möglichst vollständig abbilden können.

6.2.2 Modellprämissen

Um die Regressionsergebnisse richtig interpretieren zu können, müssen sog. Modellprämissen erfüllt sein. U. a. handelt es sich hierbei um ein metrisches Skalenniveau, Linearität in den Parametern, keine Ausreißer, Unabhängigkeit der Residuen, keine Multikollinearität, Homoskedasizität und Normalverteilung der Residuen.⁸⁸⁹ Spätestens an dieser Stelle aber ist auch auf eine wesentliche Limitation einzugehen, die dem Datenmaterial geschuldet ist. Da vorliegend keine klassische Querschnittsanalyse durchgeführt wird, sondern Querschnitte über die Zeit betrachtet werden, ist die Unabhängigkeit von Störgrößen (Autokorrelationen) nicht

⁸⁸⁶ Backhaus 2016, S. 86ff.

⁸⁸⁷ Ebd., S. 90f.

⁸⁸⁸ Ebd., S. 69.

⁸⁸⁹ Backhaus 2016, S. 111; Pallant 2005, S. 143.

immer zu gewährleisten, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann, denn dann sind die Regressionsgraden nicht mehr zufällig, sondern von den Abweichungen des vorausgegangenen Wertes, also dem Vorjahreswert, abhängig. Auskunft darüber gibt der Durbin-Watson-Test.⁸⁹⁰ Nichtsdestotrotz wird vorliegend davon ausgegangen, dass ein autoregressives Modell, so wie es in erster Linie in Zeitreihenanalysen eingesetzt wird, zu keinen besseren Ergebnissen im Hinblick auf das Ziel der Untersuchung führen würde. Die Herausrechnung von Auto- oder gar Kreuzkorrelationen mithilfe der Prais-Winston- oder Chochrane-Orcutt-Transformation könnte aufgrund strenger Anforderungen gar zu einer starken Verminderung der Fallzahl führen, sodass Erstens keine repräsentative Fallzahl mehr vorliegen würde und Zweitens eine empirische Annäherung nicht mehr möglich wäre. Nicht zuletzt deshalb bietet es sich an die Methode der kleinsten Quadrate beizubehalten, das Regressionsmodell aber wie in Kapitel 6.2.1 beschrieben entsprechend anzupassen, insbesondere auch so, dass es sachlogisch erklärbar bleibt.

Vor diesem Hintergrund werden nachstehend relevante Modellprämissen näher vorgestellt und in Teilen auch im Zusammenhang mit der vorliegenden Datengrundlage diskutiert.

Während auf den Aspekt Autokorrelationen bereits eingegangen wurde, wird an dieser Stelle mit der Prämisse der Multikollinearität angeknüpft. Multikollinearität tritt dann auf, wenn unter den Prädiktoren ein Korrelationskoeffizient $\geq 0,9$ nachgewiesen werden kann. Das Vorhandensein von Multikollinearität stellt insofern ein Problem dar, als dass die Schätzer (Beta-Faktoren) verzerrt sein können, was schließlich zu einer erschwerten Modellinterpretation, bzw. zu ungenaueren Schätzwerten für die Regressionskoeffizienten führt.⁸⁹¹ Multikollinearität kann einerseits dazu führen, dass das Bestimmtheitsmaß (s. o.) signifikant ist, obwohl es keiner der Koeffizienten ist. Andererseits können die Regressionskoeffizienten erheblich davon beeinflusst werden, wenn man weitere Prädiktoren hinzufügt oder entfernt.⁸⁹² Dem Problem kann damit begegnet werden, dass Variablen mit hoher Korrelation (der Korrelationsmatrix zu entnehmen) sinnhaft ausgeschlossen werden. Wenn also bspw. eine Variable zum Bruttoinlandsprodukt mit einer Variable zum Bruttonationalprodukt stark korreliert, sollte eine der beiden Prädiktoren ausgeschlossen werden, da sich das BIP und das BNE gegenseitig bedingen, was die Korrelation und den Ausschluss einer der beiden Variablen sinnhaft begründet. Die methodisch korrekte Vorgehensweise wäre zunächst eine Kollinearitätsdiagnose zur Beurteilung der Stärke der Multikollinearität. Hierbei sind die Toleranz und der Varianzinflationsfaktor (VIF) zu beachten, wobei sich der VIF aus der Toleranz ergibt. Der

⁸⁹⁰ Janssen / Laatz 2017, S. 425f; Backhaus 2016, S. 105.

⁸⁹¹ Janssen / Laatz 2017, S. 445f; Pallant 2005, S. 142f.

⁸⁹² Backhaus 2016, S. 108.

Toleranzwert reicht von Null bis Eins, wobei der Aufnahmewert vom Benutzer formuliert wird.⁸⁹³ Der VIF-Wert sollte bestenfalls unter 10 liegen. Zwischen 10 und 30 ist es ein Hinweis auf moderate bis starke und über 30 auf sehr starke Multikollinearität.⁸⁹⁴ Erst wenn auch diese Werte die Beobachtung hoher Korrelation zwischen zwei oder mehr Prädiktoren stützen, sollte mit dem sinnhaften Ausschluss fortgefahren werden. Übergreifendes Ziel ist es ein Modell mit reduzierter Komplexität zu erhalten um ein hohes Bestimmtheitsmaß zu erreichen.

Weiterhin werden multivariate Regressionsanalysen stark negativ von Ausreißern beeinflusst. Diese können einen unerwünschten Einfluss auf partiellen Regressionskoeffizienten haben.⁸⁹⁵ Aufgrund der vorliegenden Daten kann allerdings davon ausgegangen werden, dass keine starken Ausreißer vorliegen, sodass ihr Einfluss auf die Ergebnisse nicht sichtbar gemacht werden muss. Nichtsdestotrotz gilt es das Modell auf Ausreißer zu prüfen und bei nicht Bestätigung der Annahme, dass keine Ausreißer vorliegen, weiter zu überprüfen.

Normalverteilung, Linearität und Homoskedastizität der Residuen stellen eine weitere Grundvoraussetzung für verschiedenartige Modellannahmen in der Statistik dar, also auch für die multivariate Regressionsanalyse mit Zeitreihendaten. Die Residuen sollten im besten Fall also normalverteilt sein, eine lineare Beziehung aufweisen und eine akzidentelle Streuung beinhalten, um von Unabhängigkeit der Variablen, bzw. einer Zufälligkeit der Ergebnisse ausgehen zu können.⁸⁹⁶ Zur Aufdeckung dieser Prämissen, insbesondere auch im Hinblick auf mögliche Korrelationen zwischen Fehlerterm und Daten, empfiehlt sich zunächst eine visuelle Inspektion mithilfe von Histogrammen, P-P-Plots und Streudiagrammen.⁸⁹⁷ Werden die Prämissen nicht erfüllt, sollte das Modell nicht angenommen werden. Sodann gilt es die Modellgüte entsprechend zu korrigieren, bzw. weiter anzupassen, um Verzerrungen der Ergebnisse weitestgehend ausschließen zu können.⁸⁹⁸

In der vorliegenden Analyse werden alle vorgestellten Gütekriterien und Modellannahmeprämissen nach bestem Wissen und Gewissen angewandt und umgesetzt um auf Basis der vorliegenden Datengrundlage die bestmöglichen Ergebnisse mit hohem Erklärungsgehalt zum Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit, bzw. Mortalität, zu erzeugen. Nichtsdestotrotz sind für die Interpretation der einzelnen Ergebnisse auch alle weiteren bisher erarbeiteten inhaltlichen und theoretischen Informationen heranzuziehen, was dazu führen kann, dass statistisch ausgeschlossene Zusammenhänge dennoch theoretisch relevant erscheinen.

⁸⁹³ Ebd., S. 117

⁸⁹⁴ Janssen / Laatz 2017, S. 423f.

⁸⁹⁵ Ebd., S. 430; Pallant 2005, S. 143.

⁸⁹⁶ Janssen / Laatz 2017, S. 408ff; Backhaus 2016, S. 117ff; Pöttschke 2014, S. 1113.

⁸⁹⁷ Pallant 2005, S. 143f.

⁸⁹⁸ Janssen / Laatz 2017, S. 408ff; Backhaus 2016, S. 97ff.

6.3 Weitere methodische Hinweise

Mit steigender Anzahl der Prädiktoren erhöht sich auch die Anzahl möglicher Modelle, die es auf Ergebnisannahme zu untersuchen gilt. Dem wird in der Praxis mit unterschiedlichen Vorgehensweisen begegnet. Vorliegend erweist sich eine „per Hand“ Formulierung und der Vergleich von Modellen auf Basis theoretischer und sachlogischer Überlegungen (präzisierte blockweise Analyse) als geeignete Wahl. Zwar könnten die Modelle u. a. auch automatisiert erstellt werden (automatisierte schrittweise Analyse). Bei dieser Alternative besteht allerdings die Gefahr, dass theoretische und sachlogische Überlegungen in den Hintergrund geraten und man sich nur auf die computergenerierten Annahmen im Sinne eines „Autopiloten“ verlässt. Insofern bildet das blockweise Vorgehen immer den ersten Analyseschritt.⁸⁹⁹ Theoretische und sachlogische Verhalte bilden somit im jeden Fall die Basis um u. a. auch bei nicht signifikanten Ergebnissen nachvollziehbar argumentieren zu können. Für die Interpretation der Ergebnisse bedeutet dies, dass nicht nur die einbezogenen Prädiktoren in Hinblick auf ihren Einfluss beschrieben werden sollen, sondern es erfolgt auch eine Begründung zu nicht einbezogenen Einflüssen, bzw. warum gewisse Einflüsse ausgeschlossen wurden oder werden mussten. Insgesamt besteht der Anspruch darin, anhand der verfügbaren Daten, das jeweils bestmögliche Erklärungsmodell zu schätzen. Erfahrungsgemäß ist ein Erfolgskriterium hierfür, dass nur so viele exogene Variablen wie nötig in das Modell einbezogen werden, das Modell also möglichst einfach gehalten werden soll.⁹⁰⁰ Denn aus einem logischen Zusammenhang heraus erhöhen sich mit der Anzahl einbezogener Regressoren u. a. auch die Korrelationen der Variablen untereinander, sodass die Ergebnisse verzerrt werden können. Der Ausschluss sollte allerdings sachlogisch begründbar sein, wie bspw. bei Ausschluss vom Prädiktor Bruttoinlandsprodukt oder Gesundheitsausgaben (im Falle der gleichzeitigen Verwendung), da sich die Prädiktoren gegenseitig bedingen können.⁹⁰¹

Ferner der Hinweis, dass die erwarteten Zusammenhänge nachstehend anhand von mehreren Analyseabschnitten untersucht werden. Diese Unterteilung in unterschiedliche Analyseabschnitte ist einerseits thematisch bedingt, andererseits der bereits beschriebenen Datengrundlage geschuldet, wonach erwartete Zusammenhänge für die Todesursachen erst ab den 1980er Jahren untersucht werden können. Aber auch im Hinblick auf die (fernere) Lebenserwartung können nicht alle Einflüsse bereits ab den 1970er Jahren getestet werden. Tatsächlich liegen einige exogenen Variablen wie zur Arbeitszeit und Bildung ebenfalls erst ab den 1980er Jahren vor. Insofern werden innerhalb des Analyseabschnitts zur (ferneren) Lebenserwartung

⁸⁹⁹ Backhaus 2016, S. 123.

⁹⁰⁰ Vgl. ebd., S. 344.

⁹⁰¹ Vgl. Müller / Böhm 2009.

auch Alternativmodelle ab den 1980er geschätzt, die aber auch weitere Einflussvariablen beinhalten. Alternativmodelle werden aber grundsätzlich immer angeboten und diskutiert. D. h., dass wenn ein endgültiges Modell zu einem Themenkomplex formuliert wurde, dann werden im Hintergrund auch immer sachlogische Alternativen geschätzt und deren Ergebnisse in die Interpretation einbezogen, was den Gehalt der Aussagen nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Komplexität des vorliegenden Untersuchungsgegenstands erhöhen soll.

Nicht zuletzt sei darauf hingewiesen, dass nachstehend aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit die Hauptdatenquelle nur noch unter der Bezeichnung KOSIS geführt wird. Damit ist nunmehr die gesamte Datenbank gemeint. Bei fremden Datenquellen werden weiterhin spezifische Bezeichnungen verwendet.

Im nächsten Schritt erfolgt die empirische Auseinandersetzung mit Hilfe von multiplen linearen Regressionsmodellen. Neben der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse sollen die dazugehörigen statistischen Hypothesen (H_0/H_1) kontrolliert werden. Alle quantitativen Analyseschritte wurden mit der Datenverarbeitungssoftware IBM SPSS Statistics in der Version 25, verfügbar über das Bielefelder IT-Servicezentrum (BITS) der Universität Bielefeld, durchgeführt. SPSS ist ein weit verbreitetes und bewährtes Werkzeug für statistische Analysen sozialwissenschaftlicher Daten und stellt auch im Kontext der vorliegenden Analyseabsichten eine adäquate Wahl dar. Dazugehörige Visualisierungen wurden (wie bereits auch in den Kapiteln zuvor) einerseits mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel angefertigt, ebenfalls verfügbar über das BITS der Universität Bielefeld. Andererseits wurden aber auch Darstellungen direkt aus SPSS-Ausgabe in die Arbeit implementiert, insbesondere wenn eine entsprechende Umsetzung mithilfe von MS Excel als ineffizient erschien.

7. Analyseergebnisse – Beschreibung und inhaltliche Interpretation

7.1 Vorstellung der verwendeten Zeitreihendaten

Wie bereits in Kapitel 6.2 beschrieben bildet der erste Schritt im Vorgehen die Visualisierung der Zeitreihendaten. Einige wesentliche Entwicklungen über die Zeit wurden zwar bereits im Zusammenhang mit den kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea aufgearbeitet und auch vor dem Hintergrund der Modernisierung des Landes diskutiert. Im Folgenden geht es nunmehr um die Vorstellung der Zeitreihen, die sich auch für die empirische Annäherung an den Forschungsgegenstand als adäquat erweisen, was zudem an bestimmte methodische Voraussetzungen gebunden ist. Die beiden wichtigsten Auswahlkriterien hierzu wurden bereits benannt: Mindestfallzahl und Vollständigkeit. Wenn also die theoretische Auseinandersetzung mit in Teilen unvollständigen oder wenigen Daten möglich war, so wäre das für eine empirische Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand nicht mehr vertretbar. Auch wenn durch die Einhaltung der genannten Auswahlkriterien deutlich weniger Daten für die empirische Analyse zur Verfügung stehen, kann diesem Dilemma aber wie erwähnt mithilfe sachlogischer Interpretationen auf Basis eines inhärenten Abstraktionsgrades der Ergebnisse begegnet werden. Auf der anderen Seite können natürlich nicht alle vorhandenen Daten in ausführlicher Weise behandelt werden, sodass der empirische Schwerpunkt nachstehend auf zentrale Größen der Mortalität und Modernisierung gelegt wird.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird nachstehend in eine Visualisierung abhängiger Größen der Mortalität und in eine Visualisierung unabhängiger Größen der Modernisierung unterteilt. An dieser Stelle sei nicht ausgeschlossen, dass die abhängigen Größen auch als Prädiktoren eingesetzt werden können. In diesem Fall wird an entsprechender Stelle darauf verwiesen. Modernisierungsvariablen sollen zwar nicht weiter empirisch untersucht werden, bzw. als abhängige Größen behandelt werden. Im Fokus steht die Analyse modernisierungsbedingter Einflussgrößen auf die Sterblichkeitsentwicklung.⁹⁰² Allerdings sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass nachstehend mit Einflüssen wie dem Urbanisierungs- oder Bildungsgrad sog. modellendogene Variablen verwendet werden. Es handelt sich also um Einflussvariablen, die selbst von vielen Bedingungen abhängen, bzw. mit anderen Einflussgrößen in Wechselwirkung stehen können, damit also je nach thematischen Schwerpunkt auch einen gewissen Grad an Interdependenz zu anderen modernisierungsbedingten Einflussgrößen aufweisen. Diesen besonderen Umstand gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse unbedingt zu berücksichtigen, und zwar insbesondere dann, wenn sich bei der Überprüfung entsprechender Modellprämissen keine weiteren Hinweise auf statistisch nachweisbare Korrelationen finden.

⁹⁰² Vgl. u. a. Kap. 6.2.

7.1.1 Ausgewählte Sterblichkeitsziffern – Abhängige Variablen

Lebenserwartung

Die erste Größe, anhand derer der Einfluss von Modernisierung auf die Sterblichkeit in Südkorea empirisch nachvollzogen werden soll, ist die Lebenserwartung bei Geburt. Eine ausführliche Beschreibung dieser klassischen Mortalitätskomponente, vor allem in Bezug auf ihre Entwicklung in Südkorea, findet sich in Kapitel 5.4.3.2. An dieser Stelle gilt es die hierzu bereits erarbeiteten Inhalte soweit wie möglich auch empirisch zu verifizieren. Zusätzlich zur Entwicklung im Allgemeinen sollen auch geschlechterspezifische Entwicklungen der Lebenserwartung analysiert werden. Der wesentliche Unterschied zu den bereits theoretisch erarbeiteten Zusammenhängen ist, dass vorliegend nur eine verkürzte Zeitreihe analysiert wird, was anhand der theoretischen Inhalte aber trotzdem sachlogisch interpretiert werden kann. Nachstehend (Abb. 19) sind die in die Analyse einbezogenen Daten anhand zeitreihenanalytischer Sequenzdiagramme visualisiert. Auf der X-Achse ist immer die Zeit abgebildet, wonach die Entwicklung der Regressanden über die Zeit nachvollziehbar wird. Das Diagramm zeigt, dass die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in allen drei Fällen einen nahezu linearen nach oben gerichteten Trendverlauf aufweist. Für die Modellumsetzung bedeutet dies, dass keine weitere Anpassung dieser Variable mehr erforderlich ist. Grundsätzlich soll auf Trendanpassungen weitestgehend verzichtet werden, wenn es sich nicht als unbedingt erforderlich erweist, um die tatsächliche Entwicklung über die Zeit und damit auch den tatsächlichen Einfluss entsprechender Modernisierungsvariablen weitestgehend unverfälscht zu eruieren. Besonderheiten gilt es spätestens bei der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen.

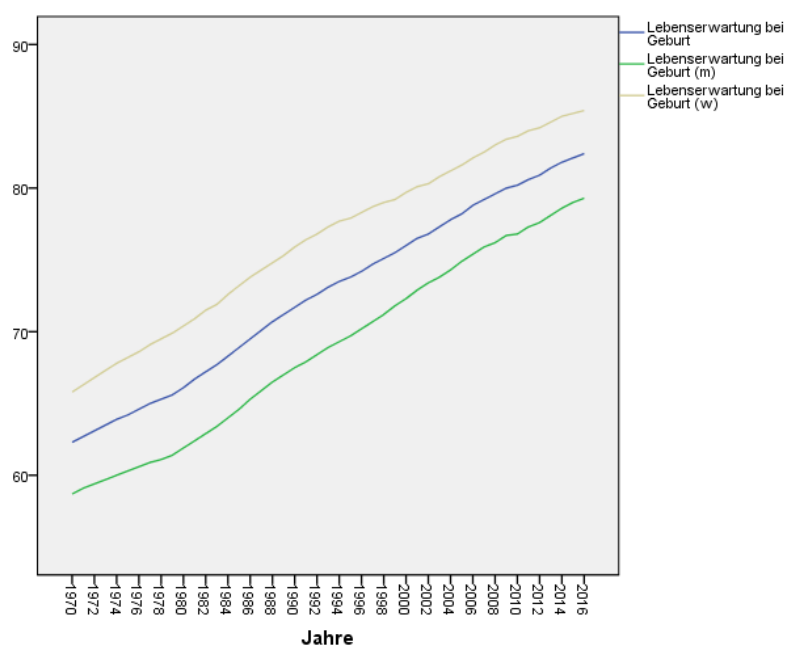


Abb. 19: Entwicklung der Lebenserwartung insgesamt und nach Geschlecht seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Zusätzlich zur Lebenserwartung bei Geburt soll sich auch mit der Entwicklung der ferneren Lebenserwartung auseinandergesetzt werden. Bereits aus einem logischen Zusammenhang heraus ist die dazugehörige Entwicklung über die Zeit eine andere, sodass zu erwarten ist, dass auch der Einfluss entsprechender Prädiktoren nicht im gleichen Maße wie bei der Lebenserwartung bei Geburt ausgeprägt sein wird. Abbildung 20 visualisiert hierzu die entsprechenden Entwicklungen über die Zeit. Es wird deutlich, dass der Trendverlauf hier zunächst deutlich flacher ausgeprägt ist als noch bei der Lebenserwartung bei Geburt, ab den 1990er Jahren dann aber deutlich steiler wird. Insgesamt kann hier nicht mehr von einem klaren linearen Trend die Rede sein, nichtsdestotrotz ist eine deutlich positive Entwicklung über die Zeit zu konstatieren. Inwiefern eine Anpassung dieser Entwicklung erforderlich ist, wird sich im weiteren Vorgehen noch zeigen. In jedem Fall ist von charakteristischen Analyseergebnissen auszugehen, denen mit einer sachlogischen Interpretation, und zwar auch vor dem Hintergrund der andersartigen Entwicklung über die Zeit, zu begegnen ist.

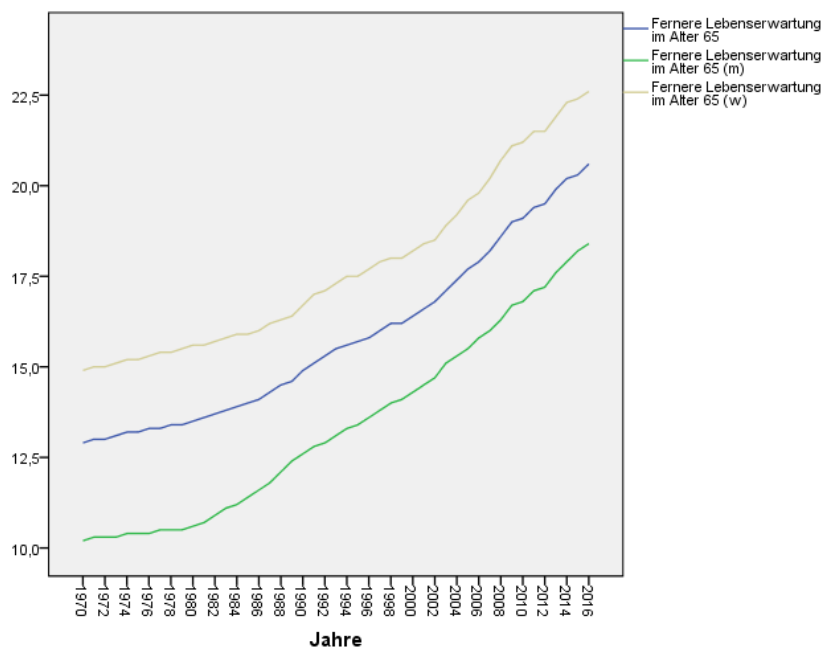


Abb. 20: Entwicklung der ferneren Lebenserwartung im Alter 65 insgesamt und nach Geschlecht seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Todesursachen (ausgewählte)

Im Abschnitt zu den empirischen und kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea ist bereits ausführlich auf die Entwicklung der häufigsten Todesursachen in Südkorea eingegangen worden. Hierbei wurde nicht nur der Forschungsstand wiedergegeben, sondern auch inhaltstheoretisch begründet, ergänzt und erweitert. An dieser Stelle gilt es den Einfluss der Modernisierung auf ausgewählte Todesursachen nunmehr auch statistisch zu überprüfen. Dies soll im Folgenden exemplarisch an ausgewählten Todesursachen erfolgen, dessen Auswahl

natürlich auch an die verfügbaren Einflussvariablen geknüpft ist. Eine Auseinandersetzung mit allen Todesursachen würde nicht nur den Rahmen dieser Arbeit überdehnen, sondern auch zu vermeidbaren inhaltlichen Redundanzen führen. Bei der Auswahl der Todesursachen, die in die Analyse einbezogen werden, gilt es zudem eine größtmögliche inhaltliche Vielfalt zu gewährleisten. Auf Basis dieser Auswahlkriterien fiel die Wahl auf Bösartige Neubildungen, Vorsätzliche Selbstschädigungen und Diabetes mellitus.

Bösartige Neubildungen belegen nicht nur den ersten Platz im Ranking der häufigsten Todesursachen in Südkorea, sondern gehören zu den klassischen Herausforderungen hoch entwickelter Nationen. Der Aspekt der demografischen Alterung spielt hierbei eine wichtige Rolle. Bei der Interpretation des Einflusses bestimmter Größen der Modernisierung müssen aber auch kontextspezifische Rahmenbedingungen in Südkorea berücksichtigt werden. Hingegen kann die hohe Rate an vorsätzlichen Selbstschädigungen als ein Alleinstellungsmerkmal identifiziert werden, was bereits dadurch für eine besondere Berücksichtigung dieser Todesursache spricht. Schließlich soll sich noch der Entwicklung von Diabetes mellitus gewidmet werden. Wie erwähnt handelt es sich hierbei um eine äußerst mehrdeutige Todesursache, die den Interpretationsspielraum in Bezug auf den Einfluss der Modernisierung deutlich vergrößert.

Die Untersuchung erfolgt hier anhand nicht standardisierter Werte, was sich mit der angewandten Analyseverfahren zum Beziehungsgefüge zwischen Modernisierung und Mortalität erschließt: Vorliegend werden keine Querschnitte im traditionellen Sinne analysiert, sondern es handelt sich um die Analyse von Entwicklungen über die Zeit. Während reine Querschnitte durchaus auch in standardisierter Form miteinander verglichen werden könnten, um u. a. eine bessere Kontrolle über Altersstruktureffekte zu erlangen, bietet es sich bei Zeitreihendaten an Aspekte wie die Altersstruktur beizubehalten, um u. a. auch Faktoren wie den demografischen Übergang direkt in die Interpretation einbeziehen zu können. Die Altersstruktur ist ein wesentlicher von Modernisierung abhängiger Einflussfaktor auf die Entwicklung von u. a. auch den Todesursachen. Somit bleiben die Ergebnisse auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen sachlogisch interpretierbar. Vor allem aber gewährleisten nicht-standardisierte Daten die Berücksichtigung von realen Trends über die Zeit.

Abbildung 21 (S. 186) zeigt die nicht-standardisierte Entwicklung der Raten zu bösartigen Neubildungen. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur ist die Entwicklung dieser Sterberaten seither ansteigend, was sicherlich auf den großen Einfluss der Altersstruktur zurückzuführen ist. Damit ist die Entwicklung vor dem Hintergrund der modernisierungsbedingten Umwälzungen in Südkorea aber noch lange nicht erklärt. Zwar ist die

7.1.1 Ausgewählte Sterblichkeitsziffern – Abhängige Variablen

gesellschaftliche Alterung selbst auch eine von Modernisierung abhängige Größe, allerdings sind nicht alle Arten von bösartigen Neubildungen altersinduziert. Es wäre daher vorschnell die visualisierte Entwicklung allein durch den Aspekt der demografischen Alterung erklären zu wollen. Anhand der empirischen Auseinandersetzung sollen also auch weitere potenzielle Einflüsse identifiziert werden und zusätzlich zur Altersstruktur interpretiert werden.

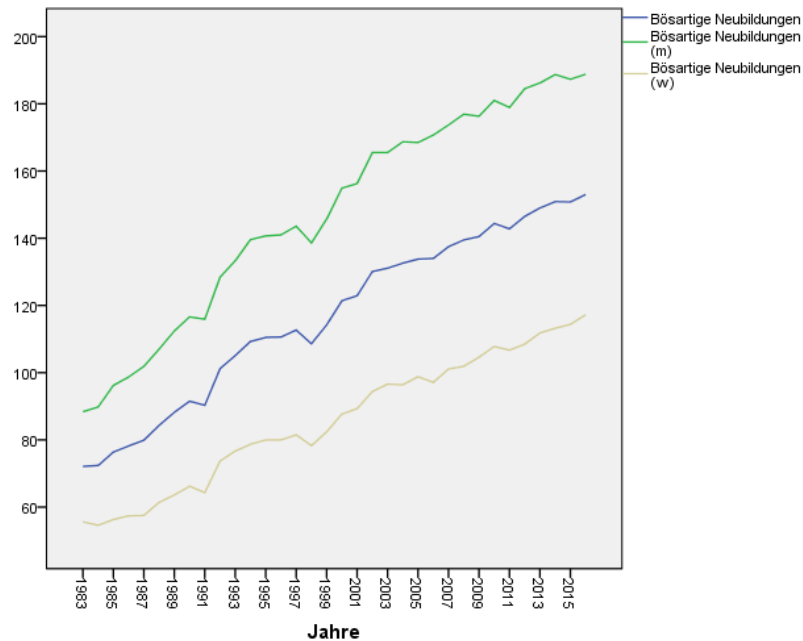


Abb. 21: Entwicklung der Sterberate aufgrund von bösartigen Neubildungen insgesamt und nach Geschlecht seit 1983 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Die nicht-standardisierte Rate zu vorsätzlichen Selbstschädigungen weist hingegen kaum Unterschiede im Vergleich zur standardisierten Darstellung in Kapitel 5.5.2 (siehe Abb. 22, S. 187). Der implizierte Einfluss der Altersstruktur rückt damit in den Hintergrund des Interesses, sodass die Berücksichtigung anderer Einflussgrößen umso erforderlicher wird. Weiterhin ist zu erkennen, dass die Entwicklung hier keineswegs gleichmäßig ist, was es bei der Interpretation der Ergebnisse zusätzlich zu berücksichtigen gilt. Denn vorliegend sollen wie erwähnt immer die realen zeitlichen Entwicklungen in die Analysen einfließen. Ferner rücken an dieser Stelle auch die geschlechterspezifischen Unterschiede in den Vordergrund des Interesses. So ist bspw. die Entwicklung der weiblichen Todesraten deutlich flacher ausgeprägt. Nicht zuletzt deshalb sind äußerst kontroverse Analyseergebnisse zu erwarten.

7.1.1 Ausgewählte Sterblichkeitsziffern – Abhängige Variablen

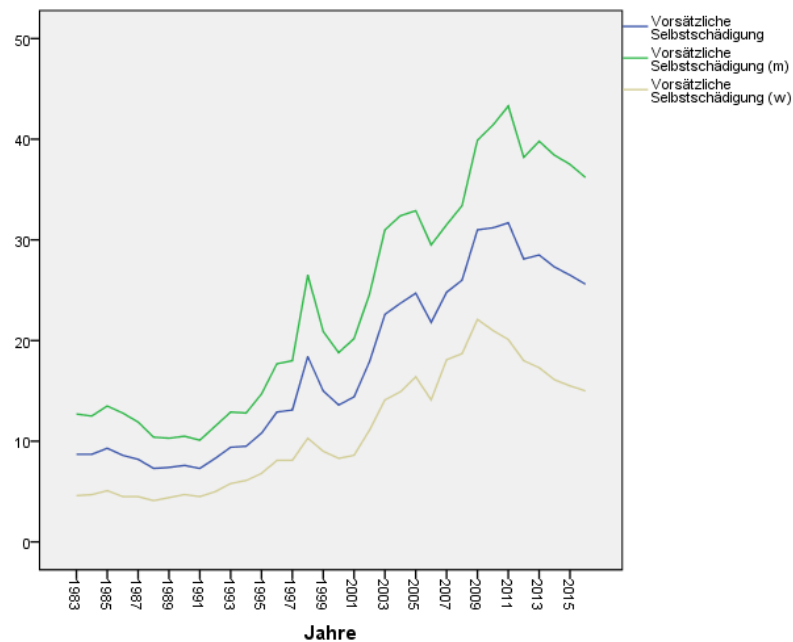


Abb. 22: Entwicklung der Sterberate aufgrund von vorsätzlichen Selbstschädigungen insgesamt und nach Geschlecht seit 1983 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Abb. 23 zeigt schließlich die zeitliche Entwicklung der Todesursache Diabetes mellitus. Wie erwähnt handelt es sich hierbei um eine äußerst vieldeutige Todesursache, bei der sicherlich auch die Altersstruktur eine etwas größere Rolle, als es noch bei vorsätzlichen Selbstschädigungen der Fall war. Allerdings ist der Entwicklungsverlauf ähnlich zu den standardisierten Raten aus Kapitel 5.5.2. Insofern gilt es auch hier weitere Einflussfaktoren stärker in den Vordergrund zu rücken. Allerdings ist davon auszugehen, dass es aufgrund der gleichsamten Entwicklung der dargestellten Größen zu keinen wesentlichen Unterschieden in den Analyseergebnissen kommt.

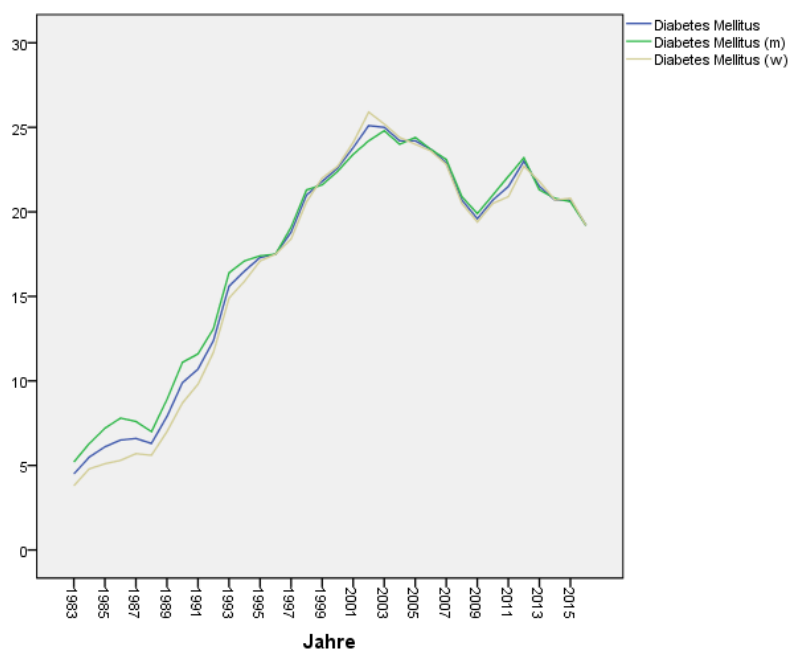


Abb. 23: Entwicklung der Sterberate aufgrund von Diabetes mellitus insgesamt und nach Geschlecht seit 1983 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Sterblichkeit im engeren Sinne

Abschließend soll sich noch dem Einfluss der Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung im engeren Sinne gewidmet. Als abhängige Größe hierfür bietet sich die rohe Sterberate an. Die Berücksichtigung der Sterberate als abhängige Größe dient vor allem der inhaltlichen Vollständigkeit und hat daher vor allem exemplarischen Charakter. Insofern soll auch auf eine geschlechterspezifische Auseinandersetzung verzichtet werden. Es geht hierbei vor allem aufzuzeigen, dass die Sterberate eine von vielen Sterblichkeitsfaktoren abhängige Größe ist, und ihre alleinige Berücksichtigung zur Ermittlung eines Zusammenhangs zwischen Mortalität und Modernisierung nicht ausreichend ist. Denn um diesen Zusammenhang auch im Detail nachvollziehen zu können, bedarf es einer Auseinandersetzung mit weiteren Mortalitätskennziffern. Die nachstehende Abbildung (Abb. 24) visualisiert hierzu den für die Analysen zu berücksichtigenden Verlauf ab den 1970er Jahren. Im Vergleich zu den anderen bereits vorgestellten Zeitreihen ist hier ein gegenteiliger Trend festzustellen. Aus einem logischen Zusammenhang heraus führt Modernisierung zunächst zu einem Rückgang der Sterblichkeit. Fortgeschrittene Alterungsprozesse lassen die Rate schließlich wieder ansteigen. Die anderen vorgestellten Größen der Mortalität können sich wie erwähnt aber auch unabhängig vom Einfluss der demografischen Alterung entwickeln, bzw. es können anderen Einflüsse eine viel gewichtigere Rolle spielen. Diese und weitere Aspekte gilt es bei der Interpretation der Analyseergebnisse ebenfalls zu berücksichtigen.

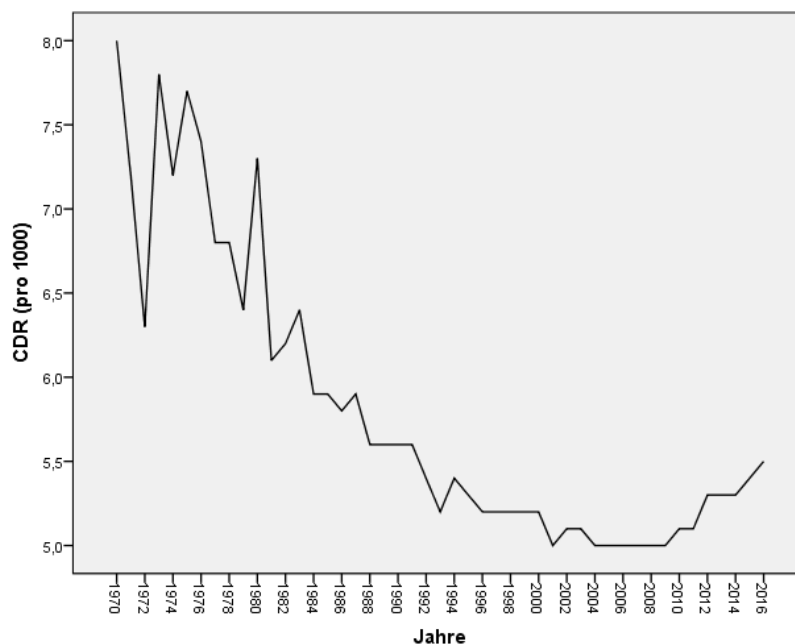


Abb. 24: Entwicklung der Sterberate aufgrund von Diabetes mellitus insgesamt und nach Geschlecht seit 1983 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

7.1.2 Ausgewählte modernisierungsbedingte Einflüsse – Unabhängige Variablen

Urbanisierung

Urbanisierung kann wie erwähnt als eine zentrale Größe im Kontext von Modernisierung angesehen werden. Die damit zusammenhängende Landflucht wird maßgeblich von Wachstum- und Transformation vorangetrieben. In Südkorea hat das den Anteil der Stadtbewohner an der Gesamtbevölkerung in den letzten Jahrzehnten wesentlich verändert.⁹⁰³ Urbanisierung ist allerdings auch ein wesentlicher Aspekt im Kontext von Gesundheit und im speziellen der Sterblichkeitsentwicklung.⁹⁰⁴ Hierbei ist nicht nur der Anteil der städtischen Bevölkerung von entscheidender Bedeutung, sondern vor allem auch alle mit der Urbanisierung zusammenhängenden, ebenenübergreifenden Ursachen und Konsequenzen. Urbanisierung muss daher als äußerst modellendogene Größe aufgefasst und behandelt werden und stellt somit auch eine äußerst abstrakt zu interpretierende Variable dar. Am Beispiel Südkorea ist davon auszugehen, dass der hohe Grad an Urbanisierung einen ebenso starken Einfluss auf Muster der Mortalität zeigt. Der nachstehenden Abbildung 25 ist zwar zu entnehmen, dass der Grad an Urbanisierung bereits ab den 1990er Jahren abflacht, allerdings ist der Trend insgesamt äußerst stark nach oben ausgerichtet, was den hohen Grad an Urbanisierung in Südkorea über die Zeit nach wie vor sehr gut widerspiegelt. In Alternativmodellen mit Hilfe derer der inhaltliche Diskurs bereichert werden soll, wird schließlich auch der Einfluss der Entwicklung der Landbevölkerung herangezogen. Eine Grafik hierzu findet sich im Anhang der Arbeit.

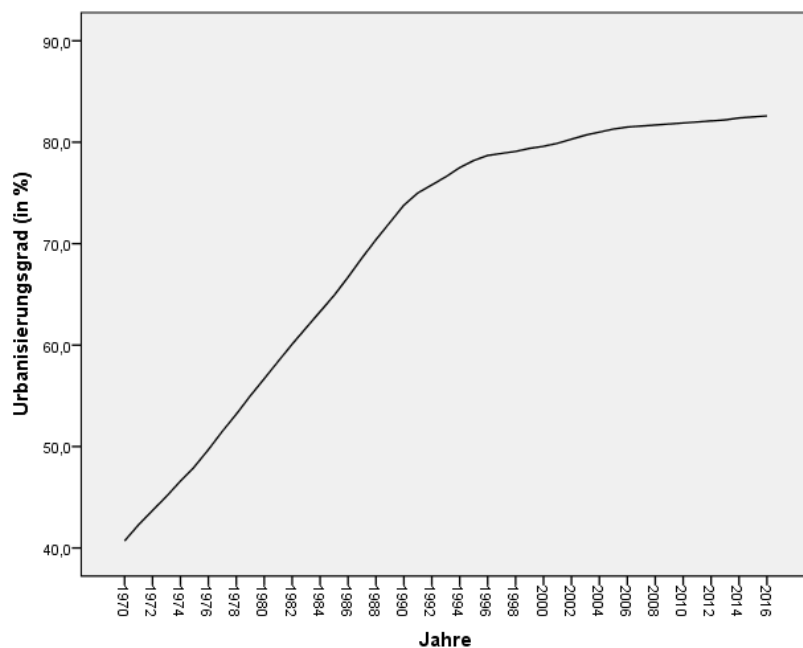


Abb. 25: Entwicklung der Urbanisierungsquote seit 1970 – Regressor (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

⁹⁰³ Vgl. Kap. 5.2.2.

⁹⁰⁴ Vgl. u. a. WHO 2010.

Nuptialität

Das Heiratsverhalten kann nicht nur als eine von Modernisierung abhängige Größe identifiziert werden, sondern es gibt eindeutige Hinweise darauf, dass davon auch ein Einfluss auf die Gesundheit, bzw. die Sterblichkeitsentwicklung einhergeht, und zwar im Zusammenhang mit entsprechenden Lebensstilen und Verhaltensweisen.⁹⁰⁵ Zudem hat das Heiratsverhalten in Südkorea immer noch eine hohe soziokulturellen Stellenwert.⁹⁰⁶ Darüber hinaus geht auch von dieser Einflussgröße ein hoher inhaltlicher Abstraktionsgrad aus, sodass sie sich gut für die Interpretation der Ergebnisse eignet. Ferner ist es eine der wenigen konsistent dokumentierten Ziffern, die im mittel- und unmittelbaren Zusammenhang mit Modernisierung und Mortalität stehen. Insofern soll auch diese Größe für die bevorstehenden Analysen berücksichtigt werden. Die nachstehende Abb. 26 zeigt hierzu zwar einen insgesamt rückläufigen Trend, allerdings unterliegt dieser größeren Schwankungen über die Zeit, was sich schließlich auch auf die Ergebnisse niederschlagen kann. Dem muss dann anhand einer sachlogischen Interpretation begegnet werden. Alternativ soll auch die Scheidungsrate berücksichtigt werden, insbesondere dann wenn dadurch eine inhaltliche Aufwertung der Ergebnisse erfolgen kann (s. Anhang).

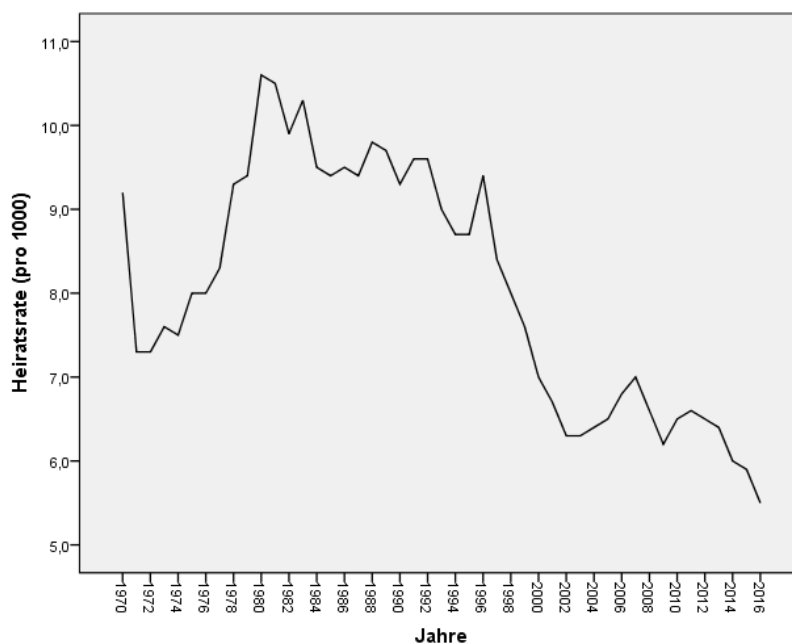


Abb. 26: Entwicklung der Heiratsrate seit 1970 – Regressor (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

⁹⁰⁵ Vgl. u. a. Robards et al. 2012.

⁹⁰⁶ Vgl. u. a. Schneidewind 2013.

Wirtschaftskraft

Die wirtschaftliche Entwicklung spielt eine entscheidende Rolle im Kontext von Modernisierung, vor allem aber auch im Kontext von Krankheit und Gesundheit. Eine Berücksichtigung dieses Prädiktors ist daher unvermeidlich. Stellvertretend für die wirtschaftliche Entwicklung in Südkorea soll hier das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf verwendet werden. Abb. 27 zeigt hierzu einen Anstieg der Ziffern über die Zeit. Zwar sind auch entsprechende Schwankungen zu erkennen, der grundsätzliche Aufwärtstrend bleibt davon aber unberührt. Aus einem logischen Zusammenhang heraus ist von dieser Variable ein großer Einfluss zu erwarten, allerdings muss auch davon ausgegangen werden, dass sie inhaltlich mit anderen Einflussgrößen korreliert. Insofern gilt es ggf. auch alternative Einflussgrößen zu berücksichtigen, um statistische Multikollinearitäten und damit Verzerrungen in den Analyseergebnissen zu vermeiden.

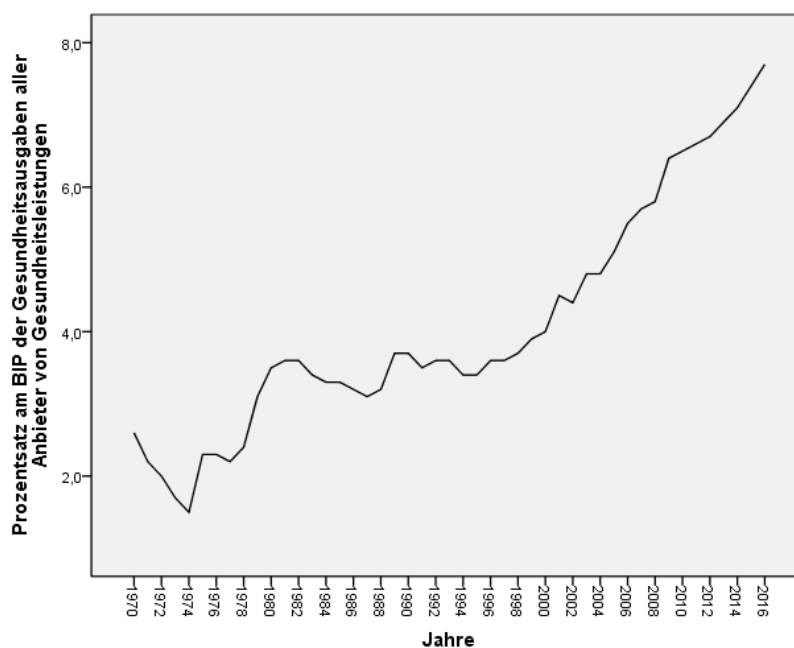


Abb. 27: Entwicklung der Gesundheitsausgaben am BIP seit 1970 – Regressor (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Gesundheitsausgaben

Als eine Alternative zum Wirtschaftswachstum und mit unmittelbarem Gesundheitsbezug kann die Entwicklung der Gesundheitsausgaben angesehen werden. Dieser Prädiktor ist sicherlich auch vom Wirtschaftsfaktor abhängig, kann aber auch Eigenarten in der zeitlichen Entwicklung aufweisen.⁹⁰⁷ Insofern können damit ggf. auch mit dem Wirtschaftswachstum einhergehende Korrelationen eliminiert werden, wenngleich die Wirtschaftskraft implizit enthalten ist. Die

⁹⁰⁷ Vgl. Müller / Böhm 2009.

nachstehende Abbildung 28 Zeigt hierzu die Entwicklung ab den 1970er Jahren, wonach zwar ein gleichartiger Trend zum Wirtschaftswachstum gemessen am BIP pro Kopf konstatierbar ist. Im direkten Vergleich weist der Entwicklungsverlauf allerdings auch Unterschiede auf. In jedem Fall wird damit eine weitere Modernisierungsvariable mit unmittelbarem Bezug auf die Bevölkerungsgesundheit berücksichtigt.

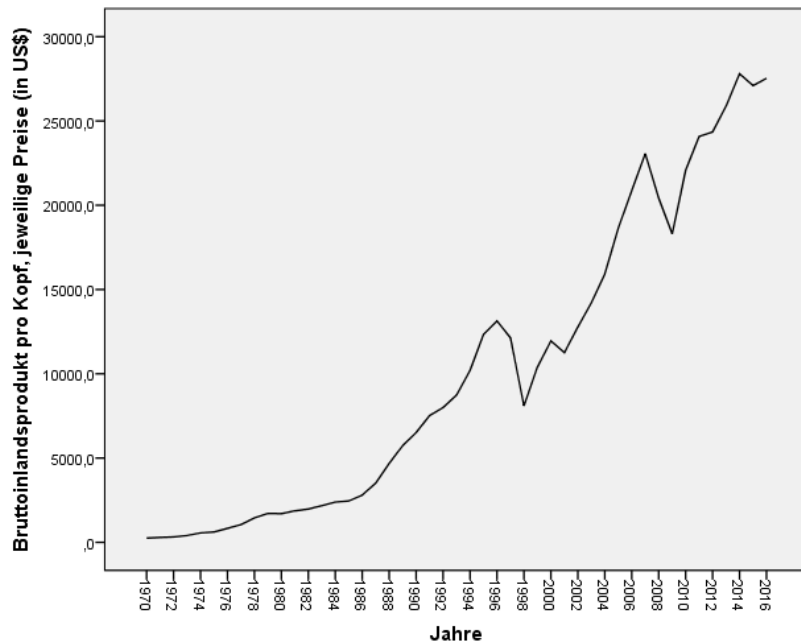


Abb. 28: Entwicklung des BIP pro Kopf seit 1970 – Regressor (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Ernährungsverhalten

Weiterhin sollen Variablen zum Ernährungsverhalten berücksichtigt werden. Auch das Ernährungsverhalten, bzw. dessen Wandel über die Zeit kann, wie sich herausgestellt hat, von Modernisierung abhängen.⁹⁰⁸ Gleichwohl hat sich gezeigt, dass der Wandel in der Esskultur in Südkorea nicht allzu stark ausgeprägt ist, da nach wie vor an traditionellen Ernährungsweisen festgehalten wird. Nichtsdestotrotz kam es über die Jahre zu Veränderungen, die anhand von gut dokumentierten Daten hierzu nachvollzogen werden kann. Die Entwicklungen entsprechender Ausprägungen über die Zeit können im Anhang dieser Arbeit nachvollzogen werden. Auf eine eigene Visualisierung an dieser Stelle soll aufgrund der Vielfalt dieser Prädiktoren aber verzichtet werden.

⁹⁰⁸ Vgl. Kap. 5.3.2.

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit

Während alle zuvor beschriebenen Prädiktoren bereits ab den 1970er Jahren für die Analyse zur Verfügung stehen, werden Daten zu den durchschnittlichen Arbeitszeiten erst seit den 1980er Jahren in konsequenter Weise erfasst. Das trifft im Übrigen auch auf die im Anschluss vorgestellte Bildungsvariable zu. Die beiden wichtigen Prädiktoren ermöglichen damit aber immer noch eine adäquate Verarbeitung, wenngleich vor allem im Zusammenhang mit den ebenfalls nur ab den 1980er Jahren zur Verfügung stehenden Todesursachen. In Bezug auf andere Größen der Mortalität müssen die Zeitreihen ggf. angepasst werden. In jedem Fall kann die durchschnittliche Wochenarbeitszeit ein als weiterer wichtiger und unmittelbar mit Modernisierung und Gesundheit im Zusammenhang stehender Einflussfaktor berücksichtigt werden.⁹⁰⁹ Zwar sind dazugehörigen Ziffern seither rückläufig, nichtsdestotrotz sind die Werte für Südkorea vergleichsweise hoch. Somit kann die Berücksichtigung dieser Variable die Interpretation der Regressionsmodelle inhaltlich bereichern. Die nachstehende Abbildung (Abb. 29) visualisiert hierzu die Entwicklung dieser Größe ab den 1980er Jahren.

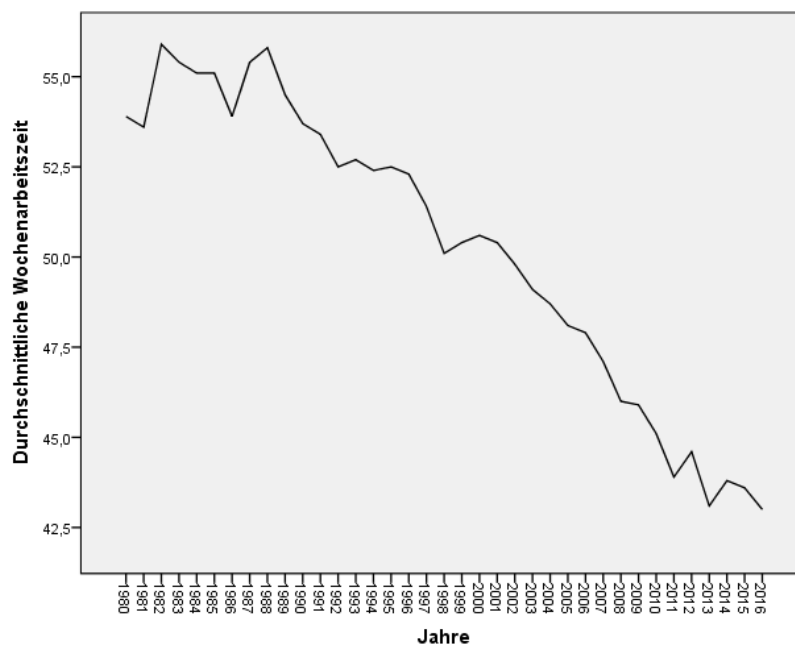


Abb. 29: Entwicklung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit seit 1983 – Regressor (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Erwartete Jahre in Ausbildung

Der Bildungsgrad ist eine weitere wesentliche Variable im Zusammenhang mit Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung. Im Kontext von Modernisierung wird der Grad an Bildung i. d. R. zwar an der Alphabetisierungsquote gemessen. Bedingt durch den Datenbestand können

⁹⁰⁹ Vgl. Kap. 5.3.3.

vorliegend aber nur Angaben zu den erwarteten Jahren in Ausbildung verwertet werden, was allerdings als eine adäquate Ersatzgröße geltend gemacht werden kann. Schließlich werden damit auch weitere soziokulturelle Aspekte für die Interpretation der Ergebnisse zur Verfügung gestellt. Die nachstehende Abbildung (Abb. 30) zeigt hierzu die Entwicklung der erwarteten Jahre in Ausbildung ab verfügbaren Zeitpunkt. Diese sind seit Anbeginn der verfügbaren Aufzeichnungen steigend, was einerseits sicherlich für ein gewachsenes Bildungsniveau spricht. Andererseits aber auch in Zusammenhang mit weiteren soziokulturellen Phänomenen im speziellen Bezug auf spezifische Mortalitäten Verbindung gebracht werden kann.

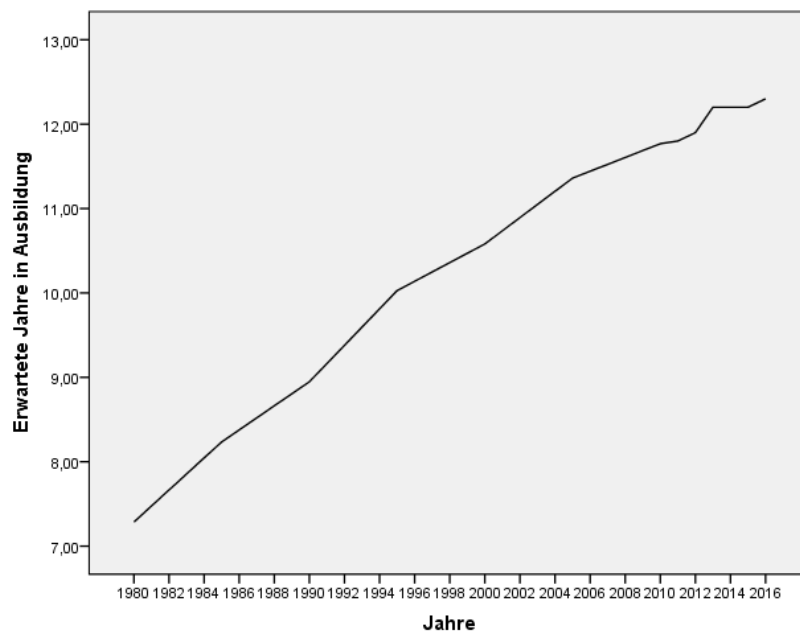


Abb. 30: Entwicklung der erwarteten Jahre in Ausbildung seit 1980 – Regressor (Quelle: Eigene Darstellung nach United Nations 2018)

Weitere Einflussgrößen und ergänzende Hinweise

Neben den visualisierten Einflussgrößen sollen ggf. auch weitere Kennziffern in die entsprechenden Modelle einbezogen werden, insbesondere auch dann, wenn dadurch ein empirisch-analytischer Mehrgewinn zu erwarten ist. Da es sich dabei aber i. d. R. um Alternativmodelle handelt, sollen diese zusätzlichen Einflussfaktoren nicht an dieser Stelle, sondern zum gegebenen Zeitpunkt erwähnt werden. Hingegen sind mit den vorangegangenen Ausführungen die Hauptgrößen der nachstehenden Modelle genannt. Hierbei wurde bewusst auf eine detailliertere Ausführung zu den vorgestellten Regressanden und Regressoren sowie deren abschließende Verwendungsform verzichtet, um inhaltliche Redundanzen bei der einhergehenden empirischen Analyse und Interpretation der Modelle zu vermeiden.

7.2 Empirische Analysen zur Entwicklung der Lebenserwartung**7.2.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt**

Tabelle 12 zeigt die Regressionsergebnisse ausgewählter Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt der Gesamtbevölkerung Südkoreas und nach Geschlecht. Mit dem Modell wird zunächst geprüft, ob ein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen Modernisierung und Mortalität, hier zunächst repräsentiert durch die Lebenserwartung bei Geburt, besteht und wie dieser ausgeprägt ist. Neben dem Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung bei Geburt und ausgewählten Prädiktoren wird ermittelt, welche der vorliegenden Prädiktoren den größten erklärbaren Einfluss einnehmen, was zusätzlich mithilfe einer schrittweisen Auswertung kontrolliert wird und in die Interpretationen einbezogen ist. Ebenfalls einbezogen sind Begründungen zu ausgeschlossenen Prädiktoren sowie Prädiktoren, die trotz nicht signifikanter Werte in das Modell einbezogen wurden. Ferner der Hinweis, dass die unter Kapitel 6.2ff beschriebenen Schritte zur Prüfung der Modellgüte sowie der Modellprämissen ebenfalls eingehalten wurden, im Folgenden aber nur vereinzelt, bzw. bei unbedingter Notwendigkeit angesprochen werden. Die beste Modellgüte ergibt sich schließlich aus dem Urbanisierungsgrad (in Prozent), den Gesundheitsausgaben (am BIP in Prozent), der Heiratsrate (in Prozent) und der durchschnittlichen Energieaufnahme (in kcal/Tag).

Tab. 12: Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in ROK ab 1970

Lebenserwartung bei Geburt (gesamt)			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,288***	0,630	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,996 N=47
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	1,202***	0,309	
Heiratsrate (in Promille)	-0,785***	-0,183	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,001	0,018	
Lebenserwartung bei Geburt (männlich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,283***	0,592	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,995 N=47
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	1,317***	0,324	
Heiratsrate (in Promille)	-0,966***	-0,216	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,001	0,020	
Lebenserwartung bei Geburt (weiblich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,294***	0,672	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,997 N=47
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	1,080***	0,290	
Heiratsrate (in Promille)	-0,605***	-0,148	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,001	0,016	

* p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Ergebnisbeschreibung und -interpretation

Sowohl im Modell für den Einfluss auf e_0 der Gesamtbevölkerung als auch in den geschlechter-spezifischen Modellen liegt das korrigierte R^2 erwartungsgemäß bei annähernd 1, was für eine hohe Modellgüte spricht. Die Vorhersagegüte im Modell für e_0 (gesamt) beträgt 96%. Das Modell für e_0 männlich erklärt 95% der Varianz. Und mit dem Modell für die Entwicklung von e_0 innerhalb der weiblichen Bevölkerung können 97% der Streuung mit den unabhängigen Variablen von der abhängigen Variable erklärt werden. Weiterhin kann anhand der jeweiligen F-Statistik für jedes Modell von einer Gültigkeit für die Grundgesamtheit ausgegangen werden. In allen drei Fällen (Modellen) zeigt sich der p-Wert als $< 0,001$.

Im speziellen Bezug auf die Koeffizienten kann die immer implizierte Null-Hypothese in jeweils drei von vier Fällen verworfen werden. Lediglich der Prädiktor „Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)“ ist für alle Modelle nicht signifikant, was bedeutet, dass er nur einen sehr geringen bis keinen (positiven) Einfluss auf die zu erklärende Variable hat. Es wäre allerdings vorschnell daraus zu folgern, dass Prädiktoren, die den Wandel der Essgewohnheiten repräsentieren, grundsätzlich keinen Einfluss auf die Lebenserwartung haben. Ferner ergibt sich unter Ausschluss dieses Prädiktors keine schlechtere oder bessere Modellgüte. Die Entscheidung zum Einschluss dieser eigentlich nicht signifikanten Variable kann auch damit legitimiert werden, dass mit dem Anstieg der täglichen Kalorienzufuhr eigentlich ein deutlicherer und vor allem signifikanter Einfluss auf die Lebenserwartung zu erwarten gewesen wäre. Der geschätzte Zusammenhang und Einfluss scheint aber durch die anderen Regressoren stark gemindert zu werden. Allerdings lässt sich eine positive, wenngleich sehr schwach ausgeprägte, Tendenzen dieser Variable ausmachen. Modelle speziell zum Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und dem Wandel der Essgewohnheiten könnten zu aufschluss-reicheren Ergebnissen führen. Allerdings soll dem an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen werden, da Erstens der Fokus ein anderer ist. Und Zweitens auch aufgrund der Datenlage leider keine weiteren Prädiktoren zum Wandel des Essverhaltens getestet werden konnten.

Der seit den 1970er Jahren kontinuierlich gestiegene Urbanisierungsgrad hat sowohl für e_0 der Gesamtbevölkerung, als auch für e_0 der Männer und Frauen einen signifikant positiven Einfluss. Steigt der Urbanisierungsgrad um eine statistische Einheit, so verbessert sich die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung um 0,288 Einheiten (bei Männern um 0,283 Einheiten und bei Frauen um 0,294 Einheiten). Dass Urbanisierung einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und schließlich auch auf die Entwicklung der Mortalität, im Speziellen auf die Lebenserwartung haben kann, ergibt sich bereits aus einer inneren Sachlogik heraus und wurde bereits inhaltstheoretisch u. a. im Zusammenhang mit dem epidemiologischen Übergang in

7.2 Empirische Analysen zur Entwicklung der Lebenserwartung

7.2.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt

Südkorea eruiert. Hierbei spielen vor allem auch Aspekte wie die Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen etc. eine tragende Rolle. Aber auch die besseren Ausbildungs- und Arbeitschancen etc. in urbanen Räumen können sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dieser hier als positiv zu bewertende Einfluss der Urbanisierung erscheint im Modell für den Einfluss auf e_0 der Frauen etwas stärker ausgeprägt, als im Modell für e_0 der Männer, was an dieser Stelle allerdings nur spekulativ erklärt werden könnte und daher nicht weiter ausgeführt werden soll. Der Modernisierungsprozess der Urbanisierung hat in jedem Fall einen positiven Einfluss auf die Lebenserwartung in Südkorea und über die Zeit. Weiterhin weist der standardisierte Beta-Koeffizient darauf hin, dass dieser Prädiktor den jeweils größten Einfluss auf die Lebenserwartung hat ($\beta = 0,630$; $\beta = 0,592$; $\beta = 0,672$), was vor dem Hintergrund der ebenenübergreifenden Auswirkungen von Urbanisierung nicht weiter verwundert. Tatsächlich handelt es sich bei dem Modernisierungsprozess der Urbanisierung um eine stark von vielen Faktoren abhängige und beeinflusste modellendogene Variable, was an dieser Stelle allerdings nicht noch einmal eigens ausgeführt werden soll. Vielmehr gilt es darauf hinzuweisen, dass, wie bereits in der theoretischen Auseinandersetzung angedeutet, Urbanisierung natürlich nicht immer nur mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit einhergeht. Der hier analysierte Zusammenhang erscheint allerdings als grundsätzlich positiv, wenngleich mit einem vergleichsweise leichtem Einfluss, was auch auf innere Ambivalenzen hindeutet (s. o.).

Alternativ zu diesen Ergebnissen wurde ein zusätzliches Modell mit einem Prädiktor für die Entwicklung der ruralen Bevölkerung geschätzt. Die zusammengestellten Ergebnisse hierzu finden sich im Anhang dieser Arbeit und sollen an dieser Stelle nur im Ansatz diskutiert werden. Demnach hat das Leben auf dem Land in Südkorea erwartungsgemäß einen ins Gegenteil verkehrten Einfluss auf die Entwicklung der Lebenserwartung. Hierbei spielen u. a. größere Versorgungswege oder die schlechtere Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen eine Rolle. Im speziellen Bezug auf Korea wird das Leben auf dem Land zusätzlich dadurch erschwert, dass die demografische Alterung in ruralen Gebieten deutlich erhöht ist. Gleichzeitig aber sind die sozialen Netzwerke in ländlichen Regionen deutlich stärker ausgeprägt, als in urbanen Gebieten.⁹¹⁰ Letzteres lässt den negativen Einfluss des Landlebens auf die Lebenserwartung nicht allzu stark werden.

Der über die Jahre gestiegene Prozentsatz der Gesundheitsausgaben am BIP ergibt einen signifikanten Zusammenhang von 1,202 statistischen Einheiten (1,317 bei e_0 ♂ und 1,080 bei e_0 ♀). Das bedeutet, dass für jede gestiegene Einheit des genannten Regressors, die Lebenserwartung bei Geburt für die Gesamtbevölkerung um 1,202 Einheiten ansteigt (und für

⁹¹⁰ Vgl u. a. Lee et al. 2014.

7.2 Empirische Analysen zur Entwicklung der Lebenserwartung

7.2.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt

Männer und Frauen entsprechend der oben aufgeführten Werte). Der Beta-Koeffizient weist diesem signifikant positiven Zusammenhang den jeweils zweitgrößten Einfluss in den drei Modellen zu ($\beta = 0,309$; $\beta = 0,324$; $\beta = 0,290$).

Auch hier sind die Ergebnisse sachlogisch, insbesondere auch im Zusammenhang mit der urbanen Bevölkerung. Steigende Gesundheitsausgaben, bzw. die positiven Folgen davon zeigen sich zunächst in urbanen Räumen. Der positive Einfluss auf die Lebenserwartung verwundert daher nicht. Der Unterschied zwischen $e_0 \text{ ♂}$ und $e_0 \text{ ♀}$ kann womöglich mit den geschlechterspezifischen Lebensstilen und Verhaltensweisen erklärt werden. Wie sich bereits gezeigt hat, neigen Frauen in Südkorea zu einem deutlich gesünderen Lebensstil, sodass die Gesundheitsausgaben an dieser Stelle keine größere Wirkung als bei den Männern aufzeigen. Männer hingegen nehmen Gesundheitsleistungen im urbanen Raum aufgrund eines risikobehafteten Verhaltens womöglich häufiger in Anspruch, sodass hier auch ein größerer Einfluss zustande kommt. In jedem Fall ist der Zusammenhang erwartungsgemäß positiv.

Interessant wird es, wenn man die Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf mit u. a. der Entwicklung des BIP pro Kopf vergleicht.⁹¹¹ So steigen die Gesundheitsausgaben seit den 1970er Jahren stetig an, während das BIP pro Kopf polithistorisch bedingt fluktuiert. Wie bereits erwähnt können sich beide Faktoren unabhängig voneinander entwickeln und damit auch unterschiedlichen Einfluss nehmen. Tauscht man nun den Prädiktor „Gesundheitsausgaben“ mit dem Prädiktor „BIP pro Kopf“ (siehe Anhang), erweist sich der Einfluss dieser Variable sowohl für beide Geschlechter, als auch geschlechterspezifisch, zwar als etwas größer als bei den Gesundheitsausgaben ($\beta = 0,363$; $\beta = 0,395$; $\beta = 0,326$). In Bezug auf die Stärke des Zusammenhangs mit der Lebenserwartung sind die Werte allerdings äußerst gering. Demnach geht die Erhöhung des BIP pro Kopf um eine statistische Einheit mit einer nur geringfügig positiven Veränderung der Lebenserwartung von 0,000252 Einheiten einher (0,000286 für $e_0 \text{ ♂}$ und 0,000217 für $e_0 \text{ ♀}$).⁹¹² Dieses Phänomen lässt sich womöglich damit erklären, dass die Umstände, die in Südkorea zu einem raschen Wachstum und einer raschen Transformation geführt haben und immer noch führen, weniger förderlich für die Gesundheit waren und sind.⁹¹³ Ein anderer Grund könnte aber die stärker ausgeprägte direkte Wirkung der Gesundheitsausgaben auf die Lebenserwartung sein. Denn mit der Entwicklung des BIP werden womöglich deutlich mehr Wirkungsbereiche angesprochen als mit den Gesundheitsausgaben, wobei die Gesundheitsausgaben selbst vom BIP beeinflusst werden können. Das ansteigende BIP in

⁹¹¹ Siehe hierzu Kap. 5.2.1.

⁹¹² Natürlich ändern sich damit auch die Werte der anderen Prädiktoren, wenngleich nur marginal. Die Grundaussagen können somit erhalten bleiben (vgl. Anhang).

⁹¹³ Vgl. die Ausführungen unter Kap. 5.

7.2 Empirische Analysen zur Entwicklung der Lebenserwartung

7.2.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt

Südkorea ist somit ebenfalls als stark modellendogen zu bewerten, was die geringen Veränderungen über die Zeit erklären kann. Eine Vermutung hierzu wäre, dass die charakteristische Entwicklung des BIP in Südkorea eine vielleicht deutlich positivere Wirkung auf die Lebenserwartung gezeigt hätte, würde der Effekt nicht durch die vielen an dieser Stelle nicht weiter bestimmbar negativen Konsequenzen ausgeglichen werden.

Die Heiratsrate, die seit den 1970er Jahren rückläufig ist, hat einen signifikant negativen Einfluss auf die Lebenserwartung (-0,785). Dieser negative Einfluss ist bei $e_0 \text{ ♂}$ mit einem Koeffizienten von -0,966 zudem stärker ausgeprägt als bei $e_0 \text{ ♀}$ (-0,605). Außerdem geht von diesem Regressor der jeweils drittgrößte Einfluss aus ($\beta = -0,183$; $\beta = -0,216$; $\beta = -0,148$).

Dass der Familienstand, insbesondere die Ehelichkeit einen positiven Einfluss auf die Lebenserwartung nehmen kann, ist weitestgehend erklärt.⁹¹⁴ In Südkorea nimmt die Heiratsrate seit den 1970er Jahren aber beständig ab, was natürlich auch eine Folge der modernisierungsbedingten Umwälzungen sein kann. Ähnliche, wenngleich deutlich stärkere Muster sind bereits aus Ländern des Westens bekannt. Aber auch wenn dem Ehestand in Südkorea immer noch eine deutlich stärkere Bedeutung zukommt als es in westlichen Nationen infolge anderer Normen und Werte der Fall ist, zeigen sich auch in Südkorea gewisse negative Tendenzen im Hinblick auf die Nuptialität, sowie auch im Hinblick auf Scheidungsraten.⁹¹⁵ Und wenn nun der Ehestand einen positiven Effekt auf die Lebenserwartung haben kann, so muss sich der Rückgang der Heiratsraten aus einer inneren Logik heraus negativ auswirken, was die vorliegenden Schätzwerte bestätigen. Die stärkere Ausprägung bei den Männern lässt sich womöglich damit erklären, dass u. a. die gesellschaftliche Schwelle zum Eintritt in die Ehe für eine Frau in Südkorea niedriger ist als bei den Männern. Mit anderen Worten ist es für Männer in Südkorea aufgrund gesellschaftlicher Normen und Werte, vor allem aber aufgrund der zu erfüllenden Voraussetzungen, zunehmend schwerer in den Ehestand zu treten. Die Entwicklung der geschlechterspezifischen Singlehaushalte spricht hierbei für sich.⁹¹⁶ In jedem Fall führen solche Aspekte, aber auch demografische Faktoren wie der Fertilitätsrückgang, zu einer Verringerung der Heiratsraten in Südkorea über die Zeit, was sich schließlich auch negativ auf die Lebenserwartung auswirken kann. Hierzu muss verstanden werden, dass ein wesentlicher Faktor der Fertilität in Südkorea nach wie vor die Ehe bildet. Stellt man nun die Entwicklung der Geburtenraten denen der Heiratsraten gegenüber, bestätigt sich indirekt der grundsätzliche Zusammenhang zwischen Nuptialität und Fertilität in Südkorea. Das kann auch anhand eines

⁹¹⁴ Vgl. hierzu u. a. Höpflinger 2012; Rowland 2008.

⁹¹⁵ Vgl. hierzu Schwekendiek 2016.

⁹¹⁶ Vgl. hierzu ebd.

7.2 Empirische Analysen zur Entwicklung der Lebenserwartung

7.2.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt

Modells zum Zusammenhang zwischen Lebenserwartung bei Geburt und ausschließlich demografischen Einflussfaktoren nachvollzogen werden (siehe Anhang). Demnach hat die weiterhin sinkende CBR einen sehr hohen negativen Einfluss auf die Lebenserwartung bei Geburt, was an dieser Stelle aber nicht weiter ausgeführt werden soll.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die in dieser Arbeit immer implizierte Prüfung der Modellprämissen zu keiner Ablehnung der vorgestellten Modelle geführt hat.⁹¹⁷ Insbesondere die Prüfung auf Autokorrelationen über die Durbin-Watson-Statistik ergab für alle dargestellten Modelle einen Wert größer Eins, was auf keine ernsthaften Autokorrelationen hinweist.⁹¹⁸ Die Prüfung der Residuen führte ebenfalls nicht zur Ablehnung der Modelle. Die Residuen scheinen in allen Fällen zufällig verteilt zu sein. Es sind also keine systematischen Beziehungen zu den Schätzwerten der abhängigen Variablen zu erkennen. Auch die Verteilung der Residuen erscheint normal. Darüber hinaus weisen die Störgrößen eine konstante Varianz auf. Ein Test auf Multikollinearität unter den ausgewählten Prädiktoren (Betrachtung der Toleranz und des VIF-Wertes über die Kollinearitätsstatistik) führt ebenfalls zu keinen ablehnenden Ergebnissen.

Aufgrund der nur eingeschränkten Datenlage ab den 1970er Jahren, insbesondere in Bezug auf weitere Einflüsse im Zusammenhang mit Modernisierung, wird nachfolgend noch eine Analyse zu den Entwicklungen ab den 1980er Jahren durchgeführt. Zwar war die Modernisierung Südkoreas zu diesem Zeitpunkt bereits weit fortgeschritten, allerdings wird vorliegend davon ausgegangen, dass viele Effekte der Modernisierung zeitverzögert auftreten und insofern auch noch ab späteren Zeitpunkten noch repräsentativ analysiert werden können. Nichtsdestotrotz bedeutet das u. a. eine Verminderung der Fallzahlen.⁹¹⁹ Wie erwähnt können aber mithilfe der Verkürzung des Zeitraums, bzw. der Fälle, weitere modernisierungsbedingte Entwicklungen und in ihrer Wirkung auf die Entwicklungen der Mortalität berücksichtigt werden, die auch erst seit den 1980er Jahren in konsequenter Weise erfasst werden. Schließlich wird mit diesem Vorgehen der inhaltliche Interpretationsspielraum deutlich erweitert und es können auch zusätzliche Bezüge zu den kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea gesetzt werden. Insgesamt also stellt die Verringerung der Fallzahl (Jahre) auch bei der Auseinandersetzung mit der Lebenserwartung eine inhaltliche Bereicherung dar.

⁹¹⁷ Vgl. auch Anhang.

⁹¹⁸ Vgl. Jassen / Laatz 2017, S. 425.

⁹¹⁹ Vgl. auch Kap. 6.1.2.

7.2.2 Weitere Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt

Durch die Verringerung der Fallzahl konnte ausgehend von dem Modell aus Kapitel 7.2.1 ein um zwei neue Einflussfaktoren erweitertes Regressionsmodell geschätzt werden. Die beste Modellgüte ergibt sich mit den zusätzlichen Prädiktoren „Erwartete Jahre in Ausbildung“ und „Durchschn. Wochenarbeitszeit“. Auf einen Prädiktor zum Wandel des Essverhaltens wurde im nachstehenden Modell hingegen endgültig verzichtet, da sich der Einfluss bei allen zu diesem Themenkomplex getesteten Variablen als verschwindend gering erwies und zudem ein nicht signifikanter p-Wert ermittelt wurde. Zwar könnte die Beibehaltung einer Größe zum Wandel der Essgewohnheiten sachlogisch erklärt werden, allerdings wäre es gemessen an den ausgegebenen Werten nicht haltbar. Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse der zusätzlichen Analyse zum Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und ausgewählten Einflussvariablen ab 1983. Auch hierbei wurde ein Modell mit der besten Modellgüte geschätzt und die Annahme dessen anhand entsprechender Prämissen überprüft. Um Redundanzen bei der Interpretation zu vermeiden, werden die bereits für die Modelle aus Kapitel 7.2.1 gemachten Aussagen zu den entsprechenden Prädiktoren nur dann ergänzt, wenn daraus ein inhaltlicher Mehrwert hervorgeht. Im Vordergrund steht die Interpretation der neuen Regressoren.

Tab. 13: Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in ROK ab 1983

Lebenserwartung bei Geburt			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,092***	0,127	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,999 N=34
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,618***	0,206	
Heiratsrate (in Promille)	-0,135*	-0,045	
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,067	-0,063	
Erwartete Jahre in Ausbildung	1,875***	0,591	
Lebenserwartung bei Geburt (männlich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,095**	0,120	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,999 N=34
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,705***	0,214	
Heiratsrate (in Promille)	-0,227**	-0,044	
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,074*	-0,064	
Erwartete Jahre in Ausbildung	2,049***	0,591	
Lebenserwartung bei Geburt (weiblich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,093***	0,140	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,999 N=34
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,519***	0,190	
Heiratsrate (in Promille)	-0,132*	-0,050	
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,059	-0,061	
Erwartete Jahre in Ausbildung	1,704***	0,592	

* p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Ergebnisbeschreibung und -interpretation

Zunächst einmal ist zu erkennen, dass das korrigierte R^2 unter Berücksichtigung der zwei neuen Prädiktoren „Durchschn. Wochenarbeitszeit“ und „Erwartete Jahre in Ausbildung“ auf jeweils 0,999 angestiegen ist. Wie vermutet hat sich die Erklärung der Varianz durch das Hinzufügen weiterer Prädiktoren, wenngleich auch durch die Verkürzung der Zeitreihen, verbessert. Es können jeweils rund 99,9 % der Varianz der abhängigen Variablen durch die unabhängigen Variablen erklärt werden. Und dieser durch die Regression erklärte Varianzanteil ist auch im Vergleich zur Gesamtvarianz als hochsignifikant einzustufen.

Weiterhin ist zu erkennen, dass die Prädiktoren Urbanisierung, Gesundheitsausgaben am BIP und Heiratsrate in Teilen deutlich an Einfluss auf die Lebenserwartung bei Geburt verloren haben. Der Urbanisierungsgrad hat mit einem Regressionskoeffizienten von 0,092 (sowie 0,095 für e_0 der Männer und 0,093 für e_0 der Frauen) zwar weiterhin einen signifikant positiven Einfluss. Sonach steigt die Lebenserwartung um den jeweiligen Wert, wenn der Grad an Urbanisierung um eine statistische Einheit zunimmt. Allerdings ist dieser Wert jeweils infolge der Hinzunahme der zwei neuen Prädiktoren deutlich zurückgegangen (vgl. Tab. 12, S. 195). Eine noch drastischere Veränderung ergibt sich in der Gewichtung dieser Variable. Die relative Wichtigkeit der Variable Urbanisierungsgrad für die Vorhersage positioniert sich in allen Varianten nunmehr an dritter Stelle. Ferner fällt auf, dass sich die Signifikanz bei dem Regressionskoeffizienten für e_0 der Männer ebenfalls verändert hat. Zwar liegt der Wert hier immer noch unter 0,05, sodass weiterhin davon ausgegangen werden kann, dass ein linearer Zusammenhang existiert. Allerdings erweist sich der bestehende Zusammenhang, bzw. Einfluss nunmehr als verringert, was sich schließlich auch auf die Signifikanz niederschlägt.

Bei den Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent beläuft sich der Regressionskoeffizient auf 0,618, bzw. 0,705 und 0,519. Auch hier also ist der Einfluss auf die Lebenserwartung bei Geburt weiterhin positiv. Jedoch ist sowohl der Regressionskoeffizient, als auch die Größe des Einflusses (Beta-Wert) deutlich gefallen, wobei davon nach wie vor der zweitgrößte Einfluss ausgeht. Und interessanterweise ist der Einfluss auf e_0 nun auch größer, als der Einfluss der Urbanisierung ($\beta = 0,206$ zu $0,127$; $\beta = 0,214$ zu $0,120$; $\beta = 0,190$ zu $0,140$).

Die deutlichsten Unterschiede zu den Modellen aus Kap. 7.1.1 betreffen aber die Heiratsrate. Unter Hinzunahme der neuen Prädiktoren ist der Einfluss der Heiratsrate zwar weiterhin signifikant negativ, allerdings ist der Zusammenhang zwischen Heiratsrate und e_0 nun deutlich schwächer. Der Regressionskoeffizient der Heiratsrate zeigt auf, dass e_0 gesamt sowie für Frauen und Männern „nur noch“ um 0,135, bzw. 0,227 und 0,132 sinkt, wenn sich die Heiratsrate um eine statistische Einheit verändert, bzw. in diesem Fall abnimmt. Insgesamt ist dieser Zusammenhang nach wie vor signifikant, für die weibliche Bevölkerung aber nur noch

knapp. Der Einfluss der Heiratsrate im Vergleich zu den anderen Prädiktoren ist ebenfalls nur noch gering negativ, was an den entsprechenden Beta-Werten abgelesen werden kann.

Da weitere hier nicht näher ausgeführte Modell-Erprobungen aufgezeigt haben, dass das Entfernen oder Hinzufügen des Prädiktors „Kalorienaufnahme“ zu keinen wesentlichen Modelländerungen geführt hat, müssen die beschriebenen Unterschiede zum Basismodell aus Kapitel 7.2.1 also vor allem mit den neuen Modernisierungsvariablen zusammenhängen. Und tatsächlich zeigen sich hier äußerst interessante und relevante Sachverhalte. Zunächst einmal gilt es die Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit zu erklären.

Wie bereits in den kontextspezifischen Rahmenbedingungen erwähnt, ist die überdurchschnittlich hohe Wochenarbeitszeit in Südkorea als eine wesentliche gesundheitliche Einflussvariable anzunehmen. Und tatsächlich zeigt sich in den Werten aus Tab. 7 ein jeweils negativer Einfluss dieses Prädiktors auf die Lebenserwartung. Allerdings ist dieser Einfluss nicht immer signifikant. Im geschlechterunspezifischen Modell ist zwar ein negativer Einfluss von $-0,067$ bei jeder Veränderung der durchschnittlichen Arbeitszeit um eine statistische Einheit festzustellen, allerdings ist dieser Einfluss nicht signifikant. Der Prädiktor wurde dennoch berücksichtigt, denn auch wenn die Variable nur einen geringen, bzw. nicht signifikanten Einfluss auf die Lebenserwartung hat und sich damit eigentlich schlecht zur Vorhersage eignet, kann die Berücksichtigung dieses Prädiktors im Folgenden sachlogisch begründet werden. Außerdem ergibt sich im Modell für e_0 der Männer ein signifikant negativer Wert mit $-0,074$. Die Interpretation dieser Ambivalenz ist umso erforderlicher, wenn berücksichtigt wird, dass die durchschn. Wochenarbeitszeit in Südkorea seither rückläufig ist, d. h. einen negativen Trend aufweist.

In der Schlussfolge bedeutet das also, dass obwohl die durchschn. Wochenarbeitszeit in Südkorea rückläufig ist, scheint diese nach wie noch so hoch zu sein, dass davon ein signifikant negativer Einfluss auf die Lebenserwartung der Männer bei Geburt ausgeht. Dass der Wert speziell im Modell für e_0 der Männer signifikant ist, kann womöglich damit begründet werden, dass die männliche Bevölkerung in Südkorea deutlich stärker von überdurchschnittlich hohen Arbeitszeiten betroffen ist. Aber auch für e_0 der Frauen ergibt sich ein negativer, allerdings nicht signifikanter Einfluss von $-0,059$. Und auch hier soll die Tatsache, dass es einen Einfluss gibt, über die Tatsache eines nicht-signifikanten Ergebnisses gestellt werden. Womöglich kann der negative Einfluss hier sowohl durch eine direkte, als auch indirekte Betroffenheit erklärt werden. Eine wichtige Rolle hierbei spielt sicherlich auch die Vereinbarkeit von Familie und Arbeit, was in Südkorea nach wie vor gespalten zu bewerten ist. In jedem Fall ergeben sich daraus gewisse Beeinträchtigungen auf die Lebenserwartung, die zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufgefasst werden sollen. Jedenfalls ist der negative Einfluss dieser Variable in allen drei Modellen etwas stärker, als der der Heiratsrate.

Der Prädiktor „erwartete Jahre in Ausbildung“, welcher einen durchschnittlichen Wert in Bezug auf die Dauer der Ausbildung angibt, stellt hier den jeweils bedeutsamsten Prädiktor dar. Steigt der Wert der erwarteten Jahre in Ausbildung um eine statistische Einheit, so verändert sich e_0 der Gesamtbevölkerung, sowie e_0 der Männer und Frauen signifikant positiv um 1,875 Einheiten, bzw. 2,049 und 1,704. Zu diesem verhältnismäßig hohen Einfluss auf e_0 gesellt sich eine jeweils sehr große Bedeutung zur Vorhersage der Lebenserwartung bei Geburt, und zwar im direkten Vergleich zu den anderen Einflussvariablen. Der Beta-Wert beträgt 0,591 bzw. 0,591 und 0,592. Die erwarteten Jahre in Ausbildung tragen also jeweils fast drei Mal mehr als die Gesundheitsausgaben am BIP und sogar über vier Mal mehr als die Urbanisierungsrate zur Vorhersage von e_0 bei. An dieser Stelle kommt natürlich ein grundsätzlich positiver Einfluss von Bildung auf die Gesundheit und in der Folge auch auf die Lebenserwartung zum Vorschein.⁹²⁰ Die Ergebnisse verwundern daher kaum. Bezieht man zusätzlich noch das hohe Bildungsbestreben der Südkoreaner in die Interpretation mit ein, sowie die anderen damit zusammenhängenden Rahmenbedingungen, dann begründet dies womöglich auch die hohen Werte. Nichtsdestotrotz gilt es zu beachten, dass damit u. a. auch Aspekte wie ein hochgradiges Konkurrenzverhalten einhergehen, was sich förderlich aber auch hinderlich auf das Gesundheitsverhalten auswirken kann.⁹²¹ Ein Indiz hierfür ist u. a. die durchschn. Wochenarbeitszeit. Und ggf. werden sich weitere Indizien bei der Analyse ausgewählter Todesursachen zeigen.

Bereits die empirisch-analytische Auseinandersetzung mit der Entwicklung der allgemeinen Lebenserwartung bei Geburt und nach Geschlecht liefert Hinweise auf in Teilen deutliche Zusammenhänge zwischen Modernisierung und Mortalität im Laufe der Zeit. Die Ergebnisse lassen sich weitestgehend sachlogisch begründen, spiegeln aber auch Besonderheiten der Entwicklungen in Südkorea wieder. Zwar können wie erwähnt nicht alle Einflussfaktoren der Modernisierung in hinreichender Weise geprüft werden, allerdings besteht der Anspruch vorliegend auch nicht darin alle bereits inhaltstheoretisch erarbeiteten Zusammenhänge in empirisch-analytischer Weise nachzugehen, sondern ein abstraktes Abbild der Realität zu generieren, was genügend Interpretationsspielraum für die Verknüpfung der bisher erarbeiteten Inhalte bietet. Es soll vor allem aber auch auf Kausalzusammenhänge hingewiesen werden, auf denen für spätere Forschungszwecke aufgebaut werden kann. Die Auseinandersetzung mit modernisierungsbedingten Einflüssen auf die Lebenserwartung bei Geburt ist nur eine Möglichkeit hierfür. Ein weiterer Ansatz wäre es die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung zu untersuchen. Denn wie sich gezeigt hat, ist auch diese Größe einem nach wie vor

⁹²⁰ Siehe hierzu u. a. Kap. 4.4.4.

⁹²¹ Siehe hierzu u. a. Kap. 5.3.1.

7.2.3 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung

starken Aufwärtstrend unterworfen. Das heißt die fernere Lebenserwartung in Südkorea ist weiterhin stark ansteigend, was sicherlich auch als direkte Folge der charakteristischen Umwandlungen der vergangenen Jahrzehnte geltend gemacht werden kann. Insofern wird sich im Folgenden exemplarisch der ferneren Lebenserwartung ab 65 gewidmet. Das Vorgehen zur Verkürzung der Zeitreihen um 13 Jahre/Fälle orientiert sich an dem aus diesem und an dem aus dem vorangegangenen Kapitel und soll daher nicht noch einmal eigens erläutert werden.

7.2.3 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung

In Tab. 14 sind die Regressionsergebnisse der unterschiedlichen Einflüsse der Modernisierung auf die fernere Lebenserwartung im Alter 65 in Südkorea ab 1970 zusammengetragen. Die beste noch interpretierbare Modellgüte ergab sich hierbei aus den gleichen Prädiktoren wie bereits bei der Analyse zur Lebenserwartung bei Geburt, was zwar eine bedingte bzw. relative Vergleichbarkeit zwischen den Modellen zu e_0 und e_{65} ermöglicht und gleichzeitig vereinfacht, allerdings auch der Tatsache geschuldet ist, dass mit der längeren Zeitreihe ab 1970 insgesamt weniger überprüfbare Einflüsse zur Verfügung stehen. Daher soll die Auseinandersetzung auch hier mit inhaltlich sachlogischen Alternativmodellen – wenngleich zu geringerer Modellgüte – ergänzt werden, womit der Interpretationsspielraum im speziellen Bezug auf e_{65} erweitert wird.

Tab. 14: Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung in ROK ab 1970

Fernere Lebenserwartung im Alter 65			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,052***	0,301	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,989 N=47
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,824***	0,559	
Heiratsrate (in Promille)	-0,424***	-0,262	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,001	0,027	
Fernere Lebenserwartung im Alter 65 (männlich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,069***	0,366	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,991 N=47
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,832***	0,517	
Heiratsrate (in Promille)	-0,428***	-0,242	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,001	0,025	
Fernere Lebenserwartung im Alter 65 (weiblich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,045***	0,257	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,997 N=47
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,868***	0,586	
Heiratsrate (in Promille)	-0,447***	-0,275	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,001	0,028	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Gemäß dem Vorgehen aus Kapitel 7.2.1 und 7.2.2 erfolgt nachstehend die Vorhersage und die formale Beschreibung des Zusammenhanges zwischen den Regressoren und dem jeweiligen Regressand; der Vergleich des unterschiedlichen Einflusses der einzelnen Prädiktoren; die sachlogische Interpretation der Ergebnisse.

Ergebnisbeschreibung und -interpretation

Die Modelle weisen eine Varianzaufklärung von 98,9 %, 99,1 % und 98,7 % auf. Zudem erweisen sich alle drei Modelle als gültig für die Grundgesamtheit (vgl. p-Wert der F-Statistik). Auch im Hinblick auf die Einhaltung der Prämissen können die Modelle angenommen werden. In allen drei aufgeführten Modellen geht der größte Einfluss nunmehr von den Gesundheitsausgaben gemessen am BIP aus. Der dazugehörige Beta-Wert liegt mit 0,559, bzw. 0,517 und 0,586 deutlich über dem der Urbanisierungsrate, aber auch deutlich über dem der Heiratsrate. Die aus Gründen der Vergleichbarkeit mitberücksichtigte Variable zur durchschnittlichen Kalorienaufnahme weist hingegen (unverändert zum Modell für e_0) kleine Werte auf.

Dass die Gesundheitsausgaben nunmehr den größten Einfluss im Vergleich zu den anderen Prädiktoren aufweisen verwundert kaum. Die Entwicklung Lebenserwartung der älteren Bevölkerungsanteile profitiert naturgemäß stark von über die Zeit ansteigenden Gesundheitsausgaben. Gleichzeitig aber können steigende Gesundheitsausgaben auch die Folge von demografischer Alterung sein. Für Südkorea trifft sicherlich beides zu, wobei die gestiegenen Gesundheitsausgaben die negativen Folgen der demografischen Alterung anscheinend nicht nur kompensieren, sondern auch zum Anstieg von e_{65} führen. Die dazugehörigen Koeffizienten zeigen, dass bei einem Ansteigen der Gesundheitsausgaben (gemessen am BIP) um eine statistische Einheit, die fernere Lebenserwartung im Alter 65 insgesamt sowie für Männer und Frauen signifikant positiv um 0,824, bzw. 0,832 (β) und 0,868 (β) Einheiten steigt.

Der Urbanisierungsgrad hat insgesamt den zweitgrößten Einfluss unter den Prädiktoren ($\beta = 0,301$), sowie vor allem auch im Zusammenhang mit e_{65} der Männer ($\beta = 0,366$). Im Modell für die Frauen geht davon aber nur noch der drittgrößte Einfluss aus ($\beta = 0,257$). Dass sich der steigende Urbanisierungsgrad generell nicht mehr als größter Einfluss zeigt, liegt womöglich daran, dass die älteren Bevölkerungsanteile nur noch bedingt von den positiven Begleiterscheinungen der Urbanisierung profitieren können. Gleichzeitig weist Südkorea eine verhältnismäßig hohe Altersarmut auch in urbanen Gebieten und auch in sozialer Hinsicht auf⁹²², was sich in der logischen Folge auch auf die Gesundheit und schließlich auch Lebenserwartung niederschlagen kann. Der Regressionskoeffizient liegt hierbei zwar weiterhin

⁹²² Vgl. u. a. Lee 2014; Lee / Phillips 2011.

bei einem signifikant positiven Wert von 0,052, bzw. 0,069 (β) und 0,045 (β), jedoch ist der Zusammenhang zwischen Urbanisierung und fernerer Lebenserwartung damit relativ klein, und zwar trotz eines verhältnismäßig hohen Einflusses.

Im direkten Vergleich mit den anderen Prädiktoren weist die Heiratsrate den jeweils drittgrößten, bzw. im Modell e_{65} der Frauen den zweitgrößten Einfluss auf, wenngleich dieser negativ ist ($\beta = -0,262$; $\beta = -0,242$; $\beta = -0,275$). Der Zusammenhang mit e_{65} ist jeweils signifikant negativ. Wie bereits in Kap 7.2.1 bereits beschrieben und auch inhaltlich ausgeführt ist die Heiratsrate in Südkorea bereits seit den 1970er abnehmend. Sinkt die Heiratsrate nun um eine statistische Einheit, so fällt e_{65} in Bezug auf die Gesamtbevölkerung um -0,424 Einheiten, bzw. um -0,428 (β) und um -0,447 (β). Hier werden einmal mehr die negativen Folgen einer über die Zeit sinkenden Heiratsrate deutlich. Insbesondere im Alter kann sich mit dem Ehestand eine positive Wirkung entfalten.⁹²³ Sinken nun die Heiratsraten über die Zeit, so hat dies in der logischen Folge auch negative Auswirkungen auf die Lebenserwartung im ferneren Lebensalter. Dabei ist der Rückgang der Heiratsraten in Südkorea nicht unbedingt mit sich ändernden Einstellungen gegenüber dem Ehestand verbunden⁹²⁴, wie es vielleicht in Teilen der „westlichen Welt“ der Fall ist. In Südkorea ist der Eintritt in die Ehe oftmals an wirtschaftliche Voraussetzungen sowie an entsprechende Ansprüche geknüpft. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen wird allerdings zunehmend schwerer, und zwar insbesondere auch im Alter. Ein weiteres bereits beschriebenes Indiz bildet der Rückgang der Fertilität. Die Fertilität und Nuptialität hängen in Südkorea nach wie vor stark zusammen. Nehmen die Geburten ab, so können auch die Heiratsraten zurückgehen. In jedem Fall geht davon ein negativer Einfluss aus.

Der Prädiktor Kalorienaufnahme wurde einerseits für bedingte Vergleiche mit den Modellen aus Tab. 12 (S. 195) aufgenommen. Andererseits wird damit aber auch deutlich, dass sich sowohl am Zusammenhang, als auch am Einfluss dieser Variable keine wesentlichen Veränderungen gegenüber den Modellen aus Tab. 6 (S. 195) ergeben. Zwar ist ein Vergleich nur bedingt möglich, aber trotzdem wären damit redundante Interpretationen verbunden, worauf an dieser Stelle verzichtet wird. Für die entsprechenden Werte sei auf die ausgewiesenen Ziffern verwiesen. Im Folgenden soll sich vielmehr auf weitere sachlogische Zusammenhänge konzentriert werden. Das Vorgehen hierbei gleicht dem aus Kapitel 7.2.2 und wird daher nicht weiter erläutert.

⁹²³ Vgl. Pecholdova / Samanova 2013.

⁹²⁴ Vgl. Schwekendiek 2016.

7.2.4 Weitere Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung

Wie erwähnt, ermöglicht die Verkürzung der Zeitreihen um 13 Jahre (13 Fälle) den Einbezug weiterer Prädiktoren. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde ein Modell unter Berücksichtigung der gleichen Prädiktoren wie in Kapitel 7.2.2 formuliert, was mit einer sehr guten Güte einhergeht. Sonach können 99,6 %, bzw. 99,7 % und 99,5 % der Varianz der jeweiligen Zielvariablen durch die berücksichtigten Einflussvariablen erklärt werden (vgl. Tab 15). Zudem erweisen sich alle Modelle als gültig für die Grundgesamtheit. Der endgültige Entschluss zur Modellannahme erfolgte unter der Begutachtung der Modellprämissen.

Die nachstehende Tabelle fasst die Regressionsergebnisse zum Einfluss auf die fernere Lebenserwartung im Alter 65 zusammen. Die Ergebnisse weisen in Teilen wesentliche Unterschiede zu den Ergebnissen in Bezug auf die Lebenserwartung bei Geburt auf und erfordern nicht nur deshalb eine Auseinandersetzung damit. Ferner der Hinweis, dass auch hier der Ausschluss der Variable zur Kalorienaufnahme zu keinen nennenswerten Veränderungen in den jeweiligen Modellen geführt hat. Der Ausschluss erfolgte aus rein formalen Gründen.

Tab. 15: Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung in ROK ab 1983

Fernere Lebenserwartung im Alter 65			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,011	0,031	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,996 N=34
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,686***	0,458	
Heiratsrate (in Promille)	-0,120*	-0,086	
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,095*	-0,186	
Erwartete Jahre in Ausbildung	0,657**	0,434	
Fernere Lebenserwartung im Alter 65 (männlich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,052*	0,143	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,997 N=34
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,697***	0,467	
Heiratsrate (in Promille)	-0,035	-0,024	
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,045	-0,085	
Erwartete Jahre in Ausbildung	0,586**	0,372	
Fernere Lebenserwartung im Alter 65 (weiblich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	-0,016	-0,045	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,995 N=34
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	0,679***	0,458	
Heiratsrate (in Promille)	-0,200**	-0,137	
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,115*	-0,218	
Erwartete Jahre in Ausbildung	0,804***	0,514	

* p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Ergebnisbeschreibung und -interpretation

Insgesamt wird deutlich, dass die Urbanisierungsrate einerseits endgültig an Bedeutung verliert. Andererseits können auch gegensätzliche Zusammenhänge beobachtet werden. Im Modell für e_{65} der Gesamtbevölkerung hat dieser Prädiktor einen nur noch sehr geringen positiven Einfluss (0,011). Allerdings ist der Zusammenhang zwischen e_{65} und Urbanisierungsrate nicht mehr signifikant. Das greift die bereits im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Tendenzen auf, wonach die Urbanisierung für das fernere Lebensalter keine unbedingte Rolle mehr spielen muss und sich sogar ins Gegenteil verkehren kann. Städte bieten vor allem für jüngere Generationen attraktive Chancen, was sich schließlich auch positiv auf die Lebenserwartung auswirken kann. In Südkorea wollen viele ältere Menschen aber lieber auf dem Land bleiben oder ziehen im höheren Alter häufig wieder in rurale Gebiete, sodass die Konzentration der älteren Bevölkerung auf dem Land in Südkorea eine sehr hohe ist.⁹²⁵ In der logischen Folge weist die Urbanisierungsrate keinen starken Zusammenhang mehr auf. Lediglich für e_{65} der Männer findet sich ein leicht signifikanter Zusammenhang mit positiven Einfluss (0,052). Der Zusammenhang zwischen Urbanisierung und e_{65} der Frauen ist hingegen leicht negativ (-0,016), wengleich nicht signifikant. Ein Vergleich zwischen den Einflüssen der Prädiktoren zeigt schließlich, dass auch die Größe des Einflusses der Urbanisierungsrate vergleichsweise gering ist. Lediglich im Modell für die Männer liegt die Größe des Einflusses noch an dritter Stelle. Die dazugehörigen Beta-Werte können der dazugehörigen Tabelle entnommen werden.

Die Gesundheitsausgaben in Prozent am BIP haben einen in allen Fällen signifikant positiven Einfluss auf die Lebenserwartung im Alter 65. Das heißt, steigt dieser Prädiktor um eine statistische Einheit, so verbessert sich e_{65} in allen drei Fällen um 0,686 bzw. 0,697 und 0,679 Einheiten. Im direkten Vergleich mit den anderen Prädiktoren ist zu sehen, dass dieser Prädiktor auch den jeweils höchsten Einfluss im Modell hat, mit Ausnahme im Modell für e_{65} der Frauen. Zur Begründung des verhältnismäßig stark ausgeprägten positiven Zusammenhanges sowie des vergleichsweise hohen Einflusses können sicherlich die Ausführungen aus 7.2.3 herangezogen werden, so dass an dieser Stelle keine nähere Auseinandersetzung hiermit erfolgen soll. Vielmehr sei darauf hingewiesen, dass die Einflussgröße β im Vergleich zu den Ergebnissen aus Kapitel 7.2.2 deutlich zugenommen hat, was ebenfalls mit der altersabhängigen Bedeutung von Gesundheitsausgaben begründet werden kann und daher auch sachlogisch erscheint.

Die Heiratsrate hat einen weiterhin signifikant negativen Koeffizienten im Modell für den Einfluss auf e_{65} der Gesamtbevölkerung (-0,120) und im Modell für den Einfluss auf e_{65} der Frauen (-0,200). Auch im Modell e_{65} der Männer ist der Regressionskoeffizient der Heiratsrate

⁹²⁵ Vgl. Lee 2007, S. 31.

negativ ausgeprägt (-0,035), nimmt aber keinen signifikanten Einfluss mehr. Anhand der Beta-Werte lässt sich zudem ablesen, dass der Einfluss im Vergleich zu den anderen Prädiktoren sehr gering ist und im Modell für die Männer sogar den letzten Rang belegt. Dass die über die Zeit sinkende Heiratsrate unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren keine allzu große Wirkung mehr auf die fernere Lebenserwartung entfaltet verwundert kaum. Zudem sind die Werte weiterhin negativ ausgeprägt, was die Thesen aus den voranstehenden Abschnitten stützt. Dass sich die sinkenden Eheschließungen insbesondere auf e_{65} der Frauen signifikant negativ auswirken, liegt womöglich auch an den nach wie vor traditionell ausgeprägten Abhängigkeitsverhältnissen, in denen der Mann als „Ernährer der Familie“ gilt, was an dieser Stelle allerdings eine hohe Mutmaßung darstellt und daher nicht weiter ausgeführt werden soll.

Einen ebenfalls nur in Bezug auf e_{65} gesamt und e_{65} der Frauen signifikant negativen Einfluss zeigt die über die Zeit zwar sinkende, aber nach wie vor sehr hohe durchschnittliche Wochenarbeitszeit. In Bezug auf e_{65} der Männer ist der Einfluss ebenfalls negativ, aber nicht signifikant. Verändert sich also die Wochenarbeitszeit um eine statistische Einheit, verschlechtert sich e_{65} im Fall der Gesamtbevölkerung um 0,095 Einheiten und im Fall der weiblichen Bevölkerung um 0,115 Einheiten. Der nicht signifikante Wert für e_{65} der Männer beträgt -0,045. Weiterhin ist der Tabelle zu entnehmen, dass dieser Prädiktor sowohl für e_{65} gesamt, als auch für e_{65} der Frauen jeweils den drittgrößten negativen Einfluss hat. Abermals zeigt sich, dass bestimmte Effekte der raschen Modernisierung Südkoreas im Alter weniger gut auswirken, als noch in jungen Jahren, wobei es an dieser Stelle zu berücksichtigen gilt, dass die Wochenarbeitszeiten in Südkorea eine grundsätzliche Problematik darstellen, sich also auf alle Altersgruppen negativ auswirken. Im Alter scheinen Frauen aber stärker von diesen negativen Auswirkungen betroffen, was womöglich auch daran liegt, dass aufgrund einer immer noch instabilen Alterssicherung, viele Menschen noch bis ins hohe Lebensalter hinein einer Tätigkeit nachgehen müssen.⁹²⁶ Aus einer inneren Logik heraus kann das mit gesundheitlichen Risiken einhergehen.

Von den über die Jahre angestiegenen erwarteten Jahren in Ausbildung geht nach wie vor in allen Fällen signifikant positiver Einfluss auf e_{65} aus. Im Vergleich hat dieser Prädiktor nur noch in einem Fall den größten positiven Einfluss. Lediglich im Zusammenhang mit e_{65} der Frauen zeigen die erwarteten Jahre in Ausbildung den größten positiven Effekt ($\beta = 0,514$). Im Modelle für die Gesamtbevölkerung und den männlichen Anteil hat dieser Prädiktor nunmehr den zweitgrößten Einfluss ($\beta = 0,434$; $\beta = 0,372$). Weiterhin fällt auf, dass die Größe des Einflusses jeweils auch sehr nah am Einfluss der Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent liegt.

⁹²⁶ Schneidewind 2013, S. 74.

Wie erwähnt spielen Gesundheitsausgaben für die Lebenserwartung im höheren Alter eine viel größere Rolle als noch bei der Lebenserwartung bei Geburt. Bildung hingegen ist ein Gut, was sich in jedem Alter stark positiv auswirken kann. Die Ergebnisse sind insofern sachlogisch. Weiterhin zeigen die Regressionskoeffizienten, dass bei einem Anstieg der erwarteten Jahre in Ausbildung um eine Einheit auch e_{65} der Gesamtbevölkerung, sowie der der Männer und Frauen, um 0,657, bzw. 0,586 und 0,804 Einheiten ansteigt. Der Zusammenhang ist also in allen drei Fällen stark positiv ausgeprägt. Frauen profitieren hierbei am meisten von den über die Jahre verbesserten Ausbildungsbedingungen. Eine Interpretation dessen mit speziellen Bezug auf Südkorea wäre an dieser Stelle allerdings höchst spekulativ, bzw. lässt sich nur schwer mit entsprechender Literatur dazu nachvollziehen. Dass Bildung in Südkorea aber eine grundsätzlich große Rolle spielt, wurde bereits unter Kapitel 5.3 erläutert. Die Stärke des Zusammenhangs sowie auch die Größe des Einflusses auf die Lebenserwartung verwundert daher nicht.

7.3 Empirische Analysen zur Entwicklung ausgewählter Todesursachen

7.3.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung von Selbstschädigungen

Wie erwähnt bilden vorsätzliche Selbstschädigungen bereits seit mehreren Jahrzehnten eine der größten Herausforderungen in Südkorea. Als Gründe hierfür gelten vor allem die rasanten wirtschaftsstrukturellen Entwicklungen zusammen mit einer rapiden Urbanisierung und bedeutenden soziodemografischen Veränderungen sowie Veränderungen sozialer Werte.⁹²⁷ Mithilfe einer Regressionsanalyse hierzu können diese bisher nur theoretisch formulierten Zusammenhänge in gewisser Weise auch in statistischer Form bestätigt werden. Die Datenlage hierzu erlaubt eine nähere Auseinandersetzung mit dem Einfluss der Urbanisierung, dem Bildungsgrad und der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit. Spekulativ wurde auch die Fertilität in das Modell aufgenommen. Und tatsächlich kam es in diesem Zusammenhang zu interessanten, aber auch sachlogisch begründbaren Ergebnissen. In der nachfolgenden Tabelle (Tab 16, S. 212) finden sich hierzu die entsprechenden Analysen mit der jeweils besten Modellgüte. Die berücksichtigten Prädiktoren erklären jeweils 99,8 % der Varianz der abhängigen Variable „vorsätzliche Selbstschädigungen“. Der p-Wert für alle gerechneten Regressionsmodelle ist kleiner als $\alpha = 0,05$. Die Nullhypothese des F-Tests kann somit abgelehnt werden, was auf eine Gültigkeit für die Grundgesamtheit schließen lässt.

⁹²⁷ Vgl. Kap. 5.5ff, Abschnitt „Mortalität aufgrund von äußeren Ursachen“.

7.3 Empirische Analysen zur Entwicklung ausgewählter Todesursachen

7.3.1 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung von Selbstschädigungen

Tab. 16: Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Sterberate bei vorsätzlichen Selbstschädigungen in ROK ab 1983

Vorsätzliche Selbstschädigungen			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,374***	0,292	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,998 N=34
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,339***	-0,180	
Erwartete Jahre in Ausbildung	2,703***	0,484	
CBR	-0,173*	-0,073	
Vorsätzliche Selbstschädigungen (männlich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,497***	0,346	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,998 N=34
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,450***	-0,255	
Erwartete Jahre in Ausbildung	3,593***	0,575	
CBR	-0,229**	-0,112	
Vorsätzliche Selbstschädigungen (weiblich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,252***	0,267	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,998 N=34
Durchschn. Wochenarbeitszeit	-0,228**	-0,113	
Erwartete Jahre in Ausbildung	1,821***	0,318	
CBR	-0,116*	-0,042	

* p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Ergebnisbeschreibung und -interpretation

Das vorangestellte Modell zeigt, dass alle berücksichtigten Prädiktoren einen signifikanten Einfluss haben, wenngleich dieser in unterschiedlicher Richtung ausgeprägt ist. Dieses Ergebnis lässt sich auch im Modell für die männliche und weibliche Bevölkerung beobachten. Der Urbanisierungsgrad und die erwarteten Jahre in Ausbildung zeigen einen jeweils signifikant positiven Einfluss, während sich die durchschnittliche Wochenarbeitszeit und die Geburtenraten jeweils signifikant negativ auswirken. Für die Interpretation des Einflusses auf die Entwicklung der vorsätzlichen Selbstschädigungen ist zu beachten, dass auch hier ein positiver Einfluss einen Anstieg bewirkt und ein negativer Einfluss einen Rückgang.

Verändert sich der Urbanisierungsgrad um eine statistische Einheit, dann steigen vorsätzliche Selbstschädigungen um 0,374 Einheiten an. Da der Trend der Urbanisierung seit den 1970er Jahren ein positiver ist, sich der Urbanisierungsgrad seither also erhöht, gleichzeitig aber auch die Raten an vorsätzlichen Selbstschädigungen ansteigen, bedeutet dies, dass eine zunehmende Urbanisierung zu mehr vorsätzlichen Selbstschädigungen führt, die Auswirkungen also negativer Natur sind. Dieser negativ zu interpretierende Einfluss von Urbanisierung zeigt sich bei Männern als stärker ausgeprägt (0,497), als bei Frauen (0,252). Weiterhin geht vom Grad

an Urbanisierung der im Vergleich mit den anderen Prädiktoren jeweils zweitgrößte Einfluss auf vorsätzliche Selbstschädigungen aus ($\beta = 0,292$; $\beta = 0,346$; $\beta = 0,267$). Der signifikante Zusammenhang, sowie auch der vergleichsweise hohe Einfluss, spiegelt die unter Kapitel 5.5.2 theoretisch erarbeiteten Zusammenhänge nunmehr auch empirisch wieder. Zudem muss Urbanisierung hier einmal mehr als modellendogene Variable verstanden werden. Denn aus einem logischen Zusammenhang heraus führt nicht der Urbanisierungsgrad an sich zu mehr Suiziden, sondern damit einhergehende Risiken. An dieser Stelle können u. a. die unter Kapitel 5.3 erarbeiteten Aspekte zur Sozialkultur in Südkorea aufgegriffen werden. Die städtische Bevölkerung in Südkorea ist auf Basis dieser Merkmale oftmals großem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt. Das hohe Erfolgsstreben, die große Konkurrenz und die gleichzeitig sinkende soziale Integration in städtischen Gebieten Südkoreas können Gründe für vorsätzliche Selbstschädigungen sein.⁹²⁸ Zudem zeigt sich der Einfluss der Urbanisierung auf vorsätzliche Selbstschädigungen bei Männern als stärker ausgeprägt als bei Frauen. Das liegt womöglich daran, dass Frauen in Südkorea besser sozial integriert sind als Männer. Auch scheinen Männer in Südkorea einem größeren gesellschaftlichen Druck ausgesetzt zu sein als Frauen. Hier spielen traditionelle Familienstrukturen eine große Rolle, wonach der Mann in Südkorea nach wie vor als „Ernährer der Familie“ gilt. Wirtschaftliche Aspekte scheinen hingegen keine übergeordnete Rolle zu spielen, was mit einem Alternativmodell, in dem zusätzlich zu den hier aufgeführten Prädiktoren auch das BIP pro Kopf berücksichtigt wird, nachvollzogen werden (vgl. Anhang). Demnach geht eine Erhöhung dieses Prädiktors um eine statistische Einheit mit einem äußerst kleinen und sogar nicht signifikanten Einfluss auf die Suizidraten einher. In Südkorea sind es somit sehr wahrscheinlich gesellschaftliche Aspekte, welche sich in erster Linie negativ auf vorsätzliche Selbstschädigungen auswirken.⁹²⁹

Weiterhin hat die durchschnittliche Wochenarbeitszeit jeweils einen signifikant negativen Einfluss auf die Entwicklung der Suizidraten in Südkorea. Verändert sich die durchschnittliche Wochenarbeitszeit um eine statistische Einheit, nehmen vorsätzliche Selbstschädigungen um 0,339 Einheiten (für beide Geschlechter), um 0,450 Einheiten für die männliche Rate und um 0,228 für die weibliche Rate ab. Für die Interpretation bedeutet es, dass von der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitszeiten eine positive Wirkung ausgeht, da sie zur Verringerung der Suizidraten beiträgt. Auch diese Entwicklung lässt sich weitestgehend gut mit den unter Kapitel 5.3.1f dargestellten Aspekten nachvollziehen. Hiernach gehört Südkorea zu den hoch entwickelten Ländern mit den höchsten Arbeitszeiten. Dieses Phänomen geht natürlich nicht

⁹²⁸ Vgl. Kwon et al. 2009, S. 7.

⁹²⁹ Vgl. ebd., S. 5ff.

mehr mit einer erhöhten Armut innerhalb der Bevölkerung einher, sondern in vielen Fällen „(...) von dem Verlangen nach Extrawünschen“.⁹³⁰ Hinzu kommen Aspekte wie gesellschaftlicher Druck, Konkurrenz, Hochleistungsstreben und nicht selten auch Selbstüberschätzung. Bei den hohen durchschnittlichen Arbeitszeiten handelt sich also vor allem auch um ein sozialpsychologisches Merkmal.⁹³¹ In der logischen Folge entstehen dadurch vor allem mentale Belastungen bzw. Überbelastungen. Hohe Arbeitszeiten in Südkorea und deren gesundheitliche Auswirkungen gehen nachweislich mit hohen Suizidraten, insbesondere bei Männern, einher.⁹³² In der logischen Folge sollte die Verringerung der durchschnittlichen Arbeitszeiten zum Rückgang von Suiziden führen, was mithilfe der Regressionsergebnisse entsprechend nachvollzogen werden kann. Ebenfalls nachvollzogen werden können die eindeutigen Geschlechterunterschiede, wobei eine über die Zeit rückläufige durchschnittliche Wochenarbeitszeit vor allem bei den Raten der Männer ihre Wirkung entfaltet. Nichtsdestotrotz ist der Zusammenhang verhältnismäßig hoch. Der Beta-Wert erlaubt an dieser Stelle einmal mehr einen Vergleich mit den anderen Prädiktoren. So ist im jeweiligen Modell zu erkennen, dass von der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitszeit der dritthöchste Einfluss ausgeht, wobei die Raten der Männer am meisten davon profitieren ($\beta = -0,180$; $\beta = -0,255$; $\beta = -0,113$).

Ein völlig gegenteiliges, aber ebenfalls inhaltlich sachlogisches Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse zu den erwarteten Jahren in Ausbildung. Hier ist der Einfluss des Regressors jeweils signifikant positiv auf die Sterberaten durch vorsätzliche Selbstschädigungen. Zudem liegen verhältnismäßig hohe Werte vor. Der Regressionskoeffizient im Modell für die Gesamtbevölkerung beträgt 2,703. Im Modell für die Männer liegt der Wert bei 3,593. Und im Modell für die Frauen bei 1,821. In der Folge bedeutet das, dass sich mit der Veränderung der erwarteten Jahre in Ausbildung die vorsätzlichen Selbstschädigungen um den entsprechenden Wert erhöhen. Aufgrund der über die Zeit immer weiter angestiegenen erwarteten Jahre in Ausbildung kommt es über die Zeit also zu immer mehr Suiziden. Darüber hinaus geht von diesem Prädiktor und insbesondere im Zusammenhang mit den Suizidraten der Männer der größte Einfluss im jeweiligen Modell aus ($\beta = 0,484$; $\beta = 0,575$; $\beta = -0,318$).

Das Bildungs- und Ausbildungssystem gehört zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren in Südkorea. Insbesondere für die junge Bevölkerung sind damit oftmals viele Entbehrungen verbunden, möchte man dem Bildungsdruck und der daraus resultierenden Konkurrenz standhalten. Gleichzeitig gehen mit hoher Bildung auch die höchsten beruflichen Erfolgchancen einher.

⁹³⁰ Schneidewind 2013, S. 79.

⁹³¹ Ebd., S.79f.

⁹³² Vgl. Yoon et al. 2015.

Gleichzeitig wenden Eltern viel Zeit und finanzielle Mittel zur Förderung der Ausbildung ihrer Kinder auf.⁹³³ Dadurch entsteht natürlich ein großer psychologischer Druck auf die jungen Bevölkerungsteile, was insbesondere in Südkorea als ein Einflussfaktor auf die Entwicklung der Suizidraten diskutiert wird. Tatsächlich gehört diese Todesursache zu größten Herausforderungen in Bezug auf die junge Bevölkerung.⁹³⁴ In der logischen Folge erhöht sich dieser Druck aber auch auf die Eltern, die nun länger in die Ausbildung ihrer Kinder investieren müssen. Es handelt sich also um eine „unglückliche Verkettung“ unterschiedlicher negativer Effekte, die mit dem zunehmenden Bildungsstreben in Südkorea einhergehen. Anhand der Regressionsergebnisse sind die Folgen dessen auch statistisch gut nachvollziehbar. Insgesamt zeigt sich, dass das Suizidverhalten der Männer stärker davon betroffen zu sein scheint.

Betrachtet man schließlich den Einfluss der Geburtenraten auf die Entwicklung der vorsätzlichen Selbstschädigungen, kommt es zu Ergebnissen, die inhaltliche Ambivalenzen aufweisen. Von der über die Zeit rückläufigen rohen Geburtenrate geht ein signifikant negativer Einfluss auf die Entwicklung der vorsätzlichen Selbstschädigungen für beide Geschlechter sowie auch geschlechterspezifisch aus. Der Einfluss beträgt je nach Modell -0,173 bzw. -0,229 und -0,116 signifikante Einheiten. Das negative Vorzeichen bedeutet an dieser Stelle, dass die rückläufige CBR den Rückgang der Suizidraten bewirkt, in der Interpretation also einen positiven Effekt ausübt. Zwar geht von diesem Prädiktor der jeweils kleinste Einfluss im Vergleich zu den anderen Prädiktoren aus ($\beta = 0,073$; $\beta = 0,112$; $\beta = -0,042$). Nichtsdestotrotz hat die CBR einen messbaren negativen und vor allem signifikanten Einfluss. Zwar kann an dieser Stelle nur eine spekulative Interpretation der Werte erfolgen, die vor dem Hintergrund der bisher erarbeiteten Zusammenhänge aber als logisch nachvollziehbar erscheint. So wurden bereits in Bezug auf die Prädiktoren „durchschnittliche Wochenarbeitszeit“ und „erwartete Jahre in Ausbildung“ die großen finanziellen und gesellschaftlichen Belastungen angesprochen, was in Südkorea durchaus auch mit der Anzahl an Kindern im Haushalt zusammenhängen kann. Je weniger finanzielle, aber auch gesellschaftliche Aufwendungen man bedingt durch eine rückläufige Geburtenziffer aufbringen muss, desto kleiner der sozialpsychologische Druck und in der möglichen Folge verringert sich dadurch auch das Maß an mentaler Belastung, was in Südkorea zum stärker ausgeprägten Rückgang an vorsätzlichen Selbstschädigungen innerhalb der gesamten Bevölkerung, insbesondere aber auch bei Männern führen kann. Wie erwähnt ist diese Interpretation des Zusammenhangs an dieser Stelle aber höchst hypothetisch und soll daher auch nicht weiter ausgeführt werden. In jedem Fall zeigt sich, dass rückläufige Geburtenraten zu weniger Suiziden führen, was zu einer ambivalenten Interpretation dessen führt.

⁹³³ Schneidewind 2013, S. 78f.

⁹³⁴ Kwon et al. 2009, S. 7.

7.3.2 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung von bösartigen Neubildungen

Vor dem Hintergrund der Theorie des epidemiologischen Übergangs sowie auch im Vergleich zu Entwicklungen in anderen hoch entwickelten Ländern ist eine über die Zeit zunehmende Rate an bösartigen Entwicklungen keine Besonderheit. Sicherlich spielt hierbei die demografische Alterung eine dominierende Rolle, aber auch entsprechende, wohlstandsgesellschaftliche Lebensstile und Verhaltensweisen können den Anstieg dieser Raten begünstigen. Gleichwohl muss aber auch in unterschiedliche Formen von Krebserkrankungen mit Todesfolge unterschieden werden. Wie sich am Beispiel Südkorea zeigt, sind einige dieser Formen über die Zeit sogar rückläufig und stehen auch nicht immer eindeutig im Zusammenhang mit einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft. Es würde sich daher anbieten, die folgenden Ergebnisse durch Alternativmodellen zu spezifischen Neubildungen mit Todesfolge zu ergänzen. Allerdings ist die Überprüfung auf spezielle Zusammenhänge aufgrund der Datenlage limitiert. In erster Linie geht es daher um die insgesamt Entwicklung. In der nicht-standardisierten Form, also unter zusätzlicher Berücksichtigung der Altersstruktur der einzelnen Jahre, ergibt sich ein fast linearer Anstieg dieser Todesursache über die Zeit. Hierzu sind nachstehend die Regressionsergebnisse unter Berücksichtigung ausgewählter Einflüsse der besten Modellgüte und damit Vorhersagekraft zusammengefasst (s. Tab. 17).

Tab. 17: Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Sterberate bei bösartigen Neubildungen in ROK ab 1983

Bösartige Neubildungen			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,102*	0,024	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,999 N=34
Lebenserwartung bei Geburt	5,942***	1,013	
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	-1,417*	-0,080	
Scheidungsrate	1,623***	0,047	
Bösartige Neubildungen (männlich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,479**	0,090	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,999 N=34
Lebenserwartung bei Geburt	6,951***	0,952	
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	-2,187*	-0,100	
Scheidungsrate	2,827***	0,066	
Bösartige Neubildungen (weiblich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	-0,289**	-0,089	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,999 N=34
Lebenserwartung bei Geburt	4,977***	1,112	
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	-0,653	-0,047	
Scheidungsrate	0,389	0,015	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Ergebnisbeschreibung und -interpretation

Die Modelle mit der besten Güte ergeben sich unter Berücksichtigung der Prädiktoren Urbanisierungsgrad, Lebenserwartung bei Geburt, Prozentsatz der Gesundheitsausgaben am BIP und der Scheidungsrate. In jedem Modell wird ein Bestimmtheitsmaß von 99 % erreicht und die Modelle können für die Grundgesamtheit angenommen werden.

Die weiteren Regressionsergebnisse zeichnen ein ungleiches Bild. Auffallend ist vor allem auch der geschlechterspezifische Vorzeichenwechsel im Hinblick auf den Urbanisierungsgrad. Insgesamt betrachtet geht mit diesem Prädiktor eine signifikante Erhöhung bösartiger Neubildungen einher (0,102). Dieses Ergebnis ist insofern nachvollziehbar, als dass mit der Urbanisierung, bzw. mit dem städtischen Leben unterschiedliche Risikofaktoren für die Gesundheit einhergehen, welche einen Anstieg bestimmter Krebserkrankungen und entsprechender Todesursachen begünstigen können.⁹³⁵ Davon sind aber wie angedeutet nicht alle Arten von bösartigen Neubildungen betroffen, sondern vor allem diejenigen, die von den Lebensstilen, Lebensbedingungen in der Stadt negativ beeinflusst werden.⁹³⁶ Zwar ist der Einfluss der Urbanisierung negativer Art. Die Größe des Einflusses ist mit einem Beta-Wert von 0,024 allerdings vergleichsweise gering. Das bestätigt u. a. die ambivalente Einflussnahme von Urbanisierung, bzw. die Tatsache, dass mit Urbanisierung eben nicht nur Risiken für die Gesundheit einhergehen. Dieser Aspekt bestätigt sich mit einem näheren Blick auf die geschlechterspezifischen Ergebnisse. Während die Todesrate im Hinblick auf die Entwicklung bösartiger Neubildungen der männlichen Bevölkerung unter dem Einfluss von Urbanisierung um 0,479 signifikante Einheiten ansteigt, sinkt die Sterblichkeit aufgrund bösartiger Neubildungen bei der weiblichen Bevölkerung um 0,289 signifikante Einheiten, und zwar wenn sich der Urbanisierungsgrad um eine statistische Einheit verändert. Demnach führt mehr Urbanisierung zu mehr bösartigen Neubildungen bei Männern. Bei Frauen allerdings bewirkt Urbanisierung über die Zeit einen Rückgang der Sterblichkeit aufgrund dieser Ursache. Auch wenn der Einfluss sowohl für das Modell der Männer als auch der Frauen vergleichsweise gering ausfällt ($\beta = 0,090$; $\beta = -0,089$), handelt es sich dennoch um entscheidende Ergebnisse. An dieser Stelle können einmal mehr die multiplen Auswirkungen der Urbanisierung als modellendogene Variable aufgegriffen werden. Zwar müsste man für nähere Aussagen auch die Entwicklung einzelner Krebsarten berücksichtigen. Insgesamt betrachtet, aber scheinen sich mit dem Grad an Urbanisierung auch der Lebensstil insbesondere der Männer und das daraus resultierende Verhalten negativ auf die Krebsarten auszuwirken. Das lässt sich u. a. auch anhand der unter Kapitel 5.3 angeführten Rahmenbedingungen wie dem Rauchverhalten oder

⁹³⁵ Vgl. u. a. Momenyan et al. 2016; Song et al. 2016; Yang / Hsieh 1998.

⁹³⁶ Song et al. 2016.

dem Alkoholkonsum nachvollziehen. Bei Frauen hingegen ist der Einfluss über die Zeit positiv. Das unterstreicht die bereits mehrfach angebrachte Tatsache, dass sich Frauen in Südkorea deutlich gesundheitsbewusster als Männer verhalten, bzw. einen deutliche gesünderen Lebensstil aufweisen.⁹³⁷ In jedem Fall erscheinen die Ergebnisse sachlogisch.

Der jeweils deutlichste Zusammenhang mit dem vergleichsweise größten Einfluss gegenüber den anderen Prädiktoren geht von der Lebenserwartung bei Geburt aus. Im Modell, was den Einfluss der aufgeführten Prädiktoren auf die Entwicklung der Todesursache bösartige Neubildungen für die Gesamtbevölkerung untersucht, besteht zwischen Lebenserwartung bei Geburt und bösartigen Neubildungen ein signifikant positiver Zusammenhang. Wenn sich die Lebenserwartung also um eine statistische Einheit verändert, im vorliegenden Fall also über die Zeit steigt, dann steigt auch die Sterblichkeit aufgrund bösartiger Neubildungen um einen markanten Wert von 5,942 Einheiten. Im Modell, was den Einfluss dieses Prädiktors auf die Entwicklung der Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Männer testet, beträgt der Wert signifikante 6,951. Und im Modell mit der abhängigen Variable „bösartige Neubildungen (weiblich)“ beläuft sich der Regressionskoeffizient auf signifikante 4,977. In jedem Modell beträgt der dazugehörige Beta-Wert in etwa das zehnfache des jeweils nächstgrößten Wertes, was den Zusammenhang deutlich hervorhebt ($\beta = 1,013$; $\beta = 0,952$; $\beta = 1,112$). Auch wenn die Vergleichbarkeit zwischen den Modellen nur bedingt möglich ist, wird zudem deutlich, dass der Einfluss ja nach Geschlecht erwartungsgemäß unterschiedlich ausgeprägt ist. Demnach wirkt sich der Anstieg der Lebenserwartung deutlich schlechter auf die Entwicklung der Sterblichkeit aufgrund bösartiger Neubildungen bei Männern aus, als bei Frauen. Die Einflussgröße ist hingegen etwas geringer. Grundsätzlich ist diese Todesursache von der demografischen Alterung induziert, was am statistischen Einfluss der Lebenserwartung nachvollzogen werden kann. Die Lebenserwartung selbst ist eine grundlegende Komponente im Zusammenhang mit dem epidemiologischen Übergang in Südkorea infolge der rasanten Wachstums- und Transformationsprozesse. Weitere Aspekte sind aber eben auch Lebensstile oder Lebensbedingungen etc. und das daraus resultierende Verhalten. Nichtsdestotrotz zeigt sich, dass von der Lebenserwartung ein äußerst großer Einfluss ausgeht.

Die Ergebnisse in Bezug auf den Einfluss ausgehend vom Prädiktor „Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)“ erscheinen ebenfalls sachlogisch. Demnach erweist sich der Einfluss in allen drei Modellen als negativ. Mit steigenden Gesundheitsausgaben geht also jeweils ein Rückgang der Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen einher. Der dazugehörige

⁹³⁷ Vgl. hierzu auch Kim 2018.

Regressionskoeffizient beläuft sich auf -1,417, bzw. auf -2,187 und -0,653. Allerdings ist der Einfluss im Modell „Bösartige Neubildungen (weiblich)“ nicht signifikant. Ausgehend von der hier nicht eigens ausgewiesenen T-Statistik kann der Einfluss zwar als vorhanden beschrieben werden, aber das steht wie erwähnt nicht im signifikanten Zusammenhang zum Regressand. Dass die Gesundheitsausgaben im Hinblick auf die Entwicklung der Sterblichkeit durch Neubildungen bei Frauen keinen allzu großen Einfluss nehmen, liegt womöglich auch daran, dass diese Todesursache bei Frauen grundsätzlich geringer ausgeprägt ist. Hinsichtlich der Entwicklung dieser Todesursache bei Männern ist der Einfluss deutlich stärker und vor allem auch signifikant. Das liegt natürlich an den höheren Raten zu dieser Todesursache bei Männern. Dadurch entstehen nicht nur größere Kosten, sondern auch der Effekt ist deutlich stärker ausgeprägt. Der vergleichsweise geringe Beta-Wert darf hierbei nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich sowohl im Modell zum Einfluss auf die Gesamtbevölkerung als auch im Modell für die Männer jeweils um den zweitgrößten Einfluss handelt. Im Modell zum Einfluss auf die ursachenspezifischen Todesraten der Frauen belegt diese Einflussgröße den vorletzten Platz. Die entsprechenden Beta-Werte können der Tabelle entnommen werden.

Abschließend soll noch auf den Einfluss der über die Zeit angestiegenen Scheidungsraten eingegangen werden. Dieser Prädiktor erweist sich im Modell zu den Einflüssen auf die Entwicklung bösartiger Neubildungen innerhalb der Gesamtbevölkerung und innerhalb der männlichen Bevölkerung als signifikant positiv. Steigt also die Scheidungsrate um eine statistische Einheit, erhöht sich die Todesrate bei bösartigen Neubildungen der Gesamtbevölkerung um 1,623 Einheiten und die Rate der männlichen Bevölkerung um 2,827 Einheiten. Trotz eines deutlichen, wenngleich anhand des nichtstandardisierten Regressionskoeffizienten nicht weiter vergleichbaren Zusammenhanges, ist der Einfluss dieses Prädiktors im jeweiligen Modell aber relativ klein ausgeprägt ($\beta = 0,047$; $\beta = 0,066$). Nichtsdestotrotz geht davon ein nachweisbarer Einfluss aus.

Dass von der Zunahme an Scheidungen auch der Anstieg dieser Todesursache abhängt, kann womöglich damit erklärt werden, dass sich gewisse Lebensstile und entsprechendes Verhalten nach einer Scheidung eher negativ auf die Gesundheit auswirken können. Nehmen nun die Scheidungsraten über die Zeit zu, erhöhen sich gesundheitliches Fehlverhalten mit der Folge einer erhöhten Inzidenz an Krebserkrankungen, bzw. Krebssterblichkeit. Dafür spricht auch eine eher gesundheitsförderliche Wirkung des Ehestandes. Zwar lässt sich an dieser Stelle nicht der Einfluss des Familienstandes auf die Entwicklung dieser Todesursache überprüfen, aber anhand entsprechender Literatur kann von einem deutlich positiveren Gesundheitszustand bei

verheirateten Personen berichtet werden.⁹³⁸ Dass der Einfluss der über die Zeit angestiegenen Scheidungsraten insbesondere im Hinblick auf die Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen bei Männern stark ausgeprägt ist, hängt womöglich damit zusammen, dass das Gesundheitsverhalten und die Lebensstile von geschiedenen Männern deutlich schlechter ausgeprägt sind. Eine indirekte Bestätigung dafür zeigt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursachenspezifischen Sterblichkeit der Frauen. Hier ist zwar auch ein positiv ausgeprägter Einfluss der Scheidungsrate konstatierbar (0,389), allerdings ist dieser nicht weiter signifikant. Zudem zeigt sich im Beta-Wert die vergleichsweise geringste Einflussgröße.

Insgesamt betrachtet zeigt sich auch im Hinblick auf die Entwicklung von bösartigen Neubildungen ein deutlicher aber auch unterschiedlich ausgeprägter Einfluss modernisierungsbedingter Faktoren. Auch die inhaltliche Interpretation dessen kann oftmals sachlogisch erfolgen und erweist sich an einigen Stellen auch als äußerst ambivalent. Ferner zeigt sich, dass die Interpretation der Ergebnisse oft mit dem modellendogenen Charakter einzelner Einflussgrößen einhergeht. Eine Beurteilung des Einflusses der Modernisierung, vertreten durch ausgewählte an die Datenlage gebundene Faktoren, erfolgt schließlich noch im Zusammenhang mit der Entwicklung von Diabetes mellitus, was in Bezug auf Südkorea und im Vergleich zu Entwicklungen in anderen hoch entwickelten Nationen eine weitere Besonderheit darstellt.⁹³⁹ Anschließend wird sich einer zusammenfassenden Interpretation, Bewertung und Diskussion der Ergebnisse gewidmet.

7.3.3 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung von Diabetes mellitus

Ein Modell mit sehr guter Güte, aber auch einer besonderen Auswahl an Einflussvariablen, konzentriert sich vor allem auf das Ernährungsverhalten in Südkorea. Hierbei wird davon ausgegangen, dass vor allem die Ernährung, bzw. der Wandel gewisser Essgewohnheiten die Entwicklung von Diabetes mellitus negativ beeinflussen kann. Im Fokus stehen also vor allem modernisierungsbeeinflusste Verhaltensweisen und Lebensstile. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit wurde in diesem Zusammenhang ebenfalls berücksichtigt, da hier von einem Gesamtzusammenhang mit dem Essverhalten ausgegangen wird. Schließlich wurde einmal mehr die Urbanisierung als ebenübergreifende Einflussvariable in Betracht gezogen, da davon ausgegangen wird, dass das städtische Leben den größten Einfluss auf die Entwicklung dieser Todesursache nimmt. Nichtsdestotrotz sind auch die unter Kapitel 5.5.2 erarbeiteten Inhalte zu dieser Todesursache zu berücksichtigen. Weiterhin zeigt auch die nichtstandardisierte Rate

⁹³⁸ Vgl. u. a. Shi et al. 2016; Aizer et al. 2013; Kato et al. 1989.

⁹³⁹ Vgl. Kap. 5.6.2, Abschnitt „Diabetes mellitus“.

7.3.3 Ausgewählte Einflüsse auf die Entwicklung von Diabetes mellitus

keinen weiteren Anstieg in den letzten Jahren und das trotz wesentlicher Umwälzungen sowie auch einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft (vgl. Anhang). Da sich die nachstehenden Ergebnisse je Modell sehr ähneln, erfolgt eine zusammengefasste Auseinandersetzung dessen.

Tab. 18: Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der Sterberate bei Diabetes mellitus in ROK ab 1983

Diabetes mellitus			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,537**	0,478	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,952 N=34
Durchschn. Wochenarbeitszeit	0,759**	0,460	
Durchschn. Verzehr von Fleisch (g/Tag)	0,171**	0,669	
Durchschn. Verzehr von Gemüse (g/Tag)	0,064**	0,209	
Durchschn. Verzehr von Fisch (g/Tag)	-0,110**	-0,202	
Diabetes mellitus (männlich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,538***	0,511	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,959 N=34
Durchschn. Wochenarbeitszeit	0,672**	0,406	
Durchschn. Verzehr von Fleisch (g/Tag)	0,140**	0,586	
Durchschn. Verzehr von Gemüse (g/Tag)	0,060**	0,209	
Durchschn. Verzehr von Fisch (g/Tag)	-0,107***	-0,210	
Diabetes mellitus (weiblich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,532**	0,447	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,944 N=34
Durchschn. Wochenarbeitszeit	0,862**	0,494	
Durchschn. Verzehr von Fleisch (g/Tag)	0,199**	0,734	
Durchschn. Verzehr von Gemüse (g/Tag)	0,067**	0,207	
Durchschn. Verzehr von Fisch (g/Tag)	-0,112**	-0,194	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Ergebnisbeschreibung und -interpretation

Sowohl im Modell für den Einfluss auf die Entwicklung von Diabetes mellitus innerhalb der Gesamtbevölkerung als auch in den Modellen für den Einfluss auf die geschlechterspezifische Entwicklung von Diabetes mellitus weist das korrigierte R² einmal mehr einen hohen Wert auf, was für eine hohe Vorhersagegüte spricht. Die berücksichtigten Prädiktoren erklären je Modell 95,2 %, bzw. 95,9 % und 94,4 % der Streuung der entsprechenden abhängigen Größe. Weiterhin kann anhand der F-Statistik auf eine Gültigkeit aller drei Modelle für die Grundgesamtheit geschlossen werden. Im speziellen Bezug auf die Regressionskoeffizienten kann die immer implizierte Null-Hypothese in allen Fällen verworfen werden. In jedem Modell haben alle Prädiktoren einen signifikanten Einfluss, was bedeutet, dass von allen Einflussvariablen ein nachweisbarer Einfluss auf die jeweilige zu erklärende Variable ausgeht.

Der Urbanisierungsgrad hat in allen drei Modellen einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von Diabetes mellitus. Das bedeutet, dass mit dem Anstieg der Urbanisierung über die Zeit, auch ein Anstieg von Diabetes mellitus nachweisbar wird, und zwar um 0,537 bzw. 0,538 und 0,532 Einheiten. Wengleich dieser Wert verhältnismäßig groß erscheint, geht vom Urbanisierungsgrad aber nur der zweitgrößte, bzw. drittgrößte Einfluss (weiblich) im Vergleich zu den anderen Prädiktoren des jeweiligen Modells aus ($\beta = 0,478$; $\beta = 0,511$; $\beta = 0,447$). Wie bereits mehrfach erwähnt steigt mit dem Grad an Urbanisierung womöglich auch das gesundheitliche Fehlverhalten aufgrund von entsprechenden Lebensstilen, die mit dem Leben in der Stadt einhergehen. Aspekte wie Stress, Zeitdruck, wirtschaftliche Aspekte können dieses Fehlverhalten auslösen und in der Folge zum Anstieg dieser Todesursache führen. Und im vorliegenden Fall überwiegen die negativen Folgen von Urbanisierung. Die leichte Differenz im Einfluss von Urbanisierung auf die Entwicklung der männlichen und weiblichen Sterblichkeit durch Diabetes mellitus zeigt einmal mehr auf, dass Urbanisierung einen etwas schlechteren Einfluss auf die männliche Rate zu haben scheint. Das wiederum ergibt sich womöglich einmal mehr aus den unterschiedlichen Lebensstilen und Verhaltensweisen von Männern und Frauen in Südkorea. So könnten Aspekte wie Alkoholkonsum oder Übergewicht eine wesentliche Rolle spielen, was aufgrund einer inkonsistenten Datenlage aber nicht weiter untersucht werden kann. Jedenfalls sind die Raten zum Alkoholkonsum und zum Übergewicht nicht nur in urbanen Gebieten deutlich erhöht, sondern bei Männern nachweislich deutlich stärker ausgeprägt als bei Frauen.⁹⁴⁰ Das würde jedenfalls einen Teil der Unterschiede im Einfluss der Urbanisierung auf die männliche und weibliche ursachenspezifische Todesrate erklären. In jedem Fall geht von der Urbanisierung ein in der Bewertung für die Entwicklung von Diabetes mellitus schlechter Einfluss aus.

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit zeigt trotz einer über die Jahre gesunkenen Ziffer einen jeweils positiven Einfluss auf die Entwicklung von Diabetes mellitus. Verändert sich die Wochenarbeitszeit um eine statistische Einheit, so steigt die Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus (gesamt) um 0,759 Einheiten, bzw. um 0,759 (männlich) und 0,862 (weiblich). Im Vergleich zu den anderen Prädiktoren belegt dieser Prädiktor den jeweils dritten Rang, bzw. im Modell „Diabetes mellitus (weiblich)“ sogar den zweiten Rang. Dass von einer nach wie vor hohen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit unterschiedliche Risiken für die Gesundheit entstehen wurde bereits mehrfach konstatiert und soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Eine über die Jahre gesunkene Ziffer ändert an dieser Tatsache anscheinend nur wenig. Einmal mehr also können die unmittelbaren Folgen hoher Arbeitszeiten beobachtet werden.

⁹⁴⁰ Kim 2018, S. 1.

Speziell für die Überprüfung des Einflusses auf die Sterblichkeit durch Diabetes mellitus bieten sich Aspekte wie das Essverhalten sehr gut an, was allerdings nicht bedeuten soll, dass dieser Aspekt den unter Berücksichtigung aller Ursachen von Diabetes mellitus wichtigsten Einflussfaktor darstellt. Zwar wären Modelle mit anderen verhaltensbezogenen Einflussvariablen wünschenswert gewesen. Die Datenlage hierzu ist aber einmal mehr inkonsistent, bzw. es liegen noch nicht genügend Zeitreihendaten zu spezifischeren Einflüssen vor. Nichtsdestotrotz bieten die einbezogenen Prädiktoren zum Essverhalten einen guten Überblick und weisen zudem interessante Ergebnisse auf.

Vom durchschnittlichen Verzehr von Fleisch geht je Modell der größte Einfluss im Vergleich zu allen anderen Prädiktoren aus ($\beta = 0,669$; $\beta = 0,586$; $\beta = 0,734$). Insbesondere im Modell „Diabetes mellitus (weiblich)“ setzt sich der Einfluss dieses Prädiktors im Vergleich zu allen anderen Variablen am deutlichsten ab. Tatsächlich weist dieser Prädiktor auch den deutlichsten Zuwachs über die Jahre auf. Der Zusammenhang zur Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus erscheint hierbei sachlogisch, bzw. wurde auch in mehreren Studien dazu erwiesen.⁹⁴¹ Ferner ist der höhere Konsum von Fleisch auch klar mit Wachstum- und Transformation aufgrund modernisierungsbedingter Entwicklungen verbunden.⁹⁴² Die Ergebnisse am Beispiel Südkoreas verwundern daher kaum. Die Regressionskoeffizienten zeigen, dass wenn sich der Fleischkonsum um eine statistische Einheit erhöht, dann steigt jeweils auch die Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus um 0,171 bzw. 0,140 und 0,199 Einheiten.

Die Betrachtung der Ergebnisse zum durchschnittlichen Verzehr von Gemüse führt zu einer ambivalenten inhaltlichen Interpretation. Zunächst kann auch hier je Modell ein positiver Einfluss gemessen werden. Der dazugehörige Regressionskoeffizient liegt im Modell „Diabetes mellitus (gesamt)“ bei 0,064, im Modell Diabetes mellitus (männlich) bei 0,060 und im Modell „Diabetes mellitus (weiblich)“ bei 0,067 und ist damit verhältnismäßig klein. Der dazugehörige Beta-Wert verrät schließlich, dass der Einfluss im Vergleich zu den anderen Prädiktoren in jedem Modell recht klein ist ($\beta = 0,209$; $\beta = 0,209$; $\beta = 0,207$). Nichtsdestotrotz ist ein messbarer und gültiger Einfluss vorhanden. Das sollte allerdings nicht zum voreiligen Schluss führen, dass der Verzehr von Gemüse einen Anstieg der Todesraten aufgrund von Diabetes mellitus bewirkt. An dieser Stelle kommt eine ambivalente Beurteilung der Ergebnisse zum Tragen. Wenn man nämlich zusätzlich die Entwicklung des durchschnittlichen Verzehrs von Gemüse in die Interpretation einbezieht, dann wird ersichtlich, dass dieser sich über die Jahre kaum verändert

⁹⁴¹ Vgl. u. a. Mari-Sanchis et al. 2016; Barnard et al. 2014; Micha et al. 2012.

⁹⁴² Vgl. u. a. York / Gossard 2004.

hat. Somit führt womöglich nicht allein die Entwicklung dieses Prädiktors zum scheinbar schlechten Einfluss, sondern die Tatsache, dass proportional gesehen – also bei gleichzeitigem Anstieg von anderen Lebensmitteln, vor allem aber auch in Proportion zum Bevölkerungswachstum – weniger Gemüse verzehrt wird. Mit dieser vorbehaltlichen These wäre die Richtung des Einflusses jedenfalls sachlogisch erklärbar.

Der durchschnittliche Verzehr von Fisch scheint hingegen als einziger Einflussfaktor in allen Modellen einen Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus zu bewirken. Der Regressionskoeffizient hierzu beträgt je nach Modell -0,110 bzw. -0,107 und -0,112 Einheiten. Allerdings geht davon ein vergleichsweise kleiner Einfluss im jeweiligen Modell aus ($\beta = 0,202$; $\beta = 0,210$; $\beta = 0,194$). Entsprechende Studien belegen, dass der Verzehr von Fisch die Inzidenz von Diabetes mellitus sogar senken kann.⁹⁴³ Das scheint auch im Fall von Südkorea zuzutreffen. Nichtsdestotrotz sollte hierbei auch die Entwicklung im durchschnittlichen Verzehr von Fisch berücksichtigt werden. Die Ziffern hierzu steigen erst in jüngster Zeit deutlich an, was den Trend insgesamt eher dämpft und somit auch der Einfluss auf die Entwicklung der Sterblichkeit infolge von Diabetes mellitus als eher gering erscheint.

Aus Gründen der Vollständigkeit sei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die in dieser Arbeit immer implizierte Prüfung der Modellprämissen zu keiner Ablehnung der dargestellten Modelle geführt hat. Lediglich die Überprüfung auf Autokorrelationen ergab für alle dargestellten Modelle einen Wert nahe Eins, was zwar auf eine Tendenz für negative Autokorrelationen im Modell hindeutet⁹⁴⁴, allerdings noch im Toleranzbereich liegt. Die Prüfung der Residuen führte ebenfalls nicht zur Ablehnung der Modelle. Die Residuen scheinen in allen Fällen zufällig verteilt zu sein, sodass keine systematischen Beziehungen zu den Schätzwerten der abhängigen Variablen vorliegen. Auch die Verteilung der Residuen erscheint weitestgehend normal. Darüber hinaus weisen auch die Störgrößen eine konstante Varianz auf.

7.4 Empirische Analysen zur Sterblichkeitsentwicklung im engeren Sinne

Abschließend soll sich noch dem Einfluss ausgewählter Modernisierungsvariablen auf die Sterblichkeitsentwicklung im engeren Sinne gewidmet. Hierzu soll mit der rohen Sterberate eine klassische Kennziffer der Mortalität untersucht werden. Wie sich gezeigt hat, ist die Sterberate in Südkorea noch bis in die späten 1980er Jahre hinein abfallend. Zwar ist dieser Trend nicht mehr so stark ausgeprägt, wie noch in den Jahren zuvor. Allerdings lassen sich

⁹⁴³ Vgl. u. a. Rylander et al. 2014; Xun / He 2012

⁹⁴⁴ Vgl. Janssen / Laatz 2017, S. 425.

daran immer noch die modernisierungsbedingten Umwälzungen in Südkorea nachvollziehen, wengleich in abgeschwächter Form. Zwar beginnt die Sterberate in den letzten Jahren aufgrund gesellschaftlicher Alterungsprozesse im Sinne des demografischen Übergangs an zu steigen, der Trend ab den 1970er ist insgesamt betrachtet aber negativ ausgeprägt. An dieser Stelle wäre es aber voreilig davon auszugehen, dass die bisher empirisch erarbeiteten Zusammenhänge auch für die Entwicklung der allgemeinen Sterberate gelten. Diese abschließende Auseinandersetzung dient daher einerseits der Vollständigkeit zur Darlegung eines empirisch nachweisbaren Zusammenhangs zwischen Modernisierung und Mortalität über die Zeit. Andererseits soll aufgezeigt werden, dass es nicht ausreichend ist sich allein nur mit globalen Größen wie der Sterberate auseinanderzusetzen, sondern immer auch einzelne Komponenten der Sterblichkeitsentwicklung, wie bspw. einzelne Todesursachen oder die Lebenserwartung, betrachtet werden müssen. Aufgrund dieses exemplarischen Charakters der nachstehenden Regressionsanalyse soll u. a. auf eine geschlechterspezifische Betrachtung und auf eine intensive Auseinandersetzung mit Alternativmodellen verzichtet werden.

Tabelle 19 zeigt die Analyseergebnisse unter Berücksichtigung der Urbanisierung, Gesundheitsausgaben, der Lebenserwartung sowie auch einer Variable zum Essverhalten. Das nachstehende Modell erklärt 89,4 % der Varianz der endogenen Variable. Die Nullhypothese zur Prüfung auf Gültigkeit für die Grundgesamtheit kann mit einer Signifikanz von unter 0,000 verworfen werden. Trotz einer hohen Güte, deutet aber bereits das im Vergleich zu den spezifischeren Modellen geringere Bestimmtheitsmaß darauf hin, dass eine ausschließliche Auseinandersetzung mit einer strukturverzerrten CDR nicht ausreichend erscheint.

Tab. 19: Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Entwicklung der rohen Sterberate in ROK ab 1970

Sterblichkeit (CDR)			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	-0,063***	-0,995	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,894 N=47
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	-0,026	-0,048	
Lebenserwartung bei Geburt	0,007	0,054	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,000	0,091	

* p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Ergebnisbeschreibung und -interpretation

Anhand der Ergebnisse kann zunächst konstatiert werden, dass zwar von allen aufgeführten Prädiktoren ein Einfluss ausgeht, dieser allerdings nur im Fall der Urbanisierungsrate signifikant ist. Alle anderen Prädiktoren weisen einen nicht weiter signifikanten Einfluss auf.

Verändert sich die Urbanisierungsrate um eine statistische Einheit, dann sinkt die Sterberate um $-0,063$ signifikante Einheiten. Demnach führt mehr Urbanisierung zu weiterhin sinkenden Sterberaten, was womöglich auch damit begründet werden kann, dass urbane Räume in Südkorea vor allem junge Bevölkerungsanteile anziehen. Die Bevölkerung in der Stadt also eine deutlich jüngere ist als auf dem Land.⁹⁴⁵ Zwar kann diese Aussage aufgrund mangelnder Daten zu Unterschieden in den Sterblichkeitsverhältnissen zwischen Stadt und Land nicht nachgewiesen werden, erscheint aber dennoch sachlogisch. Ein Alternativmodell, was die Rate der Ruralisierung berücksichtigt (siehe Anhang), bietet weitere Hinweise auf Korrektheit dieser Annahme. Sonach hat die Ruralisierungsrate einen entgegengesetzten Einfluss, was dafür spricht, dass die zurückgebliebene Bevölkerung auf dem Land eine alte ist, was in der Folge die Sterberate über die Zeit ansteigen lässt. Mit Urbanisierung gehen aber noch viele andere Einflüsse einher, was wie bereits mehrfach erwähnt an dem modellendogenen Charakter dieser Einflussgröße liegt. Insofern verwundert der vergleichsweise hohe Beta-Wert von $-0,995$ nicht.

Für alle anderen Prädiktoren erscheint die Richtung des Zusammenhangs zwar sachlogisch. So geht von den Gesundheitsausgaben am BIP ein über die Zeit negativer, also senkender Einfluss aus. Die gestiegene Lebenserwartung führt hingegen zum Anstieg der Sterblichkeit. Das sich geänderte Essverhalten lässt die Sterberaten hingegen ein wenig ansteigen, was Rückschlüsse auf die negativen Folgen bestimmter Lebensstile zulässt. Allerdings ist der jeweilige Einfluss nicht weiter signifikant und im Vergleich zur Urbanisierungsrate verschwindend gering. Genau diese Ergebnisse aber sollten nicht zu voreiligen Schlüssen führen. Denn wie die in den vorangegangenen Abschnitten vorgestellten Modelle gezeigt haben, können diese Prädiktoren sehr wohl einen signifikanten Einfluss auf spezifische Formen der Sterblichkeit nehmen und in einigen Fällen sogar die Einflussstärke der Urbanisierung übersteigen.

7.5 Kurze Zusammenfassung

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass es mittels der gewählten Analyseverfahren und der zur Verfügung stehenden Daten möglich erscheint einen Zusammenhang zwischen Modernisierung und Mortalität unter besonderer Berücksichtigung der Zeitkomponente auch statistisch zu überprüfen. Einmal mehr gilt es an dieser Stelle auch den Unterschied zu einer gewöhnlichen Querschnittsanalyse zu betonen. Vorliegend wurde der Einfluss unterschiedlicher Größen auf unterschiedliche Aspekte der Mortalität über die Zeit gemessen. Als geeignetes Instrument hierfür erwies sich eine Zusammenführung zeitreihenanalytischer und regressionsanalytischer

⁹⁴⁵ Die Bevölkerung in der Stadt also eine deutlich jüngere ist als auf dem Land (vgl. Kap. 7.2.4).

Verfahren. Anhand der gewählten Methode konnte in unterschiedlicher Weise aufgezeigt werden, welchen Einfluss ausgewählte Größen der Modernisierung auf ausgewählte Größen der Sterblichkeitsentwicklung haben und wie groß der Einfluss der Variablen im Vergleich zueinander ausgeprägt ist. Die Ergebnisse ermöglichten in jedem Fall eine sachlogische Interpretation, wenngleich es inhaltlich manchmal auch zu interpretatorischen Ambivalenzen kam, die den Diskurs aber sowohl bereicherten, als auch zur Erschließung weiterer möglicher Zusammenhänge führten. In allen Fällen konnte ein abstraktes Abbild der Realität generiert werden, was zudem auch genügend Spielraum für die Verknüpfung der bisher erarbeiteten Inhalte bietet.

Weiterhin kam es auch zu sehr vielschichtigen Ergebnissen, d. h. nicht jeder Prädiktor hat immer den gleichen Einfluss auf die unterschiedlichen Formen der Mortalität. So zeigte sich, dass bspw. der Urbanisierungsgrad nicht in jedem Fall im engen Zusammenhang mit der Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea steht. Während der Einfluss auf bspw. die Lebenserwartung bei Geburt äußerst charakteristisch ist, ist der Einfluss dieser Variable auf fernere Lebenserwartung im Alter 65 marginal, was bereits an entsprechender Stelle inhaltlich interpretiert und diskutiert wurde. Zwar lassen sich speziell die Ergebnisse zum Urbanisierungsgrad oftmals auch auf den modellendogenen Charakter dieser Einflussgröße zurückführen, nichtsdestotrotz kann von logischen Zusammenhängen gesprochen werden. Aber auch Einflussfaktoren wie bspw. die erwarteten Jahre in Ausbildung oder das Heiratsverhalten zeigen sich äußerst dynamisch in Ihrer Wirkungsweise auf die unterschiedliche Sterblichkeitsmerkmale. Auch hier war zu jeder Zeit eine sachlogische Interpretation der Ergebnisse möglich.

Für die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Ergebnissen spielte vor allem auch der Abstraktionsgrad eine wichtige Rolle. Denn obgleich unterschiedliche Einflussfaktoren in die Modelle aufgenommen wurden und auch sinnvoll interpretiert werden konnten, standen insgesamt nur wenige vollständige Zeitreihen zur Verfügung. Somit war die empirische Annäherung in Teilen nur in abstrakter Form möglich, was an dieser Stelle aber nicht als Limitation angeführt werden soll. Tatsächlich kann die gewählte Methode wie erwähnt als sehr geeignet für eine auch abstrakt theoretische Auseinandersetzung mit den Analyseergebnissen erachtet werden. Zwar wäre es durchaus möglich gewesen, und zwar bei einer deutlich verkürzten Betrachtung der Entwicklungen, weitere Variablen für die jeweiligen Modelle zu berücksichtigen. So werden jüngst auch spezifischere Daten zu bspw. Lebensstilen und Verhaltensweise in konsequenter Weise erhoben. Allerdings wäre damit der Einfluss der Modernisierung in Südkorea nicht mehr adäquat messbar gewesen, und zwar selbst unter Annahme zeitverzögerter Effekte. Zwar soll und kann der Verzögerungseffekt – im Speziellen

die Verzögerung zwischen Handlung und Wirkung – an dieser Stelle nicht weiter identifiziert werden. Es ist aber davon auszugehen, dass für repräsentative Ergebnisse ein Mindestmaß an Zeitreihen vorhanden sein muss. So wäre man mit Zeitreihen ab den 1990er Jahren womöglich nicht mehr in der Lage den Einfluss modernisierungsbedingter Umwälzungen in adäquater Weise zu messen. Allerdings wäre mit kürzeren Zeitreihen eine Analyse auf Basis der gleichen Methode nur zu einem anderen inhaltlichen Schwerpunkt denkbar. Nichtsdestotrotz konnte eine sinnhafte und vor allem auch weiterführende Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden Daten erfolgen.

Gleichzeitig zeigte sich, dass Regressionsanalysen nicht der Analyse von Querschnittsdaten vorbehalten sind, sondern – in angepasster Form – auch einen Umgang mit Zeitreihendaten ermöglichen. Zwar gilt es die Methode für zukünftige Auswertungen dieser Art noch weiter anzupassen, dennoch kann sie als basisbildend für derartige Analysevorhaben erachtet werden. Hierbei ist allerdings immer auch der inhaltliche Nutzen einer empirischen Auseinandersetzung mit Zeitreihendaten abzuwägen. Im vorliegenden Fall ging es vor allem darum den Einfluss modernisierungsbedingter Entwicklung über die Zeit aufzuzeigen. Die Flexibilität zeitreihenanalytischer und regressionsanalytischer Verfahren ermöglicht es eine entsprechende Methode hierfür anzuwenden. Ob sich diese Methode auch für andersartige Fragestellungen eignet, muss von Fall zu Fall abgewogen werden. In jedem Fall bieten zeitreihenanalytische und regressionsanalytische Verfahren die nötige Flexibilität zur Anpassung an entsprechende Forschungsvorhaben.

Für eine abschließende Beurteilung des Zusammenhangs zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung Ergebnisse gilt es nunmehr eine Synthese der theoretisch, inhaltlich und empirisch erarbeiteten Zusammenhänge durchzuführen. Zwar liefern die empirischen Analyseergebnisse wichtige Hinweise auf entsprechende Zusammenhänge, die – wie sich gezeigt hat – ohne die Heranziehung bereits theoretisch erarbeiteter Zusammenhänge aber nicht vollständig nachvollziehbar sind. Fortfahrend sollen die Analyseergebnisse daher nicht weiter zusammengefasst werden, sondern in Form einer Synthese aus theoretischen, inhaltlichen und empirischen Ergebnissen abschließend bewertet werden. Dabei soll auch an die bereits erarbeiteten Ergebnisinterpretationen angeknüpft werden, ohne aber redundant zu werden. Erst darauf aufbauend kann eine abschließende Beantwortung der Forschungsfragestellungen dieser Arbeit erfolgen. Das folgende Kapitel dient somit der Zusammenführung aller Ergebnisse dieser Arbeit und ihrer abschließenden Bewertung.

8. Abschlussbetrachtung der erarbeiteten Wirkungszusammenhänge

Anhand der theoretischen und empirischen Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand, konnten umfassende Ergebnisse in Bezug auf die Ziele und Forschungsfragen erarbeitet werden. An dieser Stelle gilt es die hauptsächlichen Zusammenhänge in Form einer Synthese aus theoretischen und empirischen Inhalten zusammenzutragen und in abschließender Form zu bewerten. Hierbei wird ausdrücklich auch eine kritische (Selbst)Reflexion angestrebt. Abbildung (Abb. 31) visualisiert hierzu das dazugehörige Sinngefüge, entlang dessen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung auszugsweise zusammengetragen werden. Die bewusst abstrakt gehaltene Abbildung stellt einerseits die duale Herangehensweise zur Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand dar, andererseits sei damit betont, dass die theoretische und empirische Auseinandersetzung unmittelbar voneinander abhängen. Denn wie bereits erwähnt, wird vorliegend davon ausgegangen, dass einem komplexen Untersuchungsgegenstand nur mithilfe einer mehrteiligen Analyseform in adäquater Weise begegnet werden kann, insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass einige der theoretisch erarbeiteten Zusammenhänge nur schwer messbar gemacht werden können. Auf der anderen Seite werden einige der empirischen Zusammenhänge überhaupt erst durch eine theoretische Auseinandersetzung damit vollständig nachvollziehbar.⁹⁴⁶ Mit „Untersuchungsgegenstand“ ist an dieser Stelle nicht allein nur die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit – gemessen an der Sterblichkeitsentwicklung – gemeint, sondern dieser Baustein steht sinnhaft für das bereits in Kapitel 4.5 erarbeitete Zusammenhängegefüge der Hauptthemenkomplexe, was an dieser Stelle nicht noch einmal eigens visualisiert werden soll. Allerdings gilt das Gefüge bzw. insbesondere die damit dargelegte Komplexität der Wirkungszusammenhänge als Grundlage für die Diskussion der theoretisch und empirisch-analytisch erarbeiteten Zusammenhänge.

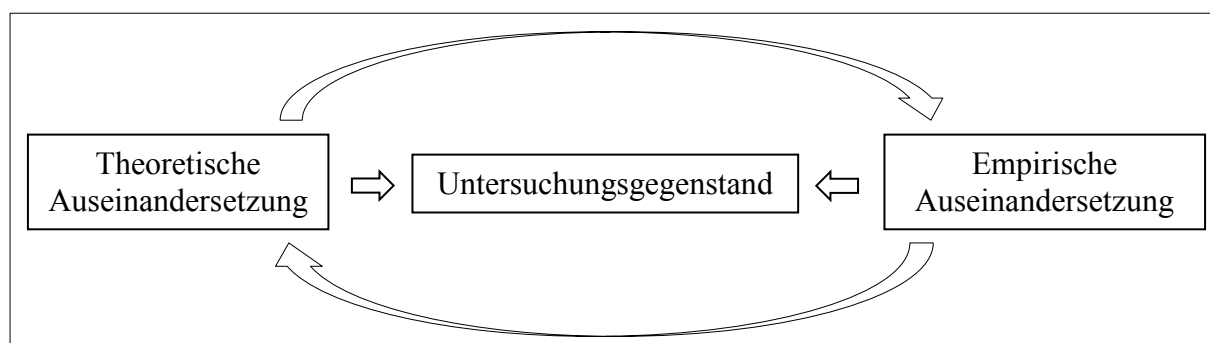


Abb. 31: Sinngefüge zur Synthese der erarbeiteten Zusammenhänge (Quelle: Eigene Darstellung)

⁹⁴⁶ Ferner der Hinweis, dass mit dem visualisierten Sinngefüge auch das vorrangig deduktive, aber auch induktive Vorgehen der Arbeit repräsentiert werden soll (wenngleich der Empirie keine gänzlich neue Theorie entspringt, sondern in der Hauptsache die theoretische Auseinandersetzung der Arbeit gestützt wird).

8.1 Synthese und Diskussion der theoretisch und empirisch erarbeiteten Ergebnisse

Anhand der Entwicklungen in Südkorea lässt sich der komplexe und individuelle Charakter modernisierungsbedingter Umwälzungen sehr gut nachvollziehen. Die Aussage, dass damit immer nur „die einen“ Ursachen und Konsequenzen zusammenhängen, ist spätestens nach der vorliegenden Auseinandersetzung nicht mehr haltbar. Es müssen vielmehr solche theoretischen Ansätze hervorgehoben werden, die eine Generalisierbarkeit entsprechender Entwicklungen infrage stellen. Insofern bilden u. a. das Konzept über die Vielfalt der Moderne nach Eisenstadt⁹⁴⁷ oder das regionsspezifische Konzept der komprimierten Moderne nach Chang⁹⁴⁸ eine unbedingte Voraussetzung für eine adäquate Auseinandersetzung. Sicherlich muss sich in diesem Zusammenhang auch auf grundlegende Theoreme wie bspw. den Ansatz über die Risikogesellschaft nach Beck⁹⁴⁹ oder die Theorie der Sterblichkeitsentwicklung nach Höpflinger und ferner auch Hauser⁹⁵⁰ bezogen werden. Diese Beispiele bilden aber vorerst nur eine Verständnisgrundlage zum Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit, die es vor dem Hintergrund höchst individueller, bzw. Raum/Zeit-induzierter Entwicklungen entsprechend anzuwenden gilt. In jedem Fall zeigt sich, dass für Südkorea in Teilen gänzlich andere Rahmenbedingungen geltend gemacht werden können und müssen, als es bspw. in den westlichen Ländern der Fall war und ist. Und danach sind schließlich auch die modernisierungsbedingten Entwicklungen im Zusammenhang mit Gesundheit zu bewerten. Zwar kann in gewissen Teilen auch von kohärenten Entwicklungen zu anderen Regionen gesprochen werden. So sind Prozesse wie Industrialisierung, wirtschaftliches Wachstum oder Urbanisierung gemeinhin eine Folge von Modernisierung. Allerdings ist dessen Verlauf vor dem Hintergrund entsprechender Rahmenbedingungen immer ein anderer und muss daher immer auch individuell geprüft werden. Denn nur dadurch werden schließlich auch die ebenenübergreifenden Konsequenzen von Modernisierung vollständig begreifbar.

Der erste Schritt nach der am Untersuchungsgegenstand orientierten theoretischen Rahmenbildung – mit Hilfe derer die Individualität aber auch Komplexität modernisierungsbedingter Ursachen und Konsequenzen herausgestellt werden sollte – bestand also darin, die Voraussetzungen in Südkorea demgemäß zu überprüfen. Und sowohl anhand der inhaltstheoretischen als auch empirischen Auseinandersetzung konnten zielführende Ergebnisse herausgearbeitet werden. Der wechselseitige Einfluss aller berücksichtigten Bereiche spielt hierbei eine zentrale Rolle. Um also den Einfluss von Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung adäquat beurteilen zu können, sollten nicht nur Aspekte wie der demografische

⁹⁴⁷ Siehe Kap. 4.3.1.

⁹⁴⁸ Siehe Kap. 4.3.3.

⁹⁴⁹ Siehe Kap. 4.3.4.

⁹⁵⁰ Siehe Kap. 4.4.4.

oder epidemiologische Wandel angeführt werden. Am Beispiel Südkorea spielen zunächst soziokulturelle sowie auch polithistorische Rahmenbedingungen eine zentralere Rolle. Aber selbst damit ist der Zusammenhang zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea noch lange nicht erklärt. Für eine systematische Synthese der erarbeiteten Zusammenhänge erscheint zudem auch die Berücksichtigung der Interdependenz der Einflüsse als eine unbedingte Voraussetzung. Am Beispiel Südkorea haben sich die polithistorischen, wirtschaftsstrukturellen, kultargesellschaftlichen und schließlich auch demografischen Umwälzungen als die charakteristischsten Einflussfaktoren auf die Sterblichkeitsentwicklung herausgestellt. Vor dem Hintergrund entsprechender Theorien der Sterblichkeitsentwicklung mag das zwar nicht weiter verwundern, allerdings sind hiermit wie erwähnt auch höchst individuelle Voraussetzungen verbunden, und zwar auch in Bezug auf den wechselseitigen Einfluss der genannten Umwälzungen. Hieraus ergibt sich eine höchst individuelle Vielfalt an Wirkungszusammenhängen, von denen im Folgenden einige beispielhaft zusammengefasst sind.

Seit Ende der Kolonialisierung Koreas und schließlich auch in Folge der Teilung des Landes haben sich charakteristische Veränderungen ergeben, mit sowohl positiven als auch negativen Folgen auf die Sterblichkeitsentwicklung. Ein Merkmal hierbei ist die Intensität der Entwicklungen seit den 1960er Jahren, was zugleich auch für die Unvergleichbarkeit mit Entwicklungen in anderen Regionen spricht. Ursachen und Konsequenzen dieser unglaublichen Dynamik lassen sich sowohl anhand wissenschaftlicher Literatur, als auch anhand empirischer Analysen hierzu nachvollziehen, bzw. nachvollziehbar machen. Letztgenanntes aber nur dann, solange entsprechende Variablen mittels Statistiken erfasst sind. Die hier präferierte duale Herangehensweise aus inhaltstheoretischer und empirischer Auseinandersetzung ermöglicht aber immer auch eine sachlogische Interpretation der Wirkungszusammenhänge, falls keine Statistiken zugrunde liegen.

Insgesamt zeigt sich, dass der Modernisierungsprozess in Südkorea einen mehrdeutigen Einfluss auf die Sterblichkeitsentwicklung des Landes hat. Einige dieser Entwicklungen weisen auch Extreme auf. Unter besonderer Berücksichtigung der kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea ergeben sich hieraus in Teilen höchst individuelle und damit nicht oder nur schwer vergleichbare Entwicklungsmuster. Das lässt sich insbesondere auch am Wirtschaftswachstum und der entsprechenden Voraussetzungen nachvollziehen. Hierbei können für Südkorea auch äußerst ambivalente Entwicklungspfade festgehalten werden.

Ab den 1960er Jahren kam der Aufschwung unter Verzicht auf Demokratie. Die diktatorische Regierung forcierte zudem einen „Aufschwung um jeden Preis“, und damit zu Lasten der Bevölkerung. Der doppelwertige Nachklang dessen ist bis heute spürbar, vor allem im

Bildungssystem aber auch im Fleiß und Tatendrang der Südkoreaner, was einerseits zwar als ein kulturspezifisches Merkmal auf Basis konfuzianistischer Normen und Werte festgestellt werden kann. Modernisierung führte an dieser Stelle aber vielleicht sogar zu einer negativen Verstärkung dieser traditionellen Werte und Normen. So sind bestimmte Todesursachen durchaus auch auf traditionelle Aspekte wie einen hohen Grad an Fleiß- und Strebsamkeit und den daraus resultierenden Konkurrenzkampf sowie auch den damit einhergehenden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Druck zurückzuführen. Gleichwohl kann das Konkurrenzstreben auch als ein Erfolgsfaktor angeführt werden. Dieses ambivalente Ergebnis kann in gewisser Weise auch empirisch nachvollzogen werden, aber eben nur unter Berücksichtigung der theoretisch erarbeiteten Rahmenbedingungen.

Erst ab den 1970er Jahren und vor dem Hintergrund der negativen Folgen des „Aufschwunges um jeden Preis“ widmete man sich schließlich dem Ausbau der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems. Zwar stiegen durch das massive Wachstum auch die Lebensqualität und der Wohlstand der Bevölkerung, allerdings kann trotzdem nicht von einer Gleichverteilung innerhalb der Bevölkerung gesprochen werden. Gemessen am sog. Gini-Koeffizienten⁹⁵¹, muss sogar von einem hohen Grad an Ungleichheit gesprochen werden. Und der Nachklang dessen ist sogar noch bis heute wahrnehmbar.⁹⁵² Im OECD-Vergleich gehört Südkorea paradoxerweise sogar zu den Ländern mit der höchsten Einkommensungleichheit.⁹⁵³ Aus einem logischen Zusammenhang heraus schlägt sich das auch auf die Bevölkerungsgesundheit nieder. Seit den 1970er Jahren versucht man speziell diesem Problem mit entsprechenden Gesundheitsreformen entgegenzuwirken. Zwar kann anhand der Gesundheitsausgaben ein Effekt auf die Sterblichkeitsentwicklung empirisch nachvollzogen werden, allerdings zeigen sich auch hier einige Ambivalenzen, was insbesondere auch den Unterschied zwischen Stadt und Land, sowie ferner auch Jung und Alt betrifft. Der für ein Land wie Südkorea durchaus bedenkliche Ungleichheitsaspekt wird damit in gewisser Weise bestätigt.

In diesem Kontext können aber noch weitere Zusammenhänge und Wechselwirkungen festgehalten werden. Dass wirtschaftliches Wachstum Prozesse wie Urbanisierung begünstigt, ist gemeinhin bekannt. Städtische Gebiete bieten in der Regel mehr Arbeits-, Ausbildungs-, Aufstiegs- und Partizipationschancen als urbane Gebiete. Zudem sind u. a. der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen deutlich einfacher. Nicht zuletzt deshalb erweist sich der Urbanisierungsgrad in Südkorea in den Modernisierungsjahren als äußerst stark ausgeprägt.

⁹⁵¹ Ein Maß zur Messung und Darstellung von Ungleichheit.(vgl. u. a. Heinemann 2008, S. 9f).

⁹⁵² Ahn 2016; Koo 2014.

⁹⁵³ Vgl. Angelsen / Wunder 2006.

Der vermeintlich positive Einfluss von Urbanisierung und Gesundheitsausgaben ist allerdings nicht immer auch empirisch nachweisbar. Insbesondere unter Berücksichtigung spezifischer Todesursachen kann in Teilen sogar ein negativer Einfluss festgestellt werden, was nicht zuletzt auch auf entsprechende Lebensstile, Lebensbedingungen und Verhaltensweisen in der Stadt zurückgeführt werden kann. Aspekte wie das Wirtschaftswachstum, Urbanisierung, der Anstieg des Bildungsniveaus, der technische und medizinische Fortschritt etc. führen also sowohl zu positiven als auch negativen Effekten auf die Sterblichkeit. Entscheidend hierbei ist der inhaltliche Fokus. Das zeigt sich nicht nur in theoretischer, sondern auch in empirischer Form. Auf der anderen Seite hat die Landbevölkerung zwar das Nachsehen in Aspekten wie wirtschaftliche Entwicklung oder Gesundheitsausgaben. Auf der anderen Seite zeigen sich dort Aspekte wie der soziale Zusammenhalt als stärker ausgeprägt, was wiederum einen positiven Einfluss auf die Sterblichkeitsentwicklung nehmen kann. Zudem ist die Ungleichheit auf dem Land nicht so stark ausgeprägt, wie in der Stadt. Bereits an diesen Beispielen zeigt sich, dass der Einfluss der Modernisierung höchst unterschiedliche Formen annehmen kann und daher auch nicht mit einer klaren positiven oder negativen Tendenz beantwortet werden sollte.

Als ein weiteres charakteristisches Beispiel für den erarbeiteten Zusammenhang zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung sollen die gesellschaftskulturellen Aspekte dienen. Wie sich gezeigt hat, weisen die gesellschaftskulturellen Voraussetzungen in Südkorea einzigartige Züge auf. Und vor dem Hintergrund des unmittelbaren Zusammenhangs zwischen Kultur und Gesundheit konnten sowohl theoretisch, als auch empirische entsprechende Zusammenhänge erarbeitet werden. Repräsentativ hierbei sind einmal mehr die Lebensstile und das daraus resultierende Gesundheitsverhalten. Zwar sollen an dieser Stelle nicht noch einmal alle damit zusammenhängenden Aspekte wiederholt werden, allerdings sei die dazu erarbeitete Wechselwirkung im Kontext von Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung betont. Ferner zeigen sich auch hier unterschiedlich ausgeprägte Wirkungszusammenhänge. D. h. dass auch hierzu nicht klar von positiven oder negativen Effekten der Gesellschaftskultur und insbesondere deren Veränderung über die Zeit gesprochen werden kann, sondern dass der Einfluss je nach Kontext zu unterscheiden und zu bewerten ist. Hinzu kommen aber auch Faktoren wie Alter und Geschlecht, wobei hierzu davon ausgegangen werden kann. Vor dem Hintergrund des gesellschaftskulturellen Einflusses wäre zudem auch die Theorie der kulturellen Phasenverschiebung zu berücksichtigen, was sich am Beispiel Südkoreas sogar in ausgeprägter Weise zeigt. Und die Dynamik der Umwälzungen in Südkorea kann sogar als Verstärker des „cultural lags“, insbesondere innerhalb der älteren Bevölkerung verstanden werden, was sich womöglich auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen etc. auswirken kann. Empirisch ist diese These allerdings nicht nachweisbar. Nichtsdestotrotz ist ein mittelbarer Zusammenhang denkbar.

Ferner kann dieses Phänomen vielleicht auch als Grund für ein gesundheitsgefährdendes Verhalten der männlichen Bevölkerung angebracht werden. Hierzu wäre die Vermutung, dass die rasanten Veränderungen das gesundheitsgefährdende Verhalten der Männer verstärkt haben, und zwar vor dem Hintergrund gesellschaftskultureller Merkmale wie der Sozialkultur, aber eben auch in Bezug auf risikobehaftetes Verhalten. So steigert ein stressbedingter Alltag das Risiko an bestimmten Erkrankungen und in der Folge auch Todesursachen, sowie an malignen Neubildungen. Der zunehmende Leistungsdruck spiegelt sich vor allem aber in Aspekten die der Suizidrate wieder. In jedem Fall wäre Modernisierung auch hierbei als auslösender Prozess zu betrachten. Dennoch muss an dieser Stelle betont werden, dass Auswirkungen gesellschaftskultureller Veränderungen nur schwierig zu analysieren sind. Die in diesem Zusammenhang erarbeiteten Inhalte erscheinen allerdings als logisch und nachvollziehbar.

Zwischenfazit

Bereits dieser beispielhafte Rückblick auf die erarbeiteten Zusammenhänge zeigt den komplexen Charakter des Untersuchungsgegenstandes auf, und macht die Notwendigkeit einer umfassenden Auseinandersetzung nachvollziehbar. Dabei hat sich gezeigt, dass neben einer inhaltstheoretischen Auseinandersetzung auch eine empirische Analyse entsprechender Zusammenhänge über die Zeit möglich ist, wengleich hierzu noch auf die kritische Reflexion in Kapitel 8.2 hingewiesen sei. Insgesamt betrachtet und im speziellen Bezug auf die Fragestellungen der Arbeit können aber eindeutige Untersuchungsergebnisse festgehalten werden. Zwar soll nachstehend nicht noch einmal in umfassender Weise auf alle Ergebnisse eingegangen werden. Allerdings gilt es entlang dessen die Forschungsfragen mithilfe von Ergebnisauszügen zwecks abschließender Bewertung zu beantworten.

Die Frage nach der Art des Einflusses modernisierungsbedingter Umwälzungen auf die Sterblichkeitsentwicklung in Südkorea kann nicht mit einer eindeutigen Tendenz im Sinne von „gut“ oder „schlecht“ beantwortet werden. Die Untersuchung zeigt vielmehr einen multiplexen und höchst individuellen Zusammenhang auf. Das lässt sich sowohl theoretisch als auch empirisch nachvollziehen. Die kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Diese beeinflussen nicht nur die Entwicklung der Mortalität, sondern unterliegen selbst einer gewissen Dynamik. Allerdings zeigt sich diese Dynamik der kontextspezifischen Rahmenbedingungen in Südkorea nicht immer auch als so stark ausgeprägt, wie der Wachstums- und Transformationsprozess an sich. So haben sich z. B. gewisse Lebensstile und Verhaltensweisen zwar gewandelt, allerdings ist dieser Wandel vor dem Hintergrund einer nach wie vor stark von traditionellen Werten und Normen geprägten Gesellschaft nicht in allen Belangen so stark ausgeprägt, wie es bspw. in einigen westlichen

Regionen der Fall ist. In Südkorea wird nicht zuletzt auch mithilfe entsprechender Kampagnen und Programme versucht traditionelle Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung oder das Familienleben zu fördern.

Gleichzeitig ist aber auch noch der in Teilen negative Nachklang der 1960er/70er Jahre spürbar, was sich unter anderem in Ungleichheit oder auch gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Druck äußert und in der Konsequenz zu individuellen Mortalitätsmustern führt. Hierbei kann schließlich auch in direkte und indirekte Auswirkungen unterschieden werden. So führt bspw. das wirtschaftliche Wachstum zu verbesserten Lebensbedingungen, allerdings werden dadurch auch soziale und ökonomische Probleme verursacht. In diesem Zusammenhang ist auch eine gewisse Ambivalenz des Einflusses der modernisierungsbedingten Entwicklungen zu betonen. Und nicht zuletzt deshalb gestaltet sich auch die Vergleichbarkeit mit den Entwicklungen im Westen oder auch mit denen in anderen Tigerstaaten sowie mit Japan als schwierig. Zwar kann einerseits auf allgemeine Modelle Bezug genommen werden, aber spätestens nach der Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen in Südkorea ist eine Vergleichbarkeit nur noch bedingt möglich, was vor dem Hintergrund der Vielfalt der Moderne allerdings auch als sachlogisch erscheint. Zwar unterliegt auch Südkorea dem demografischen Wandel oder dem epidemiologischen Übergang, allerdings sind immer auch höchst individuelle Entwicklungsverläufe zu berücksichtigen. Sonach sind die Entwicklungen strukturell sicherlich vergleichbar und es können auch allgemeingültige Verlaufsmuster konstatiert werden. Bei einer näheren Betrachtung kommt es allerdings auch zu starken Abweichungen von den hauptsächlich an Entwicklungen des Westens orientierten Modellen, was gegen eine im Vergleich mit anderen Regionen direkte Vergleichbarkeit, insbesondere auch in Bezug auf Voraussetzungen, spricht.

8.2 Kritische Reflexion und Limitationen

Spätestens an dieser Stelle gilt es einige der bereits im Ansatz angesprochenen Limitationen, und zwar sowohl theoretischer als auch methodischer Natur, auszuführen. Hierbei sollen u. a. auch Empfehlungen für weitere Forschungsansätze zu diesem Thema angeboten werden. Letzteres ist von den Handlungsoptionen in Kapitel 8.3 zu unterscheiden, die sich insbesondere auch auf Maßnahmen im Zusammenhang mit Public Health beziehen. Auf Limitationen zum Datenbestand soll an dieser Stelle allerdings nicht weiter eingegangen werden. Hierzu sei auf die Auseinandersetzung in Kap. 6.1.1 verwiesen.

Was die theoretische Auseinandersetzung mit dem Gegenstand anbetrifft, so hat sich gezeigt, dass allein die Komplexität des Themas eine sinnvolle Eingrenzung des Zusammenhanges zwischen Modernisierung und Gesundheit erfordert. Ein wesentlicher Schritt hierbei war die

Fokussierung auf die Sterblichkeitsentwicklung. Damit wird allerdings nur ein Aspekt im Kontext von Krankheit und Gesundheit angesprochen. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass „(...) *eine Todesursache vielleicht nur am Ende eines ganzen Krankheitskomplexes stand.*“⁹⁵⁴ Somit wäre auch eine Auseinandersetzung mit den Mustern der Morbidität wünschenswert gewesen, allerdings im Kontext des bereits an sich komplexen Zusammenhanggefüges aus Modernisierung und Mortalität nur bedingt leistbar. Vor allem aber wäre damit auch ein anderer inhaltlicher Schwerpunkt gelegt worden. Aber auch in Bezug auf den Modernisierungsprozess konnten nicht alle Aspekte in ausführlicher Weise dargestellt werden. Ferner erwies sich die Identifikation messbarer Modernisierungsvariablen als eine Herausforderung. Der Fokus lag auf Raum/Zeit-spezifischen Wirkungszusammenhängen. Hierbei sollte vor allem die Einzigartigkeit der Entwicklungen in Südkorea herausgestellt werden. Insgesamt ging es aber auch darum, ein theoretisches und methodisches Fundament für spezifischere Fragestellungen zu Thema zu erschaffen. Hierbei spielte die methodische Herangehensweise eine besondere Rolle. Damit sollten nicht nur theoretische Aspekte überprüft und bereichert werden, sondern es sollte auch eine Möglichkeit zur empirischen Analyse von modernisierungsbedingten Einflüssen auf die Sterblichkeitsentwicklung über die Zeit vorgestellt werden.

Zwar erwies sich die angewandte Methode als eine geeignete Möglichkeit zur empirischen Auseinandersetzung mit derartigen Zusammenhängen. Es stellt sich aber auch die Frage, wie man modernisierungsbedingten Zusammenhängen über die Zeit noch begegnen könnte? Vorliegend wurden querschnittliche ausgewertet, was zu sachlogischen Ergebnissen geführt hat. Nichtsdestotrotz gehen damit gewisse Limitationen einher. Bspw. können die hier im Längsschnitt beobachteten Zeitpunkte von spezifischen Ereignissen wie Kriege, Rezessionen etc. beeinflusst sein. Auf Kohorten basierende Längsschnittanalysen könnten dem in gewisser Weise entgegenwirken. Zudem würde das die Möglichkeit bieten Generationen und damit auch die Effekte der Modernisierung verteilt auf unterschiedliche Jahrgänge miteinander zu vergleichen, was allerdings noch höhere Anforderungen an die Datengrundlage mit sich führt. Schließlich bietet jede Art der vergleichenden Beobachtung – sei es im Querschnitt oder Längsschnitt – spezifische Vor- und Nachteile. Und nicht zuletzt stellt sich immer auch die Frage nach dem Ziel eines empirischen Herangehens. Unabhängig von der Beschaffenheit der Daten aber bieten sich speziell für die Analyse eines Einflusses über die Zeit Regressionen im Kontext zeitreihenanalytischer Modelle an. Für den Zusammenhang zwischen Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung wurde zudem eine multivariate Auseinandersetzung gewählt. Wäre der Forschungsschwerpunkt ein anderer gewesen, bzw. stünden nicht multiple Zusammenhänge im Vordergrund des Interesses, wären sicherlich auch bivariate Verfahren

⁹⁵⁴ Kramer 2014, S. 167.

ausreichend erschienen, insbesondere auch vor dem Hintergrund modellendogener Größen wie Urbanisierung oder Wirtschaftsentwicklung. In diesem Zusammenhang wäre vielleicht auch eine zusätzliche Analyse solcher Größen interessant, also nicht nur eine Analyse des Einflusses von z. B. Urbanisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung, sondern wovon Prozesse wie Urbanisierung beeinflusst werden. Diese zusätzliche Perspektive könnte zu einem tieferen Verständnis entsprechender Wirkungszusammenhänge führen.

Eine weitere Möglichkeit – mit einem allerdings etwas anderen empirischen Fokus – wären klassische Zeitreihenanalysen. Diese eignen sich vor allem zur Messung von Kausalzusammenhängen zeitlich geordneter Werte mit dem Ziel entsprechender in die Zukunft gerichteter Prognosen.⁹⁵⁵ Tatsächlich bieten Zeitreihenanalysen (wie auch querschnittliche Verfahren) eine große Auswahl an Analysemethoden. Zur Festlegung ist neben der Forschungsfragen aber vor allem auch die Beschaffenheit der Daten entscheidend. Stochastische Zeitreihenmodelle zum Beispiel bieten die Möglichkeit, kausale Zusammenhänge in der Niveauentwicklung der Zeitreihen zu überprüfen und zu modellieren.⁹⁵⁶ Zur Identifikation eines adäquaten Modells existieren unterschiedliche Herangehensweisen. Modelle können „per Hand gebastelt“ werden⁹⁵⁷, wobei hier die Gefahr von statistischen Irrtümern verhältnismäßig hoch ist.⁹⁵⁸ Oder ein Modell kann (speziell in SPSS) mithilfe des sog. Expert Modelers analysiert und gebildet werden.⁹⁵⁹ Ebenfalls kann ein benutzerdefiniertes Modell erstellt werden.⁹⁶⁰ In der Literatur werden speziell für multivariate Kausalanalysen zeitabhängiger Daten Regressionsmodelle der sog. ARIMA-Familie (autoregressive integrated moving average, z. Dt. autoregressive integrierte gleitende Durchschnitte) vorgeschlagen⁹⁶¹, was an dieser Stelle allerdings nicht weiter ausgeführt werden soll. Vielmehr geht es darum aufzuzeigen, was unter bestimmten Voraussetzungen noch möglich gewesen wäre.

Denkbar gewesen wären auch klassische Mehrgleichungsmodelle. Die Methode eignet sich vor allem bei interdependenten Beziehungen, wenn also entweder nicht klar ist welche Variable die abhängige oder unabhängige ist, oder wenn Regressoren einen stark modellendogenen Charakter aufweisen. Es geht also um mehrseitige Beziehungen zwischen Variablen.⁹⁶² Eine Möglichkeit hierbei ist sicherlich die abstrakte und sachlogische Interpretation von Ergebnissen.

⁹⁵⁵ Backhaus et al. 2016, S. 136; Eckstein 2016a, S. 241; Metz / Thome 2014, S. 1063.

⁹⁵⁶ Metz / Thome 2014, S. 1072.

⁹⁵⁷ Eckstein 2016b, S. 377.

⁹⁵⁸ Vgl. u. a. Thome 2005, S. 235; Stier 2001, S. 128.

⁹⁵⁹ Eckstein 2016b, S. 377; IBM 2011, S. 4.

⁹⁶⁰ Ebd., S. 4.

⁹⁶¹ Backhaus et al. 2016, S. 136; Eckstein 2016a, S. 241; Metz / Thome 2014, S. 1063.

⁹⁶² Vgl. Backhaus et al. 2016, S. 65.

Allerdings bieten Mehrgleichungsmodelle die Möglichkeit solchen Beziehungen auch statistisch Rechnung zu tragen. Allerdings spielt auch an dieser Stelle neben den Voraussetzungen das Analyseziel eine entscheidende Rolle. So kommen klassische Mehrgleichungsmodelle vor allem auch innerhalb von Wirkungsprognosen ökonometrischer Modelle zum Einsatz. Zwar werden damit auch wechselseitige Abhängigkeiten zwischen Variablen modelliert, aber vor allem im Kontext kausaler Prognoseverfahren.⁹⁶³ Trotzdem können damit Interdependenzen aufgeklärt werden, bzw. besser nachvollzogen werden, was für ähnlich komplexe Fragestellungen sicherlich vom Vorteil wäre.

Schließlich soll noch der Aspekt der Bereinigung von Trends aufgegriffen werden. In den vorliegenden Analysen wurden zeitliche Trends bewusst nicht eliminiert, um echte Entwicklungsverläufe einzubeziehen. Jedoch wären entsprechende Anpassungen möglich gewesen. Derartige durchaus legitime Datenmanipulationen sollten allerdings immer sehr gut überlegt sein, bzw. es gilt zwischen der Bedeutung einer Kurvenanpassung und der Bedeutung zentraler Trends abzuwägen.⁹⁶⁴ Und insbesondere bei der Analyse von Zeitreihen kann der ursprüngliche Trend ein entscheidendes Kriterium darstellen. In manchen Fällen kann es also vorteilhafter sein einen linearen Trendverlauf anzunehmen, obwohl ein nichtlinearer Verlauf erkannt wurde.⁹⁶⁵ Es handelt sich hierbei um sog. intrinsisch lineare Modelle, die mit einer linearen Regression gerechnet werden dürfen.⁹⁶⁶

Trotz der genannten Alternativen kann die hier entwickelte empirische Methode als eine angemessene Vorgehensweise im Kontext der Forschungsziele betrachtet werden, da damit der Frage nach einem empirisch nachweisbaren Zusammenhang und (Art des) Einflusses der Modernisierung auf die Sterblichkeitsentwicklung ergebnisreich begegnet werden konnte.

8.3 Fazit und Ausblick

Modernisierung hat einen theoretisch und empirisch nachweisbaren, multidimensionalen, höchst individuellen und in Teilen auch ambivalenten Einfluss auf bevölkerungsbezogene Prozesse. Die Sterblichkeit ist hierbei nur ein Beispiel im Kontext von Gesundheit. Und wie sich gezeigt hat, geht mit dem Komplex aus Modernisierung und Sterblichkeitsentwicklung ein vielschichtiger Ursache-Wirkungs-Prozess einher. Neben der Möglichkeit diesen Ansatz noch

⁹⁶³ Vgl. Ebd., S: 138f.

⁹⁶⁴ Paulßen 2009, S. 13.

⁹⁶⁵ Vgl. Backhaus et al. 2016, S. 142.

⁹⁶⁶ Ebd., S. 149. Es muss also immer auch abgewogen werden, inwiefern Anpassungen zur Beantwortung bestimmter Fragestellungen zweckmäßig sind.

weiter zu vertiefen, stellt sich nun aber auch die Frage nach der Verwendung der Ergebnisse für die Praxis, und zwar insbesondere vor dem Hintergrund der mit Modernisierung einhergehenden Herausforderungen wie dem demografischen oder epidemiologischen Wandel, vor allem aber den Mustern der Mortalität und damit unmittelbar zusammenhängenden Ursachen. Die Verwendung der Ergebnisse erweist sich als vielschichtig, und zwar sowohl für die Praxis, als auch für die Theorie, dessen sich nachfolgend näher gewidmet werden soll.

Die Konsequenzen auf politischer aber auch gesellschaftlicher Ebene sind vielfältig. Hierbei muss u. a. das soziale Sicherungssystem in Südkorea stabilisiert, aber auch weiter ausgebaut werden. Die seit den 1970er Jahren eingeführte Volksversicherung deckt aktuell nur einen minimalen Teil der Belange ab. Viele der Gesundheitsleistungen müssen also privat getragen werden, was sich insbesondere im Alter und aufgrund einer schlecht ausgebauten sozialen Sicherung nicht selten als schwierig erweist. Aber auch das Gesundheitswesen muss an die neuen Herausforderungen weiter angepasst werden. Es scheint, als hätte man über Jahrzehnte hinweg nur den positiven Konsequenzen der Modernisierung Beachtung geschenkt. Erst jüngst wird man sich auch der negativen Folgen bewusst. Somit werden weitere politische Strategien benötigt, welche den negativen Konsequenzen modernisierungsbedingter Umwandlungen entgegenwirken. Aus einem logischen Zusammenhang heraus kann sicherlich nicht allen negativen Effekten entgegengewirkt werden. Auch sind gewisse Effekte der Modernisierung nicht vermeidbar. Dennoch gilt es den Umgang damit und das Bewusstsein dafür zu verbessern, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Ungleichheitsdebatte. Hierbei sind auch die (zukünftigen) gesundheitlichen Herausforderungen gut abzuschätzen. Multimorbidität ist in diesem Zusammenhang nur ein Schlagwort von vielen. Dieses Phänomen betrifft vor allem auch ältere Bevölkerungsteile. Viele altersbedingte Krankheiten führten zur Mitte des 20ten Jahrhunderts noch meist zum Tod, während sie heutzutage gut behandelt werden können. Mit zunehmender Lebenserwartung aber nehmen auch die Behandlungsdauer und in der Folge auch die Kosten solcher Multimorbiditäten zu. Das wäre nur ein Beispiel für eine indirekte Konsequenz modernisierungsbedingter Vorgänge denen es institutionsübergreifend zu begegnen gilt. Hierzu könnte auch die internationale Zusammenarbeit verstärkt werden.

Um aber die Konsequenzen, bzw. die Tragweite der charakteristischen Umwälzungen in Südkorea im Zusammenhang mit Gesundheit richtig einschätzen zu können, gilt es vor allem die damit verbundene Nachfrage nach geeigneten Datenmaterial zu stillen. Für eine differenziertere empirische Auseinandersetzung ist vor allem auch die konsequente Erhebung von Daten über die Zeit notwendig. Grundsätzlich ist zu vermuten, dass die Nachfrage nach derartigen Datenmaterial vor allem auch seitens politischer und gesellschaftlicher Institutionen immer weiter ansteigen wird, insbesondere auch vor dem Hintergrund der immer noch

ausgeprägten ungleich verteilten Ressourcen in Südkorea. Hierbei müssen vor allem die benachteiligten Bevölkerungsgruppen fokussiert werden. Somit sind die hier vorgestellten Ergebnisse nicht nur für weitere Forschungsansätze dieser Art bedeutsam, sondern u. a. auch für praktische Bezüge wie bspw. die Finanzierung des Sozial- und Gesundheitssystems, vor allem aber für entsprechende politische Interventions- oder Präventionsmaßnahmen. Und im speziellen Bezug auf die Forschung sollte sich nunmehr auch verstärkt individuellen Entwicklungen gewidmet werden und dabei nicht mehr nur von „den Einen“ Ursachen und Konsequenzen in Bezug auf bevölkerungsbezogene Prozesse auszugehen. Zu empfehlen ist auch eine stärkere Eingliederung der Modernisierungsforschung in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs. Zwar bilden (medizin-)soziologische Ansätze bereits eine grundlegende Basis im Kontext von Public Health. Theoretische Ansätze der Modernisierungsforschung – insbesondere auch individuelle Raum/Zeit-spezifische Aspekte – sind bisher allerdings nur bedingt verarbeitet, was sicherlich auch an der Komplexität aller damit verbundenen Wirkungszusammenhänge liegt. Auswertbares Datenmaterial spielt sicherlich auch eine wesentliche Rolle. Ferner können auch entsprechende theoretische Ansätze anhand der erarbeiteten Inhalte ergänzt und erweitert werden.

Weiterhin gilt es den Diskurs zum Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit auch stärker international vergleichend anzulegen, wobei immer auch Aspekte wie die Vielfalt der Moderne und die damit verbundene Offenheit und Unvorhersehbarkeit gesellschaftlicher Entwicklungen eine Rolle spielen sollte. Zwar kann bereits anhand der theoretischen Rahmenbildung festgehalten werden, dass die Entwicklungen in Südkorea nur bedingt mit denen in anderen Ländern vergleichbar sind. Nichtsdestotrotz gilt es dem Thema noch weiter und auch mit alternativen Methoden zu begegnen. Hierbei ist sicherlich die Datenlage ein entscheidendes Kriterium. Allerdings dürfen auch die jeweiligen Rahmenbedingungen nicht außer Acht gelassen werden. Eine vergleichende Analyse würde also immer auch eine Auseinandersetzung mit den jeweiligen Raum/Zeit-spezifischen Entwicklungen erfordern, und zwar u. a. auf Ebene der Gesellschaft (Sozialstruktur, Politik, Kultur, Geschichte etc.); auf Individualebene (Genetik, Herkunft, Lebensstil, spezifisches Verhalten etc.); auf ökonomischer Ebene (Ernährung, Bildung, Infrastruktur, technischer und medizinischer Fortschritt, Gesundheitsversorgung, Wohnverhältnisse, etc.). Entscheidend hierbei sind vor allem auch entsprechende Interdependenzen. Im speziellen Bezug auf Public Health aber gilt es die Ergebnisse derartiger Analysen bei der Erstellung entsprechender bevölkerungsbezogener Ansätze unbedingt einzuplanen. Das gilt auch für bereits bestehende Ansätze, die es in der Anwendung individuell anzupassen gilt. Diese Schritte erscheinen insbesondere auch

dann als relevant, versteht man Public Health als „*the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts and informed choices of society, organisations, public and private, communities and individuals.*“⁹⁶⁷ Denn für alle hier genannten Aspekte spielen die jeweiligen kontextspezifischen Rahmenbedingungen eine entscheidende Rolle. Und nach deutscher Auslegung liegt hierbei die Verantwortung einerseits sicherlich bei der Politik, andererseits vor allem aber auch bei der Wissenschaft.⁹⁶⁸

Für den Verwertungszusammenhang dieser Arbeit kann also festgehalten werden, dass vor dem Hintergrund internationaler und damit verschiedenartiger Entwicklungen eine stärkere Auseinandersetzung mit diesen stattfinden muss, um Entwicklungen in Bezug auf Krankheit und Gesundheit transparenter und nachvollziehbarer zu machen, anstatt allein nur von den Erfahrungen der ersten Industrienationen auszugehen. Erst dadurch können übergreifende Maßnahmen – besonders auch soziale-, gesundheitspolitische, gesellschaftliche- und familiäre Ansätze – miteinander vereint werden, um Mustern der Mortalität und allen damit zusammenhängenden Faktoren in adäquater Weise zu begegnen. Denn bei dem Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit handelt es sich um ein im Laufe der Zeit immer komplexer gewordenes Zusammenhangsgefüge, weshalb nach individuell tragfähigen, nachhaltigen aber auch effizienten Ansätzen gesucht werden muss, um den situationsabhängigen Anforderungen angemessen begegnen zu können, und zwar vor allem auch in Bezug auf zukünftige Entwicklungen. Allein eine theoretische Auseinandersetzung hiermit reicht nicht aus. Es müssen auch empirische Verfahren weiterentwickelt werden, die auf eine Untersuchung und das Verständnis von Kausalzusammenhängen über die Zeit herabzielen. Eine angemessene Datengrundlage vorausgesetzt können die theoretisch erarbeiteten Aspekte sodann auch empirisch überprüft werden. Hierbei gilt es auch den Stellenwert einer konsequenteren und ausführlicheren Erfassung von Daten zu betonen, die eine empirische Annäherung an derartige Fragestellungen überhaupt erst ermöglichen.

Im speziellen Bezug auf Südkorea bedeutet dies, dass es einerseits die theoretischen Grundlagen stärker an die kontextspezifischen Bedingungen einer Region anzupassen gilt. Andererseits muss auch die Erfassung aber auch Nacherfassung bevölkerungsbezogener Daten konsequenter werden. Wie sich gezeigt hat werden Daten zu bestimmten Themengebieten erst seit jüngster Zeit in konsequenter Weise erfasst, was sich als nachteilig für eine ausführliche empirische Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand erwies, wenngleich die Analyseergebnisse zu jeder Zeit sachlogisch interpretierbar waren. Nichtsdestotrotz besteht hier

⁹⁶⁷ Achson Vgl. Winslow 1920, S. 30. Siehe hierzu auch Winslow 1926.

⁹⁶⁸ Vgl. Kälble 2007 S. 220.

noch ein Nachholbedarf. Ein weiterer Kritikpunkt wäre auch die in Teilen unübersichtliche Organisation der Erfassung bevölkerungsbezogener Daten in Südkorea. Zwar werden die Daten in Südkorea mithilfe eines staatlichen Informationsservices systematisiert, jedoch mangelt es insbesondere in Bezug auf länger zurückliegende Datenbestände an Transparenz und Konsistenz. Auch ist der Zugang für international Interessierte nicht immer barrierefrei, sodass bestimmte Forschungsansätze erschwert werden. Dabei unterschätzt man vielleicht sogar die Bedeutung der eigenen Entwicklungen im globalen Kontext und verspielt damit vielleicht sogar Möglichkeiten für eine bessere wissenschaftliche Vernetzung. Zur Verbesserung der Erfassung und des Umgangs mit derartigen Daten, könnten die Verfahrensweisen in Deutschland als Vorbild dienen. Dabei wären derartige Kooperationen kein absolutes Novum.⁹⁶⁹ In jedem Fall gilt es das Forschungsbestreben dahingehend zu fördern und zu fördern.

Weiterhin erscheint es als erstrebenswert den in dieser Arbeit gewonnenen theoretischen sowie auch empirischen Erkenntnissen mithilfe weiterführender deduktiver vor allem aber auch induktiver Verfahrensweisen nachzugehen. Hierzu gehören wie erwähnt alternative empirische Analysemethoden, vor allem aber eine Erweiterung und Ergänzung entsprechender Theoreme, und zwar insbesondere jener Entwürfe, die gemeinhin als grundlegend erachtet werden, aber seither nicht weiterentwickelt wurden. Hierbei geht es vor allem auch um die Falsifikation oder Bewährung theoretischer Aussagen, mit dem Ziel der Generierung neuen Wissens. In diesem Zusammenhang erscheint auch die Weiterführung des Modells zu den Hauptthemenkomplexen dieser Arbeit als wünschenswert. Denkbar wäre die Erarbeitung eines grundlegenden, gleichzeitig aber auch um individuelle Voraussetzungen austauschbaren und somit flexiblen Modells zum Zusammenhang zwischen Modernisierung und Gesundheit. In jedem Fall kann in dieser Hinsicht von noch ausreichend Forschungsbedarf gesprochen werden.

Die Entwicklungen in Südkorea sind nicht nur beeindruckend, sondern bieten nach wie vor genügend Forschungspotenzial. Wollte man den Forschungsstand zu den Entwicklungen in Südkorea im speziellen Bezug auf Public Health relevante Themen beurteilen, scheint man Südkorea international aber tatsächlich nur wenig Priorität einzuräumen, obwohl man „(...) *in seiner Geheimnislosigkeit allen offen vor Augen liegt*“.⁹⁷⁰ Insbesondere vor dem Hintergrund einer globalen Public Health Debatte sollte die Forschung dahingehend intensiviert werden.

Die hier erarbeiteten Zusammenhänge könnten auch als Grundlage zur Ergänzung und Erweiterung einiger der in dieser Arbeit verwendeten Theoreme verwendet werden. Das betrifft insbesondere diejenigen Ansätze, bei denen die Autoren selbst von einem unbedingten

⁹⁶⁹ Vgl. BiB 2016, S. 53ff.

⁹⁷⁰ Siemons 2011, S. 1.

Weiterentwicklungsbedarf ausgehen, wie es bspw. für das Konzept der komprimierten Moderne oder für die Theorie der Sterblichkeitsentwicklung ausgewiesen ist.⁹⁷¹ Zwar stellte dieser Schritt kein primäres Ziel der vorliegenden Auseinandersetzung dar, allerdings könnten die hier verwandten Ansätze mithilfe der erarbeiteten Zusammenhänge durchaus bereichert werden, und zwar sowohl in Bezug auf ein sehr Raum/Zeit-spezifisches Modell, wie eben das der komprimierten Moderne, aber auch im Hinblick auf eine grundlegende Auseinandersetzung, wie es innerhalb der Theorie zur Sterblichkeitsentwicklung vorzufinden ist. Wie erwähnt, soll dieser Schritt vorliegend zwar nicht gegangen werden, die Ausführungen sollen aber als Grundlage für entsprechende Ambitionen dienen.

Es ist anzunehmen, dass in den nächsten Jahrzehnten viele weitere Staaten ähnliche Modernisierungspfade einschlagen werden. Wenngleich die Voraussetzungen in Südkorea nur bedingt mit denen anderer Länder vergleichbar sind, so kann daraus dennoch ein disziplin- und praxisübergreifender Mehrwert generiert werden. Schließlich gilt es aber auch die Wirkungszusammenhänge in Südkorea gänzlich verstehbar zu machen, um den Konsequenzen adäquat gegenüberzutreten zu können. Eine engere ebenenübergreifende internationale Zusammenarbeit wäre hierbei wünschenswert. Vor diesem Hintergrund und die Arbeit beschließend sei schließlich noch auf das im Anhang stehende Plädoyer für ein größeres Öffentlichkeitsinteresse an Südkorea hingewiesen.

⁹⁷¹ Chang 2010a, S. 10ff; Höpflinger 2012, S. 173.

Quellenverzeichnis

Monografien:

- Aberger, M. (2013):** Die 8 häufigsten Volkskrankheiten: Eine Einführung in Ursachen, Anzeichen, Prognose, Diagnostik, Therapie und Prophylaxe. Books on Demand, Norderstedt.
- Adriaansens, H. P. M. (1981):** Talcott Parsons and the Conceptual Dilemma. Routledge & Kegan Paul Ltd., London.
- Alber, J. (1989):** Nationalsozialismus und Modernisierung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie | 41, Opladen.
- Antonovsky, A. (1987):** Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1979):** Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco.
- Backhaus, K. / Erichson, B. / Plinke, W. / Weiber, R. (2016):** Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung. 14. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.
- Bayer, K. (1998):** Evolution, Kultur, Sprache – Eine Einführung. 2. Ergänzte Auflage. Brockmeyer Verlag, Bichum.
- Beck, U. / Giddens, A. / Lash, S. (1996):** Reflexive Modernisierung – Eine Kontroverse. Auflage 6. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M.
- Beck, U. (1986):** Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne. Erste Auflage, Erstausgabe. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M.
- Bellebaum, A. (2001):** Soziologische Grundbegriffe. 13. Aktualisierte Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.
- Berger, P. L. (1986):** The Capitalist Revolution – Fifty Propositions about prosperity, Equality and liberty.
- Birg, H. (2004):** Die Weltbevölkerung – Dynamik und Gefahren. 2. Aktualisierte Auflage. Verlag C. H. Beck, München.
- Borgetto, B. / Kälble, K. (2007):** Medizinsoziologie – Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und Gesundheitssystem. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Bormann, C. (2012):** Gesundheitswissenschaften – Einführung. UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz und München.
- Breckenkamp, J. (2010):** Was ist Public Health? In: Gerhardus, A. et al. (Hg) Evidence-based Public Health. Hans Huber Verlag, Hogrefe AG, Bern.
- Chang, K-S. (2010b):** South Korea under Compressed Modernity – Familial political economy in transition. Routhledge Taylor & Francis Group, London and New York.
- Cho, S-H. (2001):** Anders altern Oder – Erfolgreich und glücklich altern in Deutschland und Südkorea. Dissertation, Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Köln.
- Cho, H-O. (1999):** Soziale Bewegung in Korea. POLITICA – Schriftenreihe zur politischen Wissenschaft, Band 36, Hamburg.
- Choung, K-Y. (1991):** Einfluss und Bedeutung der Modernisierungstheorien am Beispiel Südkoreas. Dissertation, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Universität Tübingen.

- Dawson, A. / Verweij, M. (2009):** Ethics, Prevention and Public Health – Issues in Biomedical Ethics. Oxford University Press, USA.
- Degele, N. / Dries, C. (2005):** Modernisierungstheorie – Eine Einführung. Wilhelm Fing Verlag GmbH & Co. KG.
- Deutscher Soziologentag (1991):** Die Modernisierung moderner Gesellschaften. Campus Verlag, Verhandlungen des 25. Deutschen Soziologentags, Frankfurt am Main.
- Eckardt, A. (1951):** Unter dem Odongbaum. Erich Röth Verlag, Einsenach.
- Eckstein, P. P. (2016a):** Angewandte Statistik mit SPSS – Praktische Einführung für Wirtschaftswissenschaftler. 8. überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Eckstein, P. P. (2016b):** Statistik für Wirtschaftswissenschaftler – Eine realdatenbasierte Einführung in SPSS. 5. aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Egger, M. / Razum, O. (2012):** Public Health – Sozial- und Präventivmedizin Kompakt. Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin/Boston.
- Eggert, M. / Plassen, J. (2005):** Kleine Geschichte Koreas. Beck Verlag, München.
- Eisenstadt, S. N. (2011):** Die Vielfalt der Moderne. 3. Auflage. Verlag Velbrück Wissenschaft, Weilerstwis.
- Feichtinger, G. (1973):** Bevölkerungsstatistik. Walter de Gruyter Verlag & Co., Berlin.
- Flick, U. (2002):** Innovation durch New Public Health. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen.
- Flora, P. (1974):** Modernisierungsforschung – Zur empirischen Analyse der gesellschaftlichen Entwicklung. Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen.
- Göthel, I. (1996):** Der Untergang des alten Koreas. Harrassowitz Verlag, Wiesbaden.
- Holzinger, M. (2007):** Kontingenz in der Gegenwartsgesellschaft – Dimensionen eines Leitbegriffs moderner Sozialtheorie. Transcript Verlag, Bielefeld.
- Höpflinger, F. (2012):** Bevölkerungssoziologie – Eine Einführung in bevölkerungssoziologische Ansätze und demographische Prozesse. 2. Auflage. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel.
- Hurrelmann, K. / Richter, M. (2013):** Gesundheits- und Medizinsoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. überarbeitete Auflage, Beltz Juventa, Weinheim und Basel.
- Hurrelmann, K. (2010):** Gesundheitssoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Hurrelmann, K. (1988):** Sozialisation und Gesundheit – Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Hwang, K-M. (2010):** A History of Korea – An Episodic Narrative. Palgrave Macmillan, London.
- Inglehart, R. (1998):** Modernisierung und Postmodernisierung – Kultureller, wirtschaftlicher und politischer Wandel in 43 Gesellschaften. Aus dem Engl. Von Ivonne Fischer. Campus Verlag, Frankfurt a. M. / New York.

- Janelli, R. / Yim, D. (1993):** Making Capitalism – The Social and Cultural Construction of a South Korean Conglomerate. Stanford University Press, Stanford.
- Janssen, J. / Laatz, W. (2017):** Statistische Datenanalyse mit SPSS – Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests. 9., überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer Gabler, Berlin.
- KEID – Koreanisches Erziehungsinstitut Deutschland (2008):** Einfach Koreanisch. 2. überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main.
- Kim, T-K. (2011):** Die koreanische Modernisierung im Zeitalter von Globalisierung. Dissertation, Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Verlag Dr. Kovac GmbH, Hamburg.
- Kim, I-S. (2010a):** Genese und Geschichte der Politikwissenschaft in Korea – Ihre Entwicklungsgeschichte im Spannungsfeld konfuzianistischer Tradition und amerikanischem Wissenschaftsverständnis. Dissertation, Fachbereich Sozialwissenschaften, Ruhr-Universität Bonn.
- Kim, H-Y. (2004):** Koreanische Geschichte – Einführung in die koreanische Geschichte von der Vorgeschichte bis zur Moderne. Asgard Verlag, Bonn.
- Kim, M-O. / Jaffe, S. (2010):** The New Korea – An Inside Look at South Korea’s Economic Rise. American Management Association, New York.
- Kim, M-S. (1999):** Die Ambivalenz der Demokratie in Südkorea. Tectum Verlag, Marburg.
- Kindermann, G.-H. (2005):** Der Aufstieg Koreas in der Weltpolitik – Von der Landeseröffnung bis zur Gegenwart. Olzog Verlag GmbH, München.
- Kirchberg, D. (2012):** Der Aufstieg der Tigerstaaten im 20. Jahrhundert – Eine historische Analyse. Akademikerverlag GmbH, Saarbrücken.
- Kolip, P. (2002):** Gesundheitswissenschaften – Eine Einführung. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Köllner, P. / Kern, T. (2005):** Südkorea und Nordkorea – Einführung in Geschichte, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Campus Verlag GmbH, Frankfurt.
- Kreisky, E. / Sauer, B. (1997):** Das geheime Glossar der Politikwissenschaft. Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main; New York.
- Kwaak, S-H. (2000):** Modernisierung im Kontext asiatischer Gesellschaft – Eine feministische Reflexion. Inaugural-Dissertation, Philosophische Fakultäten der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Kwon, O-Y. (2010):** The Korean Economy in Transition – An Institutional Perspective. Edward Elgar Publishing, Cheltenham UK/Northampton, MA, USA.
- Kwon, T-H. / Lee, H-Y. / Chang, Y-S. / Yu, E-Y. (1975):** The Population of Korea. The Population and Development Studies Center, Seoul National University, C.I.C.R.E.D. Series.
- Lahusen, C. / Stark, C. (2000):** Modernisierung – Einführung in die Lektüre klassisch-soziologischer Texte. Oldenbourg Verlag GmbH, München.
- Langenohl, A. (2007):** Tradition und Gesellschaftskritik – Eine Rekonstruktion der Modernisierungstheorie. Campus Verlag, Frankfurt / New York.
- Lee, K-B. (1984):** A new history of Korea. Ilchokak, Seoul.
- Lee, S-J-H. (2007):** Altenhilfe in Korea – Ein Beitrag zur Modernisierungsforschung. Dissertation, Fachbereich IV, Universität Trier.

- Lie, J. (1998):** Han Unbound – The Political Economy of South Korea. Stanford University Press, Stanford.
- Loo, H. / Reijen, W. (1992):** Modernisierung – Projekt und Paradox. Deutsche Erstausgabe. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG (DTV), München.
- Lubkin, I. M. (2002):** Chronisch Kranksein – Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. 1. übersetzte Auflage. Hans Huber Verlag, Bern.
- Mergel, T. / Welskopp, T. (1993):** Geschichte zwischen Kultur und Gesellschaft – Beiträge zur Theoriedebatte. C. H. Beck Verlag, München.
- Nohlen, D. (1997):** Lexikon der Politik – Die östlichen und südlichen Länder. 7 Bände, Sonderausgabe, Band 4. C. H. Beck Verlag, München.
- Pallant, J. (2005):** SPSS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows. Allen & Unwin, Crows (Australia).
- Park, Y-H. (1979):** Ursachen und Auswirkungen des japanischen Subimperialismus – Dargestellt anhand der Öffnung, Eroberung und Kolonialisierung Koreas, 1879 – 1945. Dissertation-Inaugural, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a. M.
- Parsons, T. (1985):** Das System moderner Gesellschaften. Juventa Verlag, Weinheim / München.
- Parsons, T. (1975):** Gesellschaften. Suhrkamp Verlag KG, Frankfurt.
- Pechmann, M. (2008):** Koreas Modernisierungsproblem – Eine Untersuchung des koreanischen Modernisierungsprozesses zwischen den Jahren 1876 – 1945. VDM Verlag, Saarbrücken.
- Polanyi, K. (1997):** The Great Transformation – Politische und ökologische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- PONS (2006):** Großwörterbuch Deutsch als Fremdsprache. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.
- Pschyrembel, W. (1997):** Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. De Gruyter: Berlin.
- Reith, J. (2010):** Pflege und Betreuung älterer Menschen im Kontext Intergenerationaler Unterstützung – Eine quantitative und qualitative Analyse sozialstruktureller Bedingungen. Masterarbeit, Universität Bielefeld.
- Schimany, P. (2003):** Die Alterung der Gesellschaft – Ursachen und Folgen des demographischen Umbruchs. Campus Verlag, Frankfurt / Main.
- Schluchter, W. (1983):** Max Webers Studie über Konfuzianismus und Taoismus – Interpretation und Kritik. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M.
- Schmid, M. (1998):** Soziales Handeln und strukturelle Selektion – Beiträge zur Theorie sozialer Systeme. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Schneider, S. (2002):** Lebensstil und Mortalität – Welche Faktoren bedingen ein langes Leben? 1. Auflage April 2002, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.
- Schneidewind, D. (2013):** Wirtschaftswunderland Südkorea. Springer Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Schoeck, H. (1970):** Kleines soziologisches Wörterbuch. 2. Auflage. Verlag Herder KG, Freiburg im Breisgau.
- Schubert K. / Klein, M. (2011):** Das Politiklexikon – Begriffe, Fakten, Zusammenhänge. 5. aktualisierte und erweiterte Auflage. Verlag JHW Dietz Nachf. GmbH, Bonn.

- Schwekendiek, D. J. (2016):** South Korea – A Socioeconomic Overview from the Past to Present. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York.
- Schwitzer, K. (2010):** Kulturelle Grundlagen der Medialisierung in Südkorea – Eine quantitative Studie am Beispiel der Fernsehnutzung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden.
- Shin, J-W. (2005):** Modernisierung und Zivilgesellschaft in Südkorea – Zur Dynamik von Gewalt und Heiligkeit in der modernen Politik. Deutscher Universität Verlag / GWV Fachvelage GmbH, Wiesbaden.
- Shin, H-S. (2009):** Koreanische Geschichte – Leicht verständlich. Gesellschaft zur Weiterbildung von Auslandskoreanern, Seoul.
- Siegrist, J. (2005):** Medizinische Soziologie. 6. Auflage, Urban und Fischer Verlag, München und Jena.
- Sklenar, A. (2013):** Die Ökonomie der Tigerstaaten seit 1997. Books on Demand, Norderstedt.
- Song, B-N. (1990):** The Rise of the Korean Economy. Oxford University Press, Oxford.
- Stier, W. (2001):** Methoden der Zeitreihenanalyse. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg.
- Stollberg, G. (2001):** Medizinsoziologie. Transcript Verlag, Bielefeld.
- Strasser, H / Randall, C. (1979):** Einführung in die Theorien des sozialen Wandels. Hermann Luchterhand Verlag GmbH& Co. KG, Darmstadt und Neuwied.
- Straßer, A. (2013):** Militärdiktaturen im 20. Jahrhundert – Motivation, Herrschaftstechnik und Modernisierung im Vergleich. Springer VS, Wiesbaden.
- Tesak, J. (2005):** Medizinische Soziologie und Sozialmedizin. 2. Auflage. Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein.
- Thome, H. (2005):** Zeitreihenanalyse – Eine Einführung für Sozialwissenschaftler und Historiker. Oldenburg Wissenschaftsverlag GmbH, München/Wien.
- Trojan, A. / Legewie, H. (2001):** Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung – Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS-Verlag, Frankfurt/Main.
- Waller, H. (2002):** Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Wehler, H. U. (1975):** Modernisierung und Geschichte. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen.
- Weymann, A. (1998):** Sozialer Wandel – Theorien zur Dynamik der modernen Gesellschaft. Juventa Verlag, Weinheim/München.
- Nicolaus, S. (2007):** Demographische Alterung in Japan – Ursachen und Konsequenzen des soziokulturellen und demographischen Wandels aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Bachelorarbeit, Universität Bielefeld.
- Zapf, W. (1994):** Modernisierung, Wohlfahrtentwicklung und Transformation. Soziologische Aufsätze 1987 bis 1994, Edition Sigma Verlag, Berlin.
- Zapf, W. (1971):** Theorien des sozialen Wandels. 3. Auflage. Verlag Kiepenheuer & Witsch, Berlin / Köln.

Sammelbände (Hg)

- Anderson, R., Kickbusch, I. (1990):** Health promotion – A resource book. WHO, Kopenhagen.
- Anderson, U. / Woyke, W. (2009):** Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. 6. Auflage. Verlag Leske+Budrich, Opladen.
- Baur, N. / Blasius, J. (2014):** Handbuch der Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Banwell, C. / Ulijaszek, S. / Dixon, J. (2013):** When Culture impacts Health – Global Lessons for Effective Health Research. Academic Press Elsevier Inc., London, Waltham, San Diego.
- Bockhorst, H. / Reinwand, V.-I. / Zacharias, W. (Hg) (2012):** Handbuch Kulturelle Bildung. Kessler Druck+Medien, Bobingen.
- Brand, A. / Schröder, P. / Bara, A. / Dabrock, P. / Kälble, K. / Ott, N. / Wewetzer, C. / Brand, H. (2007):** Genetik in Public Health – Teil 1: Grundlagen von Genetik und Public Health. Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD), Wissenschaftliche Reihe, Bielefeld.
- BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003):** Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.
- Chang, Y-S. / Lee, S. H. (2006):** Transformation in Twentieth Century Korea. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York.
- Chang, Y-S. (1980):** Korea – A Decade of Development. The Population and Development Studies Center, Seoul National University.
- Chei, W-J. (2004):** Aspekte der koreanischen Kultur und Gesellschaft. Ins deutsche übersetzte Auflage, Ardey Verlag.
- Derichs, C. / Heberer, T. (2006):** Die politischen Systeme Ostasiens – Eine Einführung. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer VS Verlag, Wiesbaden.
- Detels, R. / Beaglehole, R. / Lansang, M. A. / Culliford, M. (2011):** Oxford Textbook of Public Health. Fifth Edition. Oxford University Press, New York.
- Endruweit, E. / Trommsdorf, G. (2002):** Wörterbuch der Soziologie. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.
- Fuchs-Heinritz, W. / Klimke, D. / Lautmann, R. / Rammstedt, O. / Stäheli, U. / Weischer, C. / Wienold, H. (2011):** Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Gerhardus, A. / Breckenkamp, J. / Razum, O. / Schmacke, N. / Wenzel, H. (2010):** Evidence-based Public Health. Hans Huber Verlag, Hogrefe Ag, Bern.
- Giddens, A. / Fleck C. / Egger de Campo, M. (2009):** Soziologie. 3. überarbeitet, aktualisierte Auflage. Nausner & Nausner Verlag, Graz-Wien.
- Götz, D. / Haensch, G. / Wellmann, H. (2008):** Langenscheidt Großwörterbuch Deutsch als Fremdsprache. Neubearbeitung in Zusammenarbeit mit der Langenscheidt Redaktion. Langenscheidt KG, Berlin und München.
- Holtmann, E. / Gabriel, W. (2005):** Handbuch Politisches System der Bundesrepublik Deutschland. 3. Auflage. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München.

- Hurrelmann, K. (2012):** Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Killewo, J. / Heggenhougen, H. K. / Quah, S. R. (2010):** Epidemiology and Demography in Public Health. San Diego, CA, Academic Press/Elsevier.
- Kim, Y. (2017):** The Routledge Handbook of Korean Culture and Society. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York.
- Klie, T. / Buhl, A. / Entzian, H. / Schmidt, R. (2003):** Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive. 1. Auflage, Mabuse Verlag.
- Klingebiel-Motel, A. / von Kondratowitz, H.-J. / Tesch-Römer, C. (2002):** Lebensqualität im Alter – Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Leske und Budrich Verlag, Opladen.
- Korte, H. / Schäfers, B. (2010):** Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. 8. durchgelesene Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GMV Fachverläge GmbH, Wiesbaden.
- Mason, E. S. / Kim, M.-J. / Perkins, D. P. / Kim, K.-S. / Cole, D. C. / Jones, L. / Sakong, I. / Snodgrass, D. R. / McGinn, N. F. (1980):** The Economic and Social Modernization of the Republic of Korea. Second Edition. Council on East Asian Studies, Harvard University.
- Merson, M. H. / Black, R. E. / Mills, A. (2012):** Global Health – Diseases, Programs, Systems and Policies. 3. Auflage, Jones & Barlett Learning, USA/Canada/UK.
- Novick L. F. / Morrow, C. B. / Mays, G. P. (2008):** Public Health Administration – Principles for Population-Based Management. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers Inc., Canada.
- Oesterdiekhoff, G. W. (2014):** Lexikon der soziologischen Werke. 2. Auflage. Springer VS, Wiesbaden.
- Park, S.-J. / Shin, T. / Zo, K.-Z. (1980):** Economic Development and Social Change in Korea. Campus Verlag, Frankfurt/New York.
- Reinhold, G. (1997):** Soziologie-Lexikon. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. R. Ouldenbourg Verlag, München.
- Riekert, K. A. / Ockene, J. K. / Pbert, L. (2014):** The Handbook of Health Behavior and Change. 4. Edition, Springer Publishing Company New York.
- Schumpelick, V. / Vogel, B. (2009):** Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft. Verlag Herder, Freiburg.
- Schwartz, F. W. / Walter, U. / Siegrist, J. / Kolip, P. / Leidl, R. / Dierks, M. L. / Busse, R. / Schneider, N. (2012):** Public Health – Gesundheit und Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage. Urban und Fischer Verlag, München und Jena.
- Springer Gabler Verlag (2012):** Gabler kompakt-Lexikon Wirtschaft. 11. Aktualisierte Auflage. Springer Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Tesch-Römer, C. / Engstler, H. / Wurm, S. (2006):** Altwerden in Deutschland – Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Waters, M. (2006):** Modernity – Critical Concepts. Bd. 1 – Modernization. Digital Print Ed. 2006. Routledge, London.

Werning, R. (1988): Südkorea – Politik und Geschichte im Land der Morgenstille. Pahl-Rugenstein Verlag, Köln.

WHO (2000): Historical epidemiology – mortality decline, and old and new transitions in health. World Health Statistics Quarterly, Vol. 53, No. 2/3/4, 1998 (A special issue to commemorate the 50th anniversary of WHO).

Beiträge innerhalb von Sammelbänden:

Akreml, L. (2014): Stichprobenziehung in der qualitativen Forschung. In: Baur, N. / Blasius, J. (2014): Handbuch der Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden. S. 265-282.

Badura, B. / Knesebeck, O. (2012): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K. (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Juventa Verlag, Weinheim und München. S. 187-214.

Balla, B. (2002): Fortschritt. In: Endruweit, E. / Trommsdorf, G. (2002): Wörterbuch der Soziologie. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart. S. 159-160.

Banwell, C. / Ulijaszek, S. / Dixon, J. (2005): When culture Impacts Health. In: Banwell, C. / Ulijaszek, S. / Dixon, J. (2005): When Culture Impacts Health – Global Lessons for Effective Health Research. Academic Press Elsevier Inc., London, Waltham, San Diego. S. 1-11.

Bauer, H. (2009): „Volkskrankheiten“ – Begriffsbestimmungen aus Sicht der Medizin. In: Schumpelick, V. / Vogel, B. (2009): Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft. Verlag Herder, Freiburg, S. 80-97.

Berger, P. L. (1988): An East Asian Development Model? In: Fortschritt. In: Waters, M. (2006): Modernity – Critical Concepts. Bd. I Modernization. Digital Print 2006. Routledge, London. S. 496-504.

Bornschie, C. (2002): Wandel, sozialer. In: Endruweit, E. / Trommsdorf, G. (2002): Wörterbuch der Soziologie. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart. S. 681-686.

Chang, K-S. (2017): Compressed modernity in South Korea – constitutive dimensions. In: Kim, Y. (2017): The Routledge Handbook of Korean Culture and Society. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York. S. 31-47.

Croissant, A. (2006): Südkorea – Von der Militärdiktatur zur Demokratie In: Derichs, C. / Heberer, T. (2006): Einführung in die politischen Systeme Ostasiens. Unveränderter Nachdruck der 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 225-269.

Deetjen, G. (2002): Indikatoren, kulturelle. In: Endruweit, E. / Trommsdorf, G. (2002): Wörterbuch der Soziologie. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart. S. 224-225.

Degele, N. (2002): Modernisierung. In: Endruweit, E. / Trommsdorf, G. (2002): Wörterbuch der Soziologie. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart. S. 376-377.

- Deger, P. (2014):** Oburn, William Fielding – Kultur und sozialer Wandel – Ausgewählte Schriften. In: Oesterdiekhoff, G. W. (2014): Lexikon der soziologischen Werke. 2. Auflage. Springer VS, Wiesbaden. S. 557-558.
- Detels, R. / Breslow. L. (2011):** Current Scope of Concerns in Public Health. In: Detels, R. / Beaglehole, R. / Lansang, M. A. / Culliford, M. (2011): Oxford Textbook of Public Health. Fifth Edition. Oxford University Press, New York.
- Fuchs, M. (2012):** Kulturbegriffe, Kultur der Moderne, kultureller Wandel. In: Bockhorst, H. / Reinwand, V.-I. / Zacharias, W. (2012): Handbuch Kulturelle Bildung. Kessler Druck+Medien, Bobingen. S. 63-67.
- Fuchs-Heinritz, W. (2011):** Kultur. In: / Klimke, D. / Lautmann, R. / Rammstedt, O. / Stäheli, U. / Weischer, C. / Wienold, H. (2011): Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 384-385.
- Glatzer, W. (2002):** Sozialstruktur. In: Endruweit, E. / Trommsdorf, G. (2002): Wörterbuch der Soziologie. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart. S. 534-538.
- Han, G-S. / Choi, S-J. (2004):** Die Sozialpsychologie des menschlichen Umgangs in Südkorea. In: Chei, W-J. (2004): Aspekte der koreanischen Kultur und Gesellschaft. Ins deutsche übersetzte Auflage, Ardey Verlag. S. 61-96.
- Hancock, T. (1990):** The mandala of health – a model of the human ecosystem. In: Anderson, R., Kickbusch, I. (1990): Health promotion – A resource book. WHO, Kopenhagen. S. 129-138.
- Hoff, A. (2006):** Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel. In: Tesch-Römer, C. / Engstler, H. / Wurm, S. (Hg.) (2006): Altwerden in Deutschland – Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 231-287.
- Holtmann, E. (2005):** „Tradition“ und „Modernisierung“ als entwicklungsgeschichtliche Leitbegriffe. In: Holtmann, E. / Gabriel, W. (2005): Handbuch Politisches System der Bundesrepublik Deutschland. 3. Auflage. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München. S. 5-6.
- Homann, H. (1997):** Geschichte und Gesellschaft. In: Reinhold, G. (1997): Soziologie-Lexikon. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. R. Oldenbourg Verlag, München. S. 210-214.
- Hüllmann, K. H. (1997):** Soziale Werte. In: Reinhold, G. (1997): Soziologie-Lexikon. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. R. Oldenbourg Verlag, München. S. 593-596.
- Jakubowski, E. (2012):** Public Health in Europa. In: Schwartz, F. W. / Walter, U. / Siegrist, J. / Kolip, P. / Leidl, R. / Dierks, M. L. / Busse, R. / Schneider, N. (2012): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswissenschaften. 2. Auflage. Urban und Fischer Verlag, München und Jena. S. 11-15.
- Kälble, K (2007):** Public Health in Deutschland – Entwicklung und Entwicklungsstand. In: Brand, A. / Schröder, P. / Bara, A. / Dabrock, P. / Kälble, K. / Ott, N. / Wewetzer, C. / Brand, H. (Hg.) (2007): Genetik in Public Health – Teil 1: Grundlagen von Genetik und Public Health. Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD), Wissenschaftliche Reihe, Bielefeld, S. 218–224.
- Kim Choe, M. (2006):** Modernization, gender roles, and marriage behavior in South Korea. In: Chang, Y-S. / Lee, S. H. (2006): Transformation in Twentieth Century Korea. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York. S. 293-309.

- Klein, G. (2010):** Kultur. In: Korte, H. / Schäfers, B. (2010): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. 8. durchgelesene Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GMV Fachverläge GmbH, Wiesbaden. S. 236-352.
- Klingebiel-Motel, A. / von Kondratowitz, H.-J. / Tesch-Römer, C. (2002):** Unterstützung und Lebensqualität im Alter. In: Klingebiel-Motel, A. / von Kondratowitz, H.-J. / Tesch-Römer, C. (Hg.) (2002): Lebensqualität im Alter – Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Leske und Budrich Verlag, Opladen. S. 201-202.
- Kropp, S. (2005):** „Regieren“ – Annäherung an einen amorphen Begriff. In: Holtmann, E. / Gabriel, W. (2005): Handbuch Politisches System der Bundesrepublik Deutschland. 3. Auflage. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München. S. 129 – 131.
- Kwon, T.-H. (1980):** Population Change. In: Chang, Y.-S. (1980): Korea – A Decade of Development. The Population and Development Studies Center, Seoul National University. S. 51-77.
- Land, K. C. / Lamb, V. L. (2008):** Demography of Aging. In: Killewo, J. / Heggenhougen, H. K. / Quah, S. R. (2010): Epidemiology and Demography in Public Health. San Diego, CA, Academic Press/Elsevier. S. 409-414.
- Lee, G.-J. (1998):** Alltag und Flucht in die Alkoholkultur. In: Chei, W.-J. (2004): Aspekte der koreanischen Kultur und Gesellschaft. Ins deutsche übersetzte Auflage, Ardey Verlag. S. 29-44.
- Lee, H.-Y. (1980):** Traditional family and it's transformation. In: Park, S.-J. / Shin, T. / Zo, K.-Z. (1980): Economic Development and Social Change in Korea. Campus Verlag, Frankfurt/New York. S. 301-314.
- Lee, M.-G. (1980):** Characteristics of Social Change. In: Park, S.-J. / Shin, T. / Zo, K.-Z. (1980): Economic Development and Social Change in Korea. Campus Verlag, Frankfurt/New York. S. 273-287.
- Lee, Y.-H. (1988):** Kwangju im Blutmai 1980 – Massaker im Namen der nationalen Sicherheit. In: Werning, R. (1988): Südkorea – Politik und Geschichte im Land der Morgenstille. Pahl-Rugenstein Verlag, Köln. S. 66-74.
- Lüdtke, H. (2011):** Sozialstruktur. In: Fuchs-Heinritz, W. / Klimke, D. / Lautmann, R. / Rammstedt, O. / Stäheli, U. / Weischer, C. / Wienold, H.: Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 632-633.
- Massing, P. (2009):** Politisches System. In: Anderson, U. / Woyke, W. (2009): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. 6. Auflage. Verlag Leske+Budrich, Opladen. S. 577-581.
- Mathe, T. (2005):** Medizinische Soziologie und Sozialmedizin. In: Tesak, J. (2005): Medizinische Soziologie und Sozialmedizin. 2. Auflage. Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein. S. 86.
- Mergel, T. (1993):** Geht es weiterhin voran? – Die Modernisierungstheorie auf dem Weg zu einer Theorie der Moderne. In: Mergel, T. / Welskopp, T. (1993): Geschichte zwischen Kultur und Gesellschaft – Beiträge zur Theoriedebatte. C. H. Beck Verlag, München 1993, S. 207-209.
- Metz, T. / Thome, H. (2014):** Zeitreihenanalyse. In: Baur, N. / Blasius, J. (Hg): Handbuch der Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden. S. 1063-1076.

- Meuser, M. (2011):** Risikogesellschaft. In: Fuchs-Heinritz, W. / Klimke, D. / Lautmann, R. / Rammstedt, O. / Stäheli, U. / Weischer, C. / Wienold, H. (2011): Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 579.
- Novick, L. F. / Morrow, C. B. (2008):** Defining Public Health – Historical and Contemporary Developments. In: Novick, L. F. / Morrow, C. B. / Mays, G. P. (2008): Public Health Administration – Principles for Population-Based Management. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers Inc., Canada. S. 1-32.
- Olshansky, S. J. / Carnes, B. A. / Rogers, R. G. / Smith, L. (2000):** Emerging infectious diseases – the Fifth stage of the epidemiologic transition. In: WHO (2000): Historical epidemiology – mortality decline, and old and new transitions in health. World Health Statistics Quarterly, Vol. 53, No. 2/3/4, 1998 (A special issue to commemorate the 50th anniversary of WHO), S. 99-216.
- Omran, A. R. (1999):** The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. In: WHO (2000): Historical epidemiology – mortality decline, and old and new transitions in health. World Health Statistics Quarterly, Vol. 53, No. 2/3/4, 1998 (A special issue to commemorate the 50th anniversary of WHO), S. 99-120.
- Penk, A. / Marx, P. / Rahmen, A. (2009):** Volkskrankheiten im Wandel der gesellschaftlichen Entwicklung – Medizinische und pharmazeutische Forschung im Übergang von der Industrie- und Wissenschaftsgesellschaft. In: Schumpelick, V. / Vogel, B. (Hg.) (2009): Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft. Verlag Herder, Freiburg, S. 421-441.
- Pötschke, M. (2014):** Mehrebenenanalyse. In: Baur, N. / Blasius, J. (2014): Handbuch der Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden. S. 1101-1115.
- Rammstedt, O. (2011):** Entwicklung | Fortschritt | Geschichtssoziologie | Wandel, sozialer. In: Fuchs-Heinritz, W. / Klimke, D. / Lautmann, R. / Rammstedt, O. / Stäheli, U. / Weischer, C. / Wienold, H. (2011): Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 172, 212, 239, 453, 747.
- Riegel, K. G. (1997):** Modernisierung. In: Reinhold, G. (1997): Soziologie-Lexikon. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. R. Ouldenbourg Verlag, München. S. 443-445.
- Rosal, M. C. / Wang, M. L. / Bodenlos, J. S. (2014):** Culture, Behavior and Health. In: Riekert, K. A. / Ockene, J. K. / Pbert, L. (2014): The Handbook of Health Behavior and Change. 4. Edition, Springer Publishing Company New York. S. 109-136.
- Schoene, W. (2011):** Kulturwandel. In: Fuchs-Heinritz, W. / Klimke, D. / Lautmann, R. / Rammstedt, O. / Stäheli, U. / Weischer, C. / Wienold, H. (2011): Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 391.
- Schwartz, F. W. :** Public Health-Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung – Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz, F. W. / Walter, U. / Siegrist, J. / Kolip, P. / Leidl, R. / Dierks, M. L. / Busse, R. / Schneider, N. (2012): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage. Urban und Fischer Verlag, München und Jena. S. 3-6.
- Schwekendiek, D. J. / Yeo, M-H. / Ulijaszek, S. (2013):** South Korea – A Socioeconomic Overview from the Past to Present. In: Banwell, C. / Ulijaszek, S. / Dixon, J. (2013): When Culture impacts Health – Global Lessons for Effective Health Research. Academic Press Elsevier Inc., London, Waltham, San Diego. S. 141-153.

- Scrimshaw, S. C. (2012):** Culture, Behavior and Health. In: Merson, M. H. / Black, R. E. / Mills, A. (2012) Global Health – Diseases, Programs, Systems and Policies. 3. Auflage, Jones & Barlett Learning, USA/Canada/UK. S. 43-68.
- Shin, S-J. (2004):** Die Familie in der koreanischen Gesellschaft. In: Chei, W-J. (2004): Aspekte der koreanischen Kultur und Gesellschaft. Ins deutsche übersetzte Auflage, Ardey Verlag. S. 97-125.
- Song, D-Y. (1988):** Von Tonghak bis Kwangju. In: Werning, R. (1988): Südkorea – Politik und Geschichte im Land der Morgenstille. Pahl-Rugenstein Verlag, Köln. S. 16 – 23.
- Sprenkel, S. (1983):** Die politische Ordnung Chinas auf lokaler Ebene. In: Schluchter, W. (1983): Max Webers Studie über Konfuzianismus und Taoismus – Interpretation und Kritik. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M. S. 91-113.
- Thien, H. G. (2011):** Kultur, immaterielle – materielle. In: Fuchs-Heinritz, W. / Klimke, D. / Lautmann, R. / Rammstedt, O. / Stäheli, U. / Weischer, C. / Wienold, H. (2011): Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 385.
- Ulrich, R. (2012):** Demografische Methoden in den Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K. (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Juventa Verlag, Weinheim und München. S. 323-370.
- Winter, von T. (2003):** Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit. In: Klie, T. / Buhl, A. / Entzian, H. / Schmidt, R. (Hg.) (2003): Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive. 1. Auflage, Mabuse Verlag. S. 1-17.
- Wiswede, G. (1997):** Sozialer Wandel. In: Reinhold, G. (1997): Soziologie-Lexikon. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. R. Ouldenbourg Verlag, München. S. 596 – 598.
- Zapf, W. (2010):** Entwicklung und Sozialstruktur moderner Gesellschaften. In: Korte, H. / Schäfers, B. (2010): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. 8. durchgelesene Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GMV Fachverläge GmbH, Wiesbaden. S. 258-268.
- Zapf, W. (1991):** Modernisierung und Modernisierungstheorien. In: Deutscher Soziologentag (1991): Die Modernisierung moderner Gesellschaften. Campus Verlag, Verhandlungen des 25. Deutschen Soziologentags, Frankfurt am Main. S. 23-39.
- Zöllner, M. (2002):** Politiksoziologie. In: Endruweit, E. / Trommsdorf, G. (2002): Wörterbuch der Soziologie. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart. S. 403-408.

Zeitschriftenartikel und Zeitungsbeiträge

- Berger, J. (1996):** Was behauptet die Modernisierungstheorie wirklich, und was wird ihr bloß unterstellt? Leviathan 26/1996, Heft 1, 1996. S. 45-62.
- BiB (2017):** Jahresbericht 2016. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung April 2017, Wiesbaden.
- Dürkop, C. / Retzer, S. (2010):** Südkorea und die G-20. KAS Auslandsinformationen. Ausgabe 5|10. KAS, Berlin. S. 66-83.
- Gärtner, K. (1990):** Sterblichkeit nach dem Familienstand. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 16 (1990), Heft 1, S. 53-66.

- Franzkowiak, P. (2003):** Gesundheitswissenschaften – Public Health. BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz: S. 121-126.
- Fukuyama, F. (1989):** The End of History? The National Interest, No. 15; 2/89 | Summer.
- Gill, B. (1999):** Reflexive Modernisierung und technisch-industriell erzeugte Umweltprobleme – Ein Rekonstruktionsversuch in präzisierender Absicht. Zeitschrift für Soziologie. Jg. 28, Heft 3, Juni 1999. F. Enke Verlag, Stuttgart. S. 182-196.
- Hauser, J. (1983):** Ansatz zu einer ganzheitlichen Theorie der Sterblichkeit – eine Skizze. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft. Jg. 9 (1983), Heft 2. S. 159-186.
- Keel, H.-S. (2012):** Zum Verständnis der Religionen in Korea. Koreanisches Kulturzentrum (Hg): Kultur Korea – Spezial: Religion und Glaube in Korea. Ausgabe 2/2012. Pinguin Druck GmbH, Berlin. S. 4-6.
- Kim, D.-S. (1994):** The Demographic Transition in the Korean Peninsula. ISDPR (Hg): Korea Journal of Population and Development. Volume 23, Number 2, December 1994. S. 135-155.
- Koreanisches Kulturzentrum (2012):** Kultur Korea – Spezial: Religion und Glaube in Korea. Ausgabe 2/2012. Pinguin Druck GmbH, Berlin. S. 4-6.
- Koreanisches Kulturzentrum (2011):** Kultur Korea – Spezial: Familie und Partnerschaft in Korea. Ausgabe 4/2011. Pinguin Druck GmbH, Berlin. S. 27f.
- Park, K.-A. (1994):** Recent Trends and Patterns of Mortality in Korea. ISDPR (Hg): Development and Society. Volume 27, Number 2, December 1998. S. 131 – 155.
- Rapp, T. (2014):** Soundtrack eines Wunders. Der Spiegel, Nr. 18/28.4.14, 2014. S. 134-136.
- Siemons, M. (2011):** Das ist die perfekte Welle. Frankfurter Allgemeine Zeitung, Ausgabe 5. November 2011, Nr. 258, Foulerton, S. 1-3.
- Stoyke, G. (2011):** Kleiner Wegweiser durch den Dschungel koreanischer Verwandtschaftsbezeichnungen. Koreanisches Kulturzentrum (Hg): Kultur Korea – Spezial: Familie und Partnerschaft in Korea. Ausgabe 4/2011. Pinguin Druck GmbH, Berlin. S. 27.
- Tulchinsky, T. H. / Halpin, H. A. (2010):** The New Public Health. Public Health Reviews, Vol. 32, No. 1, 2010.
- Tulchinsky, T. H. / Varavikova, E. A. (2010):** What is the “New Public Health”? Tulchinsky, T. H. / Halpin, H. A. (Hg): The New Public Health. Public Health Reviews, Vol. 32, No. 1, 2010. S. 25-53.

Internetquellen

- Adler, M. W. / Ahrend, R. (2017):** Traffic Safety in Korea – Understanding the Vulnerability of Elderly Pedestrians. *OECD Regional Development Working Papers*, No. 2017/03, OECD Publishing, Paris. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1787/22fca93d-en> [30.09.2017]
- Ahn, C.-Y. (2016):** Rising inequalities in South Korea. East Asia Forum, 10 August 2016, S. 1-2. Verfügbar unter: <http://www.eastasiaforum.org/2016/08/10/rising-inequalities-in-south-korea/> [09.03.2018]

- Aizer, A. A. / Chen, M-H. / McCarthy, E. P. / Mendu, M. L. / Koo, S. / ... / Nguyen, P. L. (2013):** Marital Status and Survival in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(31), 3869–3876. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1200/JCO.2013.49.6489> [06.02.2018]
- An, B-R. (2002):** Zur religiös-kulturellen Situation im Korea der Gegenwart. *Journal für Religionskultur* / Nr. 54;2002. Hg. von Edmund Weber / Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt am Main. Verfügbar unter: <http://web.uni-frankfurt.de/irenik/reilkultur54.pdf> [08.08.2012]
- Angelsen, A. / Wunder, S. (2006):** Poverty and Inequality – Economic Growth is better than its reputation. Chapter in Dan Banik (ed.): *Poverty, Politics and Development: Interdisciplinary Perspectives*. Fagbokforlaget, Bergen 2006. Verfügbar unter: http://www.umb.no/statisk/ior/angelsen_wunder_poverty_inequality_growth.pdf [09.03.2018]
- Bang, H-A. / Kwon, Y-H. / Lee, M-J. / Lee, W-C. (2015):** Trends in the Epidemiological Aspects and Mortality of Alcoholic Liver Disease in Korea in the Decade Between 2000 and 2009. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(2), S. 91–96. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.14740/jocmr1975e> [29.09.2017]
- Beaglehole, R. / Bonita, R. / Horton, R. / Adams, O. / McKee, M. (2004):** Public Health in the new era: Improving health through collective action. *The Lancet* Vol 363 / June 19, 2004. S. 2084 – 2086. Verfügbar unter: http://www.meduni-graz.at/publichealth/archiv/artikel/Artikel%202004/2004_Beaglehole_PH_new%20era.pdf [26.11.2011]
- Becker, R. (1998):** Bildung und Lebenserwartung in Deutschland – Eine empirische Längsschnittuntersuchung aus der Lebensverlaufsperspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, Band 27, Heft 2, S. 133-150. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1515/zfsoz-1998-0204> [21.09.2017]
- Bergheim, S. (2013):** Fortschrittsindex 2013 – Lebensqualität aktuell vermessen. Zentrum für gesellschaftlichen Fortschritt e. V., Frankfurt am Main. S. 1 – 12. Verfügbar unter: http://fortschrittszentrum.de/dokumente/2013-12_Fortschritts_index_2013.pdf [21.04.2014]
- Bergheim, S. (2011):** Fortschrittsindex 2011 – Lebensqualität neu vermessen. Zentrum für gesellschaftlichen Fortschritt e. V., Frankfurt am Main. S. 1 – 60. Verfügbar unter: http://fortschrittszentrum.de/dokumente/2011-12_Fortschrittsindex_2011.pdf [21.04.2014]
- Bergheim, S. (2010):** Fortschrittsindex – Den Fortschritt messen und vergleichen. Zentrum für gesellschaftlichen Fortschritt e. V., Frankfurt am Main. S. 1 – 60. Verfügbar unter: http://fortschrittszentrum.de/dokumente/2010-11_Fortschritts_index.pdf [21.04.2014]
- Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2010):** Kaum Kinder in Südkorea. *DEMOS Newsletter*, Ausgabe 96, 17. Mai 2010. Verfügbar unter: http://www.berlin-institut.org/newsletter/Newsletter_96_17_Mai_2010.html.pdf [28.06.2015]
- Barnard, N. / Levin, S. / Trapp, C. (2014):** Meat Consumption as a Risk Factor for Type 2 Diabetes. *Nutrients*, 6(2), S. 897-910. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.3390/nu6020897> [08.02.2018]

- Betz, A. (2012):** Demografischer Wandel in Asien – Herausforderungen und Chancen. Risk & Reward, 04/2012. S. 1 – 6. Verfügbar unter: https://www.fundresearch.de/sites/default/files/Demografischer%20Wandel%20in%20Asien_Herausforderungen%20und%20Chancen.pdf [20.05.2015]
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2017):** International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification – ICD-10-CM. Verfügbar unter: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm#FY%202018%20release%20of%20ICD-10-CM> [01.10.2017]
- Chan, C-H. / Caine, E. D. / You, S. / Fu, K-W. / Chang, S-S. / Yip, P. S-F. (2014):** Suicide rates among working age adults in South Korea before and after the 2008 economic crisis. Epidemiol Community Health 2014,;68, S. 246-252. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202759> [30.09.2017]
- Chang, J-Y. / Lee, K-S. / Hahn, W-H. / Chung, S-H. / Choi, Y-S. / Shim, K-S. / Bae, C.W. (2011):** Decreasing Trends of Neonatal and Infant Mortality Rates in Korea – Compared with Japan, USA and OECD Nations. Journal of Korean Medical Science (JKMS) (2011). Vol. 2011;26(9):1115-1123. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3346/jkms.2011.26.9.1115> [28.06.2017]
- Chang, K-S. (2010a):** Compressed Modernity in Perspective – South Korean Instances and Beyond. Working Paper for the 5th World Congress of Korean Studies, 25-28 October 2010, Chinese Culture University, Taipei, Taiwan. S. 1-36. Verfügbar unter: http://congress.aks.ac.kr/korean/files/2_1393901162.pdf [10.07.2017]
- Chang, K-S. (1999):** Compressed modernity and its discontents – South Korean society in transition. Economy and Society Volume 28 Number 1 February 1999. S. 30-55. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1080/030851499000000023> [10.07.2017]
- Chang, K-S. (1998):** Risk Components of Compressed Modernity – South Korea as Complex Risk Society. Korea Journal Vol. 38 1998, 4. S. 207-228. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/289326749_Risk_Components_of_Compressed_Modernity_South_Korea_as_Complex_Risk_Society [10.07.2017]
- Cho, G-R. (2012):** Korea's Population – 50 million. Statistics Korea Press Release. S. 1 – 10. Verfügbar unter: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=273104&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=50+million> [27.04.2015]
- Cho, G-J. / Park, H-T., Shin, J-H. / Hur, J-Y. / Kim, Y-T. / Kim, S-H. / Lee, K-W. / Kim, T. (2010):** Age at menarche in a Korean population: secular trends and influencing factors. European Journal of Pediatrics, January 2010, Springer Verlag, S. 169-189. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00431-009-0993-1> [29.09.2017]
- Cho, H.-W. / Chu, C. (2017):** The Story of Korean Health Insurance System. Osong Public Health and Research Perspectives, 8(4), S. 235-236. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.24171/j.phrp.2017.8.4.01> [12.12.2017].
- Choe, E-H. / Byun, Y-C. (2002):** The Population of Korea. KIHASA Working Paper, Korea Institute for Health and Social Affairs. S. 3 – 39. Verfügbar unter: <https://www.kihasa.re.kr/html/jsp/english/public/view.jsp?bid=87&ano=6&key=&query=&queryString=YmlkPTg3JnBhZ2U9NQ> [27.04.2015]

- Choi, H. (1987):** Industrialization, Urbanization and Family Change in Korea. Vol. 30, No 1 (Jan. 1987) Akademika 30. S. 49-58. Verfügbar unter: <http://ejournal.ukm.my/akademika/article/download/3687/2137> [07.07.2016]
- Choi, S-H. / Kim, Y-J. / Park, S-Y. / Lee, J-H. / Oh, K-W. (2014):** Trends in cigarette smoking among adolescents and adults in South Korea. Epidemiology and Health 2014; 34; e2014023, S. 1-5. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.4178/epih/e2014023> [27.09.2017]
- Chung, W-J. / Lim, S-M. / Lee, S-M. (2010):** Factors influencing gender differences in smoking and their separate contributions – Evidence from South Korea. Social Science & Medicine 70 (2010), S. 1966-1973. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.025> [27.09.2017]
- Cutler, D. M. / Deaton, A. S. / Lleras-Muney, A. (2006):** The Determinants of Mortality. Working Paper 11963, National Bureau of Economic Research, Cambridge. S. 2 – 35. Verfügbar unter: <http://www.nber.org/papers/w11963> [15.07.2013]
- Cyrus, K. / Panelva, J. / Uribe, A. (2014):** South Korea – Reviving the miracle of the Han River. Global Economy, NYU Stern School of Business, April 3, 2014. S. 1 – 8. Verfügbar unter: http://www.stern.nyu.edu/cons/groups/content/documents/webasset/con_047356.pdf [12.05.2014]
- Dahlgren, G. / Whitehead, M. (2007):** Dahlgren, G. / Whitehead, M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf [27.06.2014]
- Dahlgren, G. / Whitehead, M. (1993):** Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for The King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London: The King's Fund. In: Dahlgren, G. / Whitehead, M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf [27.06.2014]
- Department of Health (2003):** Public Health in England – What is Public Health? Verfügbar unter: http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/ChiefMedicalOffice/r/Archive/CMOtopicsarchive/Browsable/DH_5017805 [22.11.2011]
- Detsch, R. (2007):** Wirtschaftsbereiche. Context Politik – Wissenschaft – Kultur, CPW Medien- und Publikationsdienste. Verfügbar unter: <http://www.cpw-online.de/kids/wirtschaftsbereiche.htm> [06.12.2012]
- Deutscher Ethikrat (2010):** Migration und Gesundheit – Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Deutscher Ethikrat, Berlin. Verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/tagungsdokumentation-migration-und-gesundheit.pdf> [26.11.2013]
- Dörre, K. (2002):** Reflexive Modernisierung – eine Übergangstheorie. Zum analytischen Potential einer populären soziologischen Zeitdiagnose. SOFI-Mitteilungen Nr. 30, Juni 2002. Soziologisches Forschungsinstitut (SOFI), Göttingen. S. 55 – 67. Verfügbar unter: http://www.sofi-goettingen.de/fileadmin/SOFI-Mitteilungen/Nr._30/doerre.pdf [01.03.2016]

- Eberez, R. (2010):** An Exclusive Report from Korea Business Central and DS - Financial Market Analysis. The Korea Economic Slice on KBC, Vol. 1.11, August 19, 2010. S. 1 – 2. Verfügbar unter: <http://koreabusinescentral.com/wp-content/uploads/2014/02/KoreaEconomicSlice1.11081910.pdf> [12.05.2014]
- Engelhard, K. (2004):** Südkorea – Vom Entwicklungsland zum modernen Industriestaat. In: Engelhard, K. (Hg): Welt im Wandel 2004 Online Ausgabe. Omnia Verlag GmbH, Stuttgart. Verfügbar unter: <http://www.omnia-verlag.de/weltimwandel/php/start.php?id=1&bc=-1> [01.11.2013]
- Eriksen, M. / Mackay, J. / Schluger, N. / Islami-Gomeshtapeh, F. / Drope, J. (2015a):** The Tobacco Atlas – South Korea Factsheet. Verfügbar unter: http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/02/TA5_FactSheet_SouthKorea.pdf [07.09.2017]
- Eriksen, M. / Mackay, J. / Schluger, N. / Islami-Gomeshtapeh, F. / Drope, J. (2015b):** The Tobacco Atlas. Fifth Edition, revised, expanded and updated. Verfügbar unter: http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf [07.09.2017]
- Fleck, C. (2004):** GENESIS-Online – Die Internet-Datenbank des Statistischen Bundesamtes. Destatis (Hg.): Wirtschaft und Statistik. Nr. 10/2004, Wiesbaden. S. 1101-1109. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Datenbank/Genesisonline.pdf?__blob=publicationFile [27.08.2017]
- Fukuyama, F. (1995):** Confucianism and Democracy. Journal of Democracy, Vol. 6, No. 2, April 1995. S. 20–33. Verfügbar unter: http://www.u.arizona.edu/~zshiple/pol437/docs/fukuyama_1995.pdf [20.03.2014]
- GBE Bund (2019):** Definition – Altersstandardisierung. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10215 [01.05.2019]
- GBE Bund (1998):** Allgemeine Sterblichkeit und Lebenserwartung. GBE Bund (Hg) Gesundheitsbericht für Deutschland. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=820::Lebenserwartung [08.07.2013]
- Goetze, D. (2008):** Die Entwicklung des Wandels und der Wandel von Entwicklung. Deutsche Gesellschaft für Soziologie, Regensburg. S. 1-2. Verfügbar unter: http://www.sociologie.de/fileadmin/user_upload/Sektion_Entwicklungssoziologie/Wandel_der_Entwicklung.doc [15.05.2014]
- Grünheld, E. / Fiedler, C. (2013):** Bevölkerungsentwicklung und Alterung. BiB (Hg): Bevölkerungsentwicklung – Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel. BiB Wiesbaden. S. 6-11. Verfügbar unter: http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/bevoelkerung_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=12 [19.05.2015]
- Ha, K-H. (2011):** Can a Suicide Prevention Law decrease the suicide rate in Korea? Journal of Korean Medical Association, 2011 Aug;54(8), S. 792-794. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.5124/jkma.2011.54.8.792> [30.09.2017]
- Ha, K-H. / Kim, D-J. (2015):** Trends in the Diabetes Epidemic in Korea. *Endocrinology and Metabolism*, 30(2), S. 142–146. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.3803/EnM.2015.30.2.142> [29.09.2017]

- Harvie, C. / Lee, H-H. (2003):** Export Led Industrialisation and Growth – Korea’s Economic Miracle 1962-1989. Working Paper 03-01, Department of Economics, University of Wollongong. Verfügbar unter: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1066&context=commwkpapers> [22.05.2014]
- Hauser, J. A. (1985):** Sterblichkeit und sozialer Wandel - ein neuer Ansatz : Vortrag, gehalten von der Österreichischen Gesellschaft am 5. Dezember 1984 in Wien. Österreichische Zeitschrift für Statistik. Jg. 15 (1985), Heft 1, S. 35-48. Verfügbar unter: <http://sowiport.gesis.org/search/id/gesis-solis-00062274#> [27.02.2016]
- Heinemann, M. (2008):** Messung und Darstellung von Ungleichheit. University of Lüneburg Working Paper Series in Economics No. 108 November 2008. Verfügbar unter: https://www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/Forschungseinrichtungen/ifvwl/WorkingPapers/wp_108_Upload.pdf [09.03.2018]
- Henke, J. (2005):** Entwicklung der Tigerstaaten von armen Agrarstaaten zu Industrieländern. Geographie Infothek Asien: Infoblatt Die Tigerstaaten. Klett Verlag GmbH, Stuttgart. Verfügbar unter: <https://www.klett.de/alias/1019131> [29.08.2013]
- Hoßmann, I. / Lettow, M. / Münz, R. (2009):** Glossar – Online Handbuch Demografie. Als PDF zum Download. Bereitgestellt von Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. S. 3-7. Verfügbar unter: http://www.berlininstitut.org/fileadmin/user_upload/Glossar/pdf_Glossar_MK.pdf [12.05.2012]
- Jee, S-H. / Samet, J. M. / Ohrr, H. / Kim, J-H. / Kim, I-S. (2004):** Smoking and Cancer Risk in Korea Men and Women. Cancer Causes & Control (2004) 15: 341-348. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1023/B:CACO.0000027481.48153.97> [07.09.2017]
- Jo, J. / Choi, K. (2002):** Health Policy in Korea. Institute of Economic Research, Hitotsubashi University, Discussion Paper, No. 127, Nov. 2002, S. 1-30. Verfügbar unter: <http://cis.ier.hit-u.ac.jp/Japanese/publication/cis/dp2002/dp127/text.pdf> [21. 10.2017]
- Jordan, R. / Waibel, M. (2004):** Von den Tigern lernen? Südostasien 01/2004. S. 31-33. Verfügbar unter: <http://www.michael-waibel.de/papers/SOA-1-2004-waibel-jordan-tiger-v1.pdf> [16.05.2014]
- Jun, K-H. :** The Transition to Sub-Replacement Fertility in South Korea: Implications and Prospects for Population Policy. The Japanese Journal of Population (2005): Low Fertility and Social Policies in Asian NIEs, Part II. Vol. 3, No. 1 (June 2005). S. 26-57. Verfügbar unter: http://www.ipss.go.jp/webjad/webjournal.files/population/2005_6/jun.pdf [01.02.2015]
- Jung, E-J. / Shin, A. / Park, S-K. / Ma, S-H. / Cho, I-S. / Park, B. / ... / Yoo, K-Y. (2012):** Alcohol Consumption and Mortality in the Korean Multi-center Cancer Cohort Study. Journal of Preventive Medicine and Public Health, 45(5), 2012. S. 301-308. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.3961/jpmp.2012.45.5.301> [21.03.2015]
- Kampeter, W. (2008):** Dictatorship, Democracy and Economic Regime Reflections on the Experience of South Korea. Friedrich Ebert Stiftung Korea. S. 1 – 9. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/iez/05399.pdf> [12.05.2014]
- Kang, Y-M. / Kim, Y-J. / Park, J-Y. / Lee, W-J. / Jung, C-H. (2016):** Mortality and causes of death in a national sample of type 2 diabetic patients in Korea from 2002 to 2013. Cardiovascular Diabetology, 2016 Sep 13;15(1):131, S. 1-10. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12933-016-0451-0> [26.09.2017]

- Kälble, A. (2007):** Public Health in Deutschland. Brand, A. et al. (Hrsg): Genetik in Public Health – Teil 1: Grundlagen von Genetik und Public Health. Wissenschaftliche Reihe. Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD), Bielefeld. S. 218–224. Verfügbar unter: http://www.liga.nrw.de/media/pdf/service/Publikationen/wr/wr24-1_genetik-in-ph_grundlagen.pdf?pi_t=true [20.11.2011]
- Kato, I / Tominaga, S. / Terao, C. (1989):** An epidemiological study on marital status and cancer incidence. Japanese journal of cancer Research, Gann. 80. S. 306-311. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/j.1349-7006.1989.tb02311.x> [05.02.2018]
- KCDC (2016):** KNHANES – Health Behavior. Verfügbar unter: https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/eng/sub01/sub01_05.do [22.09.2017]
- Kim, D-S (2017):** Seoul delays plan to ban public smoking. The Korea Herald. Verfügbar unter: <http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20171126000162> [26.11.2017]
- Kim, T-G. (2013):** We'll have the 2nd miracle of the Han. The Korean Times Online, 2013-02-25 18:18. Verfügbar unter: https://www.koreatimes.co.kr/www/news/nation/2013/02/116_131116.html [12.05.2014]
- Kim, D-J. (2011):** The Epidemiology of Diabetes in Korea. *Diabetes & Metabolism Journal*, 35(4), 303–308. Verfügbar unter <http://doi.org/10.4093/dmj.2011.35.4.303> [29.09.2017]
- Kim, H-M. (2010b):** Die neue Welt, die neue Zeit – Die Öffnung Koreas, eine Zeit der Änderung. Diplomarbeit, Universität Wien. S. 7 – 172. Verfügbar unter: http://othes.univie.ac.at/10720/1/2010-08-03_0500475.pdf [01.02.2013]
- Kim, A. E. :** Demography, Migration and Multiculturalism in South Korea. The Asia-Pacific Journal, Vol. 6-2-09, February 1, 2009. Verfügbar unter: http://www.japanfocus.org/-Andrew_Eungi-Kim/3035/article.pdf [28.06.2015]
- Kim, A. E. (2002):** Characteristics of Religious Life in South Korea – A Sociological Survey. Review of Religious Research, Vol. 43, No. 4 Jun 2002. S. 291-310. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.2307/3512000> [29.12.2017]
- Kim, D-S. :** Theoretical Explanations of Rapid Fertility Decline in Korea. The Japanese Journal of Population. Vol. 3, No. 1 (June 2005). S. 2 – 25. Verfügbar unter: http://www.ipss.go.jp/webj-ad/webjournal.files/population/2005_6/kim.pdf [01.02.2015]
- Kim, H-M. / Jang, K-S. (2014):** South Korea's urban development dilemma. East Asia Forum, 28 February 2014, S. 1-3. Verfügbar unter: <http://www.eastasiaforum.org/2014/02/28/south-koreas-urban-development-dilemma/> [10.08.2017]
- Kim S-C. (2018):** Health Behaviors – A Cross-Sectional Study of South Korean Residents in a Metropolitan Area. Med Clin Rev. Vol. 4 No. 1:1, S: 1-5. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.21767/2471-299X.1000064> [07.02.2018]
- Kim, S. / Moon, S. / Popkin, B. M. (2001):** Nutrition transition in the Republic of Korea. Asia Pacific J Clin Nutr (2001) 10(Suppl.). S. S48–S56. Verfügbar unter: <http://apjcn.nhri.org.tw/server/apjcn/10/s1/Kim.pdf> [15.04.2016]
- Kim, Y-S. / Park, J-S. / Rhee, K-Y. / Kim, H-M. (2015):** A Comparison between the Second Korean Working Conditions Survey (KWCS) and the First KWCS. Safety and Health at Work, Volume 6, Issue 2, June 2015, S. 85-89. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.02.005> [23.08.2017]

- Klein, T. (1999):** Soziale Determinanten der aktiven Lebenserwartung. Zeitschrift für Soziologie Jg. 28, Heft 6 (Dezember 1999), Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, S. 448-464. Verfügbar unter: https://www.jstor.org/stable/23772181?seq=1#page_scan_tab_contents [27.02.2016]
- Knipper, M. / Belgin, Y. (2002):** Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., Sankt Augustin – Berlin. S. 21 – 27, 73 – 78. Verfügbar unter: http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100422141713 [26.11.2013]
- Koo, H. (2014):** Inequality in South Korea. East Asia Forum, 01 July 2014, S. 1-2. Verfügbar unter: <http://www.eastasiaforum.org/2014/07/01/inequality-in-south-korea/> [09.03.2018]
- Korea Herald (2013):** Korea's pedestrian death rate highest in OECD. Korea Herald (The), May 23, 2013-20:28. Verfügbar unter: <http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20130523000539> [30.09.2017]
- Kwon, S.-M. (2002):** Globalization and Health Policy in Korea. Global Social Policy, Vol 2, Issue 3, First Published December 1, 2002, S. 279-294. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/14680181020020030301> [12.12.2017]
- Kwon, J-W. / Chun, H. / Cho, S-I. (2009):** A closer look at the increase in suicide rates in South Korea from 1986-2005. BMC Public Health 2009 9:72, S. 1-9. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-72> [30.09.2017]
- Lampert, T. / Kroll, L. E. (2014):** Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. RKI (Hg.): Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. GBE Kompakt. 2/2014, 5. Jahrgang. Robert Koch-Institut, Berlin. S. 1-10. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile [19.11.2012].
- Lee, C-W. / Kim, M-S. (2017):** The Factors Affecting Life Expectancy in South Korea. Ecoforum Journal, Volume 6, Issue 3(13) (2017), S. 1-6. Verfügbar unter: <http://www.ecoforumjournal.ro/index.php/eco/article/view/684> [26.09.2017]
- Lee, E-S. (1985):** Epidemiologic Transition in Korea – A new Perspective in Population and Development Studies. Yonsei Medical Journal 1986 Dec;27(4), S. 1-14. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3349/ymj.1986.27.4.245> [08.08.2017]
- Lee, H-Y. (1986):** Industrialization and Mental Health in Korea. Yonsei Medical Journal 1986 Dec;27(4), S. 245-249. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3349/ymj.1986.27.4.245> [08.08.2017]
- Lee, I-S. / Kim, J-S. (1982):** A study of epidemiologic transition in Korea. Korean Journal of Epidemiology 1982;4(1), S. 52-89. Verfügbar unter: <https://www.e-epih.org/upload/pdf/kje-4-1-52.pdf> [04.10.2017]
- Lee, J. / Phillips, D. (2011):** Income and Poverty among Older Koreans – Relative Contributions of and Relationship Between Public and Family Transfers. RAND Working Paper No. WR-852. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1816624> [01.02.2018]
- Lee, J-C. (2003):** Health Care Reform in South Korea: Success or Failure? *American Journal of Public Health*, 93(1), 48–51. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447690/pdf/0930048.pdf> [12.12.2017]
- Lee, J-M. / Lee, W-J. / Kim, H-C. / Choi, W. / Lee, J. / Sung, K. / Sang, H. C. / Park, Y-R. / Youm, Y. (2014):** The Korean Social Life, Health and Aging Project-Health Examination Cohort. *Epidemiology and Health*, 36, e2014003. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.4178/epih/e2014003> [01.02.2018]

- Lee, M-J. / Popkin, B. M. / Kim, S. (2002):** The unique aspects of the nutrition transition in South Korea – The retention of healthful elements in their traditional diet. *Public Health Nutrition*: 5(1A), S. 197–203. Verfügbar unter: <http://www.cpc.unc.edu/projects/nutrans/research/bellagio/papers/PHNSKorea-Min-Jun.pdf> [15.04.2016]
- Lee, S.-Y. / Kim, C.-W. / Seo, N.-K. / Lee, S.-E. (2017):** Analyzing the Historical Development and Transition of the Korean Health Care System. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 8(4), S. 247-254. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.24171/j.phrp.2017.8.4.03> [12.12.2017]
- Lee, S-W. / Kim, C-H. / Lee, H-S. / Suh, I. (2015):** Thirty-Year Trends in Mortality from Cardiovascular Diseases in Korea. *Korean Circulation Journal*, 45(3), S. 202–209. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.4070/kcj.2015.45.3.202> [29.09.2017]
- Lee, S-G. / Jeon, S-Y. / Kim, K-Y. / Nam, H-J. / Lee, J-K. (2013):** Korean national immunization program for children. KDI School of Public Policy and Management, Seoul. Verfügbar unter: <https://www.kdevelopedia.org/resource/view/04201306140126716.do> [22.09.2017]
- Lee, S-J. (2014):** Poverty amongst the Elderly in South Korea – The Perception, Prevalence, and Causes and Solutions. *International Journal of Social Science and Humanity*, Vol. 4(3) 2014, S. 242-245. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.7763/IJSSH.2014.V4.355> [01.02.2018]
- Lee, W-K. (2016):** Psychological characteristics of self-harming behavior in Korea adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, October 2016, Volume 23, S.119-124. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.013> [30.09.2017]
- Legrain, E. (2011):** Leveraging the “Miracle of the Han River. The-Junction newsletter (thirty ninth edition), Washington, DC: World Bank. S. 1-2. Verfügbar unter: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/11/15532146/the-junction-newsletter-thirty-ninth-edition> [15.04.2012]
- Lim, B. (2013):** Korean medicine coverage in the National Health Insurance in Korea – present situation and critical issues. *Integrative Medicine Research*, 2(3), S. 81–88. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1016/j.imr.2013.06.004> [12.12.2017]
- Lim, D. / Ha, M. / Song, I. (2015):** Trends in major cancer mortality in Korea, 1983–2012. *Cancer Epidemiology*, Volume 39, Issue 6, December 2015, S. 939-946. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2015.10.023> [27.09.2017]
- Lim, D. / Ha, M. / Song, I. (2014):** Trends in Leading Cause of Death in Korea, 1983–2012. *Journal of Korean Medical Science*, 2014 Dec, 29(12), S. 1597-1603. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.12.1597> [27.09.2017]
- Lindenauer, P. K. / Lagu, T. / Shieh, M-S. / Pekow, P. S. / Rothberg, M. B. (2012):** Association of diagnostic coding with trends in hospitalizations and mortality of patients with pneumonia, 2003-2006. *JAMA*. 2012 Apr. 4;307(13). S. 1405-1413. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1001/jama.2012.384> [29.09.2017]
- Mari-Sanchis, A. / Gea, A. / Basterra-Gortari, F. J. / Martinez-Gonzalez, M. A. / Beunza, J. J. / Bes-Rastrollo, M. (2016):** Meat Consumption and Risk of Developing Type 2 Diabetes in the SUN Project – A Highly Educated Middle-Class Population. *PLoS ONE*, 11(7), e0157990. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0157990> [09.02.2018]

- Marritt-Alers, K. / Giese, G. (2013):** South Korea – From growth miracle to sustainable success story. Insight 07/2013, RobecoSAM, Zürich. S. 1 – 3. Verfügbar unter: http://www.sustainability-indices.com/images/RobecoSAM_Insight_07_2013_EN_tcm1071-369810.pdf [12.05.2014]
- McKeown, R. E. (2009):** The Epidemiologic Transition – Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics American journal of lifestyle medicine 3.1 Suppl. 2009, S. 19-26. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1177/1559827609335350> [25.02.2016]
- Meinlschmidt, G. (2009):** Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Mobilität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. S. 8 – 13. Verfügbar unter: <http://www.baufachinformation.de/literatur/Zur-demografischen-Entwicklung-und-ihren-Auswirkungen-auf-Morbidit%C3%A4t-Mortalit%C3%A4t-Pflegebed%C3%BCrftigkeit-und-Lebenserwartung/2010089008144> [15.07.2013]
- Micha, R. / Michas, G. / Mozaffarian, D. (2012):** Unprocessed Red and Processed Meats and Risk of Coronary Artery Disease and Type 2 Diabetes – An Updated Review of the Evidence. Current Atherosclerosis Reports, 14(6), S. 515–524. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1007/s11883-012-0282-8> [03.02.2018]
- Min, H-S. / Chang, J-W. / Balkrishnan, R. (2011):** Sociodemographic Risk Factors of Diabetes and Hypertension Prevalence in Republic of Korea. International Journal of Hypertension 2010. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2949078/> [06.01.2012]
- Mirowsky, J. / Ross, C. E. (2000):** Socioeconomic Status and Subjective Life Expectancy. In American Sociological Association (Hg.), Social Psychology Quarterly 63, No. 2, June 2000, S. 133-151. Verfügbar unter: http://www.jstor.org/stable/2695888?seq=1#page_scan_tab_contents [27.02.2016]
- Momenyan, S / Sadeghifar, M. / Sarvi, F. / (2016).** Relationshipbetween urbanization and cancer incidence in Iran usingquantile regression.Asian Pac J Cancer Prev,17, S. 113-117. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.S3.113> [06.02.2018]
- Moore, M. / Gould, P. / Keary, B. S. (2003):** Global urbanization and impact on health. International Journal of Hygiene and Environmental Health, Volume 206, Issues 4–5, 2003, S. 269-278. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1078/1438-4639-00223> [06.08.2017]
- Müller, M. / Böhm, K. (2009):** Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitssystems. RKI (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 45, 5/2009. Robert Koch-Institut, Berlin. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/ausgaben_finanzierung.pdf?__blob=publicationFile [19.01.2018].
- Napier, A. D. / Ancarno, C. / Butler, B. / Calabrese, J. / Chater, A. / Chatterjee, H. / ... / Woolf, K. (2014):** Culture and Health. Lancet Vol. 384, November 1, 2014; 384, S. 1607–1639. Verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2) [22.06.2016]
- Nelson, L. D. / Honnold, J. A. (1980):** Sozialization and demographic determinants of mortality expectations. Springer (Hg.): Population and Environment 1980, Volume 3, No. 1, S. 10-22. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/journal/11111/3/1/page/1> [27.02.2016]

- Nipperdey, T. (1979):** Probleme der Modernisierung in Deutschland. Saeculum, Band 30, Heft 2-3. S. 292–303. Verfügbar unter: <http://www.degruyter.com/view/j/saeculum.1979.30.issue-2-3/saeculum.1979.30.23.292/saeculum.1979.30.23.292.xml> [19.11.2012]
- Noh, J. (2016).** The Diabetes Epidemic in Korea. Endocrinology and Metabolism, 31(3), S. 349–353. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.3803/EnM.2016.31.3.349> [29.11.2017]
- Noah, A. J. / Acciai, F. / Firebaugh, G. (2016):** Understanding the contribution of suicide to life expectancy in South Korea. Demographic Research, Volume 35, Article 22, S. 617-644. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.4054/DemRes.2016.35.22> [26.09.2017]
- OECD (2017a):** Obesity Update 2017. S. 1-16. Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf> [26.05.2017].
- OECD (2016a):** Health policy in Korea. OECD Health Policy Overview, April 2016. S. 1-2 Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Korea-April-2016.pdf> [30.09.2017]
- OECD (2016b):** Road Infrastructure, Inclusive Development and Traffic Safety in Korea. OECD Publishing, Paris. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264255517-en> [30.09.2017]
- OECD (2014a):** List of OECD Member countries - Ratification of the Convention on the OECD. Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/list-oecd-member-countries.htm> [12.05.2014]
- OECD (2014b):** OECD Factbook 2014 – Economic, Environmental and Social Statistics. OECD Publishing. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2014-en> [27.05.2014]
- OSHRI / KOSHA (2012):** Working conditions in Korea – Survey Highlights. Eurofound Publications 2012, EF1219, 03042012, S. 1-10. Verfügbar unter: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1219en.pdf [12.08.2017]
- Omran, A. R. (1971):** The Epidemiologic Transition – A Theory of the Epidemiology of Population Change. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005, S. 731-757. Verfügbar unter: <http://www.milbank.org/uploads/documents/QuarterlyCentennialEdition/The%20Epidemiologic%20Trans.pdf> [25.02.2016]
- Park, J-S. / Kim, Y-H. / Han, B-Y. (2017):** Long Working Hours in Korea – sBased on the 2014 Korea Working Conditions Survey. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Vol 22(Suppl 3), May 1998, S. 170-172. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1097/00000374-199803001-00020> [21.03.2015].
- Park, J-S. / Lee, N-R. (2008):** First Korean Working Conditions Survey – A Comparison between South Korea und EU countries. Industrial Health 2009, 47, S. 50-54. Verfügbar unter: https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/47/1/47_1_50/_pdf [23.08.2017].
- Park, S-C. / Oh, S-I. / Lee, M-S. (1998):** Korean status of alcoholics and alcohol-related health problems. Alcoholism: Safety and Health at Work xxx (2017) 1-4, 20 June 2017, In Press, Corrected Proof, S. 1-4. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.05.002> [23.08.2017].

- Paulßen, J. (2009):** Das Problem der Kurvenanpassung – Das Balancieren der Ansprüche der Einfachheit und der Genauigkeit. Inaugural-Dissertation 2009, hilosophische Fakultät derHeinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Verfügbar unter: <https://d-nb.info/1008501387/34> [10.01.2018]
- Pecholdova, M. / Samanova, G. (2013):** Mortality by marital status in a rapidly changing society. Demographic Research, Volume 29, Article 12, S. 307-322. Verfügbar unter: Verfügbar unter: <https://doi.org/10.4054/DemRes.2013.29.12> [15.01.2018].
- Popkin, B. (2006):** Technology, transport, globalization and the nutrition transition food policy. Food Policy, 31(6), S. 554-569. Verfügbar unter: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.515.6635&rep=rep1&type=pdf> [15.04.2016].
- Popkin, B. (2003):** The nutrition transition in the developing world. Technology, transport, globalization and the nutrition transition food policy. Developing Policy Review 2003, 21 (5-6), S. 581-597. Verfügbar unter: <http://www.cpc.unc.edu/projects/nutrans/publications/Popkin-Devl-Pol-iRev-300.pdf> [15.04.2016].
- Popkin, B. / Ng, S. W. (2006):** The Nutrition Transition in High and Low-Income Countries: What are the Policy Lessons? Invited paper prepared for presentation at the International Association of Agricultural Economists Conference, Gold Coast, Australia, August 12-18, 2006. S. 1-40. Verfügbar unter: <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/25493/1/ip06po01.pdf> [15.04.2016].
- Rahm, H. / Zipse, C. (2004):** Konzeption und Entwicklung von GENESIS. Destatis (Hg.): Wirtschaft und Statistik. Nr. 10/2004, Wiesbaden. S. 1992-1100. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Datenbank/Genesis.pdf?__blob=publicationFile [27.08.2017]
- Razum, O. / Zeeb, H. / Meesmann, U. / Schenk, L. / Bredehorst, M. / Brzoska, P. / ... / Ulrich, R. (2008):** Migration und Gesundheit. Robert Koch- Institut, Berlin. S. 98-99. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile [26.11.2013]
- Robards, J. / Evandrou, M. / Falkingham, J. / Vlachantoni, A. (2012):** Marital status, health and mortality. Maturitas, 73(4), S. 295–299. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.08.007> [0.03.2018]
- Ross, J. (1999):** Ein neuer Glaube. Die Zeit, Nr. 29/1999. Verfügbar unter: http://www.zeit.de/1999/29/199929.modernisierung_.xml [19.11.2012]
- Rylander, C. / Sandanger, T. M. / Engeset, D. / Lund, E. (2014):** Consumption of Lean Fish Reduces the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus – A Prospective Population Based Cohort Study of Norwegian Women. PLOS ONE 9(2): e89845, S. 1-10. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089845> [10.02.2018]
- Schneider, A. / Hommel, G. / Blettner, M. (2010):** Linear Regression Analysis – Part 14 of a Series on Evaluation of Scientific Publications. Dtsch. Arztebl., Int 2010; 107(44), S. 776-782. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0776> [17.01.2018].
- Schrader, H. (2010):** Entwicklungsmodelle für und Entwicklungen in Zentralasien. Arbeitsbericht Nr. 58 / Internet-Fassung, Januar 2010. Fakultät für Geistes-, Sozial-und Erziehungswissenschaften, Universität Magdeburg. S. 1 – 11. Verfügbar unter: http://www.iso.z.ovgu.de/isoz_media/downloads/arbeitsberichte/58int.pdf [01.05.2014]

- Schrader, H. (2008):** Entwicklungssoziologie - Begriffsbestimmung. Arbeitsbericht Nr. 48 / Internet-Fassung, April 2008. Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften, Universität Magdeburg. S. 1 – 11. Verfügbar unter: http://www.iso.z.ovgu.de/iso.z_media/downloads/arbeitsberichte/48.pdf [01.05.2014]
- Seomun, J. / Park, J. / Geem, Z. W. / Lee, H.-J. (2017):** Religion and Depression in South Korea – A Comparison between Buddhism, Protestantism, and Roman Catholicism. *Religions* 2018, 9(1), 3, S. 1-17. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.3390/rel9010003> [01.01.2018]
- Sharpe, D. L. / Abdel-Ghany, M / Kim, Hye Yoon / Hong, Gang-Soog (2001):** Alcohol Consumption Decisions in Korea. *Journal of Family and Economic Issues*, Vol. 22(1), Spring 2001, Human Science Press, Inc. S. 7-24. Verfügbar unter: http://pfp.missouri.edu/documents/research/sharpe_alcoholconsumption.pdf [21.03.2015]
- Shi, R. / Qu, N. / Lu, Z. / Liao, T. / Gao, Y. / Ji, Q. (2016).** The impact of marital status at diagnosis on cancer survival in patients with differentiated thyroid cancer. *Cancer Medicine*, 5(8), 2145–2154. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1002/cam4.778> [05.02.2018]
- Shin, K-Y. / Chung, C-H. (2001):** Cultural Tradition and Democracy in South Korea. *Korean Studies at the Dawn of the Millenium. Proceedings of The Second Biennial Conference. Korean Studies Association of Australasia.* S. 51-65. Verfügbar unter: <http://koreanstudiesaa.files.wordpress.com/2012/05/ksaa02-2001.pdf> [20.03.2014]
- Shin, H-R. / Boniol, M. / Joubert, C. / Hery, C. / Haukka, J. / Autier, P. / ... / Chia, K-S. (2010):** Secular trends in breast cancer mortality in five East Asian populations – Hong Kong, Japan, Korea, Singapore and Taiwan. *Cancer Science*, Volume 101, Issue 5, May 2010, S. 1241-1246. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/j.1349-7006.2010.01519.x> [29.09.2017]
- Singh, A. (2017):** The „Scourge of South Korea“ – Stress and Suicide in Korean Society. *Barkeley Political Review*, October 31 2017. Verfügbar unter: <https://bpr.berkeley.edu/2017/10/31/the-scourge-of-south-korea-stress-and-suicide-in-korean-society/> [30.11.2017]
- Song, H-N. / Go, S-I. / Lee, W-S. / Kim, Y. / Choi, H-J. / Lee, U-S. / ... / Hong, S-C. (2016):** Population-Based Regional Cancer Incidence in Korea: Comparison between Urban and Rural Areas. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*, 48(2), S. 789–797. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.4143/crt.2015.062> [07.02.2018]
- Song, Y.-J. (2009):** The South Korean healthcare system. *Japan Medical Association Journal*, Vol. 52 No. 3, S. 206-209. Verfügbar unter: https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2009_03/206_209.pdf [12.12.2017]
- Speich Chassé, D. (2012):** Fortschritt und Entwicklung. Version 1.0, *Docupedia-Zeitgeschichte*, 21. 9.2012, S. 1-14. Verfügbar unter: https://docupedia.de/zg/Fortschritt_und_Entwicklung [21.01.2015]
- Statistics Korea (2018):** About KOSTAT - History. Verfügbar unter: <http://kostat.go.kr/portal/eng/aboutUs/2/1/index.static> [17.01.2018]
- Statistics Korea (2017a):** Cause of Death Statistics in 2016. S. 1-5. Verfügbar unter: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=363695&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=death> [27.10.2017]

- Statistics Korea (2017b):** Korea Statistical Yearbook – The 63th Edition 2016. Korea Statistics Promotion Institute., Daejon. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [12.08.2017]
- Statistics Korea (2016):** Results of the 2015 Population and Housing Census (population, household and housing)., S. 1-11. Verfügbar unter: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=361147> [24.11.2016]
- Statistics Korea (2015):** Cause of Death Statistics in 2014. S. 1-4. Verfügbar unter: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=357968&pageNo=1&rowNum=10&amSeq=&sTarget=title&sTxt=causes%20of%20death> [27.04.2015]
- Statistics Korea (2014a):** Cause of Death Statistics in 2013. S. 1-5. Verfügbar unter: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=349053&pageNo=1&rowNum=10&amSeq=&sTarget=title&sTxt=causes%20of%20death> [27.07.2015]
- Statistics Korea (2014b):** About KOSIS. Verfügbar unter: http://kosis.kr/eng/about/about0101_List.jsp [17.01.2017]
- Statistics Korea (2011):** Cause of Death Statistics in 2010. S. 1-4. Verfügbar unter: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=273485&pageNo=1&rowNum=10&amSeq=&sTarget=title&sTxt=causes%20of%20death> [27.04.2015]
- Statistics Korea (2010):** Korea Statistical Yearbook – The 57th Edition 2010. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]
- Statistics Korea (2005):** Korea Statistical Yearbook – The 52th Edition 2005. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]
- Statistics Korea (2000):** Korea Statistical Yearbook – The 47th Edition 2000. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]
- Statistics Korea (1995):** Korea Statistical Yearbook – The 32th Edition 1995. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]
- Statistics Korea (1990):** Korea Statistical Yearbook – The 37th Edition 1990. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]
- Statistics Korea (1985):** Korea Statistical Yearbook – The 32th Edition 1985. Jun Kwang Printing Co., Seoul. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]
- Statistics Korea (1980):** Korea Statistical Yearbook – The 27th Edition 1980. Chung Ang Publishing & Printing Co., LTD, Seoul. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]
- Statistics Korea (1970):** Korea Statistical Yearbook – The 17th Edition 1970. Economic Planning Board Kwang, Myong Printing Co., Seoul. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]
- Statistics Korea (1960):** Korea Statistical Yearbook – The 7th Edition 1960. Ministry of Home Affairs, Cheong-gu Publishing Co. Ltd., Seoul. Verfügbar unter: <http://kosis.kr/publication/publicationThema.do?pubcode=DT> [27.04.2015]

- Suh, I. (2001):** Cardiovascular mortality in Korea – a country experiencing epidemiologic transition. *Acta Cardiologica*, Volume 56, April 2001, Issue 2, S. 75-81. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.2143/AC.56.2.2005621> [27.11.2017]
- The World Bank (1998):** The initiative on Defining, Monitoring and Measuring Social Capital. Social Capital Initiative working paper series. no. 2, Washington, DC, World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/111741468767413539/The-initiative-on-defining-monitoring-and-measuring-social-capital-text-of-proposals-approved-for-funding> [23.08.2017]
- Torres, A. / Peetermans, W. E. / Viegi, G. / Blasi, F. (2013):** Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe – A literature review. *Thorax*, 2013 Nov, 68(11), S. 1057-1065. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-204282> [30.09.2017]
- UN (2011):** Sex Differentials in Childhood Mortality. United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division, New York. S. 1-5. Verfügbar unter: <http://www.un.org/esa/population/publications/SexDifChildMort/SexDifferentialsChildhoodMortality.pdf> [01.03.2016].
- UN (2015a):** HDI Profile Korea (Republic of). S. 1-7. United Nations Development Program (UNPD), New York. Verfügbar unter: http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/KOR.pdf [10.03.2017].
- UN (2015b):** Human Development Report 2015. United Nations Development Program (UNPD), New York. S. 1-272. Verfügbar unter: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf [10.03.2017].
- Wahdan, M. H. (1996):** The epidemiological transition. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Volume 2, issue 1, 1996, S. 8-20. Verfügbar unter: http://applications.emro.who.int/emhj/0201/emhj_1996_2_1_8_20.pdf [25.02.2017].
- Wang, J. / Li, J. / Han, R. / Dan, Y. (2016):** The Attribution Theory of Confucianism and Its Function to Mental Health. *OSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, Volume 21, Issue 7, Ver. VI (July. 2016), S. 10-16. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.9790/0837-2107061016> [16.08.2017]
- Weisz, G. / Olszynko-Gryn, J. (2009):** The Theory of Epidemiologic Transition – The Origins of a Citation Classic. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Volume 65, Number 3, S. 287-326. Verfügbar unter: <https://www.mcgill.ca/ssom/files/ssom/OmranFinal.pdf> [25.02.2016].
- WHO (2018):** Global status report on alcohol and health 2018. S. 332. Verfügbar unter: <https://www.gov.gd/egov/pdf/ncodc/docs/global-status-report-alcohol-health-2018.pdf> [21.10.2018].
- WHO (2017):** The top 10 causes of death. Verfügbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> [17.11.2017].
- WHO (2014):** The determinants of health. Verfügbar unter: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [30.06.2013].
- WHO (2011a):** Global Health Aging. Verfügbar unter: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf [27.10.2013]
- WHO (2011b):** Western Pacific Country Health Information Profiles – 2011 Revision. Verfügbar unter: http://www.wpro.who.int/health_information_evidence/documents/CHIPS2011.pdf [20.08.2013].

- WHO (2010):** Urbanization and Health. Bulletin of the World Health Organization, Volume 88, Number 4, April 2010, 245-246 Verfügbar unter: <https://doi.org/10.2471/BLT.10.010410> [01.08.2017]
- WHO (2009):** Global Health Risks – Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Verfügbar unter: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf [20.06.2011].
- WHO (2008):** The Global Burden of Disease 2004 update. Verfügbar unter: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf [20.06.2011].
- WHO (2006):** Constitution of the World Health Organization. 45th Edition, October 2006. WHO, Genf. S. 1. Verfügbar unter: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [22.11.2011].
- WHO (2005):** Preventing chronic diseases – A vital investment. WHO global report. Verfügbar unter: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf [01.08.2017]
- WHO (2004):** Global status report on alcohol 2004 – Republic of Korea (The). Country profiles on CD-ROM. S. 1-7. Verfügbar unter: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/republic_of_korea.pdf [21.03.2016].
- WHO (2003):** Social Determinants of Health - The Solid Facts 2nd edition. S. 5. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf [30.06.2013].
- WHO (1986):** Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa. S. 1. Verfügbar unter: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [25.11.2011]
- Winslow, C.-E. A. (1926):** Public Health at the crossroads. American Journal of Public Health, Volume XVI, November 1926, Number 11. S. 1075 – 1085. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508996/> [22.11.2011]
- Winslow, C.-E. A., (1920):** The untitled fields of public health. Science 51 (1306). S. 23 – 33. Verfügbar unter: <http://www.sciencemag.org/content/51/1306/23.long> [22.11.2011]
- Woo, J. (2012):** Gender Differences in Cigarette Smoking – The Relationship between Social Perceptions of Cigarette Smokers and Smoking Prevalence. Theses, Dissertations, and Other Capstone Projects. Paper 245. Verfügbar unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/e12b/27d3fde44981f4c02d0ceb7bb912a3048f2e.pdf> [07.09.2017]
- Xun, P. / He, K. (2012):** Fish Consumption and Incidence of Diabetes – Meta-analysis of data from 438,000 individuals in 12 independent prospective cohorts with an average 11-year follow-up. Diabetes Care, 35(4), S. 930–938. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.2337/dc11-1869> [11.02.2018]
- Yaffe, S. (1985):** Neonatal Intensive Care – A History of Excellence (Foreword). NIH (Hg.) (1992): Neonatal Intensive Care – A History of Excellence. A Symposium Commemorating Child Health Day. NIH Publication, No. 92-2786, October 1992. Verfügbar unter: <http://www.neonatology.org/classics/nic.nih1985.pdf> [22.09.2017]
- Yang, B.-M. / Kim, J.-H. (2003):** Road traffic accidents and policy interventions in Korea. Injury Control and Safety Promotion, Vol. 10, No. 1-2, 2013, S. 89–94. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.026> [30.09.2017]

- Yang, S. / Khang, Y-H. / Chun, H. / Harper, S / Lynch J. (2012):** The changing gender differences in life expectancy in Korea 1970–2005. *Social Science & Medicine*, Vol. 75, Issue 7, October 2012, S. 1280–1287. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.026> [27.09.2017]
- Yang, S. / Khang, Y-H / Harper, S / Davey Smith, G / Leon, D. A. / Lynch J. (2010):** Understanding the Rapid Increase in Life Expectancy in South Korea. *American Journal of Public Health*, 5/2010, Vol. 100, No. 5, S. 896-902. Verfügbar unter: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2009.160341> [27.09.2017]
- Yang, C-Y. / Hsieh, Y-L (1998):** The relationship between population density and cancer mortality in Taiwan. *Jpn. J.Cancer Res.* 1998, 89, S. 355–360. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/j.1349-7006.1998.tb00571.x> [06.02.2018]
- Yonhap (2016):** S. Korea's urban population continues to rise in 2015. Yonhap News Agency, Seoul Aug. 25 2016. Verfügbar unter: <http://english.yonhapnews.co.kr/national/2016/08/25/0302000000AEN20160825009500320.html> [01.01.2018]
- Yoo, K-H. / Yoo, C-G. / Kim, S-K. / Jung, J-Y. / Lee, M-G. / Uh, S-T. / Shim, T-S. / Jeon, K. / Shim, J-J. / Lee, H-B. / Chung, C-R. / Kang, K-W. / Jung, K.S. (2013):** Economic Burden and Epidemiology of Pneumonia in Korea Adults Aged over 50 Years. *Journal of Korea Medical Science*, 2013 June, 28(6), S. 888-895. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.6.888> [30.09.2017]
- Yoon, C-G. / Bae, K-J. / Kang, M-Y. / Yoon, J-H. (2015):** Is suicidal ideation linked to working hours and shift work in Korea? *Journal of Occupational Health*, Volume 57 (2015) Issue 3, S. 222-229. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1539/joh.14-0237-OA> [01.02.2018]
- York, R. / Gossard, M. H. (2004):** Cross-national meat and fish consumption: exploring the effects of modernization and ecological context. *Ecological Economics*, Volume 48, Issue 3, 31 March 2004, S. 293-302. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2003.10.009> [03.02.2018]

Daten und Datenbanken

KOSIS – Korean Statistical Information Service:

- KOSIS (2017a):** Population-Household Projections. Verfügbar unter: http://kosis.kr/eng/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ETITLE&parmTabId=M_01_01 [09.09.2017]
- KOSIS (2017b):** Population Census. Verfügbar unter: http://kosis.kr/eng/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ETITLE&parmTabId=M_01_01 [09.09.2017]
- KOSIS (2017c):** Vital Statistics. Verfügbar unter: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B8000F&conn_path=I2&language=en [09.09.2017]
- KOSIS (2017d):** Cause of Death. Verfügbar unter: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=I2&language=en [09.09.2017]

KOSIS (2017e): Main Annual Indicators. Verfügbar unter:
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=301&tblId=DT_102Y002&language=en&conn_path=I3 [01.06.2017]

KOSIS (2016a): Life Tables. Verfügbar unter:
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B42&conn_path=I2&language=en [19.09.2017]

KOSIS – Hauptdatenbank verfügbar unter:

- (engl. Version)

http://kosis.kr/eng/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ETITLE&parmTabId=M_01_01 [14.03.2018]

- (kor. Version)

http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01 [14.03.2018]

OECD - Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung:

OECD (2017b): Alcohol consumption (indicator). Verfügbar unter:
<http://dx.doi.org/10.1787/e6895909-en> [29.03.2017]

OECD (2017c): Overweight or obese population (indicator). Verfügbar unter:
<http://dx.doi.org/10.1787/86583552-en> [15.05.2017]

OECD (2017d): Hours worked (indicator). Verfügbar unter:
<http://dx.doi.org/10.1787/47be1c78-en> [23.08.2017]

OECD (2017e): Infant mortality rate (indicator). Verfügbar unter:
<http://dx.doi.org/10.1787/83dea506-en> [23.08.2017]

OECD (2017f): Daily smokers (indicator). Verfügbar unter:
<http://dx.doi.org/10.1787/1ff488c2-en> [23.11.2017]

OECD (2017g): Suicide rates (indicator). Verfügbar unter:
<http://dx.doi.org/10.1787/a82f3459-en> [30.09.2017]

The World Bank

The World Bank (2017): World Development Indicators. Verfügbar unter:
<http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>
Verfügbar unter:
<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>
[22.09.2017]

United Nations

United Nations (2018): Human Development Data. Verfügbar unter
<http://hdr.undp.org/en/data> [01.03.2018]

United Nations (2014): World Urbanization Prospects – The 2014 Revision. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Verfügbar unter: <https://esa.un.org/unpd/wup/> [21.01.2018]

Anhang**Verzeichnis der Anhänge**

Anhang 1	Plädoyer für ein größeres Öffentlichkeitsinteresse an Südkorea.....	275
Anhang 2	Moderne und Modernität – Definitionen.....	277
Anhang 3	Fortschritt und Entwicklung – Definitionen.....	279
Anhang 4	Wandel und Veränderung – Definitionen.....	281
Anhang 5	Der Konfuzianismus Koreas als Modernisierungsbremse.....	282
Anhang 6	Der demografische Übergang in (Süd)Korea im Detail.....	286
Anhang 7	Entwicklung der CM, IMR und NMR.....	287
Anhang 8	Entwicklung der Lebenserwartung ausgewählter Altersjahre.....	287
Anhang 9	Entwicklung der Geschlechterdifferenz der Lebenserwartung.....	288
Anhang 10	Nicht-standardisierte Entwicklung der häufigsten Todesursachen.....	289
Anhang 11	Versionsabhängige Unterschiede im Datenbestand.....	290
Anhang 12	Regressionsanalyse der Lebenserwartung bei Geburt und nach Geschlecht in Südkorea ab 1970 – Alternativmodell A.....	291
Anhang 13	Regressionsanalyse zur Lebenserwartung bei Geburt und nach Geschlecht in Südkorea ab 1970 – Alternativmodell B.....	291
Anhang 14	Regressionsanalyse für die Entwicklung der IMR in Südkorea ab 1970	292
Anhang 15	Entwicklung der Landbevölkerung seit 1970.....	293
Anhang 16	Entwicklung der Scheidungsrate seit 1970.....	293
Anhang 17	Entwicklung ausgewählter Größen zum Ernährungsverhalten sei 1970	294
Anhang 18	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.2.1.....	298
Anhang 19	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.2.1 (Alternative A)...	301
Anhang 20	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.2.1 (Alternative B)...	304
Anhang 21	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.2.2.....	306
Anhang 22	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.2.3.....	309
Anhang 23	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.2.4.....	312
Anhang 24	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.3.1.....	315
Anhang 25	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.3.1 (Alternative A)...	317
Anhang 26	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.3.2.....	320
Anhang 27	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.3.3.....	323
Anhang 28	Koeffizienten der Regressionsanalyse aus Kap. 7.4.....	326

* Alle nachstehenden Quellenangaben beziehen sich auf das Quellenverzeichnis der vorliegenden Ausarbeitung

Anhang 1

Längst wird unser Alltag von südkoreanischen Produkten bestimmt. Markennamen wie Samsung, LG, Kia oder Hyundai sind in aller Munde.⁹⁷² Seit mehreren Jahren erobert auch die koreanische (Pop-)Kultur den Westen.⁹⁷³ An Exportschlägern mangelt es dem Land also nicht. Weniger bekannt ist, dass der Süden der koreanischen Halbinsel bereits seit Ende des 20. Jhd. zu den am weitesten entwickelten und höchsten technologisiertesten Ländern der Welt zählt⁹⁷⁴ und unlängst neue Standards auch im Bereich der Medizintechnik bis hin zur medizinischen Spitzentechnologie setzt.⁹⁷⁵ Entsprechend groß sind die Erwartungen, vor allem auch an sich selbst. Jüngsten Medienberichten zu Folge möchte man sogar weltweiter Marktführer in puncto Medizintechnik und medizinischer Versorgung werden.⁹⁷⁶ Die gleiche Strebsamkeit zeigt sich aber eben auch vielen in anderen Bereichen. Dieser teils überirdisch anmutende Eifer, ist gleichzeitig als Motor des umfangreichen Modernisierungsprozesses in Südkorea zu verstehen. Ein Prozess, der immer noch im vollen Gange zu sein scheint und im Kontext der historischen Verläufe auf koreanischen Boden wie zuvor erwähnt oft auch als Wunder charakterisiert wird. Trotz zahlreicher Errungenschaften ist mein Eindruck hierzu, dass Südkorea oftmals im Schatten seiner unmittelbar angrenzenden Nachbarn sowie China oder Japan steht. Ferner fällt auf, dass sich der öffentliche, politische sowie wissenschaftliche⁹⁷⁷ Diskurs sehr oft nur allzu oberflächlich auf das „in seiner Geheimlosigkeit allen offen vor Augen liegende Land“⁹⁷⁸ zu konzentrieren scheint. In der Folge wird dadurch zum einen die globale Rolle Südkoreas im Zusammenhang mit dem kometenhaften Aufstieg seit den 1960er Jahren weit unterschätzt. Zum anderen bleibt die außerordentliche gesellschafts- und sozialkulturelle und Dynamik des Landes als potentialträchtiges und disziplinübergreifendes Forschungsobjekt unberücksichtigt. Dabei ist es insbesondere auch der verhältnismäßig kleine Zeitrahmen in dem sich im „Land der Morgenstille“⁹⁷⁹ vieles um 180° wendete, was der Region diesen höchst interessanten Stellenwert verleiht. Anschaulicher formuliert handelt es sich beim Beispiel Südkorea um „Modernisierung in einer Nusschale“. Und aus dieser Schale zu schöpfen, könnte das Wissen um modernisierungsbedingte Konsequenzen auf Ebene der Gesundheit aber auch darüber hinaus um viele neue Erkenntnisse bereichern. Denn auch wenn Modernisierung einen von vielerlei Faktoren abhängigen Prozess darstellt und vor dem Hintergrund Multipler Modernitäten weder im Verlauf noch Ausgang vergleich- oder vorhersagbar und schon gar

⁹⁷² Legrain 2011; Siemons 2011.

⁹⁷³ Vgl. Rapp 2014; Siemons 2011; Kim / Jaffe 2010, S. 163ff.

⁹⁷⁴ Vgl. UN 2015a, S. 1ff; UN 2015b, S. 125.

⁹⁷⁵ Bergheim 2013.

⁹⁷⁶ Arirang News 2013.

⁹⁷⁷ Gemeint sind Disziplinen außerhalb der Koreanistik, wie Asienwissenschaften oder vergleichbar.

⁹⁷⁸ Siemons 2011.

⁹⁷⁹ Vgl. u.a. Werning 1988. Auch „Land der Morgenfrische“ oder „-hohen Schönheit“ (Eckart 1951, S. 5).

nicht generalisierbar ist, so stellt sich u. a. die Frage, ob sich dieser Grundsatz im Hinblick auf alle damit verbundenen Konsequenzen nachweisen lässt.

Ein weiterer in diesem Zusammenhang stehender Kritikpunkt ist, dass der westliche Diskurs zu Südkorea speziell nur die Entwicklungen ab Mitte des 20. Jhd. thematisiert. So werden die vielfältigen Voraussetzungen, gekennzeichnet durch den charakteristischen kulturellen und historischen Hintergrund sowie die ausgeprägten politischen Umwälzungen, oftmals nur oberflächlich behandelt.⁹⁸⁰ Zwar sind auch für die vorliegende Diskussion die Dynamiken seit den 1960er Jahren ausschlaggebend. Allerdings wäre ein Vorgehen, was Rahmenbedingungen, wie den gesamten historischen, kulturellen und politischen Kontext, und damit die „*hohe historische Kontingenz der Modernisierungspfade*“ sowie die „*Intensität der Kontingenzerfahrungen*“ in Korea⁹⁸¹, ignoriert, als zu trivial einzuordnen. Denn wie bereits erwähnt muss der Modernisierungsprozess einer Region immer als ein ganzheitliches Konzept verstanden werden. Und bezüglich der historischen, politischen sowie kulturellen Entwicklungen muss daher auch auf Ereignisse vor Mitte des 20. Jhd. eingegangen werden. Dadurch werden einige der empirisch nachweisbaren Realitäten überhaupt erst ganzheitlich erklärbar. In diesem Zusammenhang gilt, dass „*(...) nur durch Berücksichtigung dieses ersten Prozesses eine Erklärung für die rasante Entwicklung ab den 60er Jahren gefunden werden kann*“⁹⁸², wobei der Autor mit dem Schlagwort „*erster Prozess*“ die Entwicklungen vor Einsetzen der beschleunigten Modernisierung in Südkorea meint. Daher gilt es insbesondere auch den verspäteten Weg Südkoreas in die Moderne zu berücksichtigen.

⁹⁸⁰ Siehe hierzu auch Pechmann 2008, S. 2f.

⁹⁸¹ Shin 2005, S. 9.

⁹⁸² Pechmann 2008, S. 2 nach Cumings 1980.

Anhang 2

Im Zusammenhang mit Modernisierung begegnet man oft Formulierungen wie „Übergang zur Moderne“ oder „Übergang von der traditionellen zur modernen Gesellschaft“. Es stellt sich somit auch die Frage, was im Kontext von Modernisierung mit dem Begriff der Moderne oder Modernität gemeint ist, bzw. inwieweit Modernisierung davon abzugrenzen sei. Ferner fragt sich, wodurch „modern“ gekennzeichnet ist.⁹⁸³

Sowohl bei dem Begriff der Modernisierung als auch der Moderne handelt um zentrale soziologische Begriffe, die allerdings nicht eindeutig definiert oder gar definierbar sind.⁹⁸⁴ Nicht zuletzt deshalb verwendet man die Begriffe – sowie entsprechende Attribute wie „modern“ oder „modernisiert“ – vermehrt auch parallel zueinander. Das mag vor dem Hintergrund des „(...) *verdichteten historisch-politischen Gewichts*“⁹⁸⁵ der Begriffe durchaus als legitim erscheinen.⁹⁸⁶ In dieser Ausarbeitung wird allerdings davon ausgegangen, dass mit Moderne kein (Entwicklungs-)Prozess im engeren Sinne gemeint ist – so wie es der Begriff der Modernisierung impliziert – sondern ein (gesellschaftlicher) Ist-Zustand beschrieben wird. Eine Definition, die diese Sichtweise stützt, findet sich bei Wolfgang Zapf aus dem Jahre 2010. Demnach ist Moderne „(...) *ein Begriff aus Kunst, Literatur und Philosophie, wandelbar in der jeweiligen Auseinandersetzung von Avantgarde und Konvention, am besten sichtbar vielleicht im Wechsel der jeweils modernen Architektur* (...)“.⁹⁸⁷ Der Autor unterscheidet bei seiner Definition gar Disziplinen und Epochen. Allerdings gilt es Moderne im Kontext von Modernisierung und damit dem soziologischen Diskurs zu identifizieren. Lee (2007) weist darauf hin, dass man mit dem Begriff der Moderne „(...) *das Fortschrittliche gegenüber dem Traditionellen und Bestehenden* (...)“ unterscheidet, wobei „(...) *auf eine evolutionär verstandene Weiterentwicklung bestimmter Verhältnisse auf eine höhere Stufe*“ verwiesen wird.⁹⁸⁸ Während im ersten Teil ein Zustand beschrieben wird, beschreibt Letzteres wiederum einen Prozess. In ihren Ausführungen nimmt die Autorin Bezug auf Hans-Ulrich Wehler, der auf die hohe Relevanz des Begriffes der Moderne innerhalb Modernisierungstheorie hindeutet, beide Begriffe aber deutlich voneinander unterscheidet, in dem er der Moderne Zustandsmerkmale zuweist und von Modernisierung als Brücke zur Moderne spricht.⁹⁸⁹ Interpretationen dieser Art finden sich viele, nicht zuletzt auch bei Shmuel Noah Eisenstadt

⁹⁸³ Lee 2007, S. 13.

⁹⁸⁴ Vgl. Shin 2005, S. 3.

⁹⁸⁵ Shin 2005, S. 3

⁹⁸⁶ Der Autor stützt sich dabei auf die Auslegungen von Reinhart Koselleck. Demnach sind „(...) *historisch-politische Begriffe notwendigerweise vieldeutig*“ (Shin 2005, S. 3 nach Koselleck 1979, S. 119f).

⁹⁸⁷ Zapf in: Korte / Schäfers 2010, S. 258.

⁹⁸⁸ Lee 2007, S. 12f.

⁹⁸⁹ Vgl. Wehler 1975, S. 14f & 16. Analog zum Begriff Sozialer Wandel wird oftmals auch der Begriff gesellschaftlicher Wandel eingesetzt, was in diesem Fall tatsächlich denselben Prozess beschreibt (Schrader 2008). Abzugrenzen davon ist allerdings der Kulturelle Wandel.

(2010), der mit seinem Theorem zur Vielfalt der Moderne, die unterschiedlichen Modernitäten, hervorgerufen durch unterschiedliche Modernisierungsprozesse, umschreibt. So kann zusammengefasst werden, dass die Begriffe Moderne und Modernisierung zwar in starker Beziehung zueinander stehen, gleichzeitig aber sprachlich wie auch inhaltlich voneinander unterschieden werden sollten.

Anhang 3

Analog zum Modernisierungsbegriff ist sehr häufig auch von Fortschritt oder Entwicklung die Rede. Tatsächlich aber handelt es sich um davon abzugrenzende Termini, wenngleich diese im deutlichen Bezug zur Modernisierung stehen.⁹⁹⁰ So können der Modernisierung Fortschritts-elemente zugeschrieben werden, allerdings steht Fortschritt vielmehr „(...) für die Entwicklung von niederen zu höheren Zuständen“⁹⁹¹ und impliziert im Gegensatz zum Modernisierungsbegriff – ferner auch zu den verschiedenen Formen des Wandels – eine wertende Aussage. Modernisierung und ferner auch Wandel sind jedoch allerdings als wertfrei zu erachten. Fortschritt vollziehe sich „(...) in Form einer aufwärtsgerichteten Geraden“ mit „(...) gelegentlichen Krümmungen.“⁹⁹² Eine überspitzt formulierte Auslegung hierzu sei, dass „(...) Fortschritt (...) allgemein als eine Verbesserung, eine Perfektion der Daseinsbedingungen, der Lebensumstände gilt.“⁹⁹³ In seinem Ursprung ist der Begriff gar auf Errungenschaften der Wissenschaft und Technik eingegrenzt.⁹⁹⁴ Demgemäß wird Fortschritt als eine positiv-beurteilte Veränderung verstanden⁹⁹⁵, die „(...) auf verschiedene (...) Dimensionen bezogen oder auch als übergreifender Gesamtprozess begriffen werden kann.“⁹⁹⁶ Der Fortschrittsbegriff unterliegt seit jeher aber auch einer kontroversen Debatte. Spätestens seitdem die negativen Auswirkungen technischen, wissenschaftlichen, ferner auch ökonomischen und soziokulturellen Fortschritts bekannt sind, wird der Fortschrittsbegriff äußerst kritisch bewertet. Zudem unterliegt Fortschritt immer auch sehr subjektiven Bewertungskriterien.⁹⁹⁷ So spricht beispielsweise die wirtschaftliche Entwicklung in Südkorea der vergangenen 40 Jahre bis in die Gegenwart hinein für einen wirtschaftlichen, ferner auch technischen und wissenschaftlichen „Fortschritt“. Gleichzeitig gilt es aber eben auch die negativen Folgen auf beispielsweise gesundheitlicher, demografischer oder gesellschaftlicher Ebene zu beachten oder gar aufzuwiegen. Wenn vorliegend daher die Rede von Fortschritt ist, impliziert das u. a. auch eine kritische Sichtweise auf die Entwicklungen Südkoreas. Auf Antonyme wie Rückschritt soll allerdings verzichtet werden.

Gleichzeitig fällt auf, dass es sich im Zusammenhang mit Begriffen wie Fortschritt oder Wandel, vor allem aber Modernisierung, kaum vermeiden lässt, von Entwicklung zu sprechen. Und wie erwähnt wird auch der Entwicklungsbegriff nicht minder häufig analog zu Modernisierung verwendet. Obschon sich bestimmte begriffliche Überschneidungen insbesondere im

⁹⁹⁰ Speich Chassé 2012, S. 1ff. Der Autor spricht hierbei von „Grundsteinen“.

⁹⁹¹ Rammstedt 2011, S. 212.

⁹⁹² Rammstedt 2011, S. 212. Die von Otthein Rammstadt zitierte Auffassung nach Auguste Comte gilt als Vollendung der klassischen Fortschrittstheorie (Rammstedt 2011, S. 212.).

⁹⁹³ Schoeck (1970), S. 116.

⁹⁹⁴ Speich Chassé 2012, S. 2.

⁹⁹⁵ Balla 2002, S. 159. Endruweit 2002, S. 102.

⁹⁹⁶ Balla 2002, S. 159. Für die verschiedenen Formen des Fortschritts siehe Fuchs-Heinritz et al. 2011, S. 212; Balla 2002, S. 159f.

⁹⁹⁷ Balla 2002, S. 160.

Alltagssprachgebrauch kaum vermeiden lassen, sollte man sich der Unterschiede im Klaren sein. Was also meint der Entwicklungsbegriff im Genauen und wie unterscheidet er sich vom Modernisierung sowie Fortschritt und Wandel? Tatsächlich kann auch hierzu wieder aus einem großen Definitionspool geschöpft werden.⁹⁹⁸ Angesichts der perspektivischen Definitionsvielfalt erscheint mir auch in diesem Fall eine möglichst abstrakte Auslegung vom Vorteil. So sei Entwicklung in erster Linie ein irreversibler Prozess fortschreitender Veränderungen.⁹⁹⁹ Überdies sei dieser Prozess „(...) *stetig, sprunghaft, evolutionär oder revolutionär* (...)“ und führe „(...) *von einer untergeordneten zu einer höheren Stufe aufgrund von endogenen und exogenen Ursachen*.“¹⁰⁰⁰ Zwar kann auch der Entwicklungsbegriff in erster Linie als ein positiver Prozess aufgefasst werden. Die Nähe zum Fortschrittsbegriff ist unverkennbar. Allerdings werden nicht nur Errungenschaften auf wissenschaftlicher oder technischer Ebene angesprochen. Mit dem Entwicklungsbegriff geht vielmehr eine Beschreibung des gesellschaftlichen Wandels einher.¹⁰⁰¹ So bildet der Entwicklungsbegriff u. a. auch die etymologische Basis für die Diskussion um Entwicklungsländer. Allerdings wird einmal mehr die Unschärfe analog zu Modernisierung eingesetzter Begriffe deutlich. Den Diskurs ergänzend sei darauf hingewiesen, dass der nicht-neutrale Charakter beider Begriffe schließlich zur Entstehung von Termini wie dem sozialen Wandel geführt hat.¹⁰⁰²

⁹⁹⁸ Vgl. die Ausführungen von Rammstedt 2011, S. 172; Endruweit 2002, S. 102f.

⁹⁹⁹ Rammstedt 2011, S. 172; Reinhold 1997, S. 145.

¹⁰⁰⁰ Reinhold 1997, S. 145.

¹⁰⁰¹ Speich Chassé 2012, S. 2.

¹⁰⁰² Wiswede 1997, S. 598.

Anhang 4

Abschließend wird noch auf die beiden unumgänglichen Begriffe Wandel und Veränderung eingegangen, selbst zwei häufig analog zueinander verwendete Begriffe. Darüber hinaus aber natürlich auch häufig im Zusammenhang mit Modernisierung genutzt, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der verschiedenen Formen des Wandels und Änderungsprozesse. Eine Abgrenzung erscheint somit hilfreich. Im allgemeinen Verständnis beschreibt *Wandel* – und zwar unabhängig von der Art – den Übergang zwischen zwei Zuständen.¹⁰⁰³ Der Veränderung hingegen beschreibt im engeren Sinne einen oder mehrere Prozesse durch diese etwas kontinuierlich anders wird bzw. sich verändert.¹⁰⁰⁴ Demnach führt Veränderung zum Wandel, aber nicht umgekehrt. Denn ausgehend von zwei Zuständen, wie sie mit dem Begriff Wandel in vergleichender Weise erfasst werden, kann ein Übergang von Zustand A zu B nur in Form von Veränderung – in Verbindung mit entsprechenden Prozessen – stattfinden. Diese Aussage wird durch exemplarische Formulierungen wie, dass sich sozialer Wandel auf die Veränderung sozialer Strukturen und Verhaltensweisen beziehe¹⁰⁰⁵, gestützt. Der Veränderungsbegriff wird hier im Zusammenhang mit sozialen Strukturen und/oder Verhaltensweisen verwendet. Veränderungen auf diesen beiden Ebenen führen einen neuen Zustand herbei, was den Wandel erst wahrnehmbar macht. Die analoge Verwendung von Wandel und Veränderung erscheint somit nicht legitim, wenngleich man auch hier mit einem hohen Abstraktionsgrad konfrontiert ist. Dem soll an dieser Stelle aber nicht weiter nachgegangen werden soll. Es sei vielmehr darauf hingewiesen, dass sich so gut wie möglich an der begrifflichen Trennung orientiert wird.

¹⁰⁰³ Götz et al. 2008, S. 1205; Siehe auch PONS 2006, S. 1540.

¹⁰⁰⁴ Götz et al. 2008, S. 1140.

¹⁰⁰⁵ Wiswede 1997, S. 596.

Anhang 5

Als Ursache für die verspätete Modernisierung des Landes wird hauptsächlich die zu großen Teilen vom Konfuzianismus¹⁰⁰⁶ beeinflusste Politik und Gesellschaft des alten Kaiserreichs¹⁰⁰⁷ gehandelt. Das damit einhergehende Weltbild wird geradezu als Modernisierungsbremse verstanden.¹⁰⁰⁸ Allerdings lehrt die Geschichte, dass politische Systeme, die auf Abschottung eines Landes gegenüber der Außenwelt abzielen und damit auch Weiterentwicklungen, in der Regel keinen Fortbestand haben. Auch was die konfuzianistische Weltordnung anbetrifft machen sich bereits gegen Ende des 16. Jhd. erste Schwächeerscheinungen bemerkbar, und spätestens ab dem 17. Jhd. gilt die alte Ordnung als zunehmend instabil.¹⁰⁰⁹ Hierfür sind vor allem nachhaltige gesellschaftliche Umbrüche verantwortlich¹⁰¹⁰, die ihre Ursache in den traumatischen Ereignissen um das 16. und 17. Jhd. haben.¹⁰¹¹ Die damit einhergegangenen Veränderungen sollten zu einer anhaltenden Krise für das konfuzianistische Programm führen, was sich sowohl auf die Politik, als auch Gesellschaft auswirkte, und zwar in zunehmender Weise. Als Folge dieser von ersten Umbrüchen gekennzeichneten Zeit entwickelten sich unterschiedliche konfuzianistische Schulen.¹⁰¹²

Allerdings widersprachen die neuen Bewegungen dem traditionellen konfuzianistischen Programm. Dessen Vertreter wollten weder den westlichen Fortschritt anerkennen, noch eine Landesöffnung herbeiführen. Vielmehr wurde eine Abschottungsstrategie verfolgt.¹⁰¹³ Die

¹⁰⁰⁶ Der Konfuzianismus, als strikt hierarchische Staats- und Verwaltungsphilosophie mit bestimmend großem Einfluss auf die Gesellschaft, wurde bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt im kulturellen Austausch mit China adaptiert, umgesetzt und weiterentwickelt (vgl. u. a. An 2002, S. 1 - 3).

¹⁰⁰⁷ Jeoson, auch Yi-Dynastie genannt, steht für das letzte koreanische Kaiserreich von 1392 bis 1910 (vgl. Kim 2004, S. 92f.).

¹⁰⁰⁸ Vgl. Kim 2011, S. 114f; Shin 2005, S. 9; Choung 1991, S. 90. Kim 1977, S. 13. Dieser die Modernisierung Koreas hemmende Einfluss trifft insbesondere auch auf den koreanischen Neokonfuzianismus, Seongnihak genannt, zu. Wie der Name schon vermuten lässt, handelt es sich dabei um eine neue bzw. weiterentwickelte Form des Konfuzianismus. Inhaltlich wird die geistige Beeinflussung der Gesellschafts- und Herrschaftsstrukturen fokussiert (Kim 2004, S. 86f).

¹⁰⁰⁹ Vgl. Kim 2010a, S. 4 – 29; Shin 2005, S. 9.

¹⁰¹⁰ Der gesellschaftliche Wandel dieser Zeit ist vordergründig mit der zunehmenden Instabilität des Ständesystems verbunden, an dessen Spitze die Yangban-Klasse (koreanische Aristokraten) stand (Vgl. Kim 2010a, S. 4 – 29; Kim 2004 S. 174 – 185; Vgl. Kim 1999, S.168f).

¹⁰¹¹ Gemeint sind u. a. territoriale Auseinandersetzungen mit den Mandschus und Japanern. Diese Ereignisse sollten die Isolationspolitik des Landes vorantreiben (vgl. Kindermann 2005, S. 33f).

¹⁰¹² Die sog. „Shilhak“-Bewegung steht für eine der wichtigsten und nachhaltigsten dieser neuen Schulen. Stark vom Katholizismus beeinflusst widmete sich Shilhak u. a. der Frage, wie man die politischen und gesellschaftlichen Probleme dieser Zeit bewältigen könnte, um u. a. auch die Lebensqualität zu steigern. Der geistige Aufbruch darf allerdings nicht als Modernisierungsansatz missverstanden werden, da Anhänger das konfuzianistische Prinzip nicht ablegten. Die Bereitschaft zu politischen Reformen geht dennoch auf Shilhak zurück (vgl. Choung 1991, S. 88). Denn es waren vor allem die Shilhak-Vertreter, welche die im Land ausgebreitete Stagnation erkannten, und sich immer nachdrücklicher für die Öffnung Koreas aussprachen. Man vertrat die Auffassung, dass Fortschritt sowie die Lösung der Probleme nur durch Außenhandel bzw. Kontakt mit der Außenwelt garantiert werden kann (siehe hierzu u. a. Kim 2004, S. 193).

¹⁰¹³ Choung 1991, S. 90. Die bereits ab dem Jahre 1637 erwirkte, fast ausnahmslose Isolation des Landes, lässt sich insbesondere auf die ständigen Invasionsversuche seitens der Japaner sowie der Mandschus, sowie auf die damit verbundenen tragischen Erfahrungen zurückführen (Kindermann 2005, S. 39). Gleichwohl spielt das Christentum, von dem man eine große Bedrohung für die konfuzianistisch geprägte Ordnung ausgehen sah, eine nicht zu unterschätzende Rolle bei den Isolationsmaßnahmen (Kim 2004, S. 196f).

Isolationsmaßnahmen waren vom Glauben geprägt, dass die Krise nur durch die Wiederherstellung der alten Ordnung zu überwinden sei.¹⁰¹⁴ Tatsächlich trug aber genau diese Auffassung „ (...) seit dem Beginn des 18. Jhd. wesentlich zur Stagnation in der koreanischen Gesellschaft bei. Immer nachhaltiger stand die Politik der herrschenden Kreise, die jeden Fortschrittsversuch als antikonzufuzianistisch verdammt, der Entwicklung des Landes entgegen.“¹⁰¹⁵ Bezüglich dessen finden sich oft auch treffende Bezeichnungen wie „Eremitenland“ oder „Einsiedler-Königreich“.¹⁰¹⁶ Eine Charakteristik, die sich besonders auch ab dem 19. Jhd. zeigt, als man zunehmend in den Mittelpunkt westlicher Interessen, insbesondere derer Frankreichs, Russlands, Englands sowie den USA, geriet.¹⁰¹⁷ Dadurch erhoffte man sich u. a. auch von den teils schlechten Erfahrungen, von denen man aus China und Japan im Zusammenhang mit der Türöffnung gegenüber dem Westen mitbekommen hatte, verschont zu bleiben. Während aber den westlichen Mächten keine direkten Invasionsabsichten unterstellt werden können, sollte weiterhin seitens der Japaner die größte Bedrohung ausgehen. Trotz deutlicher Warnungen aus den eigenen Reihen wurde sich der eigentlichen Gefahr nicht rechtzeitig angenommen.¹⁰¹⁸ Der Fokus lag nach wie vor auf der Erhaltung einer längst überholten Weltanschauung.

Gegen Ende des 19. Jhd. überschlugen sich schließlich die politischen Ereignisse. In der Hauptsache war man damit beschäftigt, die deutlich angeschlagene Ordnung vor dem Untergang zu bewahren. Alle damit verbundenen Reformen erwiesen sich allerdings als unzureichend. Auch die wirtschaftlichen und sozialen Misstände konnten nicht mehr bewältigt werden. Das wesentliche Problem dabei war, dass an der Illusion festgehalten wurde, die Schwierigkeiten auch ohne Teilnahme an den Entwicklungen der Außenwelt überwinden zu können.¹⁰¹⁹ Hinzu kommen das beständig gewachsene Misstrauen gegenüber dem Westen sowie der zunehmende Druck seitens Japans, was die Flucht in eine totale Isolation bewirkte, die allerdings nicht von langer Dauer sein sollte.¹⁰²⁰ Vermischt mit der Tatsache, dass die von der japanischen Expansionspolitik ausgehende Gefahr viel zu spät erkannt wurde, steuerte man zur Jahrhundertwende auf den Höhepunkt der innenpolitischen Krise zu, was um die Jahrtausendwende eine erzwungene Öffnung Koreas durch Japan zur Folge hatte und zudem den sicheren Untergang des alten Kaiserreichs sowie der konfuzianistischen Ordnung einläutete. Dieser Umstand, gegen den man nicht mehr in der Lage war etwas auszurichten, führte um 1910 zur Kolonialisierung und Annexion Koreas durch Japan, was nicht nur den

¹⁰¹⁴ Choung 1991, S. 90.

¹⁰¹⁵ Göthel 1996, S. 60.

¹⁰¹⁶ Kindermann 2005, S. 39; Shin 2005, S. 9; Kim 2004, S. 186f; Choung 1991, S. 86f.

¹⁰¹⁷ Kim 2004, S. 186f.; Göthel 1996, S. 61f. Es wurden u. a. auch Handelsbestrebungen abgelehnt.

¹⁰¹⁸ Eggert / Plassen 2005, S. 109f; Shin 2005, S. 8f.; Göthel 1998, S. 65.

¹⁰¹⁹ Vgl. Eggert / Plassen 2005, S. 108.

¹⁰²⁰ Kim 2004, S. 188, 194f; Göthel 1998, S. 61f, 65. Siehe auch Eggert / Plassen 2005, S. 111.

Zusammenbruch einer über 500 Jahre alten Dynastie bedeutete, sondern auch den endgültigen Untergang einer überwiegend konfuzianistisch geprägten Weltanschauung zur Folge haben sollte. Allerdings wird die bis 1945 anhaltende Phase unter japanischer Gewaltherrschaft paradoxerweise auch als Koreas erste Modernisierung diskutiert.¹⁰²¹ Inwiefern das zu bestätigen sei, soll aus Gründen der Vollständigkeit kurz in einem eigenen Abschnitt aufgegriffen. In jedem Fall aber konnte man sich nicht mehr den global einsetzenden Modernisierungsprozessen entziehen.¹⁰²² Das Besondere hierbei ist, dass der Weg Koreas in die Moderne durch „(...) *mehrmalige radikale Richtungsänderungen der Modernisierungspfade* (...)“¹⁰²³, und zwar in kürzester Zeit, gekennzeichnet ist, was sich insbesondere auch an den wechselhaften Ereignissen zwischen Ende des 19. und Mitte des 20. Jhd. zeigt.¹⁰²⁴ Der Weg Koreas in die Moderne weicht damit im großen Maße von den klassischen Denkmustern zu Moderne und Modernisierung ab.¹⁰²⁵

Zwar kann den hartnäckigen Vertretern der alten Weltordnung eine gewisse Verblendung vorgeworfen werden, was unbestreitbar verheerende Folgen für Land und Leute mit sich bringen sollte. Doch darf der Konfuzianismus daher als alleinige Ursache für Südkoreas späten Weg in die Moderne deklariert werden? Oder ist es nicht vielmehr die Auslegung und Umsetzung der konfuzianistischen Lehre auf politischer Ebene? Zunächst einmal gilt es darauf hinzuweisen, dass der Konfuzianismus bzw. wie er interpretiert und umgesetzt wurde auch einen äußerst positiven Einfluss auf das soziokulturelle Leben des alten Kaiserreichs nahm. So sorgte der konfuzianistisch geprägte Alltag sogar zu vielen Weiterentwicklungen auf Ebene der Kunst, Bildung, Musik etc. Dennoch darf auch hier noch nicht von Modernisierung im engeren Sinne die Rede sein.¹⁰²⁶

Das koreanische Alphabet „Hangeul“ weist hierbei einen sehr großen Symbolcharakter für die Modernisierung Koreas auf. Es wurde Anfang des 15. Jhd. entwickelt und eingeführt. Es handelt sich hierbei um eine leicht erlernbare Schrift, die jedermann den Zugang zur Bildung und damit Wissen ermöglichen sollte. Die umfassende Alphabetisierung der Bevölkerung (als nicht unwesentlicher Modernisierungsaspekt) sollte allerdings noch dauern, was weniger am neuen Schriftsystem lag, als daran, dass Hangeul über viele Jahrhunderte besonders von den Gelehrten abgelehnt wurde. Der Zugang zum höheren Wissen war also trotzdem nur denen

¹⁰²¹ Vgl. Pechmann 2008; Park 1979

¹⁰²² Kindermann 2005, S. 59f. Siehe auch Eggert / Plassen 1991, S. 109f; Göthel 1998, S. 66f.

¹⁰²³ Shin 2005, S. 9. Der Autor verweist im Besonderen auf die „(...) *Unbestimmtheit und Unvoraussehbarkeit des Geschichtsverlaufs*“ (Shin 2005, S. 9). Das Besondere dabei sei nicht die „(...) *Kontingenz überhaupt, sondern in der Intensität der Kontingenzerfahrung*“ (Shin 2005, S. 9).

¹⁰²⁴ Pechmann 2008, S. 4f.

¹⁰²⁵ Shin 2005, S. 9.

¹⁰²⁶ Vgl. Göthel 1996, S. 52 – 60.

vorbehalten, die der chinesischen Schrift mächtig waren. Erst durch Ju Si-gyeong, einem modernen koreanischen Linguisten, erlebte das koreanische Alphabet seine Renaissance und wurde durch weiter verbreitet und etabliert. 1997 wurde Hangeul bzw. das von König Sejong veröffentlichte Manuskript „Hunmincheon geum“ (Die richtigen Laute zur Belehrung des Volkes) zum Weltkulturerbe erklärt.¹⁰²⁷ Der Symbolcharakter des koreanischen Alphabets liegt einerseits in der langen und schwierigen Etablierungsgeschichte dieses Schriftsystems, auf der anderen Seite aber auch im kulturellen Wert der koreanischen Schrift und Sprache. Nicht nur dass die finale Etablierung dieser Schrift zeitgleich mit großen Umwälzungen einhergeht. Auch gilt Hangeul als Zeichen des Widerstands gegen die japanischen Besatzer, die das Verbot und damit die Auslöschung der koreanischen Schrift und Sprache unter Androhung der Todesstrafe durchsetzen wollten. Erst mit dem Ende der Kolonialzeit kam es zur erneuten Wiederbelebung der koreanischen Schrift und Sprache einhergehend mit einer rasch ansteigenden Alphabetisierungsquote, wobei der letztgenannte Aspekt für den nicht unwesentlichen Modernisierungsprozess der Alphabetisierung steht.¹⁰²⁸

¹⁰²⁷ Vgl. KEID 2008, S. 7f.

¹⁰²⁸ KEID 2008, S. 8.; Lee 2007, S. 22f.

Anhang 6

Tab. A: Der demografische Übergang in (Süd)Korea

Transformationsphase	Periode	Bevölkerungswachstum	Fertilität	Mortalität	Einflussfaktoren
<i>Korea (gesamt)</i>					
Prätransformative Phase	bis 1910	Leichtes und stabiles Wachstum	Hohes Niveau	Hoch mit Schwankungen	Typischer Agrarstaat; Schwankungen in der Mortalität bedingt durch Hungersnot, Kriege und Epidemien
Frühtransformative Phase	1910 - 1945	Verstärktes Wachstum mit Schwankungen und Einbruch um das Ende des zweiten Weltkriegs	Steigend mit zeitweisen Rückgang bedingt durch politische Unsicherheiten	Rückläufig (spätestens ab 1920)	Kolonialisierung durch Japan; Einführung medizinischer Einrichtungen, Medizin und Behandlungsmethoden
<i>Korea (Süd)</i>					
Mitteltransformative Phase (chaotische Phase)	1945 - 1960	Erneut rapides Wachstum (mit Ausnahme der Periode 1950/55)	Hohes Niveau mit starkem Anstieg (mit Einbruch um 1950/55)	Starker Rückgang erst nach Korea-Krieg (Abweichungen vom Idealtypus in der Periode 1945/55)	Befreiung, Teilung und Krieg; soziale Unruhen und wirtschaftliche Not; Einführung von Antibiotika langsamer allmählicher Ausbau von Gesundheitsleistungen
Spättransformative Phase	1960 - 1985	Rückläufig	Erster rapider Rückgang	CDR sinkt weiter, und beginnt sich ab den 1970er Jahren zu stabilisieren	Beginn der Modernisierung (u. a. wirtschaftlicher Wandel, Urbanisierung, Familienplanung, erheblicher Ausbau von Gesundheitsleistungen sowie der dazugehörigen Infrastruktur)
Posttransformative Phase	1985 - heute	Wachstumsrate sinkt weiter (mit Potential eines negativen Wachstums)	Zweiter rapider Rückgang mit Stabilisation zur Jahrtausendwende	CDR ist weitestgehend stabilisiert (geringes Wachstumspotential ab 2010)	U. a. Sozialer Wandel; Globalisierung; Veränderungen in den Lebensstilen; Weitere Modifikationen im Gesundheitssektor

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kim 2005, S. 2 sowie unter Berücksichtigung amtlicher und nicht amtlicher Daten: KOSIS 2017c; Kim 1994, S. 137; Kwon et al. 1975, S. 23; Statistics Korea 1970, S. 82)

Anhang 7 - 8

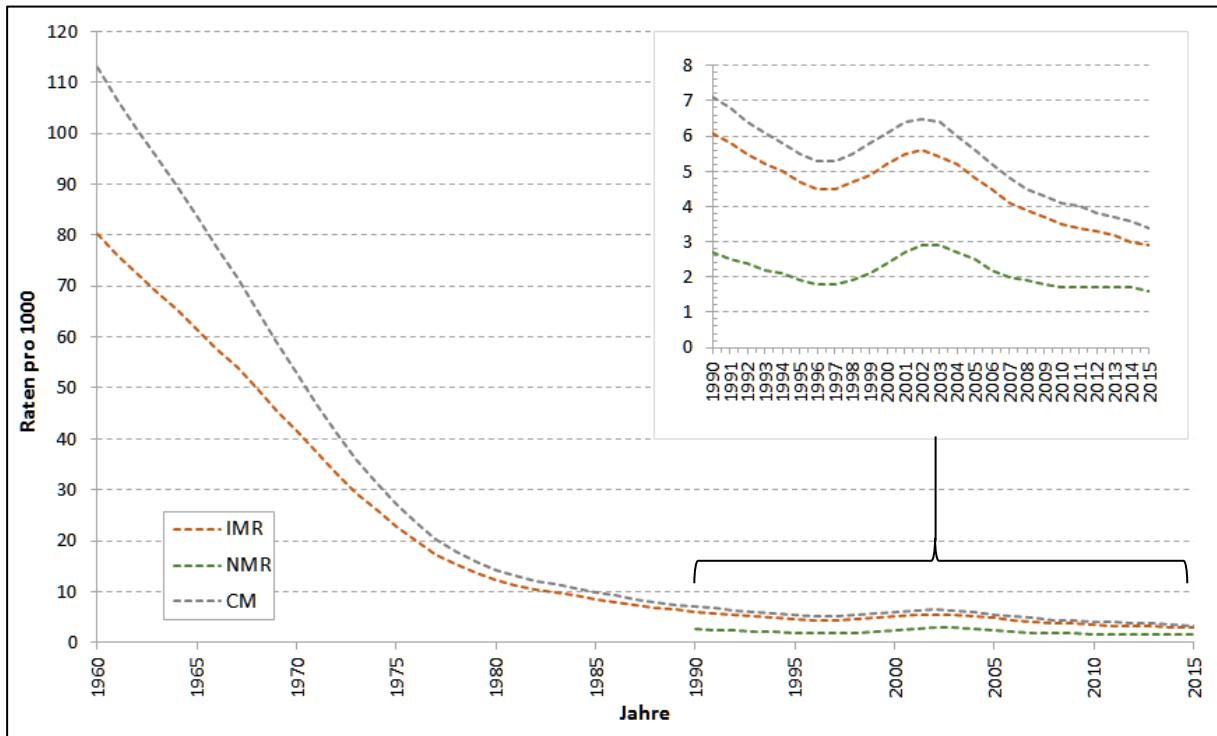


Abb. A: Entwicklung der CM, IMR und NMR in Südkorea, 1960 - 2015 (Quelle: Eigene Darstellung nach The World Bank 2017)

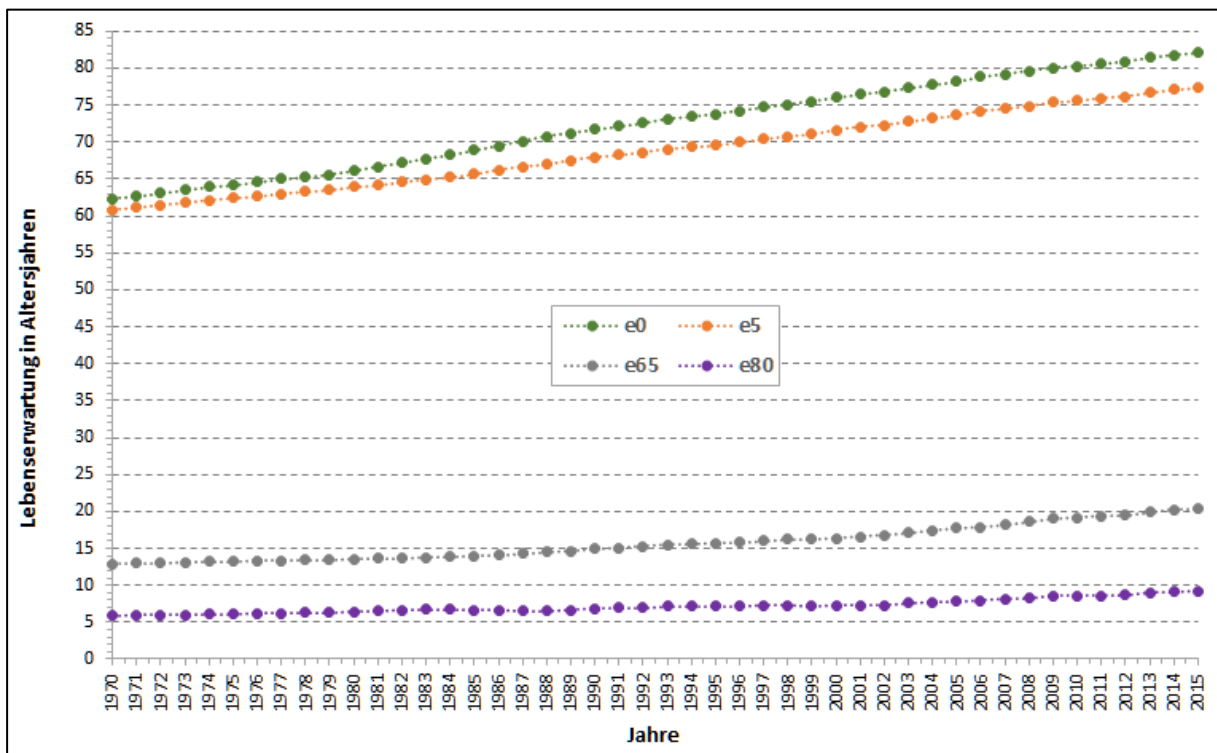


Abb. B: Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt (e0) und fernerer Lebenserwartung ausgewählter Altersjahre (e5, e65, e80) in Südkorea, 1970-2015 (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2016a)

Anhang 9

Tab. B: Entwicklung der Geschlechterdifferenz im Hinblick auf die Lebenserwartung bei Geburt (e0) und fernerer Lebenserwartung ausgewählter Altersjahre (e5, e65, e80) in Südkorea, 1970-2015

Jahr	Geschl.-Diff. e0			Geschl.-Diff. e5			Geschl.-Diff. e65			Geschl.-Diff. e80		
	♀	♂	Δ	♀	♂	Δ	♀	♂	Δ	♀	♂	Δ
1970	65,8	58,7	7,1	64,5	57,1	7,4	14,9	10,2	5,7	6,4	4,7	1,7
1971	66,3	59,1	7,2	64,9	57,4	7,5	15,0	10,3	5,7	6,4	4,7	1,7
1972	66,8	59,4	7,4	65,4	57,6	7,8	15,0	10,3	5,7	6,5	4,7	1,8
1973	67,3	59,7	7,6	65,8	57,9	7,9	15,1	10,3	5,7	6,5	4,7	1,8
1974	67,8	60,0	7,8	66,2	58,1	8,1	15,2	10,4	5,7	6,6	4,7	1,9
1975	68,2	60,3	7,9	66,5	58,3	8,2	15,2	10,4	5,8	6,6	4,7	1,9
1976	68,6	60,6	8,0	66,9	58,5	8,4	15,3	10,4	5,8	6,7	4,7	2,0
1977	69,1	60,9	8,2	67,2	58,7	8,5	15,4	10,5	5,8	6,7	4,7	2,0
1978	69,5	61,1	8,4	67,6	58,9	8,7	15,4	10,5	5,9	6,8	4,8	2,0
1979	69,9	61,4	8,5	67,9	59,1	8,8	15,5	10,5	5,8	6,9	4,8	2,1
1980	70,4	61,9	8,5	68,3	59,4	8,9	15,6	10,6	5,8	7,0	4,8	2,2
1981	70,9	62,4	8,5	68,6	59,8	8,8	15,6	10,7	5,7	7,1	5,0	2,1
1982	71,5	62,9	8,6	69,0	60,1	8,9	15,7	10,9	5,7	7,2	5,1	2,1
1983	71,9	63,4	8,5	69,3	60,5	8,8	15,8	11,1	5,6	7,3	5,3	2,0
1984	72,6	64,0	8,6	69,7	60,9	8,8	15,9	11,2	5,6	7,2	5,3	1,9
1985	73,2	64,6	8,6	70,1	61,3	8,8	15,9	11,4	5,4	7,2	5,3	1,9
1986	73,8	65,3	8,5	70,5	61,9	8,6	16,0	11,6	5,3	7,1	5,3	1,8
1987	74,3	65,9	8,4	70,9	62,4	8,5	16,2	11,8	5,2	7,1	5,3	1,8
1988	74,8	66,5	8,3	71,3	62,8	8,5	16,3	12,1	5,0	7,1	5,4	1,7
1989	75,3	67,0	8,3	71,6	63,3	8,3	16,4	12,4	4,9	7,0	5,6	1,4
1990	75,9	67,5	8,4	72,1	63,7	8,4	16,7	12,6	4,9	7,4	5,6	1,8
1991	76,4	67,9	8,5	72,5	64,0	8,5	17,0	12,8	5,0	7,7	5,7	2,0
1992	76,8	68,4	8,4	72,8	64,4	8,4	17,1	12,9	5,0	7,6	5,8	1,8
1993	77,3	68,9	8,4	73,3	64,8	8,5	17,3	13,1	5,1	7,8	5,9	1,9
1994	77,7	69,3	8,4	73,5	65,2	8,3	17,5	13,3	5,0	7,9	6,0	1,9
1995	77,9	69,7	8,2	73,8	65,5	8,3	17,5	13,4	5,0	7,8	6,1	1,7
1996	78,3	70,2	8,1	74,0	66,0	8,0	17,7	13,6	4,9	7,8	6,2	1,6
1997	78,7	70,7	8,0	74,4	66,4	8,0	17,9	13,8	4,8	7,9	6,2	1,7
1998	79,0	71,2	7,8	74,6	66,9	7,7	18,0	14,0	4,8	7,9	6,3	1,6
1999	79,2	71,8	7,4	74,8	67,3	7,5	18,0	14,1	4,6	7,8	6,3	1,5
2000	79,7	72,3	7,4	75,2	67,9	7,3	18,2	14,3	4,7	7,8	6,4	1,4
2001	80,1	72,9	7,2	75,6	68,4	7,2	18,4	14,5	4,6	7,8	6,4	1,4
2002	80,3	73,4	6,9	75,8	68,9	6,9	18,5	14,7	4,6	7,9	6,5	1,4
2003	80,8	73,8	7,0	76,2	69,3	6,9	18,9	15,1	4,6	8,2	6,6	1,6
2004	81,2	74,3	6,9	76,7	69,8	6,9	19,2	15,3	4,7	8,3	6,8	1,5
2005	81,6	74,9	6,7	77,0	70,3	6,7	19,6	15,5	4,7	8,5	6,9	1,6
2006	82,1	75,4	6,7	77,5	70,8	6,7	19,8	15,8	4,7	8,5	6,9	1,6
2007	82,5	75,9	6,6	77,8	71,2	6,6	20,2	16,0	4,8	8,8	7,0	1,8
2008	83,0	76,2	6,8	78,3	71,6	6,7	20,7	16,3	5,0	9,1	7,1	2,0
2009	83,4	76,7	6,7	78,7	72,0	6,7	21,1	16,7	4,9	9,4	7,4	2,0
2010	83,6	76,8	6,8	78,9	72,2	6,7	21,2	16,8	4,9	9,5	7,4	2,1
2011	84,0	77,3	6,7	79,3	72,6	6,7	21,5	17,1	5,0	9,5	7,4	2,1
2012	84,2	77,6	6,6	79,5	72,9	6,6	21,5	17,2	4,9	9,5	7,4	2,1
2013	84,6	78,1	6,5	79,9	73,4	6,5	21,9	17,6	4,9	9,9	7,7	2,2
2014	85,0	78,6	6,4	80,3	73,9	6,4	22,3	17,9	4,9	10,1	7,8	2,3
2015	85,2	79,0	6,2	80,4	74,2	6,2	22,4	18,2	4,8	10,1	8,0	2,1

(Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2016a)

Anhang 10

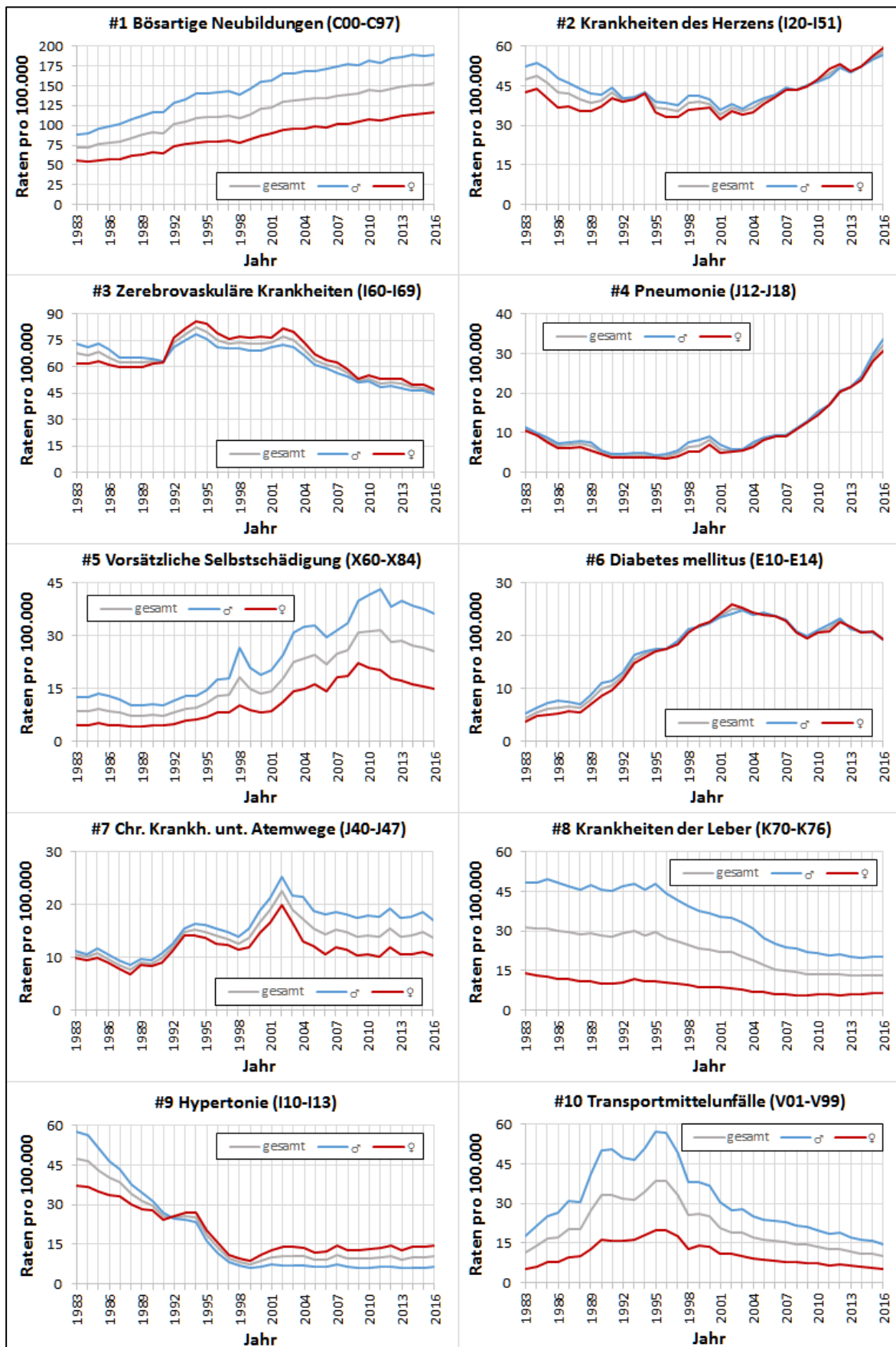


Abb. C: Nicht altersstandardisierte Entwicklung der zehn häufigsten Todesursachen in Südkorea zwischen 1983 bis 2016 und nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS 2017d)

Anhang 11

Statistical Database



국내통계

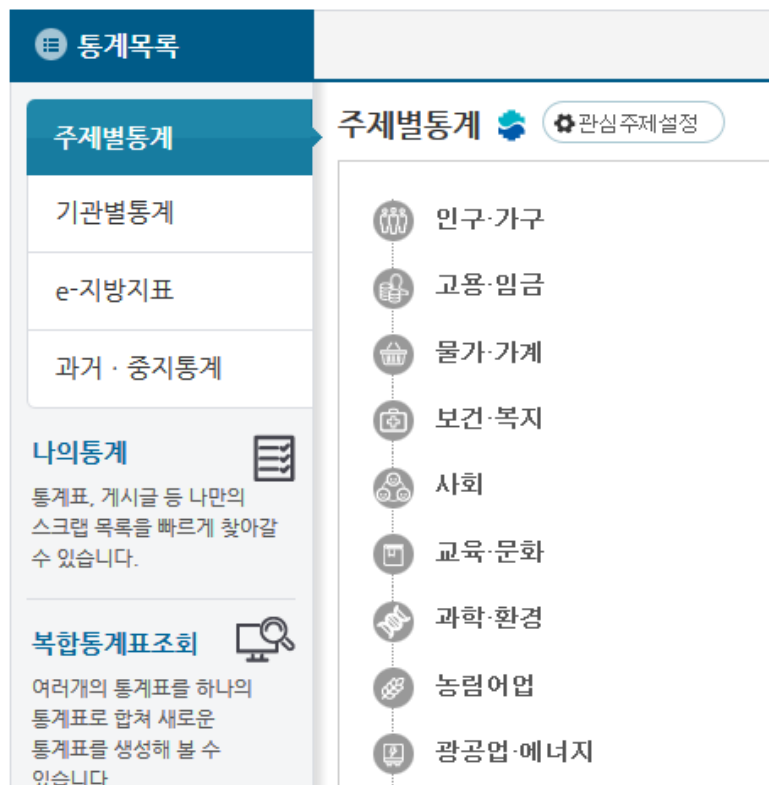


Abb. D: Versionsabhängige Unterschiede im Datenbestand (Quelle: Bildschirmkopie KOSTAT 2018)

Anhang 12 - 13

Tab. C: Alternativmodell A – Lebenserwartung bei Geburt und nach Geschlecht in Südkorea ab 1970

Lebenserwartung bei Geburt			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Anteil der ruralen Bevölkerung (in Prozent)	-0,294***	-0,629	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,996 N=47
Prozentsatz der Gesundheitsausgaben am BIP	1,205***	0,310	
Heiratsrate (in Promille)	-0,750***	-0,175	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,000	0,006	
Lebenserwartung bei Geburt (männlich)			
Anteil der ruralen Bevölkerung (in Prozent)	-0,280***	-0,590	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,996 N=47
Prozentsatz der Gesundheitsausgaben am BIP	1,308***	0,322	
Heiratsrate (in Promille)	-0,956***	-0,214	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	-0,001	0,008	
Lebenserwartung bei Geburt (weiblich)			
Anteil der ruralen Bevölkerung (in Prozent)	-0,300***	-0,671	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,997 N=47
Prozentsatz der Gesundheitsausgaben am BIP	1,093***	0,293	
Heiratsrate (in Promille)	-0,554***	-0,135	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	-0,000	-0,003	

* p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Tab. D: Alternativmodell B - Lebenserwartung bei Geburt und nach Geschlecht in Südkorea ab 1970

Lebenserwartung bei Geburt			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,276***	0,603	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,995 N=47
BIP pro Kopf, jeweilige Preise (in US\$)	0,000***	0,376	
Heiratsrate (in Promille)	-0,485***	-0,113	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,003	0,038	
Lebenserwartung bei Geburt (männlich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,268***	0,560	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,995 N=47
BIP pro Kopf, jeweilige Preise (in US\$)	0,000***	0,394	
Heiratsrate (in Promille)	-0,659***	-0,147	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,003	0,040	
Lebenserwartung bei Geburt (weiblich)			
Urbanisierungsgrad (in Prozent)	0,285***	0,649	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,995 N=47
BIP pro Kopf, jeweilige Preise (in US\$)	0,000***	0,352	
Heiratsrate (in Promille)	-0,325***	-0,079	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,002	0,035	

* p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Anhang 14

Tab. E: Regressionsanalyse für die Entwicklung der CDR in Südkorea ab 1970

Sterblichkeit (CDR)			
Prädiktoren	Reg.-Koeff.	Beta	Modellgüte
Anteil der ruralen Bevölkerung (in Prozent)	0,061 ***	0,990	p-Wert F-Stat. =0,000 korrig. R ² =0,899 N=47
Gesundheitsausgaben (Prozentsatz am BIP)	-0,031	-0,054	
Lebenserwartung bei Geburt	0,012	0,064	
Durchschn. Energieaufnahme (kcal/Tag)	0,000	0,080	

* p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001

Quelle: (Eigene Darstellung und Berechnungen nach KOSIS)

Anhang 15 - 16

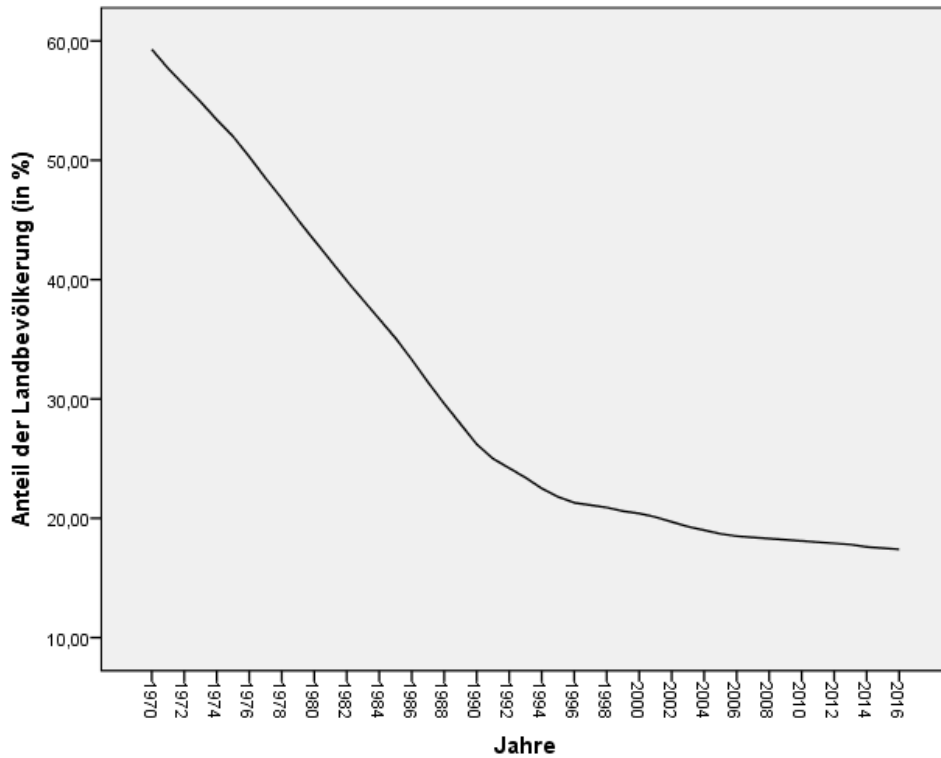


Abb. E: Entwicklung der Landbevölkerung in Prozent seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

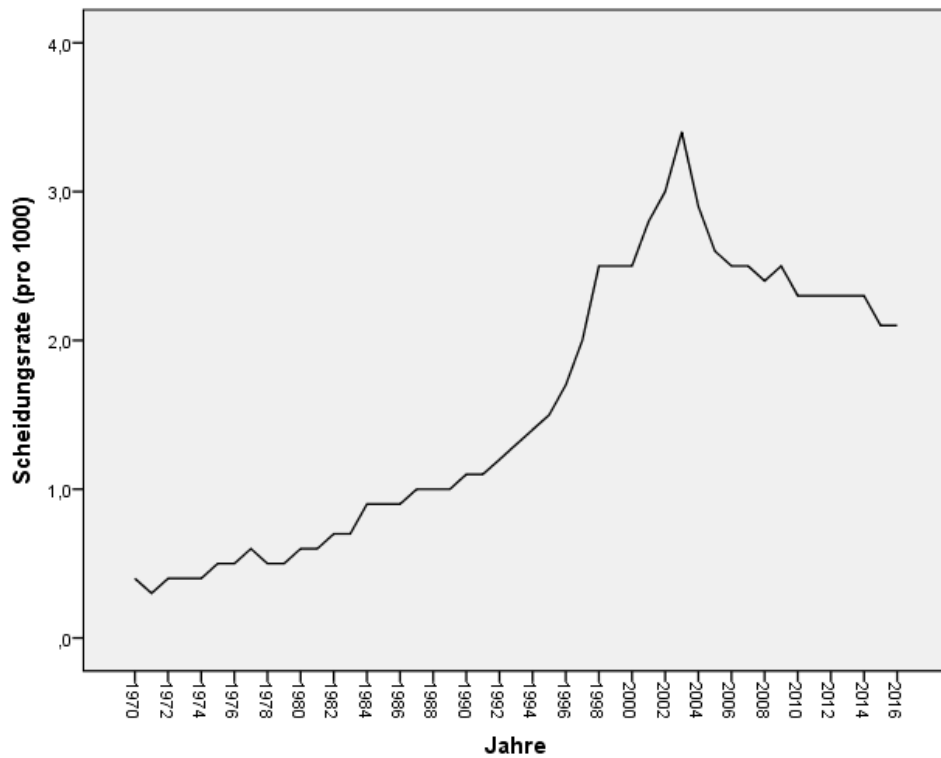


Abb. F: Entwicklung der Scheidungsrate in Prozent seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Anhang 17

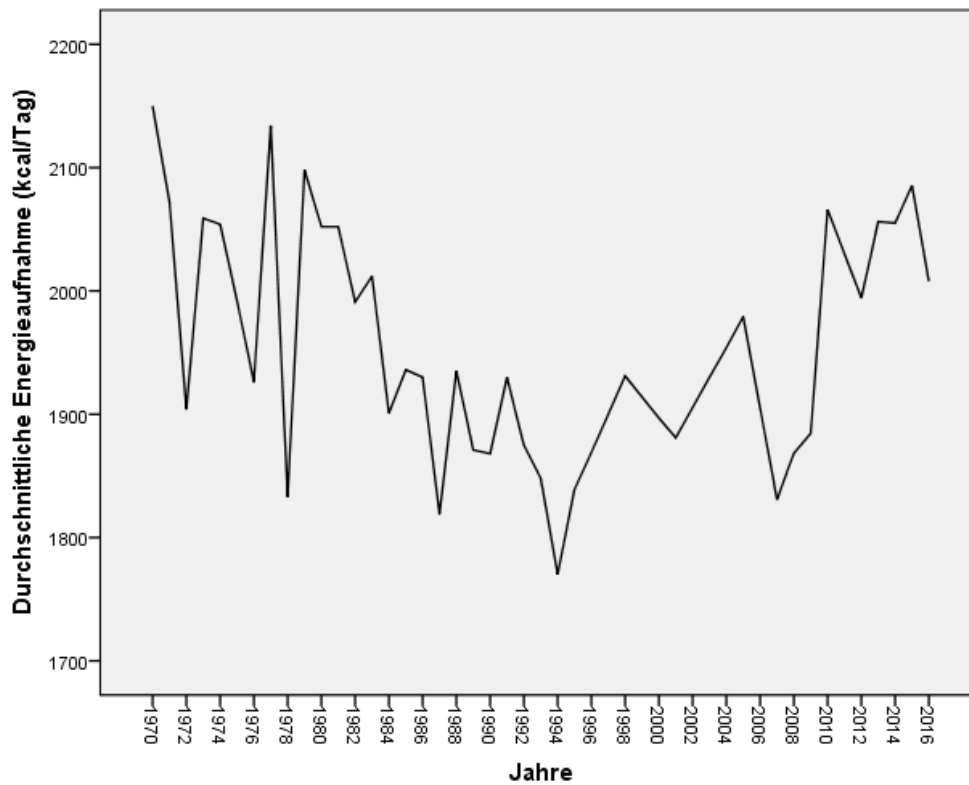


Abb. G: Entwicklung der durchschn. Energieaufnahme seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

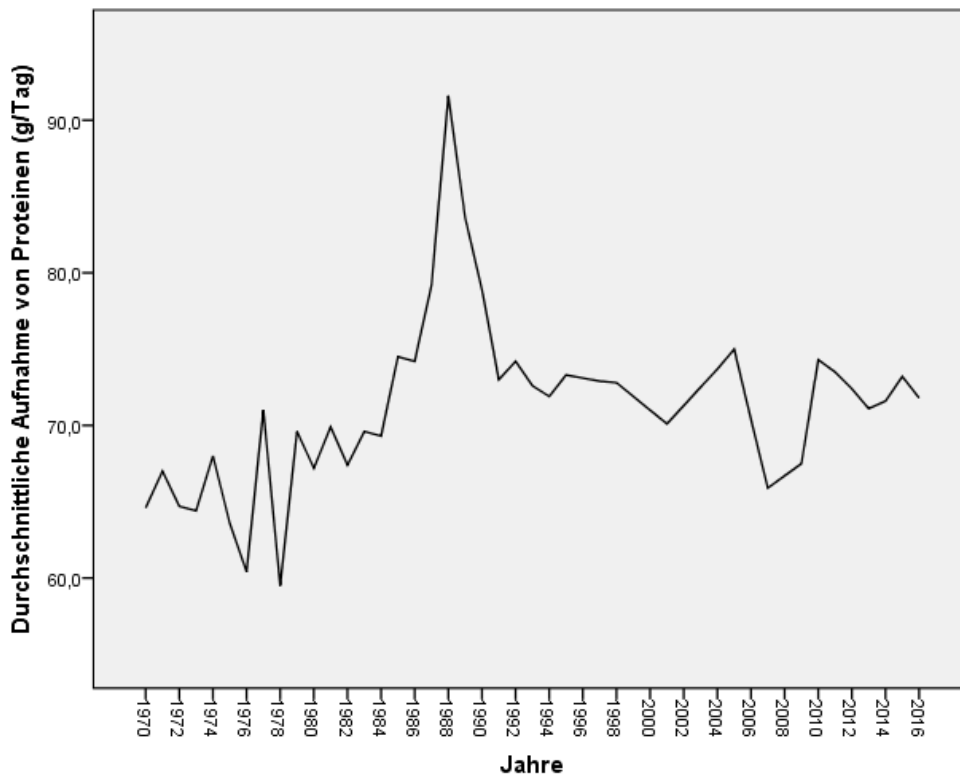


Abb. H: Entwicklung der durchschn. Aufnahme von Proteinen seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

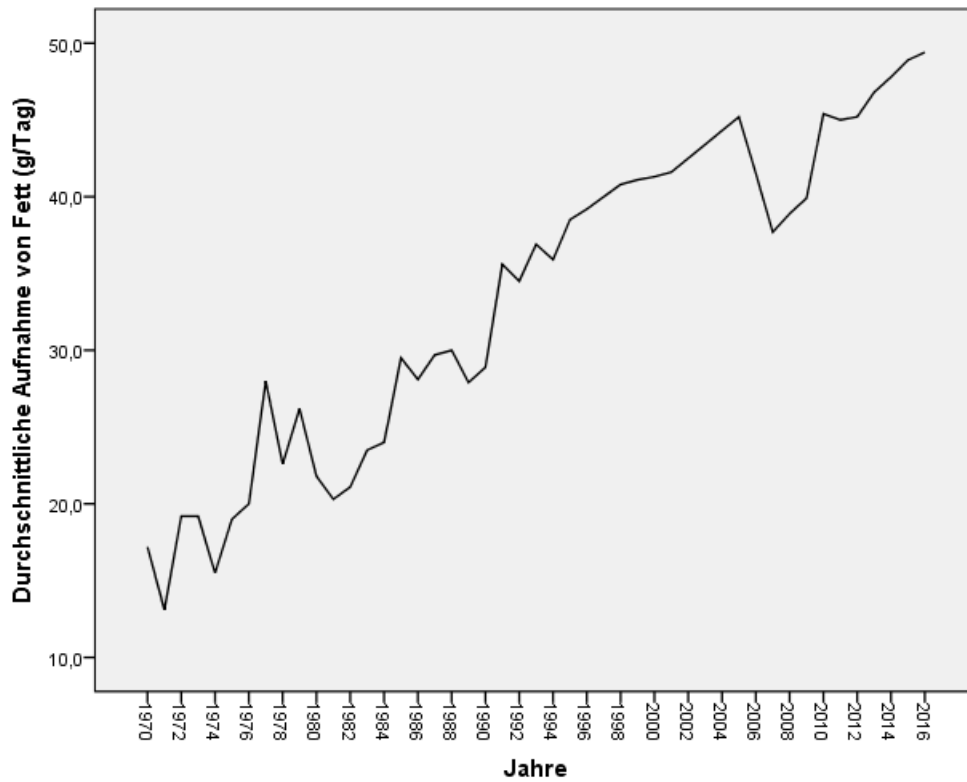


Abb. I: Entwicklung der durchschn. Aufnahme von Fett seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

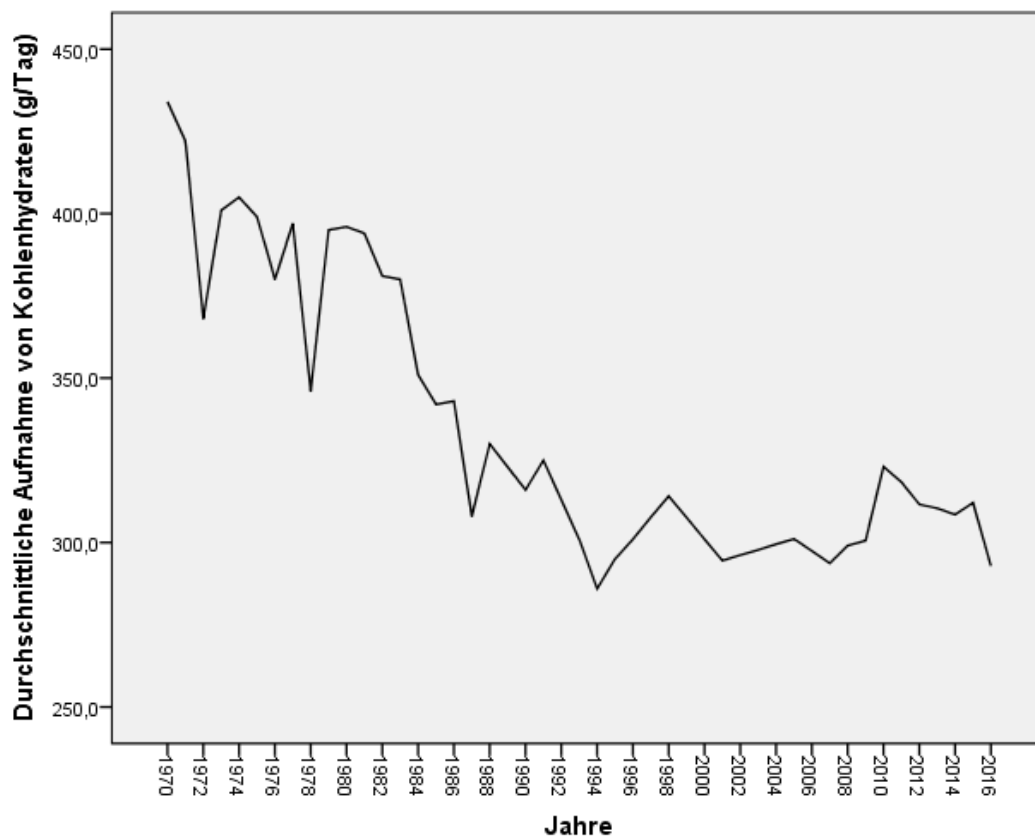


Abb. J: Entwicklung der durchschn. Aufnahme von Kohlehydrate seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

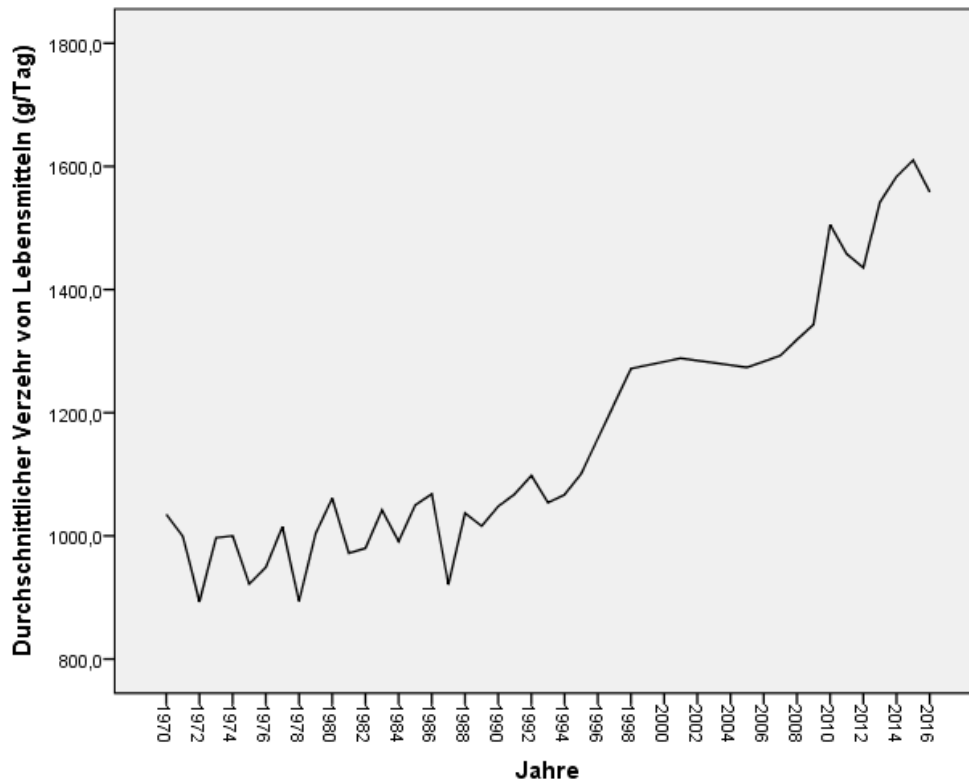


Abb. K: Entwicklung des durchschn. Verzehrs von Lebensmitteln seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

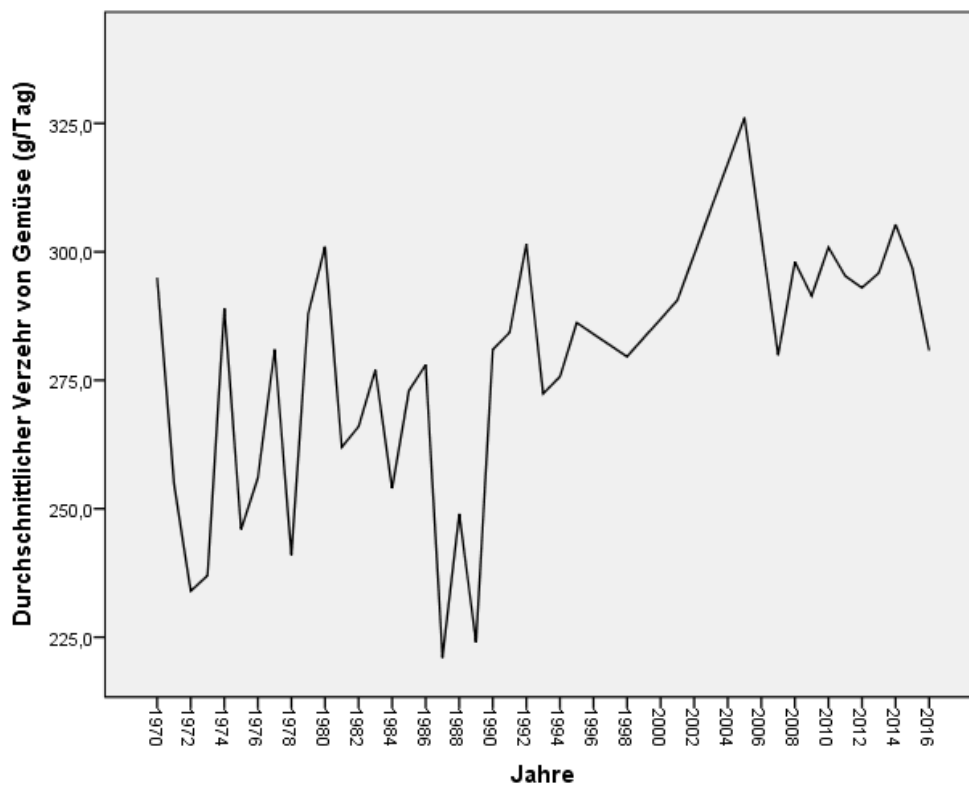


Abb. L: Entwicklung der durchschn. Verzehrs von Gemüse seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

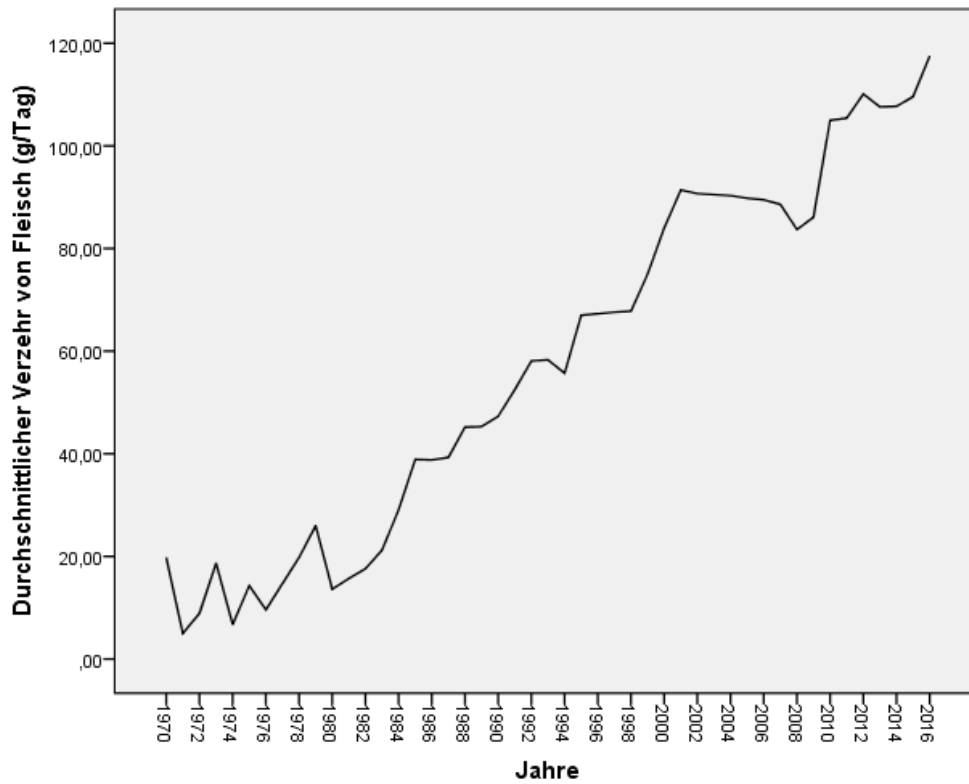


Abb. M: Entwicklung der durchschn. Verzehrs von Gemüse seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

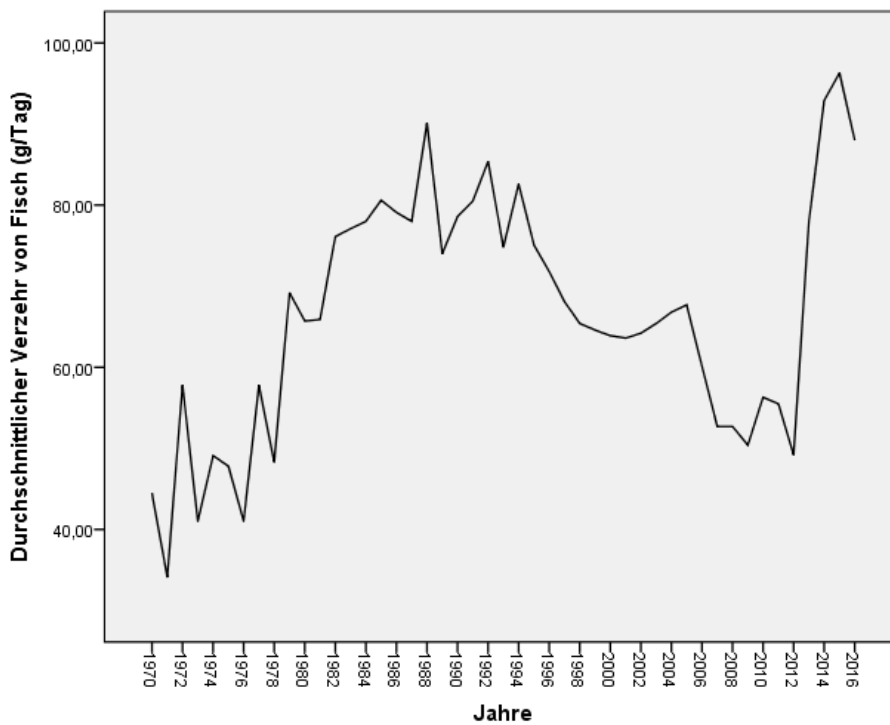


Abb. N: Entwicklung der durchschn. Verzehrs von Gemüse seit 1970 – Regressand (Quelle: Eigene Darstellung nach KOSIS)

Anhang 18

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	51,506	2,105		24,465	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,288	,010	,630	30,133	,000	,184	5,440
Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,018	1,381	,175	,471	2,122
1 Heiratsrate (pro 1000)	-,785	,051	-,183	-15,458	,000	,570	1,754
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	1,202	,083	,309	14,543	,000	,178	5,627

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	48,645	2,539		19,158	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,283	,012	,591	24,501	,000	,184	5,440
Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,020	1,346	,186	,471	2,122
1 Heiratsrate (pro 1000)	-,966	,061	-,216	-15,786	,000	,570	1,754
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	1,317	,100	,324	13,214	,000	,178	5,627

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	54,370	1,850		29,396	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,294	,008	,672	35,026	,000	,184	5,440
Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,016	1,296	,202	,471	2,122
1 Heiratsrate (pro 1000)	-,605	,045	-,148	-13,567	,000	,570	1,754
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	1,080	,073	,290	14,874	,000	,178	5,627

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt (♀)

Anhang 19

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1 (Konstante)	80,327	1,509		53,218	,000		
Entw. der Landbevölkerung	-,288	,010	-,630	-30,133	,000	,184	5,440
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	1,202	,083	,309	14,543	,000	,178	5,627
Heiratsrate (pro 1000)	-,785	,051	-,183	-15,458	,000	,570	1,754
Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,018	1,381	,175	,471	2,122

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF	
1	(Konstante)	76,910	1,820					
	Entw. der Landbevölkerung	-,283	,012	-,591	-24,501	,000	,184	5,440
	Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	1,317	,100	,324	13,214	,000	,178	5,627
	Heiratsrate (pro 1000)	-,966	,061	-,216	-15,786	,000	,570	1,754
	Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,020	1,346	,186	,471	2,122

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF	
1	(Konstante)	83,803	1,326					
	BV4proz	-,294	,008	-,672	-35,026	,000	,184	5,440
	Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	1,080	,073	,290	14,874	,000	,178	5,627
	Heiratsrate (pro 1000)	-,605	,045	-,148	-13,567	,000	,570	1,754
	Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,016	1,296	,202	,471	2,122

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt (♀)

Anhang 20

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1 (Konstante)	47,622	2,586		18,414	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,281	,014	,614	20,791	,000	,153	6,550
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, jeweilige Preise (in US\$)	,000	,000	,363	10,516	,000	,112	8,942
Heiratsrate (pro 1000)	-,503	,082	-,118	-6,126	,000	,362	2,766
Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,004	,001	,051	3,313	,002	,556	1,800

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF	
1	(Konstante)	44,865	2,734					
	Urbanisierungsgrad (in %)	,270	,014	,565	18,886	,000	,153	6,550
	Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, jeweilige Preise (in US\$)	,000	,000	,395	11,301	,000	,112	8,942
	Heiratsrate (pro 1000)	-,634	,087	-,142	-7,299	,000	,362	2,766
	Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,004	,001	,052	3,326	,002	,556	1,800

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF	
1	(Konstante)	50,416	2,544					
	Urbanisierungsgrad (in %)	,293	,013	,669	22,011	,000	,153	6,550
	Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, jeweilige Preise (in US\$)	,000	,000	,326	9,187	,000	,112	8,942
	Heiratsrate (pro 1000)	-,376	,081	-,092	-4,650	,000	,362	2,766
	Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,003	,001	,050	3,145	,003	,556	1,800

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt (♀)

Anhang 21

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	50,545	3,737		13,526	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,092	,023	,127	4,019	,000	,034	29,123
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,618	,085	,206	7,278	,000	,043	23,292
Heiratsrate (pro 1000)	-,135	,061	-,046	-2,221	,035	,079	12,615
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,067	,048	-,063	-1,384	,177	,017	59,553
Erwartete Jahre in Ausbildung	1,875	,224	,591	8,372	,000	,007	145,253

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	44,785	4,191		10,687	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,095	,026	,120	3,696	,001	,034	29,123
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,705	,095	,214	7,397	,000	,043	23,292
Heiratsrate (pro 1000)	-,227	,068	-,044	-2,080	,007	,079	12,615
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,074	,054	-,064	-1,374	,180	,017	59,553
Erwartete Jahre in Ausbildung	2,049	,251	,591	8,160	,000	,007	145,253

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	56,087	3,261		17,199	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,093	,020	,140	4,611	,000	,034	29,123
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,519	,074	,190	6,999	,000	,043	23,292
Heiratsrate (pro 1000)	-,132	,053	-,050	-2,476	,020	,079	12,615
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,059	,042	-,061	-1,392	,175	,017	59,553
Erwartete Jahre in Ausbildung	1,704	,195	,592	8,719	,000	,007	145,253

a. Abhängige Variable: Lebenserwartung bei Geburt (♀)

Anhang 22

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	10,845	1,375		7,885	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,052	,006	,301	8,356	,000	,184	5,440
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,824	,054	,559	15,251	,000	,178	5,627
Heiratsrate (pro 1000)	-,424	,033	-,262	-12,795	,000	,570	1,754
Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,027	1,200	,237	,471	2,122

a. Abhängige Variable: Fernere Lebenserwartung im Alter 65

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	7,204	1,354				
	Urbanisierungsgrad (in %)	,069	,006	,366	11,262	,000	,184
	Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,832	,053	,517	15,659	,000	,178
	Heiratsrate (pro 1000)	-,428	,033	-,242	-13,128	,000	,570
	Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,025	1,238	,223	,471

a. Abhängige Variable: Fernere Lebenserwartung im Alter 65 (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	13,244	1,475				
	Urbanisierungsgrad (in %)	,045	,007	,257	6,671	,000	,184
	Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,868	,058	,586	14,980	,000	,178
	Heiratsrate (pro 1000)	-,447	,036	-,275	-12,573	,000	,570
	Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,028	1,175	,247	,471

a. Abhängige Variable: Fernere Lebenserwartung im Alter 65 (♀)

Anhang 23

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	9,839	3,356		2,931	,007		
Urbanisierungsgrad (in %)	,011	,021	,031	,519	,608	,034	29,123
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,686	,076	,458	8,593	,000	,043	23,292
Heiratsrate (pro 1000)	-,120	,055	-,086	-2,190	,037	,079	12,615
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,095	,043	-,186	-2,182	,038	,017	59,553
Erwartete Jahre in Ausbildung	,657	,201	,434	3,267	,003	,007	145,253

a. Abhängige Variable: Fernere Lebenserwartung im Alter 65

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	3,137	3,130		1,002	,325		
Urbanisierungsgrad (in %)	,052	,019	,143	2,683	,012	,034	29,123
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,697	,071	,467	9,798	,000	,043	23,292
Heiratsrate (pro 1000)	-,035	,051	-,024	-,680	,502	,079	12,615
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,045	,040	-,085	-1,121	,272	,017	59,553
Erwartete Jahre in Ausbildung	,586	,188	,372	3,126	,004	,007	145,253

a. Abhängige Variable: Fernere Lebenserwartung im Alter 65 (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	12,567	3,909		3,215	,003		
Urbanisierungsgrad (in %)	-,016	,024	-,045	-,667	,510	,034	29,123
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,679	,089	,458	7,646	,000	,043	23,292
Heiratsrate (pro 1000)	-,200	,064	-,139	-3,142	,004	,079	12,615
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,115	,050	-,218	-2,276	,031	,017	59,553
Erwartete Jahre in Ausbildung	,804	,234	,514	3,434	,002	,007	145,253

a. Abhängige Variable: Fernere Lebenserwartung im Alter 65 (♀)

Anhang 24

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	-20,511	5,441		-3,770	,001		
Urbanisierungsgrad (in %)	,374	,042	,292	8,961	,000	,044	22,904
Erwartete Jahre in Ausbildung	2,703	,415	,484	6,507	,000	,008	119,565
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,339	,073	-,180	-4,641	,000	,031	32,515
CBR	-,173	,052	-,073	-3,301	,003	,093	10,715

a. Abhängige Variable: Vorsätzliche Selbstschädigungen

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	-26,536	7,231		-3,670	,001		
Urbanisierungsgrad (in %)	,497	,055	,292	8,961	,000	,044	22,904
Erwartete Jahre in Ausbildung	3,593	,552	,484	6,507	,000	,008	119,565
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,450	,097	-,180	-4,641	,000	,031	32,515
CBR	-,229	,070	-,073	-3,301	,003	,093	10,715

a. Abhängige Variable: Vorsätzliche Selbstschädigungen (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1 (Konstante)	-14,628	3,665		-3,992	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,252	,028	,292	8,961	,000	,044	22,904
Erwartete Jahre in Ausbildung	1,821	,280	,484	6,507	,000	,008	119,565
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,228	,049	-,180	-4,641	,000	,031	32,515
CBR	-,116	,035	-,073	-3,301	,003	,093	10,715

a. Abhängige Variable: Vorsätzliche Selbstschädigungen (♀)

Anhang 25

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	-37,596	6,695		-5,616	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,410	,037	,320	11,137	,000	,040	24,830
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,124	,087	-,066	-1,433	,163	,016	64,047
1 Erwartete Jahre in Ausbildung	2,760	,352	,494	7,833	,000	,008	119,820
CBR	-,132	,046	-,056	-2,871	,008	,087	11,458
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	,533	,151	,101	3,520	,001	,041	24,618

a. Abhängige Variable: Vorsätzliche Selbstschädigungen

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1 (Konstante)	-26,972	7,314		-3,687	,001		
Urbanisierungsgrad (in %)	,507	,058	,298	8,791	,000	,041	24,420
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,427	,102	-,171	-4,172	,000	,028	35,729
Erwartete Jahre in Ausbildung	3,427	,601	,461	5,702	,000	,007	139,372
CBR	-,242	,072	-,078	-3,354	,002	,088	11,386
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, jeweilige Preise (in US\$)	2,798E-005	,000	,022	,731	,471	,050	19,846

a. Abhängige Variable: Vorsätzliche Selbstschädigungen (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1 (Konstante)	-14,849	3,707		-4,006	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,257	,029	,298	8,791	,000	,041	24,420
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	-,217	,052	-,171	-4,172	,000	,028	35,729
Erwartete Jahre in Ausbildung	1,737	,305	,461	5,702	,000	,007	139,372
CBR	-,123	,037	-,078	-3,354	,002	,088	11,386
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, jeweilige Preise (in US\$)	1,418E-005	,000	,022	,731	,471	,050	19,846

a. Abhängige Variable: Vorsätzliche Selbstschädigungen (♀)

Anhang 26

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	-337,308	15,195		-22,198	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,102	,119	,024	,862	,396	,020	49,650
Lebenserwartung bei Geburt	5,942	,357	1,013	16,622	,000	,004	238,895
1 Prozensatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	-1,417	,604	-,080	-2,347	,026	,013	75,440
Scheidungsrate (pro 1000)	1,623	,332	,047	4,892	,000	,167	5,995

a. Abhängige Variable: Bösartige Neubildungen

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	-410,698	20,860		-19,689	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,478	,163	,090	2,936	,006	,020	49,650
Lebenserwartung bei Geburt	6,951	,491	,952	14,164	,000	,004	238,895
1 Prozensatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	-2,187	,829	-,100	-2,638	,013	,013	75,440
Scheidungsrate (pro 1000)	2,827	,455	,066	6,208	,000	,167	5,995

a. Abhängige Variable: Bösartige Neubildungen (β)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1 (Konstante)	-266,298	13,790		-19,311	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	-,289	,108	-,089	-2,684	,012	,020	49,650
Lebenserwartung bei Geburt	4,977	,324	1,112	15,342	,000	,004	238,895
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	-,635	,548	-,047	-1,158	,256	,013	75,440
Scheidungsrate (pro 1000)	,389	,301	,015	1,291	,207	,167	5,995

a. Abhängige Variable: Bösartige Neubildungen (♀)

Anhang 27

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik		
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF	
1	(Konstante)	-85,171	16,383					
	Urbanisierungsgrad (in %)	,537	,141	,478	3,800	,001	,149	6,734
	Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	,758	,249	,460	3,039	,005	,103	9,731
	Durchschnittlicher Verzehr von Fleisch (g/Tag)	,171	,053	,669	3,227	,003	,055	18,307
	Durchschnittlicher Verzehr von Gemüse (g/Tag)	,064	,020	,209	3,240	,003	,564	1,773
	Durchschnittlicher Verzehr von Fisch (g/Tag)	-,110	,029	-,202	-3,792	,001	,831	1,204

a. Abhängige Variable: Diabetes Mellitus

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	-75,189	14,656		-5,130	,000		
Urbanisierungsgrad (in %)	,538	,126	,511	4,254	,000	,149	6,734
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	,627	,223	,406	2,812	,009	,103	9,731
1 Durchschnittlicher Verzehr von Fleisch (g/Tag)	,140	,047	,586	2,961	,006	,055	18,307
Durchschnittlicher Verzehr von Gemüse (g/Tag)	,060	,018	,209	3,395	,002	,564	1,773
Durchschnittlicher Verzehr von Fisch (g/Tag)	-,107	,026	-,210	-4,126	,000	,831	1,204

a. Abhängige Variable: Diabetes Mellitus (♂)

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	-93,141	18,269				
	Urbanisierungsgrad (in %)	,532	,158	,447	3,378	,002	,149 6,734
	Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	,862	,278	,494	3,102	,004	,103 9,731
	Durchschnittlicher Verzehr von Fleisch (g/Tag)	,199	,059	,734	3,362	,002	,055 18,307
	Durchschnittlicher Verzehr von Gemüse (g/Tag)	,067	,022	,207	3,046	,005	,564 1,773
	Durchschnittlicher Verzehr von Fisch (g/Tag)	-,112	,032	-,194	-3,469	,002	,831 1,204

a. Abhängige Variable: Diabetes Mellitus (♀)

Anhang 28

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	7,890	2,528		3,121	,003		
Urbanisierungsgrad (in %)	-,063	,014	-,995	-4,508	,000	,047	21,081
Prozentsatz am BIP der Gesundheitsausgaben aller Anbieter von Gesundheitsleistungen	-,026	,096	-,048	-,270	,788	,073	13,761
Lebenserwartung bei Geburt	,007	,044	,054	,167	,868	,022	44,478
Durchschnittliche Energieaufnahme (kcal/Tag)	,001	,001	,091	1,293	,203	,471	2,125

a. Abhängige Variable: CDR (pro 1000)

*„Da steh' ich nun, ich armer Tor,
Und bin so klug als wie zuvor!“*

(Johann Wolfgang von Goethe)

