

2. ÖSTERREICHISCHE PRÄVENTIONSTAGUNG

Univ.-Prof. Dr. R. Horst Noack

Ernährung, Bewegung und soziale Lage

Szenario: Stellen wir uns ein kleineres europäisches Land L vor und darin eine Region R, in der etwa ein Sechstel der Bevölkerung lebt. Nehmen wir an, dort sei in den 1970er Jahren ein auf fünf Jahre angelegtes gemeindebasiertes Präventionsprojekt begonnen worden. Ziel war es, die Sterblichkeit für Herz-Kreislauf-Krankheiten – sie war eine der höchsten in Europa – nachhaltig zu senken. Der gesamte öffentliche Gesundheitssektor, die meisten Kommunen und Schulen, viele Betriebe, der Handel und die Medien konnten in das größte jemals in R durchgeführte Vorhaben eingebunden werden. Die positiven Zwischenergebnisse veranlassten die Landesregierung, das Projekt um weitere fünf Jahre zu verlängern und auf das gesamte Land auszudehnen.

Ein Vierteljahrhundert später waren im ganzen Lande die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit um rund 50 Prozent und die Gesamtsterblichkeit um knapp 40 Prozent gesunken, in der Region R außerdem die Krebssterblichkeit um ca. 45 Prozent. Der Rückgang der Sterblichkeit war in Regionen mit einer eher „schmalen“ Einkommensverteilung, das heißt mit relativ geringen Unterschieden zwischen Arm und Reich, besonders groß. In diesen Regionen konnte auch eine überdurchschnittlich große Zunahme gesundheitsförderlicher Lebensstile und gesundheitlichen Wohlbefindens beobachtet werden. Im ganzen Lande hatte sich das Ernährungsverhalten sowohl der ärmeren als auch der reicheren Bevölkerungsteile deutlich dem „mediterranen Ernährungsmuster“ angenähert, mehr Arbeiter und Angestellte trieben regelmäßig Sport. Mit dem Rückgang der Sterblichkeit war eine Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung um mehr als 5 Jahre verbunden. Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den sozioökonomisch stärksten und schwächsten Bevölkerungssegmenten sind in L kleiner als in anderen Ländern, sie liegen bei der Geburt derzeit bei ca. 5 Jahren.

Der fiktive Fall ist nur teilweise fiktiv. Die beschriebenen Zusammenhänge und gesundheitlichen Verbesserungen können tendenziell in verschiedenen europäischen Ländern beobachtet werden, aber nicht alle in einem einzigen Land. Das Szenario vermittelt ein Bild darüber, was unter optimalen Bedingungen möglich ist.

Auch in Österreich ist die Sterblichkeitsrate deutlich gesunken, in den letzten 30 Jahren um gut 30 Prozent. Die Lebenserwartung ist entsprechend gestiegen: Neugeborene aus Familien mit Matura oder Hochschulabschluss haben eine um 6 bis 7 Jahre höhere Lebenserwartung als Neugeborene aus Familien mit Pflichtschulabschluss. Erwachsene mit hohem sozioökonomischen Status praktizieren viel häufiger gesundheitsförderliche und viel seltener gesundheitlich riskante Lebensstile als Erwachsene mit niedrigem sozialen Status.

Aus der internationalen epidemiologischen Forschung wissen wir, dass Ernährungs- und Bewegungsverhalten integrierte Teilprozesse komplexer Lebensstile sind. Ihre gesundheitsfördernde oder –schädigende Wirkung hängt wesentlich vom Zusammenwirken zweier komplexer Einflussgrößen ab: von den Lebens- und Gesundheitschancen der Menschen einerseits und von ihren Gesundheitspotentialen und Gesundheitskompetenzen andererseits. Beide Faktoren werden durch die Qualität ihrer sozialen Beziehungen, ihre Bildung und vor allem durch die Einkommensgerechtigkeit in der Gesellschaft geprägt.

Wenn wir die Gesundheit aller Menschen und vor allem der sozioökonomisch Benachteiligten durch Verbesserung ihres Ernährungs- und Bewegungsverhaltens nachhaltig fördern wollen, müssen wir neue Mittel und Wege erproben. Ziel muss es sein, neue Verhaltensregeln und Gesundheitskompetenzen dauerhaft in den sozialen Bezugssystem und Netzen der jeweiligen Zielgruppe zu verankern. Das ist – ähnlich wie im fiktiven Lande L – an zahlreichen Orten gelungen. Lebensstile sind komplexe soziale

Prozesse. Sie nachhaltig zu verändern erfordert komplexe Interventionen und ausreichend Zeit.

Univ.-Prof. Dr. R. Horst Noack; Vorstand des Instituts für Sozialmedizin der Karl-Franzens-Universität Graz, Mitglied des Fachbeirates des Fonds Gesundes Österreich, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health, Studium der Medizin und Sozialwissenschaften in Deutschland und den USA. Tätigkeiten im Bereich der Sozialmedizin und Medizinsoziologie, Aufbau der Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozialmedizin in Bern. Mitarbeit in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen und im Gutachterkreis der deutschen Forschungsverbände Public Health. Arbeitsschwerpunkte: sozialepidemiologische Forschung, Gesundheitssystemanalyse, Entwicklung von Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung und Salutogenese.